

DOTT. BERNARD MONTAIN

Acufene:

sibili e ronzii nelle orecchie

riconoscerli
& guarirli



Edizioni



AMRITA

Introduzione

Qualche anno fa, uno studio inglese stimava che il numero degli acufenici (i portatori di acufeni) ammontasse al 19% della popolazione urbana; valutazioni tedesche più recenti convalidano questo dato statistico. La percentuale degli Europei che vivono in città si avvicina ormai all'80% e la cifra aumenta costantemente: si può quindi calcolare che molte decine di milioni di nostri concittadini sono colpiti da questo flagello! Stranamente, quest'affezione interessa poco i professionisti della salute. L'informazione scientifica e medica è scarsissima: qualche riga nelle opere specialistiche di otorinolaringoiatria (naso-gola-orecchi). L'*Enciclopedia medico-chirurgica* francese, una vera "bibbia" in campo medico, le dedica poche pagine (8 in tutto) su diverse migliaia. È già molto se di tanto in tanto, nelle pubblicazioni dedicate alle medicine naturali, appaiono e scompaiono in un baleno annunci che accennano a "professori" e a "laboratori" che promettono una guarigione rapida e senza sforzi di tutte le malattie, indistintamente. Gli infelici acufenici continuano a soffrire e a deprimersi, grazie all'incomprensione dell'ambiente umano che li circonda, il quale, evidentemente, non "sente" in alcun modo i rumori, spesso assordanti, che questi ammalati percepiscono, e che a volte li portano al suicidio.

I terapeuti, poi, continuano a rivendicare il diritto di proclamare la loro incompetenza, che si traduce nella celebre frasetta: «Povera signora, per lei la medicina non può fare nulla!» Ad alcuni pazienti pare addirittura di essere trattati, più o meno esplicitamente, come malati di mente, visto che dimostrano cattiva volontà ostinandosi a non guarire! A costoro viene detto: «È un fatto psichico!» oppure: «È un fenomeno psicosomatico». Negli Stati Uniti, dove si segue lo stesso andazzo, Hal A. Huggins ha scritto un libro intitolato *It's All in Your Head* («È tutto nella tua testa»). In realtà, come succede in altre malattie, non esiste un unico tipo di acufene: spesso l'acufenia della signora X non ha le stesse origini di quella del signor Y e non si esprime nella stessa forma. Le uniche terapie efficaci sono fisiologiche, eziopatogenetiche, ossia fondate sulla conoscenza dei meccanismi e delle cause, nella loro complessità fisica e psichica. Soltanto la

naturoterapia fondamentale, il cui insegnamento fu iniziato dal dottor André Passebecq alla facoltà di Medicina dell'Università di Parigi Nord, è in grado di tener conto di questa diversità, grazie al rigore del suo approccio e della sua terapeutica, fondati sulla conoscenza approfondita della malattia. Per ragioni di cui parleremo nel corso di quest'opera, per un numero elevato di acufeni non si è trovata, fino a ora, soluzione terapeutica: si tratta di quelli di origine oclusodentale, la cui incidenza sulla popolazione acufenica varia dal 10 al 60%, a seconda del medico e dell'approccio al paziente, ossia a seconda che la diagnosi sia formulata da un otorinolaringoiatra o da un oclusodontista, il dentista specializzato in oclusoterapia.

Dopo aver dedicato più di 25 anni all'occlusoterapia, posso affermare che, quando gli acufeni sono dovuti a irregolarità dell'occlusione, si ottiene la guarigione in circa 8 casi su 10. Affinché questo avvenga, è assolutamente necessario che siano soddisfatte due condizioni:

- 1) L'occlusodontista dev'essere esperto nelle tecniche (anche in quelle informatiche) che riguardano il cranio e le articolazioni temporo-mandibolari. Deve possedere conoscenze generali, che comprendano non solo l'occlusodonzia (la relazione in chiusura fra denti superiori e inferiori), ma anche l'ortodonzia, l'otorinolaringoiatria, la fisiologia e l'anatomia del corpo umano nel suo insieme.
- 2) Il trattamento dev'essere multidisciplinare e ricorrere, oltre che all'occlusoterapeuta, a ezio-osteopati e a rilassologi.

Il risultato sarà che l'attenuazione o la cessazione degli acufeni saranno accompagnate dall'eliminazione di patologie tanto frequenti quanto fastidiose, o perfino invalidanti, come:

- dolori di capo, come cefalee ed emicranie;
- dolori nella regione del collo, delle spalle e della schiena, fra cui la famosa sciatica;
- stanchezza cronica;
- turbe del ciclo femminile;
- stati depressivi, ecc.

Sarebbe un vero peccato non approfittare dei benefici di una cura globale ed efficace!

1

Definizioni e caratteri generali

L'acufenia (la malattia degli acufeni) può essere definita un "miraggio sonoro", cioè la percezione di un rumore senza che vi sia stimolazione dell'apparato uditivo. L'acufene può essere avvertito anche in uno solo degli orecchi e talvolta lo si percepisce come se provenisse dall'interno del cranio. I "rumori" possono essere continui o intermittenti, a volte sincronizzati con i battiti cardiaci (in tal caso sono detti "pulsatili"). L'espressione "ronzio agli orecchi" è inadeguata, poiché lascia supporre che i rumori parassiti siano di tonalità grave, cosa che non è sempre vera, giacché gli acufeni possono essere percepiti come rumori acuti (per esempio come fischi) o anche in forma complessa, come crepitii o tintinnii di campane (tinniti o scampanellii auricolari). Nel 50% dei casi queste "impressioni sonore" sono bilaterali; quando sono unilaterali, predominano nell'orecchio sinistro. Sono state proposte molte classificazioni: secondo l'origine presunta degli acufeni, se sono accompagnati da disturbi come ipoacusie (sordità) o iperacusie, secondo il loro carattere (intermittenti, permanenti o continui, unilaterali, bilaterali, ecc.), e anche in base alle loro ripercussioni psicologiche. In realtà, l'unica classificazione possibile è quella che si fonda sull'oggettivazione dei segni: l'acufene può essere udito da altri o no?

Gli acufeni soggettivi sono quelli la cui origine, in genere, è più difficile da scoprire, tranne nel caso in cui derivino da malocclusione. Gli acufeni oggettivi dovrebbero essere più facili da curare, perché sono generati da un processo vibratorio nella regione inferiore del cranio. L'acufene è più spesso un suono acuto (quasi in 3 casi su 4) e permanente (in più della metà dei casi). Quando l'intensità è variabile, essa è connessa con diversi parametri, tra cui il ciclo nittemerale (il ciclo sonno-veglia), il livello di vigilanza, nonché la sonorità dell'ambiente circostante. Si è potuta valutare l'intensità dei rumori parassiti utilizzando il mascheramento sonoro: il livello di intensità si è rivelato basso, poiché nell'80% dei casi è inferiore a 6 decibel, in notevole contrasto con la ricaduta psicologica del fenomeno. Il fatto che coloro che soffrono di acufenia giungano talvolta a un passo dal suicidio è dovuto sicuramente ai disturbi del sonno, che sono denunciati da più della metà dei pazienti.

L'orecchio: lineamenti di anatomia e di fisiologia²

La funzione dell'orecchio è trasformare l'energia sonora in impulso nervoso. La *Figura 2.1* mostra in forma schematica la struttura

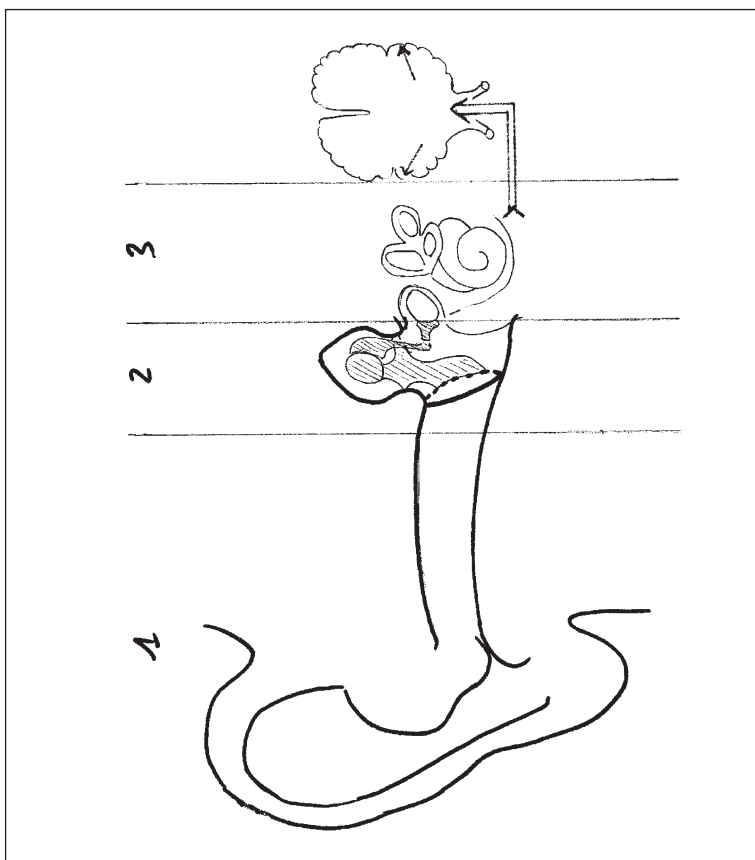


Figura 2.1 - Struttura dell'orecchio.

complessiva dell'orecchio. Vi si distinguono l'orecchio esterno con il condotto uditivo esterno, l'orecchio medio con il timpano, il sistema degli ossicini (l'incudine, il martello e la staffa), un apparato di trasmissione del suono verso la coclea, o "orecchio interno", incaricata di trasformare i rumori in influssi nervosi.

Propagazione dei suoni verso l'orecchio interno

Caratteristiche delle onde sonore e dei suoni

Il suono è prodotto da onde di compressione che "viaggiano" nell'aria. Una voce umana, il boato di un'esplosione, una stazione radiofonica, qualsiasi fonte di rumore, producono un suono attraverso la compressione dell'aria circostante, seguita da un rilasciamento. Per esempio, la corda di un violoncello fatta vibrare dall'archetto crea un suono dovuto al suo spostamento. Quando la corda si sposta in avanti, comprime l'aria; quando torna indietro, riduce la compressione. Quest'alternanza di compressione e decompressione dà origine al suono. Ricordiamo anche il modo in cui le onde sonore si muovono nell'aria. Proprio come la caduta di un oggetto su una superficie liquida in stato di quiete determina onde che s'irradiano tutt'intorno al punto di impatto, così ogni aumento della pressione dell'aria a contatto con la corda del violoncello produce una crescita della pressione nello strato d'aria vicino. Passando da uno strato all'altro, il processo sonoro finisce per raggiungere il timpano.

Fisiologia del timpano e della catena degli ossicini

Quando le onde sonore raggiungono il timpano, la successione di pressioni e depressioni della membrana provoca movimenti alternati. Al centro del timpano c'è una connessione fisica con il manico del martello, che a sua volta è unito all'incudine e quest'ultima alla staffa. Questi ossicini, tenuti sospesi all'interno dell'orecchio medio da legamenti, sono in grado di muoversi avanti e indietro. Ogni movimento del manico del martello, quindi, si trasmette fino alla staffa, che poggia sulla finestra ovale, la quale, con i suoi spostamenti, è in grado di trasmettere vibrazioni al liquido cocleare, situato all'interno della coclea (o chiocciola), che è denominata anche "orecchio interno".

In realtà, le cose non sono così semplici. Infatti, l'inerzia del liquido contenuto nella coclea è molto maggiore di quella dell'aria e, per spostarlo anche di poco, è necessaria una forza molto maggiore di quella

che risulta da una semplice applicazione delle onde sonore sulla finestra ovale, che, detto in termini semplificati, è quella che dà accesso al liquido cocleare. È un sistema a leva che svolge il ruolo di amplificatore, favorendo il movimento del liquido. Il rapporto fra la dimensione della membrana timpanica e quella della finestra ovale è all'incirca di 1 a 22. L'energia, quindi, è pressappoco 22 volte superiore e la pressione esercitata sulla staffa è moltiplicata nelle stesse proporzioni rispetto a quella che esisterebbe se le onde sonore entrassero direttamente in relazione con la finestra ovale! Ecco perché tale pressione è in grado di produrre uno spostamento all'interno della coclea. Se il liquido cocleare vibra all'interno della coclea quando è posto in movimento dalla staffa, anche la coclea può vibrare intorno al liquido cocleare quando il suono arriva direttamente attraverso le ossa del cranio. È quello che succede quando si pone un diapason a contatto con la testa. In tal caso, l'insieme dell'orecchio interno si comporta esattamente come se il suono gli fosse pervenuto attraverso i timpani e la catena degli ossicini.

L'orecchio interno o coclea

La coclea è composta di tre “tubi” distinti e vicini, chiamati rispettivamente “rampa vestibolare”, “rampa timpanica” e “canale cocleare”. Questi tubi arrotolati sono pieni di liquido e separati l'uno dall'altro da membrane. Quella che separa il canale cocleare dalla rampa timpanica è la “membrana basilare”, che blocca le onde sonore grazie a una struttura molto solida. Sulla superficie della membrana basilare sono situate le cellule cigliate, ricettrici del suono, che si distinguono in cellule cigliate interne (CCI) e cellule cigliate esterne (CCE).

Le cellule cigliate interne, quando sono eccitate, emettono messaggi codificati in direzione del sistema nervoso centrale mediante fibre afferenti (centripete, ossia dirette verso il cervello) che costituiscono all'incirca il 95% del nervo uditivo (si veda la *Figura 2.2*).

Le cellule cigliate esterne, invece, fanno parte di un sistema efferente (centrifugo), che funzionerebbe come un inibitore. Come sempre succede, la trasmissione elettrica dell'informazione è accompagnata dalla liberazione di neurotrasmettitori. Questi mediatori chimici sono prodotti secreti da terminazioni nervose: adrenalina, serotonina, acido gamma-ammino-butyrico (GABA), acetilcolina... Nel nostro caso il mediatore è il glutammato, responsabile della codificazione del suono in direzione del cervello, tramite le fibre nervose uditive. Stando così le cose, gli acufeni possono avere due origini, di cui ripareremo nel

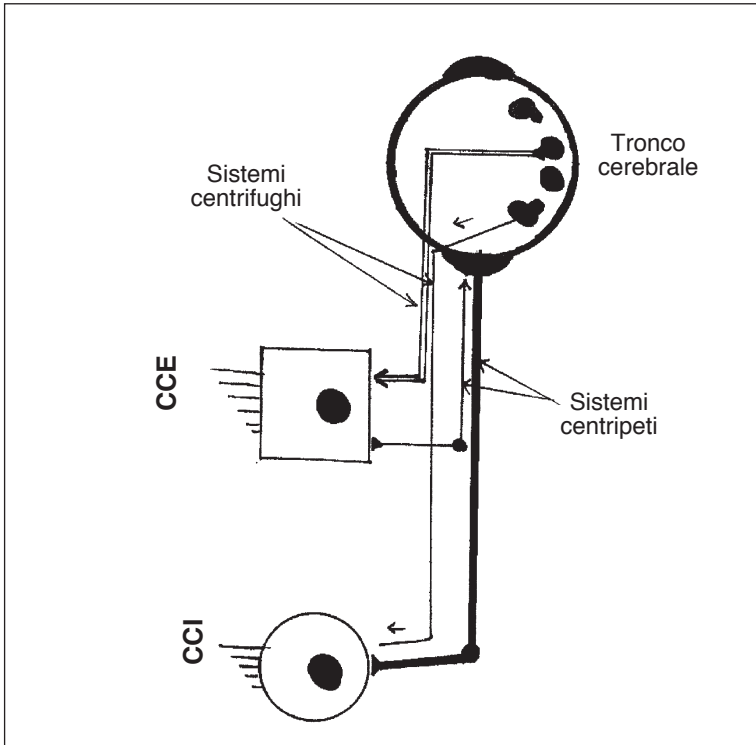


Figura 2.2 - Schema di funzionamento delle cellule cigliate.

capitolo dedicato alle cause degli acufeni. Ma fin d'ora bisogna sapere che il delicato equilibrio fra l'azione delle cellule cigliate esterne e quella delle cellule cigliate interne può essere turbato da una cattiva ossigenazione dell'orecchio, che ne distrugge alcune. Lo squilibrio è dovuto, fra l'altro, alla diminuzione della circolazione, come conseguenza di una malocclusione dentaria, dell'invecchiamento o anche dell'uso di certi medicinali. L'alterazione della microcircolazione sanguigna può distruggere i neuroni e provocare modificazioni della concentrazione dei neurotrasmettitori. Si pensa che l'eccesso di glutammato e la tossicità dovuta al suo aumento siano all'origine di diminuzioni dell'udito nella gamma degli acuti e di eccitazioni intense della coclea, percepite come fischi.