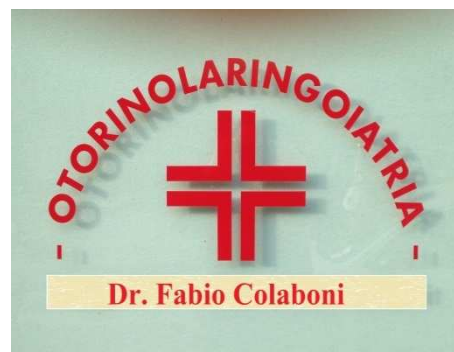




**Tappo di cerume**



## **Linee guida 2017 per una corretta gestione**

L'*American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Foundation* ha pubblicato l'aggiornamento delle linee guida per la gestione dell'ostruzione da cerume del CUE fornendo al medico una serie di raccomandazioni *evidence-based* per la sua gestione<sup>1</sup>.

Circa il 4% dei pazienti che si reca in un anno dal medico di famiglia presenta un'ostruzione del condotto uditivo esterno (CUE) dovuta a cerume.

La produzione di un eccesso, o di un tappo di cerume nel CUE si verifica in 1 su 10 bambini e in 1 su 20 adulti<sup>1</sup>.

L'ipoacusia secondaria alla presenza di tappi di cerume nel CUE è quindi un evento di comune riscontro nell'attività ambulatoriale del medico di medicina generale (MMG), in particolare nei pazienti anziani (*Geriatrics* 2000, 55: 83-86).

Il tappo di cerume può causare oltre all'ipoacusia, anche vertigini, prurito e dolore auricolare. I fattori più comuni che impediscono la normale fuoriuscita del cerume dal CUE sono rappresentati dall'uso di protesi acustiche o di cotone in batuffoli o bastoncini (*cotton-fioc*).

La diagnosi e il trattamento del tappo di cerume è un problema a bassa complessità, ma comunque meritevole di un approccio appropriato nella pratica clinica.

### **Le linee guida suggeriscono ai medici di:**

- **diagnosticare** una compressione da tappo di cerume quando il suo accumulo, rilevato in otoscopia, è associato a sintomi e/o impedisce la necessaria valutazione dell'orecchio.
- **non trattare** normalmente i pazienti asintomatici con cerume, nei quali è possibile esaminare l'orecchio in modo adeguato.
- **impiegare** l'otoscopia per rilevare la presenza di cerume nel corso della visita di pazienti portatori di protesi acustiche.
- **trattare**, o inviare ad altro collega in grado di farlo, il paziente con occlusione del CUE da tappo di cerume. Le procedure d'intervento possono includere una o più delle seguenti opzioni: utilizzo di agenti emollienti, irrigazione del condotto uditivo esterno, rimozione manuale (questa opzione richiede un'adeguata strumentazione).
- **raccomandare** ai pazienti di evitare l'uso di coni o candele per curare o prevenire l'occlusione da cerume del CUE.
- **valutare** i pazienti a conclusione del trattamento fatto per la rimozione del cerume e documentare la completa risoluzione dell'occlusione e dei sintomi.
- **considerare**, nei pazienti con occlusione da cerume persistente dopo insuccesso dell'intervento iniziale, l'invio a uno specialista in possesso di attrezzature adeguate e delle adeguate competenze per l'intervento e la successiva valutazione del CUE e della membrana timpanica.

Queste linee guida confermano che è necessaria la diagnosi mediante l'esame otoscopico per rilevare la presenza di un tappo di cerume che ostruisce la visione della membrana timpanica.

L'intervento di rimozione è raccomandato solo nei casi in cui la compressione da parte del cerume (*cerumen impaction*) determina sintomi o rende impossibile la visione completa della membrana timpanica, rispetto ai casi con cerume asintomatico o un'ostruzione che comunque consente la valutazione clinica (*impaction vs obstruction*).

Le modalità di intervento per rimuovere il cerume comprendono l'uso di emollienti e/o di mezzi meccanici come pinze, sonde o il più comune lavaggio auricolare mediante siringa o sistemi di irrigazione e aspirazione simultanea (Int J Ped Otor 2004, 68: 1295-1299).

Non ci sono prove, secondo queste linee guida, che uno qualsiasi dei 3 metodi di rimozione sia migliore rispetto agli altri, mentre spesso può essere utile una loro combinazione.

Ad esempio l'instillazione di emollienti è utile soprattutto per ammorbidire in 3-7 giorni i tappi di meno recente formazione che si presentano più duri e resistenti al lavaggio.

Gli emollienti più usati sono a base di glicerolo, bicarbonato di sodio in glicerolo, perossido di carbamide e olio d'oliva (Clinical Evidence 2001, 1: 262-266).

Nella pratica clinica ambulatoriale del MMG la procedura del lavaggio auricolare (BMJ 2002, 325: 27-28; BMJ 1990, 301: 1251-1253) può essere attuata semplicemente disponendo solo di un otoscopio e di una siringa monouso da 50/100 ml.

Il lavaggio auricolare è controindicato in presenza di otite media acuta, precedenti interventi chirurgici all'orecchio e perforazione della membrana timpanica.

Perciò è importante indagare all'anamnesi su queste eventuali patologie e sulla presenza anche pregressa di otorrea prima di effettuare il lavaggio auricolare.

La prevalenza di complicanze del lavaggio auricolare dipende dall'esperienza degli operatori (Br J Gen Prac 2002, 52: 906-911) elemento che sostiene la raccomandazione di invio allo specialista in caso di insuccesso o sintomi post-trattamento.

Il rischio maggiore è dato dalla perforazione della membrana timpanica o dal trauma al CUE dovuti ad una pressione eccessiva o diretta sul timpano del getto d'acqua usato per l'irrigazione. E' utile ricordare che l'acqua sterile o soluzione fisiologica utilizzata per l'irrigazione deve avere una temperatura di 36-37°: se è troppo calda o troppo fredda l'irrigazione può causare vertigini .

## Bibliografia

1. Schwartz SR et al **Clinical Practice Guideline (Update): Earwax (Cerumen Impaction)** *Otolaryngology – Head and Neck Surgery* 2017, Vol. 156(1S) S1–S29