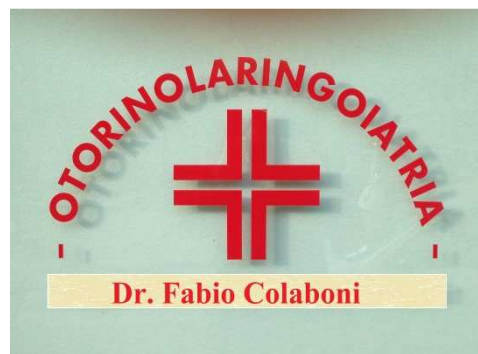


**Studio Specialistico di Otorinolaringoiatria del Dott. Fabio Colaboni**

**Via Suor Maria Mazzarello 31 / Roma – Tel.: 06/7880547**



## **MALATTIA DI** **MENIERE**

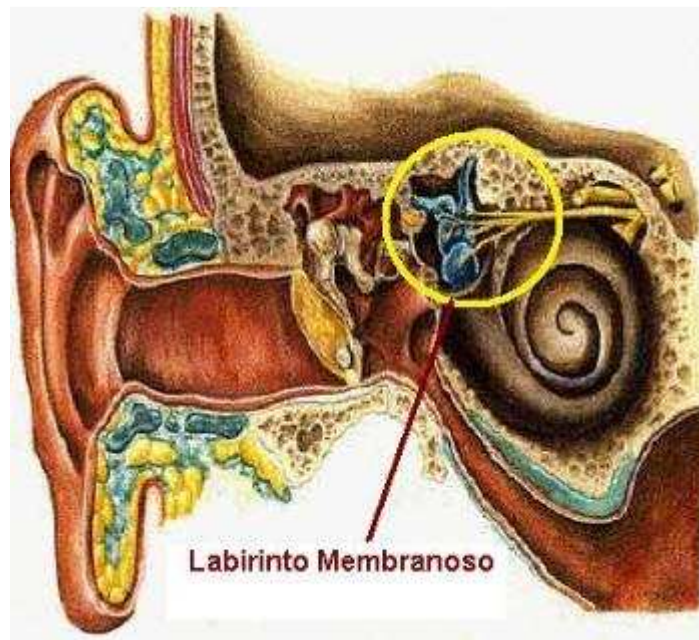
**La Malattia di Ménière, descritta per la prima volta dal medico francese Prosper Ménière nel 1861, è causata da un aumento dei liquidi presenti nel labirinto membranoso dell'orecchio interno (Idrope Endolinfatica) con conseguenti episodi ricorrenti di vertigine accompagnata da sordità e acufeni.**



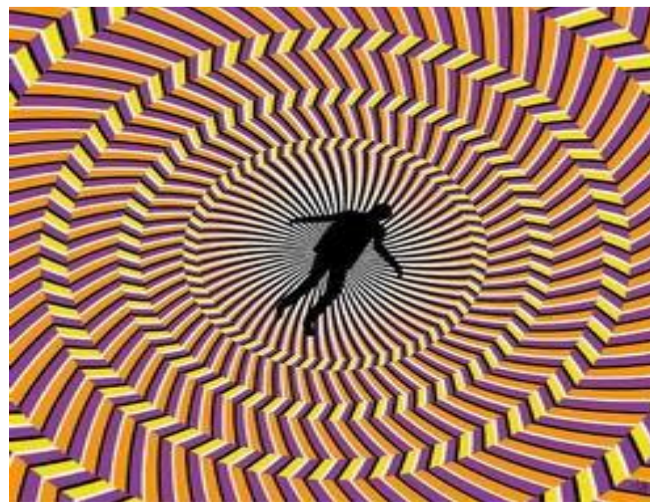
Questi sintomi si presentano in forma di "*crisi episodiche*", di durata variabile dai venti minuti alle ventiquattro ore.

Durante le crisi possono aversi *nausea, vomito, sudorazione, nistagmo*, ossia il movimento ritmico e incontrollabile degli occhi, e il cosiddetto "*fullness*", ovvero una sensazione di pienezza all'orecchio interessato.

Le crisi tendono a peggiorare con il movimento, tanto che nella fase acuta è consigliato il riposo assoluto in un luogo buio e silenzioso.



La malattia colpisce in genere gli adulti con un picco di massima incidenza tra i trenta e i cinquant'anni, con una familiarità riscontrabile nel 50% dei casi e una diffusione in Europa di 1/8000 abitanti.



Per l'American Academy of Otolaryngology (AAO-HNS) il paziente può essere definito “**Menierico**” quando ha avuto almeno due attacchi di vertigine, ciascuno della durata di almeno venti minuti, con tinnitus e fullness fluttuanti e almeno un “esame audiometrico intracritico” che documenti la perdita uditiva neurosensoriale.

Per quanto riguarda le **cause** si discute molto sulla possibile eziologia virale (Herpes simplex tipo 1), ma tale ipotesi non è certa ed è ancora oggetto di studio.

*Stress, disordini metabolici, cause allergiche, endocrine, turbe vasomotorie simpatiche e persino fattori psicosomatici* sono tutte variabili chiamate in gioco nel facilitare le crisi menieriche, **ma a tutt'oggi non ci sono prove certe sulle reali cause della malattia.**

**La sintomatologia** prevede la comparsa di una *vertigine* improvvisa e intensa con *ipoacusia neurosensoriale* fluttuante, caratterizzata da una perdita uditiva alle frequenze centrali o medio-alte, e la comparsa di un *acufene*, in genere di bassa frequenza, con caratteri di ronzio (**Crisi Menierica**).



**La malattia è per lo più monolaterale** (70% dei casi) con possibilità di recidive anche a distanza di anni.

**Dott. Fabio Colaboni**  
Medico Chirurgo

Specialista in Otorinolaringoiatria  
Consulente Iatrico Tribunale di Roma  
Dirigente medico UOC-ORL Azienda Ospedaliera  
San Giovanni Addolorata - Roma

DATA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_ ETÀ \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO \_\_\_\_\_  
 CITTÀ \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

**AURIGRAMMA TOTALE**

**AUDIOGRAMMA VOCALE**

**CONCLUSIONI AUDIOMETRICHE**

Esami audiometrici, Impedenzometrici, vestibolari [www.fabio.colaboni.medias.it](http://www.fabio.colaboni.medias.it)

Studio Via Sacer M. Mazzarolo 25/31 - 00157 Roma  
Tel. 06 78501547 Cell. 358 2541548

es. audiometrico - ipoacusia neurosensoriale monolaterale

Può presentarsi con un decorso quanto mai variabile, andando da casi con crisi episodiche e sporadiche di breve durata, a casi in cui le crisi tendono ad essere così intense e ravvicinate da portare il paziente **all'invalidità sociale**.

Per la diagnosi di Malattia di Meniere è indispensabile una **valutazione otorinolaringoiatrica completa**, con un'otomicroscopia che evidenzi un orecchio normale, esente da alterazioni di tipo infiammatorio e/o infettivo.

**L'esame della funzionalità uditiva** (*esame audiometrico-impedenzometrico – audiometria vocale – determinazione del recruitment*) evidenzierà per lo più una sordità a carico dei toni medio - gravi con presenza del Recruitment, a conferma della sede cocleare della malattia.

**L'esame vestibolare**, nella fase acuta, presenterà il quadro tipico di una forma irritativa di tipo periferico con iperreflettività monolaterale alle stimolazioni termiche e roto-acceleratorie, nistagmo spontaneo e provocato orizzontale-rotatorio che batte verso il lato interessato con consensuali deviazioni segmentarie toniche verso il lato sano (*vedi articolo e video dedicati*).

L'indagine vestibolare effettuata nel periodo intercritico di benessere evidenzierà o una situazione di normalità, espressione di un compenso transitorio statico e dinamico tra i due labirinti oppure, quando la malattia è progredita, una tipica sindrome vestibolare deficitaria periferica con iporeflessia monolaterale alle stimolazioni termiche e roto-acceleratorie, e un nistagmo che batte verso il lato sano con deviazioni segmentarie toniche verso il lato malato.

**L'ABR, la TAC, la RMN e le indagini sierologiche** sono tutti esami complementari mirati, nei casi dubbi, a escludere cause di altra natura (tumori dell'angolo ponto-cerebellare, encefalopatie di natura vascolare o demielinizzante, infezioni erpetiche o luetiche, ecc...)

**Il "Test al Glicerolo"** è un test diagnostico-terapeutico (sono utilizzate anche Urea e Furosemide), che prevede la somministrazione di "glicerolo" per bocca a digiuno alla dose di 1,2 ml/Kg diluito in parti uguali con soluzione salina isotonica.

Tale sostanza agirebbe con capacità osmotiche riducendo l'idrope endolinfatica del labirinto (la quantità di liquido in eccesso a livello dell'organo dell'udito).

Vengono valutate le variazioni della soglia audiometrica tonale prima e dopo 1, 2 e 3 ore dall'assunzione del farmaco.

La prova è considerata positiva se il miglioramento è pari a 15 dB per una delle frequenze comprese tra 250 e 2000 Hz, oppure di 10 dB per 2 o più frequenze, e conferma la diagnosi di Malattia di Meniere.

*I comuni farmaci antivertiginosi* non solo non aiutano il paziente ma tendono a rendere difficoltosa la diagnosi.

**La terapia** si basa sul riposo assoluto a letto e sulla somministrazione di *blandi sedativi e farmaci antiemetici*, per il controllo dei sintomi.

**Cortisonici, diuretici, osmotici e antistaminici** sono somministrati, secondo i casi, per ridurre l'idrope del labirinto membranoso e favorire quindi la risoluzione della crisi.

Spesso le vertigini vengono risolte attraverso un numero compreso tra 1 e 10 infiltrazioni nell'orecchio medio di un antibiotico chiamato "**Gentamicina**" con una buona percentuale di guarigione dei pazienti trattati.

**L'alimentazione** deve essere rigorosamente povera di sale, specie nei momenti più a rischio di crisi, come la primavera e l'autunno.

Nei casi ostinati, ribelli alle comuni terapie mediche, è indicato **il trattamento chirurgico** (*la neurectomia vestibolare o la decompressione del sacco endolinfatico*).

**La prognosi della malattia è molto variabile** e prevede, nei casi più gravi o non giunti a diagnosi, la perdita uditiva progressiva (ogni crisi lascia il paziente sempre più sordo) e la possibilità di una cronicizzazione della vertigine con associata sordità.



Molto dipende dalla risposta individuale al **corretto trattamento** ma, essendo una malattia di difficile inquadramento clinico, spesso purtroppo non viene correttamente diagnosticata, con conseguente notevole ritardo nell'attuazione dei corretti protocolli terapeutici.