

ADVANCED THERAPIES

NUOVA IPSA
EDITORE

ISSN 2281-485X

TERAPIE D'AVANGUARDIA
anno II - n. 3 - 2013

Guido Sartori

Concetto di salute nella cultura occidentale

Raffaele Cascone

Infiammazione, stress e comportamenti

Alessandro Perra

I sintomi: prevalenza della loro positività o negatività diagnostica?



Direttore editoriale
Claudio Mazza

Direttore responsabile
Antonio La Rosa

Comitato scientifico
Mauro Alivia
Raffaele Cascone
Claudio Mazza
Leonello Milani
Paolo Roberti di Sarsina
Carmelo Samonà
Mara Tognetti Bordogna

Direzione e Redazione

Via Giuseppe Crispi, 50
90145 Palermo
Tel. 091.6832869
Fax 091.6816399
www.nuovaippsa.com
redazione@advancedtherapies.it

Reg. Trib. di Palermo n. 9 del
24/04/2012

Un numero: € 10,00
Abbonamento annuale (3 numeri):
€ 25,00
Credito siciliano
IBAN IT38 J030 1904 6110 0000
0001 409

In copertina:

Stampa
Seristampa - Palermo

Sommario

- 3 Guido Sartori
Concetto di salute nella cultura occidentale
- 23 Raffaele Cascone
Infiammazione, stress e comportamenti.
Regolatori ed epigenetica
- 32 Alessandro Perra
I sintomi: prevalenza della loro positività o negatività semeiotica?
Approccio ai sintomi infiammatori con la *Low Dose Medicine*:
nuove prospettive nella terapia farmacologica delle malattie
infiammatorie acute e croniche
- 42 Mauro Tronti
Malattia di Menière
e Insufficienza Venosa Cronica Cerebrospinale
- 50 Annunziato Gentiluomo
La formazione *post lauream* in Medicine Tradizionali e
Non Convenzionali in Italia.
Per una regionalizzazione dell'offerta formativa universitaria
- 62 Libri
Family Therapy, di Dorothy Stroh Becvar e Raphael J. Becvar
Le forme del centro, di Gaetano Roberto Buccola
Gli Aracnidi in omeopatia, di Fernando Piterà e Levio Cappello

Malattia di Menière e Insufficienza Venosa Cronica Cerebrospinale

Mauro Tronti

PAROLE CHIAVE

Malattia di Menière.
Insufficienza Venosa Cronica,
Cerebrospinale (CCSVI),
Idrope Endolinfatica,
Angioplastica Percutanea,
Transluminare (PTA).

RIASSUNTO

Esperienza personale e di un gruppo di pazienti affetti da Malattia di Menière con diagnosi di Insufficienza Venosa Cronica Cerebro-Spinale (CCSVI) sottoposti a trattamento di Angioplastica Percutanea Transluminare (PTA)

Dall'esame della letteratura internazionale riguardante la patologia dell'orecchio interno emergono almeno due considerazioni in modo evidente: innanzitutto la frequente assenza di spiegazioni soddisfacenti circa la natura e l'origine di varie manifestazioni patologiche, classificate "idiopatiche", quindi senza una causa precisa conosciuta; in secondo luogo, considerare l'orecchio interno dal punto di vista fisiopatologico come un organo a sè stante con pochi legami con tutto ciò che succede nel resto dell'organismo.

È cosa nota che i sintomi della Malattia di Menière sono legati, nella maggior parte dei casi, essenzialmente alla presenza di un'IDROPE nell'orecchio interno. Se riuscissimo a trovare la causa che determina l'idrope e a risolverla o quantomeno a contenerla, penso che avremmo risolto un buon 90% del nostro problema. Ma cerchiamo di esaminare in modo più approfondito, logicamente senza volerli sostituire ai medici, ma cercando di suscitare un'attenzione propositiva proprio nei medici che ci vorranno sostenere per iniziare dei nuovi percorsi di studio alla luce delle nuove esperienze acquisite da me e da altri malati, che autonomamente abbiamo voluto affrontare un percorso di indagine diagnostica e il successivo trattamento endovascolare proprio della Insufficienza Venosa Cronica Cerebrospinale (Chronic Cerebrospinal Venous Insufficiency CCSVI).

Per fare questo dobbiamo necessariamente comprendere delle terminologie e dei concetti medico-scientifici di cui sentiamo spesso parlare ma che rimangono molto spesso dei concetti astratti.

IDROPE: è un accumulo anormale di trasudato (quindi non infiammatorio) nelle cavità sierose del corpo.

ENDOLINFA: è il liquido che riempie la cavità del labirinto membranoso dell'orecchio interno dei vertebrati.

L'endolinfa ha una concentrazione di ioni K⁺(potassio) 15 volte superiore alla perilinfa.

PERILINFA: liquido chiaro che riempie lo spazio compreso tra il labirinto osseo e quello membranoso, nell'orecchio interno dei vertebrati. La perilinfa è un liquido ad alta concentrazione di ioni sodio (Na⁺) ed una bassa concentrazione di ioni potassio (k⁺).

Il labirinto membranoso è sprovvisto di vasi linfatici, pertanto gli spazi perilinfatico e endolinfatico, nonostante il loro nome, **non sono di natura linfatica.**

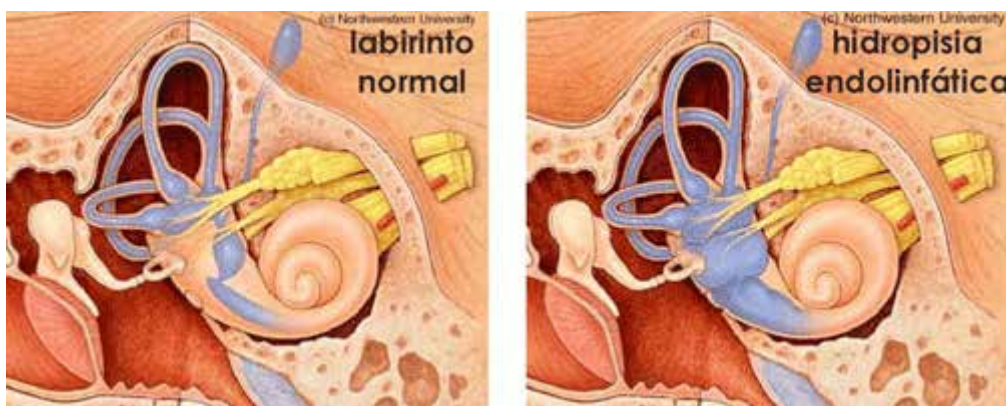
MONOLATERALITÀ

Nessuno finora è riuscito a dare una spiegazione soddisfacente a questa manifestazione clinica né tantomeno al fatto che la malattia può interessare l'orecchio contralaterale nel tempo, diventando bilaterale.

La monolateralità mi farebbe pensare almeno all'esordio, essenzialmente a un fatto locale e non sistemico.

Tutti noi malati empiricamente avvertiamo l'aumento della pressione interna dell'orecchio durante la fullness (pienezza auricolare); gli specialisti in otorinolaringoiatria (ORL) ci spiegano come la nostra perdita di udito sia dovuta alla sofferenza meccanica che l'aumentata pressione dovuta all'idrope determina sulle cellule ciliate uditive. Queste, a forza di essere stressate, non riescono più a recuperare il deficit e il nostro udito pian piano è compromesso.

Ho iniziato ad indagare la Malattia di Menière sotto l'aspetto **VASCOLARE** che finora è stato ipotizzato e studiato solo su reperti autoptici, o su pazienti con sordità improvvise, quest'ultima ipotesi confermata da immagini di Risonanza Magnetica per evidenti versamenti ematici nell'orecchio interno, che non sono comuni nella nostra patologia.



Nella scarsa letteratura medica e quaderni tematici pubblicati sulle complicanze vascolari, si fanno ipotesi, si provano terapie vascolari, ma nei casi che trattano la Malattia di Menière non ci sono prove di efficacia terapeutica (Evidence-based Medicine EBM) certe, questo logicamente non fa che creare ulteriori incertezze sul buon esito delle cure da somministrare ai pazienti ipotizzando uno scarso funzionamento del microcircolo ematico nell'orecchio interno.

Questo, purtroppo, si tramuta in uno scarso interesse nella ricerca per la Malattia di Menière. Il risultato del difficile trattamento del malato, molto spesso fonte d'insuccesso per i medici, ha come conseguenza il mancato investimento delle case farmaceutiche in farmaci che risulterebbero di scarsa efficacia e basso valore economico di rientro, data l'esiguità del numero di malati.

Ma vediamo in questo schema come è rappresentato anatomicamente il sistema vascolare dell'orecchio interno. Precisiamo anche che un riscontro con imaging tipo AngioTac o Risonanza Magnetica non permetterà di indagare in modo approfondito la vascolarizzazione dell'orecchio interno, poiché i vasi venosi sono di misu-

ra non rilevabile da tali apparecchiature a meno che non siano presenti dei versamenti ematici di grande entità come già sopra citato.

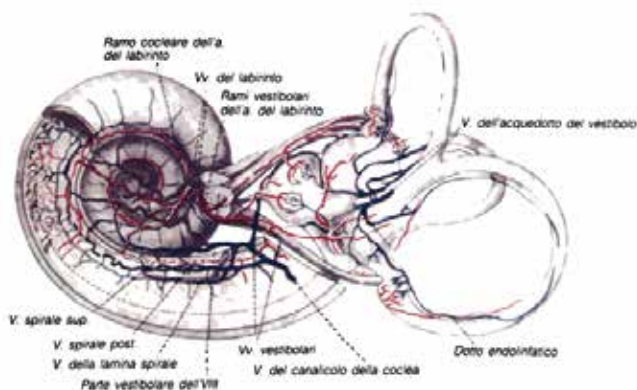
Il prof. Augusto Casani durante i lavori del 9° Congresso di Aggiornamenti in Vestibologia a Modena il 19 ottobre 2012, dedicato interamente alla Malattia di Menière, fece un intervento riguardante il ruolo dei farmaci vascolari. L'argomento vascolare fu trattato al congresso con cauta generalità pur non mancando di spunti interessantissimi e importantissimi. Lui stesso disse testualmente che:

- nei malati di Malattia di Menière ci sono meno vasi nella stria vascolare rispetto alle persone sane;
- i danni alle vene dell'acquedotto vestibolare potrebbero causare un ingorgo venoso che potrebbe essere la causa dell'idrope;
- una fibrosi dell'area può creare impedimenti al re-flusso così come microemboli.

Anche il Prof. Maurizio Barbara, nel medesimo congresso, riferiva come in uno studio è riuscito a evidenziare stenosi capillari: in questo caso l'orecchio medio addirittura produce ADH (ormone antidiuretico) con conseguente ritenzione idrica.

Disse anche che in pratica la sua ricerca di letteratura, da portare al congresso sull'argomento, fu interessante poiché riguardava un aspetto non di competenza ORL, ma di competenza vascolare (un timido approccio all'interdisciplinarietà, finalmente!) per concludere che i farmaci vascolari in commercio oggi non garantiscono alcuna efficacia nel caso di Malattia di Menière.

Cerchiamo ora di analizzare le funzioni anatomo-fisiologiche di un'importante processo che avviene nell'orecchio interno e che da tempo è stata indicato come una probabile causa dell'idrope.



Anatomicamente, adiacente alla membrana vestibolare, si estende una zona della parete, depressa e riccamente vascolarizzata: la stria vascolare.

Si tratta di un organo ad altissima attività metabolica che ha attività secretoria dell'endolinfa e funzione di riassorbimento della stessa. Provvede al mantenimento della concentrazione di ioni K⁺ nell'endolinfa: è responsabile quindi del mantenimento della differenza di potenziale tra lo spazio endolinfatico (tendenzialmente positivo) e lo spazio perilinfatico (tendenzialmente negativo).

Qui è elevato il consumo di ossigeno: superiore a quello cerebrale!

Immaginiamo quindi la stria vascolare alloggiata come in una culla, vicino alla membrana vestibolare. Abbiamo detto che è riccamente vascolarizzata, quindi avrà una vascolarizzazione arteriosa e una venosa.

VASCOLARIZZAZIONE ARTERIOSA

- la cosa sorprendente è che il circolo arterioso dell'orecchio interno ha le caratteristiche di un sistema terminale. Generalmente nel nostro organismo se un vaso si dovesse occludere si creerebbero delle anastomosi, cioè dei collegamenti, tra altri vasi limitrofi in modo che il distretto a valle del vaso occluso riceva ugualmente ossigeno e nutrimento e gli venga garantito il ricambio. Nelle circolazioni terminali queste anastomosi o non avvengono proprio (il caso delle circolazioni anatomicamente terminali) oppure avvengono ma sono insufficienti (il caso delle circolazioni funzionalmente terminali). In ogni caso il risultato non cambia. Ci sono organi terminali come il cervello (l'occlusione provoca l'infarto cerebrale altrimenti detto ictus), il cuore (infarto del miocardio), il rene (infarto renale), il polmone (infarto polmonare) ecc e...l'orecchio interno! Quindi nel caso in cui anche solo un'arteriola afferente del nostro orecchio fosse stenotica per fibrosi o trombosi, il distretto a valle non sarebbe più sufficientemente irrorato causando la perdita delle cellule che non sarebbero più nutrite e ossigenate e qui si aprirebbe un capitolo interessantissimo che potrebbe spiegare certe sordità improvvise, certe vertigini idiopatiche non menieriche ecc.
- un'altra cosa sorprendente del circolo arterioso della stria vascolare è che una parte delle arterie afferenti fornisce effettivamente le collaterali alla stria, ma la maggior parte dei rami prosegue per sboccare direttamente nel sistema venulare della rampa timpanica.

Questo sistema che esclude la capillarizzazione, serve per mantenere la stria vascolare ESENTE DA OGNI TIPO DI BAROTRAUMA!

Perché la natura si è data così da fare per inventare un sistema unico che impedisca le modificazioni pressorie alla stria vascolare indipendentemente dallo stato della pressione sanguigna generale?

VASCOLARIZZAZIONE VENOSA DELLA STRIA VASCOLARE

Il sangue venoso segue tre vie di deflusso:

- vena uditiva interna che sbocca nel seno petroso superiore o nel seno trasverso e poi nella **giugulare interna**;
- vena dell'acquedotto della chiocciola che sbocca nella **giugulare interna**;
- vena dell'acquedotto del vestibolo che riceve il ricco plesso venoso che circonda il sacco endolinfatico e sbocca nel seno petroso superiore che sbocca nella **giugulare interna**.

Cosa capita se ho un'ostruzione venosa di qualunque tipo? Il sangue a monte dell'ostruzione non potrà defluire adeguatamente. Prima cercherà altre vie, poi diventerà insufficiente ma compensato e quando non riuscirà più a compensare avremo il **REFLUSSO VENOSO**.

Per cui se si ha una stagnazione di sangue a livello della stria vascolare, cosa può succedere?

- l'aumento della pressione determina una variazione osmotica delle membrane che, a sua volta, potrebbe causare l'idrope;
- l'aumento della pressione determina un'anomalia grave a livello della stria (dove invece la natura cercava di impedire barotraumi) che non potrà funzionare a dovere.

Ricordiamo le sue funzioni:

1. secrezione endolinfa;
2. riassorbimento endolinfatico;
3. mantenimento della concentrazione ionica tra endolinfa e perilinf (molti autori parlano dello scatenarsi della vertigine proprio in occasione di passaggi massicci di ioni K⁺ nella perilinf che creano una sorta di intossicazione).

Uno studio pubblicato sulla rivista *Otoneurologia* nel 2000, già citazione *Laryngoscope* 2007 117:194-8; effettuato dal gruppo di ricerca danese M. Friis con la pub-

blicazione: “A potential portal flow in the inner ear”, ha indagato per la prima volta gli effetti di un’ostruzione dell’acquedotto vestibolare venoso (VVA) sulla scorta degli studi condotti dal gruppo del prof. Paolo Zamboni sulla CCSVI (Chronic Cerebrospinal Venous Insufficiency) rilevabile con esame sonologico TCCS/ECD, effettuato con un apparecchio adattato allo studio dei vasi venosi del collo e del cranio, seguita da venografia mediante catetere di conferma. Lo scopo dello studio di M. Friis è stato quello di visualizzare il sangue nella porzione extraossea della vena dell’acquedotto vestibolare (VVA) in condizioni fisiologiche e con ostruzione nella parte distale della VVA, prima della fusione con il seno sigmoideo, per verificare l’eventuale inversione di flusso, che aprirebbe nuovi scenari nella ricerca dell’eziologia che conduce all’idropo endolinfatica.

Ma vediamo ora di comprendere meglio che cosa è la Chronic Cerebrospinal Venous Insufficiency o CCSVI (Insufficienza Venosa Cronica Cerebrospinale).

L’Insufficienza Venosa Cronica Cerebrospinale è un quadro caratterizzato da stenosi multiple nelle principali vie di deflusso venoso extracraniche, con l’apertura di circoli collaterali e percorsi venosi sovraccaricati da flussi che originano da altri compartimenti (shunt venosi).

L’Insufficienza Venosa Cronica Cerebrospinale (CCSVI) è una malattia emodinamica in cui le vene cervicali e toraciche rimuovono poco efficacemente il sangue dal cervello e in generale dal sistema nervoso centrale (SNC).

La CCSVI è caratterizzata dalla presenza di restringimenti multipli e malformazioni delle principali vene che portano il sangue dal cervello verso il cuore. Le vene interessate sono:

- giugulari interne,
- vertebrali,
- lombari,
- azygos,
- emiazygos,
- iliache.

Queste malformazioni congenite assumono la forma di:

- Annulus o tessuto fibrotico;
- Stenosi circolari della parete venosa;
- Setti endoluminali e ostruzioni membranose: presenza di ostacoli che occludono quasi completamente una vena;
- Valvole anomale e/o invertite che danno origine a significativi ostacoli del flusso;

- **Diagnosis of CCSVI: 2 out the 5 criteria described in the literature have to be met (P. Zamboni et al., Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. 2011; P. Zamboni et al., J. Vasc. Surg. 2009).**

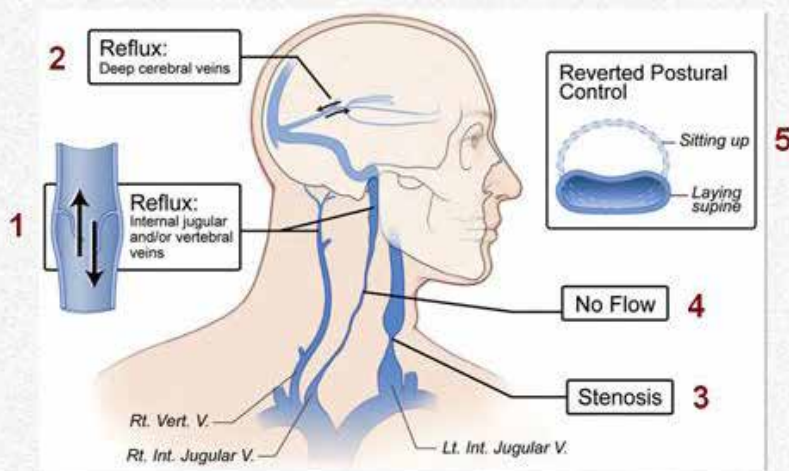


Illustration of the vascular abnormalities comprising the proposed entity chronic cerebrospinal venous insufficiency. Figure adapted from R. Fox, Neurology 2011.

- Ipoplasia: lunghi segmenti venosi sottosviluppati e di calibro insignificante;
- Torsione: presenza di severe stenosi in conseguenza di un segmento venoso attorcigliato attorno se stesso;
- Agenesia: completa assenza anatomica di una vena.

Le malformazioni riguardano specialmente le vene giugulari interne (IJVs) che corrono lungo il collo e la vena Azygos (AZY) che scorre all'interno del torace e che finora è stata poco studiata.

L'organismo sopperisce allo scarso drenaggio sanguigno causato dalla CCSVI mediante l'apertura di circoli collaterali che tentano di by-passare le vene ostruite riducendo la resistenza al drenaggio, evitando l'ipertensione intracranica. Tuttavia, nonostante questo meccanismo compensatorio, il tempo di deflusso del sangue in un paziente affetto da CCSVI resta maggiore rispetto al controllo sano. L'insufficienza del drenaggio venoso è una caratteristica della CCSVI ed è misurabile attraverso studi di perfusione.

Il circolo del sangue all'interno del nostro corpo varia a seconda delle posizioni assunte, dall'attività svolta e dal tipo di respirazione adottata. In condizioni normali, in assenza di CCSVI, la posizione supina favorisce il flusso venoso cerebrale attraverso le vene giugulari interne (IJV); al contrario, in posizione eretta o ortostatica, il sangue viene ridiretto attraverso le vene vertebrali (VV), e la vena azygos (AZY), che diventano le principali vie di deflusso in questa posizione.

Nel settembre 2009 il panel di esperti della UIP 50, la più vasta organizzazione scientifica che si occupa di patologia venosa, l'ha inserita tra le malformazioni venose congenite di tipo troncolare, ovvero fra quelle che si sviluppano fra il 3° ed il 5° mese di vita intrauterina. Il documento di consenso internazionale ne avalla anche la terapia attraverso angioplastica dilatativa o PTA. Lo studio del Prof. Zamboni ha dimostrato l'esistenza di 4 tipologie di CCSVI :

CCSVI di tipo A - caratterizzato da stenosi significative dell'Azygos prossimale, oppure di uno dei due tronchi delle vene Giugulari interne, con la vena Giugulare interna controlaterale di aspetto compensatorio che appare con una vasta area a sezione trasversale.

CCSVI di tipo B - caratterizzato da stenosi significative di ambedue gli assi delle vene Giugulari interne e della vena Azygos prossimale.

CCSVI di tipo C - caratterizzato da stenosi bilaterali in ambedue i tronchi Giugulari interni con Azygos di aspetto normale.

CCSVI di tipo D - caratterizzato da stenosi a più livelli dell'Azygos e delle vene Lombari.

L'associazione con stenosi alle Giugulari interne è stata osservata in circa il 50% dei casi, causando un'ostruzione ulteriore in questi pazienti.

A tal proposito nascono spontanee alcune domande:

- quante persone malate di Malattia di Menière sono anche affette da CCSVI?
- quali vene sono coinvolte in questo processo?
- se la stenosi della giugulare interna (CCSVI) provoca il reflusso al microcircolo dell'orecchio potrebbe il malato di Menière giovare del trattamento di Angioplastica dilatativa percutanea (Pta)?

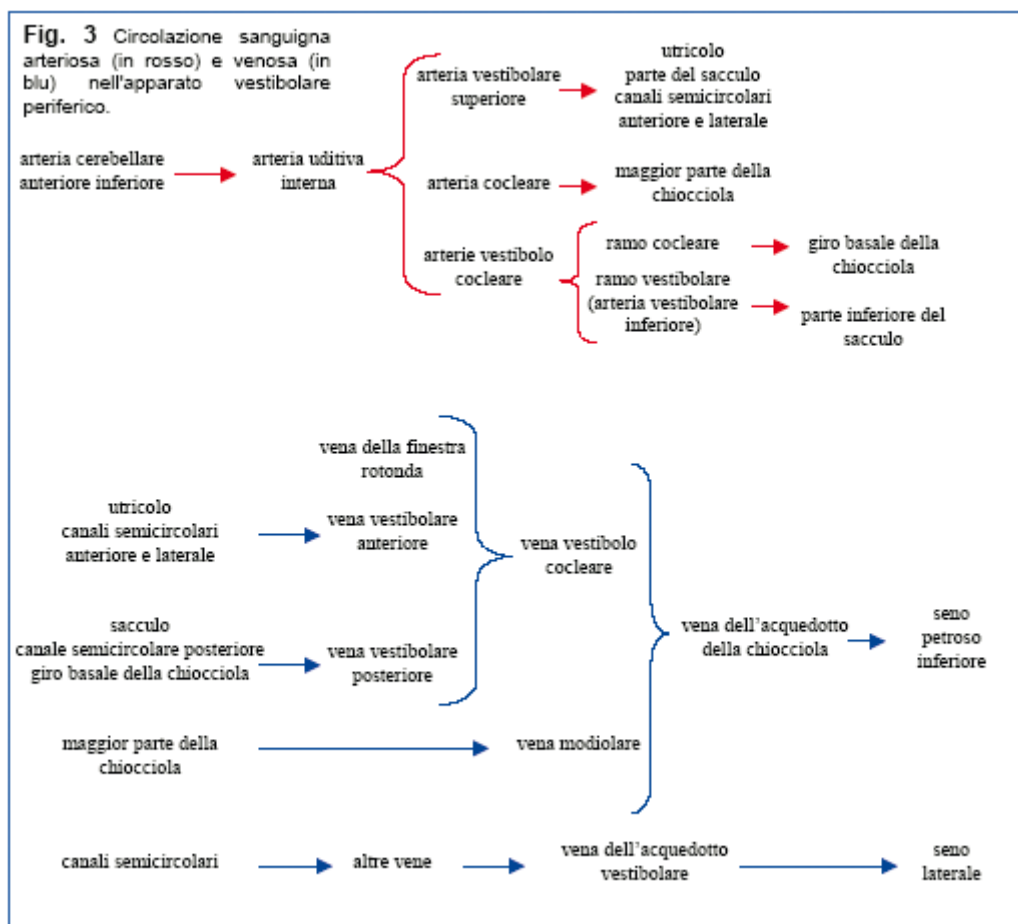
Tenendo ben presente l'anamnesi per costituire studi su pazienti omogenei e ricordando che anche una persona negativa alla CCSVI potrebbe avere un danno vascolare da ostruzione in un distretto molto interno dell'orecchio, che a tutt'oggi non siamo in grado di investigare in vivo, si conviene che può benissimo esserci una causa LOCALE per cui una vena o venula sia stenotica (fibrosi, anatomia patologica, trombo ecc) e ciò determinerebbe un deficit vascolare LOCALE.... così si spiegherebbe la monolateralità dell'idrope!

Da qualsiasi lato esaminiamo la questione ci ritroviamo sempre di fronte a due ipotesi:

1. Aumentata pressione cocleo-vestibolare (per disordine vascolare ?)
2. Alterata differenza di potenziale di membrana (stria vascolare ?)

Nella figura 3 sintetizziamo quella che è la circolazione sanguigna arteriosa e venosa nell'apparato vestibolare. In questo modo possiamo arrivare a comprendere l'importanza dell'ipotesi di un reflusso o stagnazione sanguigna a valle del Seno Petroso Inferiore e del Seno Laterale (confluenza nella Giugulare Interna).

Abbiamo già citato che le principali vie di deflusso venoso dell'orecchio interno andranno a confluire nelle Vena Giugulare Interna, che se apparirà malformata o stenotizzata, potrebbe creare la situazione favorevole al



reflusso venoso e una probabile idrope. Per accertare quanto ipotizzato non restava che iniziare a seguire questa metodica da vicino e valutare la corrispondenza della diagnosi della CCSVI in malati sofferenti di Malattia di Menière.

In un numero di 9 malati (4 uomini e 5 donne) sottoposti a Ecocolor Doppler (metodo Zamboni) il 100% risultava positivo alla diagnosi di CCSVI, gli stessi si sono poi candidati al trattamento endovascolare (Pta). Successivamente il numero di accertamenti con ECD per la diagnosi CCSVI si è esteso ad altri 15 malati, in cui si è riscontrata una positività alla CCSVI di 14 su 15. A mio avviso, i dati rilevati dai medici in diverse parti di Italia, non hanno lasciato dubbi: la CCSVI è una manifestazione patologica di alto rilievo nella Malattia di Menière.

I 9 malati candidati all'intervento erano consapevoli che si affrontava un trattamento endovascolare proprio della CCSVI e che eventuali benefici da correlare alla Malattia di Menière non erano ipotizzabili clinicamen-

te per la mancanza di una letteratura scientifica e specialistica dei medici ORL in merito. Stavamo iniziando un percorso del tutto nuovo e senza prove di efficacia, ma eravamo consapevoli che nulla avrebbe potuto peggiorare la nostra condizione di Malati di Menière, e che tutto ciò che ne sarebbe derivato in miglioramento dei sintomi nella nostra malattia, doveva essere di stimolo per un futuro studio clinico, per tracciare un nuovo percorso di diagnosi e trattamento nella Malattia di Menière per i medici, se ci fossero stati dei miglioramenti clinici apprezzabili e oggettivamente riscontrabili.

È stata questa un'occasione per valutare, anche se in modo ancora approssimativo, i fattori ematici della coagulazione dei 9 pazienti, nei quali si è riscontrato il valore dell'Omocisteina elevato, e Acido Folico e Vit B12 carenti, Fibrinogeno e Prolattina elevati. Raramente è stato osservato un tale riscontro nei Malati di Menière, se non con ipotesi di formazione di microemboli nel sistema arterioso dell'orecchio interno e nella sindrome di Ohresser: quadro clinico di Malattia di Menière ad insorgenza pre o perimenzstruale (prolattina).

Si potrebbero attuare ulteriori ipotesi di studio multidisciplinari valutando l'eventuale correlazione della CCSVI nella Malattia di Menière e rivalutare ipotesi di studi pregressi.

I pazienti operati (9) riferiscono benefici apprezzabili in modo variabile e soggettivo. Il sintomo che viene più apprezzato da tutti è la sensazione di avere una "testa libera", effetto di maggior ossigenazione dovuto alla perfusione. In 2 pazienti è stato possibile eseguire prove audiometriche prima e post Pta presso il policlinico dove erano ricoverati. Prove che hanno confermato un incremento della soglia uditiva aerea del 25/30% su tutte le frequenze, questo a riprova che in sordità stabilizzate da anni una fluttuazione così evidente in un arco di tempo brevissimo presuppone una diminuzione del carico idropico, logicamente parliamo di un recupero uditivo non significativo nella discriminazione vocale.

Nel mio caso specifico, malato di Menière da ben 23 anni e con intervento di neurectomia nel 1999, sor-

dità monolaterale da 9 anni stabilizzata a -90 Db, essendo uno dei 2 casi sopradescritti, a distanza di oltre due mesi dal trattamento di Angioplastica Percutanea Transluminare (Pta), posso con soddisfazione affermare che ho mantenuto i benefici inizialmente avuti dal trattamento della CCSVI. Non ho più accusato cefalee che prima della Pta erano quotidiane, il senso di astenia che mi accompagnava dalla mattina è scomparso, il nistagmo oculomotorio è ridottissimo e non ho instabilità (sintomo vertigine già risolto in precedenza con la neurectomia vestibolare). Pertanto, giudico con positività tale trattamento. Per affermare quanto asserito, l'unico riscontro oggettivo è l'esame audiometrico prima e post Pta soprariportato.

Al fine di non disperdere i dati dei malati che si sono sottoposti a indagine diagnostica e trattamento Pta nella CCSVI sto conducendo, nell'ambito dell'azione svolta dall'Associazione Malati Menière Insieme ONLUS (AMMI ONLUS), una raccolta di tutti i referti degli esami, i quali saranno a disposizione - con il consenso degli interessati - per i medici che vorranno prendere

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CATANIA
AZIENDA POLICLINICO
CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA
DIP.SPEC.MEDICO-CHIRURGICHE**

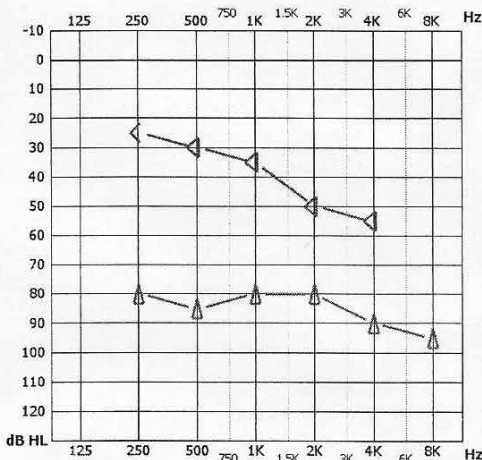
Paziente **TRONTI MAURO**, 51 anni, nato il **30/06/1961**

Data visita **13/05/2013**

Audiometria toni puri

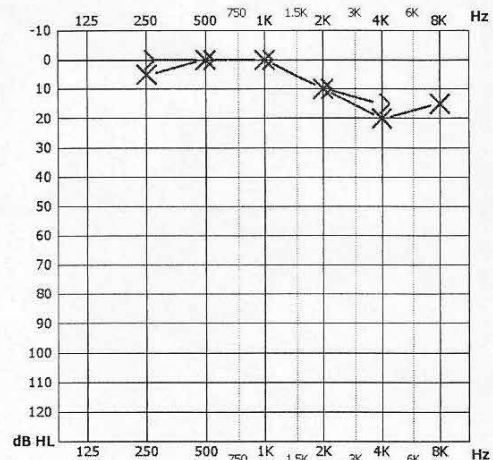
Operatore: User User

Strumento: Amplaid A319



LEGENDA

- × L AC UNMASKED
- △ R AC MASKED
- < R BC UNMASKED
- ◁ R BC MASKED
- > L BC UNMASKED



MEDIA TONI PURI

| AC R | AC L | AC R+L | BC R | BC L | BC R+L |
|-------|------|--------|-------|------|--------|
| 81.67 | 3.33 | 42.5 | 38.33 | 3.33 | 20.83 |

Frequenze (Hz): 500, 1K, 2K

Descrizione: **ESAME AUDIOMETRICO IN AU SINISTRO. IPOACUSIA MISTA IN AU DESTRO.**

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CATANIA
AZIENDA POLICLINICO
CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA
DIP.SPEC.MEDICO-CHIRURGICHE**

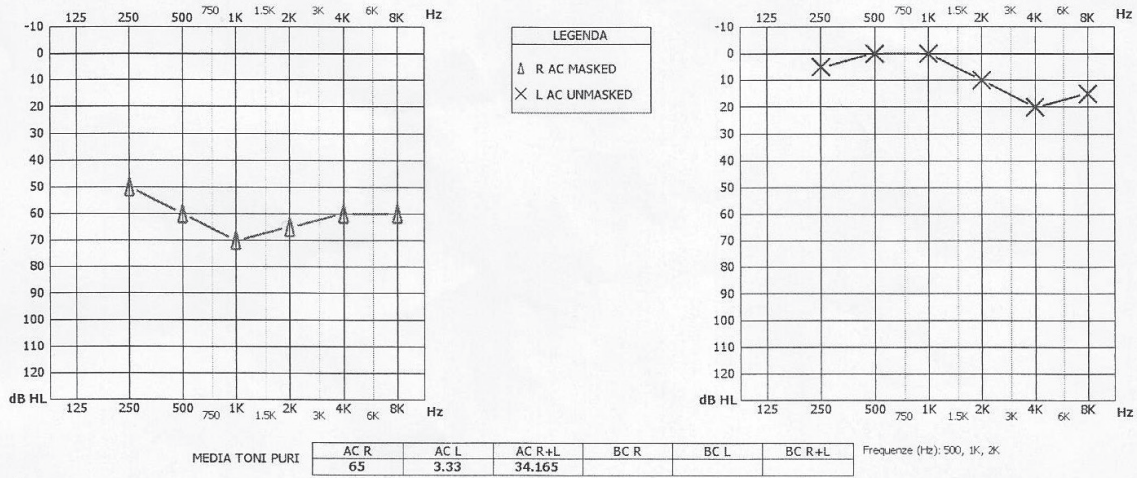
Paziente **TRONTI MAURO**, 51 anni, nato il **30/06/1961**

Data visita **15/05/2013**

Audiometria toni puri

Operatore: User User

Strumento: Amplaid A319



conoscenza di questa nostra esperienza, che non vuole essere un dato di certezza dal punto di vista scientifico. La nostra ONLUS è composta solo da malati e NON da medici. Sicuramente si apriranno nuovi orizzonti. Abbiamo l'assoluta necessità di avere studi clinici controllati. Noi malati abbiamo un motivo in più per sperare che l'efficacia di cure e terapie sia più valida, valutando il sistema dell'orecchio interno come un sistema terminale.

Il mio vuole essere un invito ai medici a percorrere una nuova possibile strada, con la speranza che vorranno proseguire nella ricerca e valutare se alla luce di queste nuove metodiche se ne possano sviluppare delle nuove, rivalutare i farmaci, non eziologici, di rito e ricercarne dei nuovi molto più mirati, in considerazione che il loro uso prima non dava gli effetti sperati, ma consi-

derando che nel post Pta un miglioramento della perfusione cranica potrebbe contribuire al miglioramento della qualità della vita dei malati.

Sono convinto che questo è solo un primo passo per un vero rivoluzionario approccio alla Malattia di Menière, e che siamo ben lontani dal poter pensare che è tutto risolto. Bisognerà necessariamente attendere i risultati di studi clinici a dimostrazione che la CCSVI è certamente correlata alla Malattia di Menière. Se validata tale ipotesi, potrebbe essere un importante tassello da aggiungere alle cause che concorrono alla Malattia di Menière.

Per questo avremo bisogno sempre al nostro fianco di medici coraggiosi e attenti che ci seguano nel percorso della nostra malattia, percorso che deve essere quanto mai centrato sulla persona.

Mauro Tronti, Consigliere dell'Associazione Malati Menière Insieme ONLUS (AMMI ONLUS)

www.ammi-italia.it
info@ammi-italia.it

ASSOCIAZIONE MALATI MENIÈRE INSIEME ONLUS – AMMI ONLUS

Casella Postale 6068, Bologna Roveri, Via Canova 19/2 - 40138 Bologna

Malattia di Menière - Gruppo globale moderato da Nadia Gaggioli - su Facebook

<https://www.facebook.com/groups/58462097400/>