

Ipoacusia improvvisa insorta dopo evento traumatico

Leonardo Trentadue

Medico di medicina generale
Ferrandina (MT)

Una paziente di 53 anni, in cura da alcuni anni per ipertensione arteriosa e dislipidemia familiare, viene spesso in ambulatorio per i controlli e per la prescrizione dei relativi farmaci. Questa volta però si tratta di una motivazione diversa: riferisce che da un paio d'ore ha perso improvvisamente l'udito. È il terzo episodio di diminuzione bilaterale dell'udito e per ben due volte è stata ricoverata (gli esami audioimpedenzometrici hanno dato esito negativo). Invia la paziente al Pronto soccorso dell'ospedale di zona.

Storia clinica

Nel gennaio del 1998, un controllo radiologico evidenzia un'iperostosi frontale endocranica e alcune ernie intraspongiose di Schmorl. Nel 2003 diagnostico una dislipidemia familiare e la paziente comincia ad assumere pravastatina; inoltre una radiografia della colonna cervicale manifesta una spondilosi osteofitica somatica marginale a carico del soma di C6.

A causa di continue vertigini, nel 2006 prescrivo un ecodoppler dei tronchi sovraortici, che rileva un'insufficienza del circolo vertebrale, curata con sulodexide 1 cpr x 2/die e massoterapia. Nel 2007 la paziente, inciampando, cade rovinosamente di faccia a terra, procurandosi una frattura composta delle ossa del naso.

Nel marzo 2008 l'otorinolaringoiatra, da cui ho inviato l'assistita per vertigini recidivanti e per la comparsa di acufeni, diagnostica una cupololitiasi. Dopo quattro mesi, la paziente accusa improvvisamente una diminuzione bilaterale dell'udito, per cui viene ricoverata d'urgenza in ospedale, da dove è dimessa dopo alcuni giorni con la prescrizione di terapia aerosolica con cortisonici e fluidificanti e sulodexide per venti giorni.

A distanza di cinque mesi, compare un nuovo episodio di diminuzione improvvisa dell'udito, anche questa volta bilaterale. La paziente viene ricoverata e alle dimissioni viene prescritta terapia a domicilio con deflazacort 30 mg 1 cpr/die e rabeprazolo 20 mg 1 cpr/die come protezione gastrica (ma gli specialisti, anche se non tutti, quando capiranno che non c'è bisogno di protezione gastrica dopo somministrazione di cortisonici, tranne in situazioni particolari?).

Nuovo ricovero

La paziente viene sottoposta a un ulteriore esame audioimpedenzometrico, che come i precedenti risulta negativo. Viene eseguita una TAC delle rocche petrose ad alta risoluzione, ma anche questa risulta negativa. La diagnosi conclusiva è di ipoacusia fluttuante destra e la paziente viene dimessa. La terapia prescritta si compone di venlafaxina 75 mg a rilascio prolungato 1 cpr/die, amiloride+idroclorotiazide 1 cpr/die e pravastatina 40 mg 1 cpr/die.

Approfondimento

L'ipoacusia improvvisa è definita come una diminuzione improvvisa dell'udito, di tipo percettivo, che nella maggior parte dei casi ritorna nella norma, mentre nei restanti la *restitutio ad integrum* è parziale e può assumere un carattere definitivo.

Colpisce 1 persona su 5.000-10.000 ogni anno, ma la stima è probabilmente per difetto, perché molti soggetti non si recano dal medico, non dando importanza al sintomo, attribuendolo per lo più al tappo di cerume. Su 10 casi di ipoacusia improvvisa, 8 sono monolaterali e possono essere accompagnati da vertigini e/o acufeni. Le cause possono comprendere infezioni virali (parotite epidemica, morbillo, rosolia, varicella, herpes zoster, influenza) e batteriche, disturbi circolatori e immunitari, traumi cranici, tumori cerebrali, neurinoma del nervo acustico, sclerosi multipla, sindrome di Ménière. Queste cause vengono identificate solo nel 10-15% dei casi, il resto rimane inspiegabile e raggruppa le cosiddette forme idiopatiche, tanto che in letteratura si parla

di ipoacusia improvvisa come di "un sintomo alla ricerca di una diagnosi". La diagnostica si avvale dell'esame audioimpedenzometrico, di esami ematochimici, TAC e RMN. Per quanto riguarda la terapia, il cortisone ad alte dosi iniziali, seguite da dosaggi scalari, rappresenta il presidio farmacologico di primo impiego, seguito da vasodilatatori, antiaggreganti piastrinici e diuretici. Questi ultimi trovano la loro ratio se nella patogenesi si ipotizza che si sia instaurata un'idrope cocleare endolinfatica, documentabile con la prova al glicerolo. Per un recupero funzionale totale la terapia andrebbe iniziata subito, anche se molti episodi si risolvono spontaneamente. In casi particolari si ricorre all'ossigenoterapia iperbarica.

Conclusioni

Il caso descritto riguarda un'ipoacusia improvvisa neurosensoriale fluttuante monolaterale probabilmente insorta dopo l'evento traumatico (la caduta della paziente sbattendo la faccia a terra con conseguente frattura delle ossa del naso). Essendosi già verificate tre ricadute, assume peculiare importanza effettuare periodici controlli e attuare misure profilattiche: evitare l'esposizione a fonti rumorose, non praticare immersioni subacquee, assumere solo se indispensabili farmaci ototossici, antibiotici, diuretici e antinfiammatori. Infine è da ricordare che probabilmente questo tipo di pazienti potrebbe subire, con l'avvento progressivo della vecchiaia, un'accelerazione del normale decadimento uditivo, e recenti studi segnalano come le ipoacusie improvvisate neurosensoriali costituiscano eventi precoci e preannunciatori di insorgenza di ictus.

Coxartrosi trattata con fango-balneoterapia

Ambrogio Carpentieri

Medico di continuità assistenziale
Specialista in Idrologia medica
Potenza

Una donna di 46 anni, che attualmente risiede in un'altra città, tornata a Potenza per vacanza mi contatta perché tre settimane prima è rimasta "bloccata" con l'anca sinistra. Continua ad accusare dolenzia locale e presenta formicolii alla coscia sinistra. Ha effettuato le iniezioni intramuscolo prescritte, ma non vuole continuare la terapia orale, perché le "bustine" (antinfiammatori) le creano, a suo dire, problemi di digestione.

Visita ambulatoriale e terapia

La paziente mi mostra il referto della RMN effettuata.

■ **Risonanza magnetica:** rimaneggiamento osseo strutturale della trabecolatura ossea, che interessa il collo e il tratto basale della testa femorale a sinistra. Sono incluse aree condroidi e geodiformi. Le convessità paiono conservate e non vi è versamento peri-intracapsulare. Assenza di edema algodistrofico. Potrebbe trattarsi sia di forma degenerativa della coxo-femorale, sia di osteonecrosi in forma frusta.

L'esame clinico della paziente mostra che i movimenti coxo-femorali di flessione a sinistra sono ai limiti, mentre l'estensione raggiunge i 110°, inoltre è molto limitata l'abduzione a circa 15° e la rotazione interna è ridotta, meno l'esterna.

Propongo alla paziente di considerare le cure termali e in particolare un ciclo di fanghi (al mattino a digiuno alla temperatura di 47°C per 10 minuti, "a metà corpo") seguiti da bagni termali (a 38°C per 15 minuti) con successiva "reazione" in camerino.

Decorso clinico

Dopo circa due mesi la signora è venuta a salutarmi e, all'improvviso, ha preso la caviglia sinistra con la mano omolaterale portandola sino al gluteo, in equilibrio sull'altra gamba. È stata, evidentemente, una dimostrazione pratica per informarmi che ha trovato un reale beneficio a breve termine dal mezzo di cura termale, in assenza di effetti collaterali.

Commento

Le patologie reumatologiche trattabili in ambito termale (ex DM 15.12.1994) sono l'osteoartrosi e altre forme degenerative e i reumatismi extrarticolari, mediante un ciclo di 12 fanghi e 12 bagni terapeutici. L'azione terapeutica delle acque termali salso-solfato alcaline ipotoniche deriva dalla presenza di specifici mineralizzatori in sinergia con la bassa pressione osmotica, oltre che dall'alta temperatura.

I solfati, in particolare, svolgono azione eutrofica, antiossidante e antinflogistica, tramite il miglioramento della pervietà capillare e viene rilevata riduzione dei livelli circolanti di PGE2, LTB4, IL-1 e TNF-alfa.

In associazione alla terapia farmacologica, le cure termali si sono dimostrate capaci di determinare sinergismi con potenziamento delle loro azioni, riduzione degli effetti iatrogeni, diminuzione della posologia e del consumo dei farmaci stessi.