

ARGOMENTI DI OTORINOLARINGOIATRIA MODERNA

Organo ufficiale dell'Associazione Italiana
Otorinolaringoiatri Libero-Professionisti



A.I.O.L.P.

Argomenti di Otorinolaringoiatria Moderna

Organo ufficiale dell'Associazione Italiana Otorinolaringoiatri Libero-Professionisti - A.I.O.L.P.
Pubblicazione semestrale riservata ai Soci AIOLP

Direttore responsabile Arturo Armone Caruso

Direttore scientifico Orietta Calcinoni

Direttori editoriali Pietro Pecoraro, Alessandra Fioretti, Marco Capelli

Comitato Scientifico

Albera Roberto, Berardi Carlo, Carbone Natale, Cavaliere Franco, Cegolon Luca, Cottini Marcello, Croatto Donatella, Cupido Francesco, Di Rienzo Businco Lino, Eibenstein Alberto, Fabiani Mario, Fussi Franco, Galletti Bruno, Gelardi Matteo, Grecchi Matilde, Macchi Andrea, Martini Alessandro, Masieri Simonetta, Messina Aldo, Mira Eugenio, Montevecchi Filippo, Morello Roberto, Perin Paola, Pia Francesco, Ricci Maccarini Andrea, Sciancalepore Irene, Trimarchi Matteo.

Segreteria

segreteria@aiolp.it

Redazione

Alessandra Fioretti, Marco Capelli
redazioneaom@gmail.com

Progetto grafico e impaginazione
ali&no editrice – Perugia

ISSN 1824-0747

2023

Registrazione presso il Tribunale di Velletri (Roma) n. 19 del 02/08/2001

Website: www.aiolp.it

INDICE

05 *Lettera del direttore responsabile*

Atti del XX Congresso Nazionale AIOLP

Sessioni

- 09-10 *Telemedicina in ambito forze armate*
- 11-13 *Sessione Otologia: stato dell'arte della chirurgia otologica*
- 14-16 *Lettura magistrale. La ProtonTerapia nei tumori di testa e collo*
- 17-18 *Sessione foniatria e logopedia: strategie valutative in foniatria e logopedia*
- 19-21 *Sessione OSAS: il trattamento CPAP in otorinolaringoiatria*
- 22-33 *Sessione sordità improvvisa: attualità in sordità improvvisa*
- 34-34 *Sessione update nella diagnosi e cura delle rinosinusiti croniche*
- 35-36 *Sessione teleaudiologia: la teleaudiologia, stato dell'arte*
- 37-39 *Sessione chirurgia maxillo-facciale: soluzioni diverse per patologie di confine*
- 40-41 *Sessione odontoiatria: l'approccio clinico terapeutico di confine odontoiatrico*
- 42-42 *Sessione giovani: le innovazioni tecnologiche in ORL e chirurgia testa collo*
- 43-43 *Sessione medicina legale: dalla responsabilità professionale alla consulenza medico legale*
- 44-45 *Sessione OTOSUB: la patologia barotraumatica in ORL*
- 46-46 *Sessione imbalance e vertigini: oltre le colonne d'Ercole del labirinto e dei nuclei vestibolari*

Comunicazioni libere

47-52 *Miscellanea ORL*

52-56 *Audio-vestibologia*

56-60 *Patologia rinosinusale e chirurgia maxillo-facciale*

60-67 *Chirurgia ORL*

68-75 *Premio Video AIOLP*

LETTERA DEL DIRETTORE RESPONSABILE

Carissimi,

permettete che mi presenti. Sono Arturo Armone Caruso, nuovo Direttore Responsabile della Rivista Argomenti di Otorinolaringoiatria Moderna, organo ufficiale dell' AIOLP.

Per chi non mi conosce, sono anche io un collega ORL, con la passione della scrittura e segnatamente della Ricerca Scientifica e della Storia della Medicina e mi onoro di essere anche io socio della nostra associazione.

Il programma editoriale che propongo, insieme al Direttore Scientifico e tutto lo staff, è quello di scrivere anche su argomenti destinati a quei colleghi, che come me, sono ugualmente specialisti di frontiera.

Partendo da questo presupposto, attraverso la rivista, ci farebbe piacere condividere non solo il sapere basato sulle evidenze, ma trasmettere una Medicina incentrata sulla esperienza.

Il nostro intento, infatti, soprattutto è quello di diffondere e condividere, le nostre conoscenze che nascono da una realtà che noi stessi viviamo quotidianamente. In questo modo saremo in grado di non solo di poter svolgere ricerche, a mio avviso, scevre da qualsiasi interferenza, ma applicare un continuo discernimento nel mondo che ci circonda.

Il nostro spirito, pertanto, non ammette che pura conoscenza; una conoscenza, che si basa, come detto poc' anzi, sulla nostra pratica derivante dagli approfondimenti della Medicina in generale e dalla nostra specializzazione poi (siamo prima Medici e poi Specialisti!).

Basandoci su questi aspetti, invito tutti (soci, cultori della materia, ecc...) a "inserire nel crogiuolo" della rivista le proprie esperienze e conoscenze per crescere insieme e promuovere un percorso otorinolaringoiatrico che ha delle eccelse potenzialità.

Il sottoscritto, il Direttore scientifico e tutto il comitato editoriale è a disposizione per chi abbia voglia di "fare". Buon Lavoro a tutti!

Arturo Armone Caruso
redazioneaom@gmail.com

SESSIONI

Quanto espresso negli ATTI del Congresso è di esclusiva responsabilità dell'/degli autore/i, così come l'accuratezza delle citazioni. AIOLP non si assume alcuna responsabilità del contenuto dei lavori.

Telemedicina in ambito forze armate

Mercoledì 28 Settembre 2022

Portaerei Cavour – Porto di Bari

La telemedicina nelle operazioni in teatro

L. Cersosimo – Policlinico Militare di Roma “CELIO” (ROMA)

Introduzione: l'utilizzo della telemedicina da parte delle nostre Forze Armate nasce nel 1996 a favore dei primi militari italiani in Bosnia a seguito dell'accordo di Dayton. Un progetto pilota, denominato SHARED, venne elaborato dall'Agenzia spaziale italiana (ASI) e dal Consorzio Telbios. Il ministero della Difesa, tramite il IV Reparto dello Stato Maggiore Difesa, aderì al progetto, assumendone la responsabilità operativa, mentre il supporto tecnologico veniva garantito dall'ESA, che mise a disposizione tutte le attrezzature di terra oltretutto il “ponte satellitare”. Nel 2003 nacque il progetto ATHENA e parallelamente allo sviluppo di questo progetto venne avviata la costituzione di un Servizio di Telemedicina “interforze” da inserire nell'organico del Policlinico militare del Celio.

Materiali e metodi: il Servizio di Telemedicina (cd. “capomaglia”), attivato nel mese di gennaio del 2006, è supportato da una apposita sala operativa che, grazie alla presenza di multiple reti satellitari e terrestri in fibra ottica mette in connessione una stazione remota di TLM con il Policlinico Militare CELIO. Viene assicurata costantemente la possibilità di accedere a consulti specialistici per una televisita, teleconsulto o per una telerefertazione grazie a dispositivi digitali altamente performanti collegati in maniera diretta alla stazione remota di TLM. Il trattamento dei dati sanitari e la “blindatura” dei dati stessi viene gestita grazie alla supervisione del Comando delle Operazioni in Rete (COR) e tutti i teleconsulti vengono firmati digitalmente.

Risultati: il Servizio di Telemedicina Militare Interforze ha fornito sin dalla sua costituzione costante e duraturo supporto ai militari delle varie F.A., al personale militare straniero e alla popolazione civile dislocati in Italia e Fuori Area. Ha supportato durante la Pandemia da SARS CoV2 i vari T.O. per la gestione a distanza ed in sicurezza dei vari casi clinici legati alla diffusione della patologia virale, grazie al teleconsulto con le figure mediche e specialistiche coinvolte nel processo decisionale.

Conclusioni: la Telemedicina Militare ha la possibilità di effettuare: attività di pronto soccorso ed emergenza da zone remote; capacità di connessione con altre reti di telemedicina; elaborazione di “second opinion” attraverso

so teleconsulti; supporto medico-specialistico a distanza nelle evacuazioni sanitarie; acquisizione diretta e trasmissione di dati sanitari; sistema di teleprenotazione di esami clinici; scambio di dati sanitari con banche-dati; formazione medica a distanza (FAD). Il futuro è rappresentato dalla “wearable technology” con valutazioni multiparametriche in real time, gestite dal personale medico in T.O. o in remoto grazie ad un teleconsulto.

BIBLIOGRAFIA:

- 1 *Telemedicina: sfida ai sistemi di assistenza sanitaria a distanza*. Atti del congresso Milano 22/02/11.
- 2 *La sanità militare*. Camera dei Deputati Servizio Studi. Schede di lettura Aprile 2020.
- 3 *Dottrina Interforze per il Supporto Sanitario della Difesa*. Centro Alti Studi per la Difesa 2015.
- 4 *La Telemedicina*. Informazioni della Difesa 2015.
- 5 *Dagli standard nazionali alla formazione del personale, le sfide della telemedicina dopo l'emergenza Covid*. Documento di posizionamento e orientamento. Gruppo di lavoro Netcomm. 2021.

Sessione Otologia: stato dell'arte della chirurgia otologica

Giovedì 29 Settembre 2022

Hotel Nicolaus – Bari

Presidente: G. Danesi

Moderatore: M.A. Beltrame

La chirurgia dell'orecchio medio in Italia: stato dell'arte alla luce di un questionario conoscitivo

S. Dallari – ORL, Fermo

È stata condotta un'indagine conoscitiva mediante questionario inviato ai Soci SIOeChCf. Il questionario conteneva domande generali (attività pubblica, privata, privata convenzionata; da quanti anni si pratica l'otochirurgia; quanti chirurghi dello staff la praticano; quanti maschi e quante femmine; tipo di chirurgia eseguita) e quesiti relativi ai seguenti gruppi: drenaggi transtimpanici; miringoplastiche, timpanoplastiche; ossiculoplastiche; stapedoplastiche.

Sono pervenuti 77 questionari, alcuni solo parzialmente compilati. 29 centri (26 pubblici, 2 privati convenzionati e 1 privato) eseguono tutta la chirurgia sopramenzionata. 15 centri (12 pubblici e 3 privati) eseguono in più impianti cocleari. 16 centri (tutti pubblici) eseguono anche la chirurgia delle protesi impiantabili e del basicranio laterale. C'è una ovvia prevalenza degli otochirurghi maschi, ma c'è anche una significativa quota di femmine, peraltro nel range di età tra i 30 e i 50 anni. Verranno analizzate in dettaglio, per i gruppi sopra nominati: età in cui si preferisce intervenire; ricorso all'anestesia locale o generale; uso di microscopio, endoscopio ed esoscopio; tecniche chirurgiche preferite; opzioni ricostruttive e preferenza di materiali; modalità di gestione post-operatoria.

Chirurgia del colesteatoma in età pediatrica

P. Marsella – Responsabile U.O.C. Audiologia e Otochirurgia Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma

Nonostante l'elevata incidenza della patologia colesteatomatosa, il dibattito nella comunità scientifica riguardo alla corretta gestione chirurgica e del follow-up è ancora acceso e non esistono linee guida universalmente con-

divise. Sia nel bambino che nell'adulto gli obiettivi primari del trattamento chirurgico del colesteatoma sono l'eradicazione della malattia, la prevenzione della malattia residua e/o ricorrente, la conservazione o il ripristino della funzione uditiva e il conseguimento di un orecchio asciutto (non infetto) ed impermeabile (resistente all'acqua).

Un trattamento precoce è fondamentale al fine di conseguire tali obiettivi. In età pediatrica, la scelta del trattamento chirurgico più appropriato è condizionata da aspetti peculiari, tra cui l'incompleta maturazione del sistema immunitario, la competenza del distretto rino-faringo-tubarico, l'habitus allergico, nonché la presenza di comorbidità e sindromi malformative cranio-facciali associate. La tipologia di approccio chirurgico è determinata inoltre da ulteriori fattori quali l'estensione, la bilateralità, il numero di sedi interessate, la funzione uditiva preoperatoria, oltre che dall'esperienza e dalle preferenze del chirurgo.

In caso di colesteatoma congenito la chirurgia dovrebbe preservare il più possibile le strutture adiacenti e la funzione. Tuttavia in stadio avanzato, anche nel colesteatoma congenito, le reiterate infezioni possono condurre a uno stato infiammatorio esteso, a un riassorbimento ossicolare e alla perforazione della membrana timpanica, elementi in grado di peggiorare la prognosi e rendere indistinguibili il colesteatoma congenito da quello acquisito. Anche i dati della casistica dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù depongono a favore della possibilità di un trattamento altamente conservativo del colesteatoma congenito: nella quasi totalità dei casi infatti è stato possibile impiegare una tecnica puramente endocanalare, evitando la mastoideotomia. Dalla nostra esperienza emerge una tendenza alla maggiore incidenza di ricorrenza nel gruppo dei colesteatomi acquisiti versus congeniti, ma tale dato non risulta statisticamente significativo, a causa probabilmente di un'ampia sproporzione numerica tra i due gruppi. La significativa aggressività e tendenza all'erosione del colesteatoma in età pediatrica è confermata dai nostri reperti intraoperatori.

Il colesteatoma acquisito pediatrico interessa spesso più sottosedimenti anatomiche. Come prevedibile, quella maggiormente interessata nella nostra casistica è risultata essere l'attico, con mastoide, mesotimpano e tuba di Eustachio a seguire. 1/5 circa dei pazienti operati nella nostra casistica ha presentato un colesteatoma ricorrente al follow-up. Tale dato si colloca ai limiti inferiori del range presentato da altri centri audiologici, che riportano la necessità di una revisione chirurgica per ricorrenza o persistenza di malattia varia dal 15% al 50% dei casi (Sergi et al, 2014; Cho et al 2016; McGuire et

al, 2016). Come constatato dalla maggioranza degli autori, nei nostri casi la ricorrenza di colesteatoma è più frequente nel gruppo di pazienti sottoposti a timpanoplastica chiusa rispetto a timpanoplastica aperta.

La ricostruzione ossiculare nel bambino, in tempo unico o in un secondo tempo chirurgico, rappresenta un tema relativamente poco approfondito in letteratura in confronto alle più ampie casistiche disponibili nella popolazione adulta. Ciò rappresenta un grosso limite data la maggiore complessità di tale intervento in età pediatrica, legata alla maturazione del sistema immunitario, all'incidenza di infezioni delle alte vie respiratorie, e al ruolo della disfunzione tubotimpanica, dell'iperplasia adenoidea e della componente allergica. Alcune scuole in passato suggerivano di procrastinare gli interventi funzionali fino alla completa maturazione del sistema faringo-tubarico ma recentemente tale dogma è stato ridimensionato. Analogamente a quanto descritto in altre casistiche, anche nella nostra esperienza l'incudine rappresenta l'elemento ossiculare maggiormente a rischio di rimaneggiamento. Dai nostri risultati emerge inoltre che il recupero della funzione uditiva non è significativamente correlato all'entità della demolizione, contrariamente a quanto affermato in altri studi condotti su popolazioni adulte. Anche la scelta della protesi (totale o parziale), del tipo di materiale e della tecnica operatoria con cui confezionare il graft non rappresentano fattori in grado, da soli, di modificare l'outcome audiologico.

Lettura magistrale

La ProtonTerapia nei tumori di testa e collo

E. Orlandi – Presidente CNAO - Centro Nazionale Adroterapia Oncologica, Pavia

Storicamente, la radioterapia (RT) ha svolto un ruolo essenziale nella gestione dei tumori della testa e del collo (HNC), in diversi contesti clinici. Nel panorama dei progressi del trattamento dei tumori della testa e del collo, la terapia con particelle gioca un ruolo importante. Recentemente, grazie alle sue caratteristiche fisiche e biologiche, la terapia protonica (PT) è emersa come una tecnica potenzialmente vantaggiosa per il trattamento degli HNC, riducendo la dose agli organi a rischio (OAR) senza compromettere il controllo del tumore e consentendo un'escalation di dose sicura. Pur rispettando i vincoli di dose dei tessuti normali, la PT è una tecnica promettente per la riduzione della tossicità correlata al trattamento e per un potenziale incremento della dose. Le dosi medie minime, massime e media al volume bersaglio sono in generale tutte più elevate per la PT. Inoltre, sembra avere un vantaggio complessivo nelle dosi OAR nel tronco encefalico, nel midollo spinale, nelle strutture ottiche, nella coclea, nella laringe, nella parotide controlaterale e nella cavità orale, con solo pochi casi in cui la PT è in grado di ridurre la tossicità correlata al trattamento, con solo poche eccezioni. Mentre la PT è stata impiegata esclusivamente per le proprietà dosimetriche, la radioterapia con ioni di carbonio (CIRT) offre caratteristiche fisiche favorevoli simili, oltre che un ulteriore vantaggio radiobiologico per i tumori radioresistenti, come i tumori salivari, melanomi maligni della mucosa e i sarcomi.

Tumori delle ghiandole salivari

I tumori delle ghiandole salivari (SGT) sono malattie poco comuni che rappresentano circa <1% di tutti gli HNC diagnosticati in Europa. Per i casi resecabili, il trattamento principale è la resezione chirurgica completa con adeguati margini liberi. Nei pazienti ad alto rischio con fattori prognostici sfavorevoli, in base ai risultati patologici (margini chiusi/positivi, alto grado, dimensioni del T, invasione vascolare/perineurale e coinvolgimento linfonodale), si raccomanda la radioterapia post-operatoria. I pazienti con SGT non resecabili o non operabili sono sottoposti a radioterapia da sola. Sia la CIRT che la PT si sono dimostrate efficaci e sicure nei SGT, con indicazioni diverse. In un contesto di pazienti ad alto rischio senza tumore macroscopico dopo l'intervento chirurgico e in prossimità di strutture nor-

mali radiosensibili, la PT potrebbe essere presa in considerazione, mentre la CIRT potrebbe essere utilizzata nella maggior parte dei casi di pazienti non operabili o operabili, ma localmente avanzati, ritenuti a rischio di R2 dopo l'intervento chirurgico. A evidenza che la CIRT migliora il controllo locale, la sopravvivenza globale e la tossicità nei pazienti con diagnosi di ACC.

Melanoma maligno della mucosa

I melanomi maligni della mucosa (MM) sono tumori estremamente rari e aggressivi. Rispetto ai melanomi cutanei, i MM presentano caratteristiche epidemiologiche e molecolari diverse che portano a un comportamento biologico imprevedibile e a una prognosi peggiore. Il trattamento principale dei MM è la chirurgia e, nonostante i recenti progressi nelle opzioni terapeutiche, la sopravvivenza dei pazienti rimane molto bassa. L'adroterapia, e la CIRT in particolare, dovrebbero essere considerate come una modalità di trattamento sicura ed efficace nel trattamento dei pazienti affetti da MM non suscettibili di intervento chirurgico, soprattutto in considerazione del vantaggio dosimetrico rispetto alla radioterapia convenzionale con fotoni in caso di stretta vicinanza di organi a rischio e al potenziale radiobiologico di superare la radioresistenza del MM. Considerando i dati giapponesi su pazienti non resecati, la CIRT dovrebbe essere presa in forte considerazione come unica modalità di trattamento locale, in alternativa alla chirurgia, quando quest'ultima non è giudicata fattibile con una radicalità macroscopica, soprattutto per evitare procedure mutilanti. Inoltre, l'aggiunta di un trattamento sistemico alla CIRT in un approccio multimodale può migliorare l'esito dei pazienti. Infatti, la principale preoccupazione per il MM è la mortalità derivante dalla propensione a metastatizzare precoce e diffusa.

Sarcoma

Il trattamento standard per i sarcomi delle ossa e dei tessuti molli in generale comprende la chirurgia e la chemioterapia. Si utilizza anche la RT neoadiuvante, soprattutto per i pazienti con sarcoma dei tessuti molli, che contribuisce a minimizzare i margini chirurgici e a ridurre la recidiva locale. L'adroterapia è indicata per il trattamento dei sarcomi della testa e del collo a causa dell'elevata aggressività locale, della consolidata radioresistenza alla radioterapia convenzionale a fotoni e della vicinanza a zone vitali, come il tronco encefalico, il chiasma e il cervello. La CIRT ha il vantaggio di erogare le dose di radiazioni in profondità e con precisione e un'efficacia biologica relativamente maggiore rispetto alla RT a fotoni. La PT è raccomandata per

la popolazione pediatrica riducendo la probabilità di tumori maligni secondari o di tumori neurologici indotti dalle radiazioni. I risultati della RT convenzionale per il trattamento dei tumori macroscopici nella malattia non resecabile o dopo l'intervento chirurgico non sono ancora soddisfacenti. In questi casi la CIRT sta emergendo come strategia per migliorare la prognosi dei pazienti con risultati promettenti.

Sessione foniatria e logopedia: strategie valutative in foniatria e logopedia

Presidente: M. Barbara

Moderatore: O. Calcinoni

Valutazione strumentale combinata foniiatrico-logopedica

O. Calcinoni - Milano

T. Maino - Bari

La diagnosi specialistica di lesione, patologia, organica, funzionale o “malregolativa” stabilisce indicazioni e possibilità di trattamento. Spesso Specialista e Sanitario di riferimento lavorano in stretta correlazione (Radiologia, Odontoiatria, Oculistica, Pneumologia, Cardiologia, Audiologia, ...) condividendo dati strumentali.

Nella norme esiste la diagnosi infermieristica, fondamentale nel Piano di Assistenza, con raccolta dati, soggettivi ed oggettivi, analisi nel tempo, per individuare bisogni e problemi esistenti e potenziali : non si confonde con la diagnosi medica-clinica, con la quale spartisce nome, ma non finalità. Per questo dal 2010 in poi FAD condivise approfondiscono la Root Cause Analysis ed i profili di patologia e modelli funzionali.

Nel DM 5/8/21 “Criteri di appropriatezza dell’accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedalieri” molte voci prevedono e comprendono attività ORL, Foniatriche e Logopediche. Ma sul Territorio e in molte Strutture può essere più frequentemente presente il solo Sanitario di Riabilitazione.

Quando un logopedista ha tutte le informazioni necessarie? In un Paziente indirizzato da Specialista della Riabilitazione non ORL/Foniatra (Neurologo, Fisiatra...) come conoscere la situazione degli apparati su cui lavorare? Come dimostrare l’individualità di quel trattamento? Aspetti non solo di etica e medicina legale professionale ma anche valutazioni costo/beneficio: come dimostrare il completamento della riabilitazione? In un controllo medico non possibile in tempi immediati come definire o continuare la riabilitazione avviata?

Il logopedista riceve una diagnosi medica clinica (organica e/o funzionale) e pianifica riabilitazione o riadattamento delle funzioni residue. Se il dato medico non fornisce tutte le informazioni necessarie da altri distretti (vie aeree e non) come ricavarle? Testi di appropriatezza e linee guida in logopedia (Raimondo et Al.) discutono valutazione clinica e valutazione strumentale della deglutizione, complicanze, precauzioni e considerazio-

ni sul ruolo del logopedista nella tracheoaspirazione. In *Storia della logopedia* (I.Vernero, O.Schindler 2012) si ragiona del Progetto NetQuest, rete per l'armonizzazione degli standard e qualità nei programmi di studio per logopedisti in Europa, e di un *minimo standard* della formazione iniziale dei logopedisti dell'UE, con (pag 39, punti 4 e 5) “ l'introduzione di nuovi strumenti diagnostici, per esempio fibroscopia... è di pertinenza sia foniatrica che logopedica” . UNIFE in un suo documento sottolinea quanto ai parametri laringostroboscopici la necessità dello “... studio delle immagini registrate insieme al logopedista...”.

In un'epoca nella quale da tempo i logopedisti praticano neurostimolazione e tracheo-aspirazione, apprendere codici semeiotici e strumentali di base può permettere un rapporto condiviso con lo Specialista di riferimento (Foniatra, ORL), ottimizzando il follow up specialistico nell'evoluzione di una E-health condivisa nel pieno rispetto dei diversi ruoli.

BIBLIOGRAFIA

- 1 *Logopedia e disfagia Dalla teoria alla pratica clinica* a cura di: Simona Raimondo, Anna Accornero, Tiziana Rossetto, 2011, 1^a, 2014 Collana Carocci Faber Professioni sanitarie, ISBN: 9788874666201
- 2 *Storia della logopedia*, I. Vernero, O. Schindler, 2012, Springer Verlag DOI <https://doi.org/10.1007/978-88-470-2053-5>

Sessione OSAS: il trattamento CPAP in otorinolaringoiatria

Presidente: S. Gallina

Moderatore: M. Arigliani

News – analisi elettroacustica della voce nel paziente OSAS

P. I. Sciancalepore – ORL, Lecce

Introduzione: Le basi eziopatogenetiche della Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSAS) possono essere individuate nelle alterazioni anatomiche e funzionali del tratto respiratorio superiore. L'OSAS si connota pertanto come una patologia del vocal tract in quanto le anomalie del tratto aereo sovraglottico, in termini di volume, conformazione, compliance e biomeccanica tissutale, rappresentano fattori responsabili delle alterazioni della qualità vocale. I soggetti affetti da OSAS possono accusare anomalie della performance vocale di tipo articolatorio, secondarie all'ipotonico e disregolazione della muscolatura respiratoria, fonatorio, conseguenza della flogosi cronica laringea e disidratazione cordale da prolungato russamento e, soprattutto, risonanziale, legate alle alterazioni anatomiche e funzionali delle cavità di risonanza del vocal tract. L'obiettivo del presente lavoro di ricerca è la valutazione delle modificazioni dei parametri elettroacustici e spettrografici della voce in pazienti affetti da OSAS in confronto con la popolazione sana.

Materiali e Metodi: È stato effettuato uno studio prospettico di tipo case-control su un campione di 24 pazienti presso l'U.O. di Foniatria di Lecce. I pazienti sono stati sottoposti a polisonnografia, visita otorinolaringoiatrica, esame laringostroboscopico, esame spettroacustico della voce e fonetogramma.

Risultati: Il confronto dei parametri elettroacustici della voce nel gruppo di studio e nel gruppo controllo ha mostrato una differenza statisticamente significativa nei parametri shimmer ($p=0,045$), range vocale ($p=0,017$) e DSI - Indice di Severità della Disfonia ($p<0,001$). Il calcolo del Chi-quadrato ha dimostrato un'associazione significativa tra OSAS e alterazione moderata/grave dello spettro vocale (classe spettrografica II e III secondo classificazione di Yanagihara): $X^2=10,971$, con p value < 0.001 , comprovando che i pazienti affetti da OSAS presentano disturbi dello spettro vocale di entità più grave rispetto ai soggetti sani. L'indagine sulla relazione tra il grado di

severità dell'OSAS e l'entità della disfonia ha evidenziato inoltre che l'aumento dell'indice di apnee/ipopnee (AHI) è fortemente correlato ($r = -0,923$; $p < 0,001$) con un decremento dei valori del DSI, dunque con un peggioramento della qualità vocale.

Conclusioni: Questo lavoro di ricerca ha dimostrato che l'OSAS è in grado di influenzare negativamente la performance vocale. I soggetti con OSAS, nel confronto con la popolazione generale, presentano un'alterazione dei parametri elettroacustici della voce: shimmer, range vocale e DSI e delle caratteristiche spettrografiche vocali. L'entità della disfonia appare inoltre fortemente correlata con l'indice di severità dell'OSAS. Le prospettive di sviluppo future risiedono nella possibilità di progettare tecnologie automatiche di screening dell'OSAS tramite la sola analisi della voce, metodica diagnostica rapida e non invasiva.

CPAP e Sleep endoscopy

Prof. Fabrizio Salamanca – Snoring & Obstructive Sleep Apnea Research Center

Dott. Alessandro Bianchi – Humanitas - San Pio X Hospital - Humanitas University - Milan

La Drug Induced Sleep Endoscopy (DISE) è ormai un'indagine endoscopica in sedazione entrata profondamente nell'iter diagnostico della roncopia, sia per il russamento semplice che, a maggior ragione, per la Sindrome delle Apnee Ostruttive del sonno. Viene eseguita nella maggior parte delle strutture sanitarie che si occupano di questo disturbo respiratorio e proprio perché eseguita in uno stato di sonno indotto, per il medico è il più valido ausilio nella scelta terapeutica personalizzata. Infatti durante l'esecuzione della Sleep Endoscopy vengono eseguite varie manovre diagnostiche (es. Pull Up Mandibolare/Manovra di Esmarch, Chin Lift, rotazione della testa, sollevamento schienale del letto...) che permettono di ottenere una certa predittività nei confronti di alcune terapie (odontoiatrica, posizionale,...), ma vengono anche utilizzati dispositivi medici che sempre orientano sull'efficacia di una terapia (es. simulatore del MAD) ed anche la ventiloterapia (CPAP), che in questo caso viene utilizzata per valutare gli insuccessi della CPAP e qualche volta anche come una sorta di titolazione rapida della pressione di esercizio. Inoltre, una buona registrazione endoscopica DISE con CPAP, permette di far capire meglio al

paziente l'efficacia ed il meccanismo di azione della ventiloterapia e ciò ha un importante risvolto sulla scelta terapeutica da parte del paziente e sulla sua compliance futura. Il nostro contributo vuole porre l'attenzione sul rapporto DISE-CPAP nell'ambito dell'iter diagnostico terapeutico nel campo dei Disturbi Respiratori del Sonno (DRS), fornendo anche aspetti tecnici di attrezzatura ed esecuzione che si basano sulla nostra, ormai pluriennale, esperienza. Verrà esposto anche qualche caso clinico per l'aspetto meramente didattico.

CPAP, approcci multimodali, Chirurgia Multilivello

F. Di Fulvio – ORL, Roma

La Sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno colpisce circa il 15% della popolazione dei cosiddetti paesi occidentali. Dal 1978, anno della scoperta di questa nuova entità nosologica, ad oggi, l'approccio terapeutico alla suddetta patologia è profondamente cambiato, grazie alle nuove conoscenze di fisiopatologia e agli innumerevoli studi scientifici volti ad individuare il corretto approccio terapeutico. Si è passati dalla terapia "uno per tutti" (CPAP) a quella "su misura" (CPAP, Chirurgia ORL, Chirurgia Maxillo-Facciale, MAD, Chirurgia Bariatrica, Stimolatori dell'Ipoglosso, Terapia Posizionale, approcci dietetici, alcuni farmaci), grazie anche alla messa a punto di nuove strategie diagnostiche (Sleep Endoscopy, MAD temporanei, ecc). Tale approccio personalizzato necessita, però, di un team multidisciplinare, composto da differenti specialisti. L'otorinolaringoiatra ha sempre avuto un ruolo nella gestione dei pazienti con Sleep Apnea, a volte un ruolo centrale e determinante, vista la sede dell'ostruzione (alte vie respiratorie) che si verifica ciclicamente durante il sonno. Negli ultimi anni, grazie all'impegno di alcuni cultori della materia, sono stati formati numerosi specialisti otorinolaringoiatri anche nel nostro Paese. Oggi l'otorinolaringoiatra è in grado di essere al centro di un team multidisciplinare e, nella maggior parte dei casi, gestite in prima persona la diagnosi e la terapia dell'OSAS, sfruttando le varie modalità terapeutiche a lui messe a disposizione, non dimenticando che la terapia può essere gestita con un approccio "multimodale", cioè sfruttando contemporaneamente o in successione nel tempo, le diverse opzioni conosciute.

Sessione sordità improvvisa: attualità in sordità improvvisa

Venerdì 30 Settembre 2022

Hotel Nicolaus – Bari

Presidente: C. Zappone

Moderatori: A.B. Fioretti, E. Rebecchi

Il trattamento steroideo intratimpanico nella sordità improvvisa

M.Capelli - ORL, Codogno

L'ipoacusia improvvisa rappresenta una delle principali emergenze in ORL. Esiste ancora oggi molta incertezza riguardo l'atteggiamento terapeutico da seguire una volta riscontrata questa problematica. È universalmente riconosciuta l'efficacia del trattamento steroideo. Tuttavia una somministrazione sistemica di cortisonici, spesso ad alte dosi, può comportare una serie di effetti collaterali anche severi. Scopo di questa relazione è indicare come possibile alternativa al trattamento cortisonico tradizionale sistemico la somministrazione del farmaco per via intratimpanica. Gli oramai numerosi studi a riguardo sottolineano come questo tipo di trattamento garantisca una efficacia simile o addirittura superiore rispetto agli altri tipi di somministrazione con una netta riduzione degli effetti collaterali. Inizialmente utilizzato come trattamento di recupero in pazienti trattati inefficacemente con terapia cortisonica sistemica, la somministrazione cortisonica intratimpanica assume oggi il ruolo di trattamento di prima scelta. Mostriamo una breve casistica relativa alla nostra esperienza che conferma il trend dei risultati riferiti in letteratura sia dal punto di vista del recupero uditivo sia dal punto di vista dell'insorgere di effetti collaterali.

BIBLIOGRAFIA

- 1 *Sudden deafness: long-term follow-up and recurrence.* Furuhashi A, Matsuda K, Asahi K, Nakashima T. Clin Otolaryngol Allied Sci. 2002 Dec;27(6):458-63. doi: 10.1046/j.1365-2273.2002.00612.x. PMID: 12472512.
- 2 *Intratympanic Steroid Injection* de Cates C, Winters R.. 2022 Jul 1. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 33620785.
- 3 *Intratympanic steroid injection as a first-line therapy in uremia patients with sudden sensorineural hearing loss* Tsai HT, Hsueh N, Huang CM, Lin HC.. Acta Otolaryngol. 2015 Aug;135(8):786-90. doi: 10.3109/00016489.2015.1027413. Epub 2015 Mar 17. PMID: 25783847.

- 4 *Long-term analysis using the Kaplan-Meier method. Intratympanic gentamicin treatment 'as needed' for Meniere's disease.* Quagliari S, Gatti O, Rebecchi E, Manfrin M, Tinelli C, Mira E, Benazzo M. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2014 Jun;271(6):1443-9. doi: 10.1007/s00405-013-2597-7. Epub 2013 Jun 19. PMID: 23778723.

Il trattamento con ossigenoterapia iperbarica

P. Marcolin - ORL, Napoli

L'impegno del Gruppo Otosub sulla Ossigenoterapia nella ipoacusia improvvisa nasce dal marzo 2010 con una Consensus Conference.

L'ipoacusia improvvisa è definita come una perdita uditiva di tipo neurosensoriale, di almeno 30 dB HL, su 3 frequenze contigue, insorta acutamente senza causa evidente (entro un periodo di 72 ore). È un'urgenza audiologica/otorinolaringoiatrica e come tale va considerata e trattata. L'ipoacusia improvvisa compare ad ogni età, ma insorge più frequentemente nella quarta decade di vita, con un'incidenza annuale che varia tra i 5 e i 20 casi su 100.000 individui. La severità dell'ipoacusia improvvisa è variabile, usualmente unilaterale, sebbene l'interessamento bilaterale sia riportato nel 4% dei pazienti. Nel 71-85% dei casi non esiste al giorno d'oggi una causa certa dell'ipoacusia improvvisa ed è pertanto definita idiopatica. Nel 10-15% è riconducibile a cause specifiche.

Nelle forme idiopatiche, diverse ipotesi sono state avanzate per chiarire la causa dell'ipoacusia improvvisa e sono essenzialmente riconducibili ad un'eziopatogenesi microcircolatoria dovuta a infezione virale, alterazioni vascolare, immunitaria o traumatica. Può essere preceduta da alterazioni qualitative dell'ascolto (voci metalliche, distorte) nei giorni prima, in pieno benessere. In 1/3 dei casi si associa ad acufeni, disturbi dell'equilibrio e vertigine.

Iter Diagnostico

La diagnosi dovrebbe essere effettuata entro 72 ore dall'insorgenza dei sintomi, il sospetto diagnostico si fonda su:

- anamnesi (in particolare: modalità di insorgenza e sintomi associati)
- otoscopia (normale)
- esame audiometrico tonale liminare eseguito in urgenza.

A completamento, in base all'evoluzione clinica, potrà essere utile eseguire anche in tempi differiti: esame impedenzometrico, otoemissioni acusti-

che (utili al fine prognostico), audiometria vocale, potenziali evocati uditivi del tronco encefalico, risonanza magnetica dell'osso temporale, del tronco encefalico e dell'encefalo (studio dell'angolo ponto-cerebellare, encefalo e coclea) con mezzo di contrasto.

Indicazioni terapeutiche

La terapia è di tipo medico (farmacologico) e può essere eseguita in regime di ricovero ambulatoriale. Va intrapresa immediatamente dopo la diagnosi iniziale. *L'unico trattamento validato a livello internazionale è rappresentato da corticosteroidi* ad alto dosaggio per via sistemica, in base alla valutazione delle condizioni cliniche del paziente. Per quanto riguarda *l'ossigenoterapia iperbarica* le evidenze sono controverse: un eventuale trattamento va effettuato nei tempi più brevi possibili. Per i farmaci antivirali, trombolitici, vasodilatatori, sostanze vasoattive o antiossidanti, non vi sono chiare evidenze scientifiche di efficacia: possono pertanto essere consigliati come terapia di supporto integrativa. Dopo 3 mesi dall'esordio la probabilità di ottenere un recupero uditivo è così remota da non giustificare un trattamento farmacologico. Eventualmente, in secondo momento, potranno essere presi provvedimenti di tipo riabilitativo-protetico. Quando la soglia audiometrica è stabilizzata, in base alle necessità comunicative, all'entità del disturbo causato, al grado di disabilità e alla motivazione del paziente, si consiglia di mettere in atto una riabilitazione protesica acustica. La manifestazione improvvisa dell'ipoacusia rende disomogenea la modalità di presa in carico del paziente (ricovero, DH, terapia domiciliare ecc.). Pertanto, al momento attuale, gli indicatori di valutazione su scala regionale non sono identificabili.

In occasione della Consensus Conference del 2010 fu avanzata la proposta di istituire un Gruppo Italiano Multicentrico per la definizione degli standard diagnostici e terapeutici delle ipoacusie improvvise mediante studio clinico randomizzato controllato prospettico.

Il Trattamento OTI (Razionale/Obiettivo della terapia)

Il razionale della terapia si basa sull'ipotesi che il deficit uditivo, e l'eventuale acufene, siano conseguenti ad una lesione ipossica delle strutture cocleari e che la somministrazione di ossigeno iperbarico possa indurre una regressione del danno.

Il Protocollo diagnostico-terapeutico (flow chart / quando la OTI / Dose / Quando e se ulteriore terapia)

Criteri di inclusione

- A. *Timing* (come terapia di prima scelta). Dall'analisi delle più recenti serie di casi si evidenzia ormai, con prove di efficacia clinica, che l'ossigenoterapia iperbarica, unita alla terapia medica di supporto/mantenimento del caso, deve essere iniziata tempestivamente; possibilmente entro le due settimane dall'esordio della sintomatologia, e comunque in un *tempo non superiore ai 30 gg.*
- B. *Timing* (come terapia di seconda scelta). Nella realtà attuale invece si ricorre ancora troppo spesso all'ossigenoterapia iperbarica come terapia di sola seconda scelta, di solito nei casi di insuccesso della terapia medica tradizionale, qualora non venissero registrati segni clinici di efficacia in termini di guadagno uditivo.
- C. *Gravità della Ipoacusia*. L'ossigenoterapia iperbarica deve essere attuata in presenza di perdite uditive gravi. Il miglioramento appare essere statisticamente maggiore per i pazienti con perdita uditiva grave, anche ≥ 80 dB.
- D. *Età del paziente*. L'ossigenoterapia iperbarica ha maggiori possibilità di successo nei pazienti di età < 50 aa. Per quanto sia pur sempre possibile anche un recupero spontaneo della functio lesa, non si può escludere a priori che il trattamento precoce con OTI, da sola od in combinazione con la terapia medica, possa portare ad un più pieno recupero funzionale, con completa restitutio ad integrum, anche nei casi di perdite uditive gravi.

Dose **PRESSIONE**: 2.2 – 2.5 ATA [(12 mca; 223 kPa) - (15 mca; 253 kPa);

DURATA: almeno 60 minuti (60') totali di O₂ in quota, per 10-15 trattamenti.

Considerazioni cliniche

(Valutazione degli esiti/follow-up/Monitoraggio)

Verifica dei risultati in corso di terapia dopo la 10-15a seduta con Esame specialistico (audiometria, ecc.)

- 1) Paziente *GUARITO*: completa restitutio ad integrum; sospensione alla 10-15^a seduta.
- 2) Paziente *MIGLIORATO* (miglioramento secondo controllo audiometrico): continuazione del ciclo fino ad un massimo di ulteriori 10 trattamenti con seduta quotidiana.
- 3) Paziente *INVARIATO*: se assenza di risultati, sospendere OTI.

Criteria di esclusione al trattamento

La concomitanza di controindicazioni ad Ossigeno Terapia Iperbarica può essere motivo di esclusione da OTI.

Esclusione specifica in caso di:

- concomitante *patologia dell'orecchio medio* (rilevata dal timpanogramma e dall'otoscopia) se non trattata con drenaggio trans-timpanico o miringotomia.

- chiara diagnosi di neurinoma del nervo acustico.

Le raccomandazioni proposte dalle Linee Guida americane per l'ipoacusia improvvisa del 2019 prevedono:

RACCOMANDAZIONE 1. Escludere l'ipoacusia improvvisa trasmissiva

Nei pazienti che si presentano per la prima volta con diagnosi di *ipoacusia improvvisa* (SHL) il medico dovrebbe distinguere, o inviare ad un medico che possa *differenziare la forma neurosensoriale (SSNHL) da quella* trasmisiva (CHL):

Raccomandazione forte, basata su revisioni sistematiche e studi trasversali con un profilo beneficio-rischio favorevole.

RACCOMANDAZIONE 2. *Fattori modificatori*

Nei pazienti con presunta SSNHL il clinico deve valutare attraverso l'anamnesi e l'esame obiettivo, la presenza di SHL bilaterale, episodi ricorrenti di SHL, e/o deficit neurologici focali.

Raccomandazione basata su studi osservazionali con un profilo beneficio-rischio favorevole.

SSNHL: Sudden sensorineural hearing loss (ipoacusia improvvisa neurosensoriale), CHL: conductive hearing loss (ipoacusia di trasmissione), SHL: sudden hearing loss (ipoacusia improvvisa), OTI: ossigenoterapia iperbarica. Definizione ipoacusia improvvisa neurosensoriale: calo di tipo neurosensoriale di 30 decibel in 3 frequenze consecutive insorto in un arco temporale di 72 ore.

La diagnosi iniziale deve prevedere anamnesi, otoscopia e valutazione della funzionalità uditiva tramite esame acumetrico con eventuale uso di diapason con frequenza di 500 Hz e/o prova di Hum (10.1177/0003489418772860) per discriminare le forme neurosensoriali (tema della LG) da quelle trasmissive (escluse dalla LG)

RACCOMANDAZIONE 8. Terapia iniziale con corticosteroidi

È raccomandato prescrivere corticosteroidi come terapia iniziale ai pazienti con SSNHL entro 2 settimane dall'insorgenza dei sintomi.

Raccomandazione basata su revisioni sistematiche di RCT e nuovi RCT con con un profilo beneficio-rischio favorevole.

Dosaggio del cortisone (1mg/kg/die, dosaggio massimo 60mg die di prednisone o dosaggi equivalenti di metilprednisone 48mg, desametasone 10 mg)

RACCOMANDAZIONE 9a. Terapia iniziale con ossigenoterapia iperbarica

È raccomandato somministrare, o inviare a medico che possa somministrare, a pazienti con forme gravi/profonde di SSNHL l'ossigenoterapia iperbarica (OTI), associata a terapia corticosteroidica, entro 2 settimane dall'insorgenza di SSNHL.

L'OTI rimane un'opzione terapeutica nelle forme *lievi/moderate*.

Opzionale per le forme lievi/moderate di SSNHL.

Raccomandazione per le forme gravi/profonde basata su revisioni sistematiche degli RCT con un profilo beneficio-rischio favorevole.

RACCOMANDAZIONE 9b. Ossigenoterapia iperbarica come terapia di salvataggio.

È raccomandato somministrare (o inviare a medico che possa somministrare) a pazienti con forme gravi/profonde di SSNHL l'ossigenoterapia iperbarica (OTI) associata a terapia corticosteroidica come intervento di salvataggio entro 1 mese dall'insorgenza di SSNHL. L'OTI rimane un'opzione terapeutica nelle forme *lievi/moderate* di SSNHL.

Opzionale per le forme lievi/moderate.

Raccomandazione per le forme gravi/profonde basata su revisioni sistematiche degli RCT con un profilo beneficio-rischio favorevole.

RACCOMANDAZIONE 10. Corticosteroidi intratimpanici come terapia di salvataggio.

È possibile somministrare (o inviare a medico che possa somministrare) la terapia steroidea intratimpanica da 2 a 6 settimane dopo l'insorgenza dei sintomi in pazienti che, a seguito di SSNHL, mostrino un recupero incompleto (mancata o parziale risposta alle terapie corticosteroidica e OTI).

Opzione basata su revisioni sistematiche degli RCT con una preponderanza di beneficio rispetto al possibile rischio.

Downregulation della raccomandazione ad opzionale.

RACCOMANDAZIONE 10. Corticosteroidi intratimpanici come terapia di salvataggio.

È possibile somministrare (o inviare a medico che possa somministrare) la terapia steroidea intratimpanica da 2 a 6 settimane dopo l'insorgenza dei

sintomi in pazienti che, a seguito di SSNHL, mostrino un recupero incompleto (mancata o parziale risposta alle terapie corticosteroidica e OTI).

Opzione basata su revisioni sistematiche degli RCT con una preponderanza di beneficio rispetto al possibile rischio

Downregulation della raccomandazione ad opzionale

RACCOMANDAZIONE 11. Altre terapie farmacologiche

Non prescrivere di routine farmaci antivirali, trombolitici, vasodilatatori o sostanze vasoattive a pazienti con SSNHL.

Raccomandazione forte basata su revisioni sistematiche di trial controllati

In conclusione

La Sordità Improvvisa (SI) risulta ancora un argomento molto controverso per quanto attiene alle forme idiopatiche per etiologia, diagnosi e per alcuni versi per la terapia là dove il quadro clinico può regredire spontaneamente anche dopo oltre 40 anni. Ma attualmente alla luce degli studi più recenti, particolarmente dell'American Academy ORL, con le linee guida del 2012 e successivamente del 2019, l'indirizzo terapeutico più adeguato risulta legato all'uso di corticosteroidi, sia per via sistemica che per via transtimpanica; in questo ultimo caso, particolarmente quando la terapia per via generale risulta non appropriata per la presenza di patologie sistemiche come il diabete, l'ulcera gastrica o l'ipertensione arteriosa oltre che la gravidanza, fondamentale comunque risulta la concentrazione del farmaco che deve essere raggiunta a livello dell'orecchio per risultare efficace.

Nelle ultime linee guida dell'American Academy 2019 si è andata sempre più consolidando la linea della contemporanea somministrazione di farmaci corticosteroidi sia per via sistemica che topica insieme alla Ossigenoterapia Iperbarica particolarmente nelle forme con grave compromissione uditiva, mentre andrebbe comunque consigliata l'HBOT anche nelle forme moderate, nelle linee guida va contemplata la necessità di poter eseguire una ulteriore terapia di salvataggio sia cortisonica che con Ossigeno Iperbarico in caso di un precedente insuccesso terapeutico.

BIBLIOGRAFIA

- 1 *Linee guida S.i.m.s.i. (Società Italiana di Medicina Subacquea e Iperbarica) Sulle Indicazioni All'ossigenoterapia Iperbarica, 2a Ed. (2015), www.simsi.org*
- 2 Sujana S. Chandrasekhar et al., *Clinical Practice Guideline: Sudden Hearing Loss (Update) Otolaryngology – Head and Neck Surgery 2019, Vol. 161(1S) S1–S45*

Ipoacusia improvvisa

C. Zappone, A. Zappone

Il criterio audiometrico più frequentemente utilizzato per Sordità Improvvisa Neurosensoriale (Sudden Sensorineural Hearing Loss, SSNHL) è una diminuzione dell'udito di >30 decibel che interessa almeno 3 frequenze consecutive; Si verifica entro una finestra di 72 ore.

Poiché l'audiometria pre-sordità non è generalmente disponibile, la perdita dell'udito è spesso definita in relazione alle soglie dell'orecchio opposto.

È spesso, ma non sempre, accompagnato da acufene e / o vertigini.

Gli specialisti ORL dovrebbero distinguere la perdita dell'udito neurosensoriale dalla perdita dell'udito di trasmissione quando un paziente si presenta per la prima volta con Sordità Improvvisa, SHL.

L'esame fisico aiuterà a determinare se c'è ostruzione da cerume o di un corpo estraneo nel condotto uditivo, se c'è una perforazione della membrana timpanica o se c'è liquido nell'orecchio medio.

La Sordità Improvvisa Neurosensoriale (SSNHL) idiopatica (ISSNHL) Idiopathic Sudden Sensorineural Hearing Loss è definito come SSNHL senza causa identificabile nonostante un'adeguata indagine. Questa è la situazione nel 90% dei pazienti con SSNHL.

Le cause non idiopatiche di SSNHL devono essere identificate e affrontate durante il corso della gestione; i più pressanti di questi sono: schwannoma vestibolare (neurinoma acustico), ictus, tumori maligni, rumore e farmaci ototossici.

Gran parte della letteratura indica che dal 32% al 65% dei casi di Sordità Improvvisa Neurosensoriale SSNHL può recuperare spontaneamente.

L'acufene è una comorbilità frequente che può persistere e, con il tempo, può diventare la preoccupazione principale del paziente.

La prognosi per il recupero dipende da una serie di fattori, tra cui l'età del paziente, la presenza di vertigini all'esordio, il grado di perdita dell'udito, la configurazione audiometrica e il tempo che intercorre tra l'insorgenza della perdita dell'udito e il trattamento.

Inoltre, il danno psicologico e comunicativo sperimentato durante un episodio acuto di SHL e quindi in perdita dell'udito potenzialmente non recuperata e acufene persistente crea un forte desiderio di trattamento.

Le opzioni di trattamento

Uno dei temi più controversi della letteratura scientifica otorinolaringoi-

trica è la terapia della ipoacusia improvvisa, soprattutto per quanto concerne la forma idiopatica.

Ruolo dell'ORL durante la prima visita:

L'esame ORL aiuterà a determinare se c'è ostruzione da cerume o di un corpo estraneo nel condotto uditivo, se c'è una perforazione della membrana timpanica o se c'è liquido nell'orecchio medio.

Con **Esame Audiometrico** con via ossea e mascheramento e **Impedenzometria** c'è la necessità di escludere una ipoacusia di trasmissione.

Anamnesi: per ipoacusie bilaterali, episodi ricorrenti di Ipoacusia, disturbi neurologici focali, Esposizione a Rumore, Farmaci ototossici

Conferma della Ipoacusia Improvvisa NS.

I medici possono prescrivere: **Cortisonici, antivirali, trombolitici, vasodilatatori** o sostanze vasoattive a pazienti con SSNHL, solo dopo aver valutato indicazioni e controindicazioni specifiche.

Lo specialista ORL dovrebbe informare il pz con Ipoacusia Improvvisa sulla **storia naturale** della stessa, i benefici e i rischi degli interventi medici e i limiti di efficacia.

Condizioni cliniche che possono essere associate a Ipoacusia Improvvisa NS:

Le possibili eziologie di SSNHL includono:

- infezione virale
- compromissione vascolare
- malattia autoimmune
- patologia dell'orecchio interno
- f isopatologia del sistema nervoso centrale

La causa nella maggior parte dei pazienti non è mai stata identificata.

Condizioni selezionate che possono essere associate a Ipoacusia improvvisa bilaterale:

Infezione (virale, tra cui virus dell'herpes simplex, virus della varicella zoster, virus dell'immunodeficienza umana e altri; batterico; micoplasma; Lyme; tubercolosi; sifilide)

Malattia autoimmune dell'orecchio interno

Farmaci ototossici

Avvelenamento da piombo

Sindrome da iperviscosità

Disturbi genetici, Disturbi mitocondriali, tra cui MELAS (metabolica encefalopatia, acidosi lattica ed episodi simili a ictus) e altri Stroke

Sindrome di Cogan Neoplastica (neurofibromatosi II, vestibolare bilatera-

le, schwannomi, meningite carcinomatosa, intravascolare linfomatosi, altri) Sarcoidosi.

Nessuna delle precedenti (idiopatica)

Opzioni di trattamento:

- Terapia Farmacologica
- Cortisone
- Vasodilatatori
- Anticoagulanti (eparina, ecc.)
- Antivirali
- Altro
- Ossigenoterapia iperbarica OTI (per la terapia iniziale e di salvataggio)
- Iniezione intratimpanica di Cortisone (per la terapia di salvataggio)
- Chirurgia (trattamento di sospetta fistola)

Osservazione

Cortisonici: Razionale

Tra i numerosi trattamenti proposti i glucocorticoidi sono, in tutto il mondo, generalmente i più adottati.

In letteratura la maggioranza dei lavori riguarda la terapia cortisonica adottata da sola o in associazione con altri trattamenti per la cura delle ipoacusie improvvise, qualsiasi ne sia la natura supposta o accertata.

I corticosteroidi sono i più potenti farmaci antinfiammatori.

il trattamento con corticosteroidi è una delle poche opzioni di trattamento che ha dati che mostrano efficacia, sebbene anche quei dati siano in qualche modo equivoci.

Intervallo di inizio trattamento 0-14 giorni (somministrare entro le prime 2 settimane dall'insorgenza dei sintomi)

Controindicazioni:

- diabete insulino-dipendente
- soppressione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene
- sindrome di Cushing-like (minima con trattamento da 10 a 14 giorni)
- necrosi asettica dell'anca
- tubercolosi
- ulcera peptica

In questi casi preferire cortisone intratimpanico.

Gli effetti collaterali possono includere: aumento di ansia, dolore, vertigini, iperglicemia, ipertensione, depressione o insonnia.

Farmaci o procedure vasoattive:

Attraverso meccanismi differenti mirano a ristabilire la vascolarizzazione normale e a ristabilire l'ossigenazione dell'organo del Corti.

Si possono suddividere in:

- Vasodilatatori
- Carbogeno
- Emodiluizione Normovolumetrica - Plasmaferesi
- Sostanze a proprietà emoreologica, si suddividono in:
 1. anticoagulanti (eparina)
 2. farmaci vasoattivi (pentossifillina, ginkgo-biloba)
 3. fibrinolitici (batroxobin)
 4. Prostaglandine

Antitrombotici:

Enoxaparina sodica: fiale sottocute da 4.000 UI 40 mg.

Intervallo di inizio trattamento 0-14 giorni (entro le prime 2 settimane dall'insorgenza dei sintomi)

Durata del trattamento: 1 fiala sottocute al die per 10 giorni

Farmaci vasoattivi: Razionale

La vascolarizzazione dell'orecchio interno è di tipo terminale ed ogni rallentamento o interruzione del flusso ematico cocleare provoca un'anossia cocleare

In ogni caso scopo del trattamento terapeutico è il miglioramento del flusso ematico cocleare con aumento di apporto di O₂.

Pentossifillina: è una metilxantina (gruppo a cui fanno parte la teofillina e la caffeina). Si ritiene che le risposte cliniche conseguenti alla prolungata somministrazione orale siano essenzialmente dovute al miglioramento della flessibilità degli eritrociti ed alla ridotta viscosità ematica; quest'ultima sembra in parte dovuta ad una riduzione della concentrazione di fibrinogeno.

Potrebbe essere coinvolta anche una ridotta funzionalità delle piastrine e dei granulociti. Tuttavia, il meccanismo d'azione della pentossifillina non sembra a tutt'oggi ben definito.

Terapia

Pentoxifillina: cpr 600 mg. ril. mod.

Intervallo di inizio trattamento 0-14 giorni (entro le prime 2 settimane dall'insorgenza dei sintomi)

Durata del trattamento: 1 cpr x 2 al dì (stomaco pieno) per 30 giorni.

Antivirali: Razionale

Il **paramixovirus** è ritenuto uno dei virus responsabili della ipoacusia improvvisa e studi basati su dati clinici e sierologici hanno dimostrato una successiva sieroconversione e comparsa di anticorpi IgM in casi di sordità improvvisa.

Anche **morbillo** e **rosolia** sono stati temporalmente e sierologicamente associati a casi di ipoacusia improvvisa.

Con l'avvento delle vaccinazioni su vasta scala si è osservata una drastica diminuzione di casi di malattia ma l'incidenza dei casi di ipoacusia improvvisa è rimasta sostanzialmente invariata.

Membri della famiglia degli **Herpes** virus sono ritenuti potenziali responsabili di ipoacusia improvvisa.

Antivirali:

Aciclovir: cpr 200 mg

Intervallo di trattamento 0-6 giorni (somministrare entro la prima settimana dall'insorgenza dei sintomi)

Durata del trattamento:

1 cpr ogni 4 ore con pausa notturna di 8 ore: 5 cpr /die per 5 giorni

Sessione update nella diagnosi e cura delle rinosinusiti croniche

Presidente: P. Pecoraro

Moderatore: F.R. Canevari

Diagnosi e terapia delle rinopatie in un contesto di feno/endotipizzazione. Precision medicine

L. Nappi - Scafati (NA)

Le riniti rappresentano un vasto ed eterogeneo gruppo di patologie infiammatorie della mucosa nasale che possono essere caratterizzate in base alla presentazione clinica (fenotipo) e secondo i meccanismi fisiopatologici sottesi (endotipo). La classificazione fenotipica delle riniti include le riniti allergiche, le riniti infettive e le riniti non allergiche e non infettive. Gli endotipi invece prevedono una distinzione in base a parametri citologici e di laboratorio. Nonostante tali classificazioni esistono riniti con fenotipi ed endotipi misti che si sovrappongono. Negli ultimi anni l'endotipizzazione delle riniti si è dimostrata promettente per una migliore gestione del paziente in quanto i meccanismi fisiopatologici sottesi possono essere target di specifici trattamenti nell'ambito della medicina di precisione.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Papadopoulos NG, Guibas GV. Rhinitis Subtypes, Endotypes, and Definitions. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2016 May;36(2):215-33. doi: 10.1016/j.iacl.2015.12.001. Epub 2016 Feb 28. PMID: 27083098; PMCID: PMC7127043.
- 2 Meng Y, Lou H, Wang Y, Wang X, Cao F, Wang K, Chu X, Wang C, Zhang L. Endotypes of chronic rhinitis: A cluster analysis study. *Allergy.* 2019 Apr;74(4):720-730.
- 3 Liva GA, Karatzanis AD, Prokopakis EP. Review of Rhinitis: Classification, Types, Pathophysiology. *J Clin Med.* 2021 Jul 19;10(14):3183

Sessione teleaudiologia: la teleaudiologia, stato dell'arte

Presidente: G. Ricci

Moderatore: C.L. Vigliaroli

Valutazione e monitoraggio a distanza del paziente con impianto cocleare

I. Patelli, C. Monzillo, G. Danesi - ORL, Bergamo

Introduzione: Le limitazioni logistiche dovute alla recente situazione pandemica hanno reso necessario un rapido adeguamento della pratica clinica in tema di regolazione impianti cocleari, mediante l'ausilio della Telemedicina. Obiettivo di questo lavoro è descrivere una pratica di fitting degli impianti cocleari da remoto, sicuro ed efficace, che assicuri continuità di cura al paziente.

Materiali e metodi: il fitting degli impianti cocleari da remoto è una procedura che prevede gli stessi passaggi del fitting tradizionale, la stessa interfaccia e lo stesso software ma il personale tecnico e il paziente si trovano in posti diversi. Nella nostra pratica clinica il paziente si trova in ospedale, assistito da personale sanitario adeguatamente formato e il personale tecnico utilizza una piattaforma da remoto per connettersi al dispositivo ed effettuare le opportune regolazioni. L'efficacia del fitting da remoto è stata testata mediante l'utilizzo di questionari rivolti ai pazienti, volti ad indagare il grado di soddisfazione relativo alla procedura, il grado di comfort durante la stessa, la qualità della connessione audio/video.

Risultati: L'età media dei pazienti sottoposti a fitting da remoto era di 51 anni. Il 65% dei pazienti aveva un'istruzione medio/elevata. Il grado di soddisfazione è stato elevato, il 90.3% percepisce la procedura come confortevole, semplice ed adeguata. Tutti i pazienti intervistati raccomanderebbero la procedura di fitting da remoto. Non ci sono stati interruzioni dovute a problematiche di tipo tecnico nella maggioranza dei casi (83.7%). In media la sessione di fitting da remoto dura 31.27 minuti, tempo simile alla procedura in presenza. Nessun paziente sottoposto a fitting da remoto ha avuto bisogno di successive sessioni aggiuntive di fitting.

Conclusioni: in termini di risultati ottenuti, non sono emerse differenze tra la procedura di fitting tradizionale e la procedura di fitting da remoto. Pertanto il fitting da remoto nella nostra esperienza si configura come una procedura valida, sicura ed efficace da mantenere e implementare anche in contesto non pandemico. In un futuro prossimo potremo avvalerci di

programmi di fitting da remoto mediante specifici software (già in utilizzo per le protesi acustiche) che consentano al paziente di ricevere il fitting senza accedere in ospedale. In questa direzione, è necessario che vi siano degli specifici adeguamenti legislativi volti a prevedere e codificare prestazioni da erogare in Telemedicina.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Slager HK, Jensen J, Kozlowski K, et al. Remote Programming of Cochlear Implants. *Otol Neurotol*. 2019;40(3):e260-e266. doi:10.1097/MAO.0000000000002119
- 2 Darkins, Adam, et al. "The design, implementation, and operational management of a comprehensive quality management program to support national telehealth networks." *Telemedicine and e-Health* 19.7 (2013): 557-564.
- 3 Kuzovkov, Vladislav, et al. "Remote programming of MED-EL cochlear implants: users' and professionals' evaluation of the remote programming experience." *Acta Oto-Laryngologica* 134.7 (2014): 709-716.
- 4 Rodríguez, Carina, et al. "Use of telemedicine in the remote programming of cochlear implants." *Cochlear Implants International* 11.sup1 (2010): 461-464.

Sessione chirurgia maxillo-facciale: soluzioni diverse per patologie di confine

Presidente: L. Califano

Moderatore: F. Longo

Il ruolo della chirurgia ortognatica nel trattamento dell'OSAS

B.C. Brevi - Pisa

La relazione è incentrata sul ruolo che può essere svolto dal chirurgo maxillo-facciale nella gestione dell'OSAS. Fondamentalmente il suo approccio è basato sull'intervento di avanzamento dei mascellari. Si tratta di una tecnica che da oltre 30 anni viene applicata a tale scopo e ancora oggi è il metodo che raggiunge i migliori risultati rispetto a tutti gli altri trattamenti alternativi alla CPAP. L'effetto di tale avanzamento è ricollegabile oltre che all'incremento dello spazio retrolinguale, all'aumento della tensione delle pareti faringee, e ciò impedisce loro di collassare durante il sonno. Tuttavia, l'avanzamento, per essere efficace, deve basarsi su incrementi minimi di 10 mm sia mascellari che mandibolari. Generalmente non vengono apportate modifiche all'occlusione dentale individuale ma, se è necessario, in linea di principio generale si procede praticamente sempre al trattamento chirurgico immediato (surgery first) demandando la ortodonzia al post operatorio. Nel caso in cui ci troviamo di fronte a pazienti particolarmente retrusi (con micromandibulia) è consigliabile procedere con un'osteodistrazione mandibolare per ottenere avanzamenti mandibolari molto più ampi. Ciò perché un allungamento mandibolare maggiore di 12-13 mm, se condotto d'emblée, mette a serio rischio la ripresa delle funzioni del nervo alveolare con parestesie permanenti del labbro. Se invece si procede ad un suo allungamento graduale il nervo non subisce traumi e riprende la sua funzione senza ripercussioni particolari. Immediatamente alla fine dell'allungamento mandibolare, stabilizziamo la mandibola con le placche e eseguiamo l'avanzamento della mascella con l'osteotomia del tipo Le Fort 1. In questo modo possiamo ottenere l'allungamento mandibolare fino a 40 mm con la conservazione della funzione del nervo alveolare inferiore.

Disturbi temporomandibolari ed otologia: fisiopatologia ed implicazioni cliniche

Francesco De Feudis - Divisione di Chirurgia Maxillo-facciale, Dipartimento di Scienze Neurologiche, Azienda Ospedaliera Universitaria, Ospedali Riuniti di Ancona, Ancona

Paolo Balercia - Direttore della Divisione di Chirurgia Maxillo-facciale

Introduzione: Il termine “disturbi temporomandibolari” (o “temporomandibular disorders”, TMDs) viene utilizzato in letteratura per identificare tutti gli aspetti del dolore masticatorio, indipendentemente da eziologia e severità. Esso è caratterizzato da dolore e disfunzione. Numerose indagini epidemiologiche hanno evidenziato la presenza di sintomi otologici nei pazienti affetti da TMDs, più frequentemente rispetto ai controlli sani: le percentuali variano a seconda della ricerca. Il quadro clinico caratterizzato dalle manifestazioni otologiche associate ai TMDs prende il nome di sindrome di Costen; essa rappresenta il motivo per il quale spesso lo specialista ORL\audiologo è consultato per primo da parte del paziente. Obiettivo dello studio è di ricercare, mediante revisione della letteratura, le basi fisiopatologiche dei sintomi otologici al fine di agevolare la diagnosi differenziale tra i TMDs e le patologie primitive dell'orecchio permettendo, quindi, il corretto trattamento.

Materiali e metodi: È stata effettuata una ricerca elettronica sul database PubMed utilizzando le seguenti parole chiave: temporomandibular, tmd, tmj, otologic, otological, aural opportunamente combinate con gli operatori booleani, con l'intento di chiarire le basi fisiopatologiche dei sintomi otologici nei pazienti affetti da TMDs. Tra gli studi più rilevanti, sono stati esaminati una revisione sistematica con metanalisi, una revisione, tre studi prospettici, uno studio retrospettivo ed uno anatomico.

Risultati: Nei soggetti con diagnosi di TMDs, sono emersi i seguenti sintomi otologici con la relativa prevalenza: sensazione di orecchio pieno 75%, otalgia 55%, acufeni 52%, vertigine 41%, ipoacusia 39%, disturbi dell'equilibrio 22%. Dagli studi prospettici è risultato un abbassamento della soglia uditiva omolaterale all'articolazione temporo-mandibolare coinvolta fino all'85% dei sintomatici, obiettivabile alla timpanometria multifrequenza, come probabile conseguenza dell'irrigidimento della catena timpano-ossiculare. Ciò potrebbe fisiopatologicamente derivare dalla presenza dei legamenti anteriori del martello e del legamento discomartellare, evidenziati nelle preparazioni anatomiche come connessioni

tra ATM ed orecchio. Un secondo meccanismo potrebbe essere legato all'ipertono del muscolo tensore del timpano, innescato per via riflessa attraverso lo spasmo del muscolo pterigoideo interno. Una terza ipotesi potrebbe risiedere nell'alterazione della polarizzazione delle cellule ciliate (con abbassamento della soglia neurosensoriale), derivante dall'alterazione delle pressioni idrauliche conseguenti all'irrigidimento della catena di trasmissione.

Conclusioni: In presenza di sintomi otologici come otalgia, sensazione di orecchio pieno, acufeni, vertigine ed ipoacusia, per lo specialista ORL è dirimente escludere le patologie primitive dell'orecchio. Nel sospetto, quindi, che si tratti di TMDs configuranti la sindrome di Costen, è necessario il coinvolgimento di specialisti quali il chirurgo maxillo-facciale e/o lo gnatologo per l'opportuno iter diagnostico-terapeutico.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Porto De Toledo I, Stefani FM, Porporatti AL, Mezzomo LA, Peres MA, Flores-Mir C, De Luca Canto G. Prevalence of otologic signs and symptoms in adult patients with temporomandibular disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig.* 2017 Mar;21(2):597-605. doi: 10.1007/s00784-016-1926-9.
- 2 Riga M, Xenellis J, Peraki E, Ferekidou E, Korres S. Aural symptoms in patients with temporomandibular joint disorders: multiple frequency tympanometry provides objective evidence of changes in middle ear impedance. *Otol Neurotol.* 2010 Dec;31(9):1359-64. doi: 10.1097/MAO.0b013e3181edb703.
- 3 Effat KG. Otological symptoms and audiometric findings in patients with temporomandibular disorders: Costen's syndrome revisited. *J Laryngol Otol.* 2016 Dec;130(12):1137-1141. doi: 10.1017/S0022215116009300.
- 4 Maciel LFO, Landim FS, Vasconcelos BC. Otological findings and other symptoms related to temporomandibular disorders in young people. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2018 Oct;56(8):739-743. doi: 10.1016/j.bjoms.2018.08.005. Epub 2018 Aug 17.
- 5 Kusdra PM, Stechman-Neto J, Leão BLC, Martins PFA, Lacerda ABM, Zeigelboim BS. Relationship between Otological Symptoms and TMD. *Int Tinnitus J.* 2018 Jun 1;22(1):30-34. doi: 10.5935/0946-5448.20180005.

Sessione odontoiatria: l'approccio clinico terapeutico di confine odontoiatrico

Presidente: L. Lo Muzio

Moderatore: G. Guglielmi

Osteonecrosi delle ossa mascellari da farmaci

Santarelli, F. Spirito - Ancona, Foggia

L'osteonecrosi dei mascellari associata all'uso di bifosfonati (BRONJ) è stata riportata per la prima volta da Marx nel 2003. Rappresenta una complicanza grave associata alla somministrazione di tali farmaci ed è particolarmente frequente nei pazienti trattati con bifosfonati ad elevata potenza per via endovenosa nell'ambito di protocolli di trattamento di patologie oncologiche quali il mieloma multiplo, il cancro della mammella o altri tumori con metastasi ossee, e in pazienti in trattamento con bifosfonati orali per la prevenzione dell'osteoporosi e dei suoi effetti. Recentemente, l'insorgenza dell'osteonecrosi delle ossa mascellari è stata riportata in associazione anche a farmaci diversi dai bifosfonati e in particolare a una serie di farmaci impiegati a vario titolo nel trattamento delle neoplasie o delle loro complicanze, come farmaci anti-riassorbitivi, antiangiogenetici ed immunomodulatori, portando quindi a una modifica della definizione di questa patologia quale complicanza di una più vasta serie di farmaci.

Alla luce di recenti dati epidemiologici che vedono in Italia circa 5 milioni di persone affette da osteoporosi, circa 35.000 nuovi casi di metastasi ossee e circa 6 mila nuovi casi di mieloma multiplo ogni anno, si stima che il rischio di osteonecrosi delle ossa mascellari vari tra lo 0% e il 5.1% per i pazienti con patologia osteometabolica, in trattamento con anti-riassorbitivi, e tra lo 0% e il 6.7% per i pazienti oncologici in trattamento con farmaci anti-riassorbitivi e/o antiangiogenetici.

Per tali motivi, l'odontoiatra rappresenta un professionista di cruciale importanza nella gestione adeguata del paziente in trattamento con farmaci per cui sia riconosciuto il rischio di osteonecrosi delle ossa mascellari, in quanto l'inserimento di questi pazienti in protocolli di controlli e richiami periodici per il mantenimento della salute orale permette di ridurre al minimo il rischio di ONJ e di intercettare segni precoci di malattia al fine di una terapia tempestiva e poco invasiva.

La sinusite mascellare come complicanza degli impianti zigomatici: la nostra esperienza

R. Nocini - Verona

Lo scopo di questa relazione è considerare la sinusite mascellare come una complicanza del posizionamento di impianti zigomatici. Pur essendo un'evenienza comune, in letteratura non ci sono lavori che si concentrino su questa condizione e sul suo possibile trattamento. In letteratura, il 12,3% dei pazienti presenta sinusite mascellare, ma solo quattro studi hanno valutato la sinusite (valutazione sia clinica che radiologica).

Il trattamento più comune utilizzato dagli autori erano gli antibiotici da soli o in combinazione con la chirurgia endoscopica dei seni paranasali (FESS).

La letteratura mostra l'assenza di linee guida precise e condivise per la diagnosi, il follow-up post-operatorio e il trattamento della sinusite mascellare dopo implantologia zigomatica. Non è stato determinato se il posizionamento chirurgico delle ZI sia migliore rispetto alle altre tecniche per il trattamento dell'insorgenza della sinusite mascellare nel periodo post-operatorio. Ad oggi non esistono protocolli condivisi per il trattamento della sinusite mascellare.

Nella nostra esperienza, e secondo la letteratura, in presenza di fattori di rischio come età, comorbidità, fumo, deviazione del setto nasale o altre varianti anatomiche, abbiamo suggerito che la FESS venga eseguita contemporaneamente al posizionamento di impianti zigomatici.

Sessione giovani: le innovazioni tecnologiche in ORL e chirurgia testa collo

Sabato 1 Ottobre 2022

Hotel Nicolaus, Bari

Presidente: D. Marchioni

Moderatori: G.Russo

Mobile applications in otorinolaringoiatria

Eleonora Trecca - ORL, S.G. Rotondo (FG)

Razionale: sebbene negli ultimi anni si sia assistito ad un aumento del numero di applicazioni per smartphone (app) diffuse nel campo dell'otorinolaringoiatria (ORL), queste app variano ampiamente in termini di qualità. Lo scopo di questa review, quindi, è stato quello di revisionare sistematicamente le app di ambito ORL per pazienti, presenti negli app store e nella letteratura attuale.

Materiali e metodi: il Google Play Store, l'Apple App Store e PubMed sono stati revisionati utilizzando varie parole chiave relative a diverse sottospecialità ORL. Sono state escluse le app non rilevanti per l'ambito di questa ricerca e/o duplicati, le app educative, le app che promuovono un'attività, le app che richiedono hardware specifico separato e le app in lingua diversa dall'inglese. In PubMed, le parole chiave relative alle sottospecialità sono state combinate con "app mobile" in una query di ricerca. Sono state escluse altre revisioni della letteratura, editoriali, case report, abstract congressuali. La qualità delle app con il maggior numero di recensioni è stata valutata utilizzando la "Mobile App Rating Scale" (MARS), mentre la qualità degli articoli è stata valutata utilizzando la dichiarazione "The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology" (STROBE).

Risultati: dopo aver cercato negli app store, 1074 app sono state incluse e raggruppate in base alle loro sottospecialità ORL. Il punteggio MARS complessivo delle dieci app più popolari in ciascuna categoria è stato di 3.65 su 5. In letteratura sono stati identificati 636 articoli e 193 sono stati inclusi. La percentuale media di aderenza degli articoli alla checklist STROBE è stata dell'84.37%.

Conclusioni: sebbene le app attualmente disponibili necessitino di ulteriore sviluppo, la loro applicazione in ambito ORL sembra promettente. Dovrebbe essere incoraggiato un ulteriore dialogo tra medici e pazienti, nonché il sostegno formale delle associazioni professionali e scientifiche.

Sessione medicina legale: dalla responsabilità professionale alla consulenza medico legale

Presidente: G. Marello

Moderatore: M. Maida

CTU: attività consentite e attività preclude al CTU

D. Chindemi - Giudice, Presidente Sez. Corte di Cassazione, Roma

Saranno oggetto di approfondimento le attività consentite e doverose del CTU nell'espletamento dell'incarico, le condotte vietate dalla legge o dalla giurisprudenza della Corte di Cassazione e le attività sconsigliate, cioè i comportamenti che il CTU dovrebbe evitare nello svolgimento dell'incarico, ma che non hanno riflessi immediati sanzionatori sulla consulenza.

Le conseguenze delle condotte vietate al CTU e invece poste in essere verranno analizzate, sotto il duplice profilo delle nullità relative ed assolute con le relative conseguenze anche in ordine al possibile rinnovo della CTU.

Sessione OTOSUB: la patologia barotraumatica in ORL

Presidente: A. Marroni

Moderatori: P. Marcolin, W. Livi

Aspetti patogenetici e fisiopatologici dell'iper-ipobarismo

M. Barbierato - ORL Livorno

Il termine barotrauma deriva dal greco: *baros* che significa pressione e *trauma* che significa aggressione; trattasi quindi di un danneggiamento tissutale provocato da uno squilibrio tra l'aria contenuta in una cavità corporea e la pressione dell'ambiente circostante. Esso ha come presupposto anatomico la presenza di cavità piene d'aria nel nostro organismo e come presupposto fisico la Legge di Boyle e Mariotte che stabilisce che, a temperatura costante, il volume di un gas è direttamente proporzionale alla pressione esercitata alla sua superficie; quindi, se per es. la pressione esercitata alla superficie di un gas raddoppia, il volume di questo si dimezza, al contrario, se si dimezza la pressione il volume del gas raddoppia.

In condizioni normali, alle variazioni pressorie corrisponde un'adeguata compensazione (equalizzazione della pressione dell'aria contenuta nella cavità anatomica e quella dell'ambiente esterno), se tale compensazione è assente o difettosa possiamo avere un barotrauma. I militari in generale, e quelli appartenenti ai "Corpi Scelti" in particolare, possono essere costretti, talvolta, ad operare in condizioni ed in ambienti definiti "estremi" oppure "ostili", nei quali i loro organismi sono soggetti a sollecitazioni ai limiti della sopravvivenza. Particolare rilevanza assumono gli effetti delle variazioni di pressione (disbarismi o barotraumi) sul corpo umano di alcune categorie di essi quali: i subacquei, gli incursori, gli equipaggi di volo, i piloti e gli astronauti per le significative variazioni di pressione cui possono essere sottoposti in tempi molto spesso assai brevi.

Gli effetti di queste condizioni particolari sul corpo umano sono da sempre oggetto di studi effettuati presso Centri Militari di ricerca di eccellenza. Gli effetti patogenetici e fisiologici dell'iperbarismo trovano particolare attenzione presso la Sezione di Fisiopatologia Subacquea del Centro Studi del Comando Subacquei Incursori della M.M., con sede al Varignano (Le Grazie-Portovenere) mentre quelli relativi all'ipobarismo,

presso il Centro Sperimentale Volo (CSV) dell'aeroporto dell'A.M. di Pratica di Mare a Pomezia. In entrambe queste sedi opera personale altamente qualificato, che si avvale di strumentazioni tecnologicamente avanzatissime e gli studi da essi prodotti rappresentano un fondamentale punto di riferimento, sia in ambito militare che civile, per tutti gli operatori del mondo della subacquea (studi sull'iperbarismo) che dell'aviazione (studi sull'ipobarismo).

Sessione imbalance e vertigini: oltre le colonne d'Ercole del labirinto e dei nuclei vestibolari

Presidente: E. Armato

Moderatori: M. Bavazzano, A. Messina

Terapia farmacologica delle vertigini ansia-correlate

M. Bavazzano - ORL, Genova

Thomas Brandt in un suo lavoro fondamentale (1966) discuteva la correlazione tra disturbi psichiatrici e funzionalità vestibolare definendo questa entità Vertigine Posturale Fobica (PPV). Era il tentativo di trovare il link tra i disturbi psichiatrici e i sintomi di somatizzazione.

Partendo da questo lavoro ed attraverso una attenta disamina della letteratura ripercorreremo le tappe di questa ricerca, attraverso i vari acronimi che si sono succeduti nel tempo e che definivano concettualmente la stessa sindrome (PPV, CSD, PPPD).

Esamineremo le varie categorie di farmaci utilizzati per trattare questo disturbo, mettendone in evidenza il meccanismo di azione, gli effetti collaterali, il rischio del sovradosaggio, della loro sospensione e della possibile dipendenza e quindi la necessità, in casi selezionati, di trattamenti personalizzati.

Sessione comunicazioni libere

MISCELLANEA ORL

Epistassi: inquadramento diagnostico e scelte terapeutiche

Enzo Emanuelli, Giacomo Spinato - ORL, Treviso

Epistassi etimologicamente deriva dal latino *epi* – sopra e *stazo* – goccia, cioè sanguinamento dal naso. È l'emergenza più comune in ORL. La sua incidenza è difficile da determinare perché la maggior parte dei casi sono episodi minori non segnalati e meno del 10% dei casi richiede assistenza medica.

Il naso ha un eccellente afflusso di sangue da rami delle arterie carotidi interne ed esterne, che si anastomizzano ampiamente all'interno della parete laterale del naso e del setto. Dall'arteria mascellare l'afflusso sanguigno è garantito dalla sfenopalatina e dai rami palatali maggiori, mentre dall'arteria facciale principalmente l'arteria labiale superiore. L'arteria sfenopalatina entra nel naso attraverso il forame sfenopalatino prima di dividersi nell'arteria settale posteriore, e scorre medialmente lungo il setto verso il locus Valsalvae; lateralmente fornisce il turbinato inferiore e medio. Attraverso l'arteria oftalmica, le arterie etmoidali anteriori e posteriori forniscono apporto alla parte superiore del setto nasale e della parete laterale.

L'epistassi può essere **classificata anatomicamente** in anteriore (plesso di Kiesselbach o locus Valsalvae) e posteriore (plesso di Woodruff).

L'epistassi può avere anche una **classificazione eziologica**, utile ai fini della gestione clinica. L'epistassi idiopatica rappresenta l'80% dei casi, mentre il 20% può avere una causa locale o sistemica come l'origine traumatica, da coagulopatie, da farmaci, da malattie croniche granulomatose, neoplastica o da cause ereditarie (es: teleangectasia emorragica ereditaria, emofilia, Von Willebrand, ...). Esistono anche associazioni eziologiche con epistassi come la disventilazione nasale da deviazioni settali e speroni o perforazioni nasali che aumentano la fragilità della mucosa; l'alcool può influire sul tempo di sanguinamento, anche quando la conta piastrinica e i fattori di coagulazione sono normali; l'ipertensione di vecchia data può provocare fragilità vascolare, e i picchi ipertensivi mal controllati.

La **gestione iniziale** di un paziente con epistassi primaria va valutato secondo le linee guida del Acute Life Support (vie respiratorie, respirazione,

circolazione). Posizionare il paziente con epistassi seduto con il capo flesso e applicare una pressione a livello della valvola nasale. Nei pazienti con epistassi in corso significativa, è necessario ottenere l'accesso endovenoso e prelevare un campione per esame ematochimico completo, fattori della coagulazione, ed emogruppo. Se ci sono segni di shock ipovolemico (tachicardia, ipotensione, periferia fredda, tempo di ricarica capillare prolungato > 2 secondi) la somministrazione di fluido deve essere implementata con un bolo iniziale di 500 ml di cristalloide o volumi minori in pazienti con insufficienza cardiaca nota per evitare sovraccarico di liquidi. Nell'epistassi grave, la trasfusione di sangue può essere presa in considerazione a soglie di emoglobina di 7-9 g / dL, a seconda dei sintomi e dell'esistenza di una cardiopatia ischemica.

L'anamnesi è fondamentale per identificare eventuali fattori eziologici sottostanti, come coagulopatie note, farmaci anticoagulanti o traumi recenti. Dopo aver identificato la gravità del sanguinamento e il lato l'endoscopia nasale è l'indagine di prima scelta per completare la procedura diagnostica e scegliere la terapia.

Terapia diretta: identificazione endoscopica del punto di sanguinamento, cauterizzazione chimica (nitrato d'argento) o elettrocauterizzazione (diatermia bipolare). Ciò consente un trattamento rapido e una pronta dimissione dall'ambulatorio. La terapia diretta al punto di sanguinamento è la gestione ottimale dell'epistassi dell'adulto nel trattamento dell'epistassi sia anteriore che posteriore.

Se non viene identificato alcun punto di sanguinamento, vengono utilizzate **terapie indirette** per controllare l'epistassi. Il tamponamento nasale è la tecnica indiretta più comunemente utilizzata, ma possono essere utilizzate altre come l'irrigazione ad acqua calda e gli agenti emostatici topici (ad esempio acido tranexamico o Floseal). Una volta posizionato, il tampone nasale deve essere lasciato in situ per 48-72 ore. La copertura antibiotica deve essere presa in considerazione, in particolare nei pazienti con valvole cardiache protesiche. Le complicanze locali del tamponamento possono essere la sinusite, perforazione del setto e la necrosi alare, specialmente se prolungato nel tempo.

Se i metodi descritti non riescono a controllare l'emorragia, allora ci sono diverse opzioni disponibili, incluso l'**intervento chirurgico** e l'embolizzazione. La chirurgia prende in considerazione la cauterizzazione arteriosa o la legatura chirurgica dell'arteria sfenopalatina e dell'arteria etmoidale anteriore e posteriore. La legatura arteriosa deve essere

eseguita nel punto più distale (nasale), con una progressione verso una legatura più prossimale se la procedura iniziale non ha esito positivo. La cauterizzazione endoscopica dell'arteria sfenopalatina è la procedura chirurgica più comunemente usata per controllare l'epistassi refrattaria ed ha successo in oltre il 90% dei casi, con un basso tasso di complicanze. La legatura dell'arteria etmoidale anteriore è utilizzata per lo più nell'epistassi traumatica, in particolare con frattura etmoidale. L'embolizzazione può essere molto efficace per l'epistassi grave o per preparare l'intervento chirurgico nelle neoplasie nasali di origine vascolare. È indicata dopo il fallimento delle tecniche di legatura o in pazienti ritenuti non idonei alla chirurgia a causa di problemi anestesiolgici. L'embolizzazione è eseguita da un radiologo interventista esperto. Il punto di sanguinamento è valutato mediante angiografia transfemorale e successiva embolizzazione delle arterie mascellari o facciali. Le complicanze dovute all'embolizzazione sono rare, ma sono più comuni rispetto alla legatura chirurgica e sono descritte come necrosi di alcune aree cutanee del volto, parestesia facciale, incidente cerebrovascolare ed ematoma inguinale.

La gestione dell'epistassi secondaria richiede il trattamento della causa scatenante evitando il più possibile di ledere la mucosa del naso del naso, poiché ciò può aggravare il problema.

Il ruolo dei linfociti nella diagnosi delle patologie a loro correlate

A. Armone Caruso - Afragola (NA) - AIAS di Afragola

La Citologia Nasale è una metodica che sta assumendo sempre più un ruolo nella diagnosi differenziale non solo delle rinopatie, ma anche di quelle patologie sistemiche, soprattutto quelle relative a malattie virali e linfoproliferative. Proprio su questo punto, un ruolo determinante è dato dalla presenza di linfociti atipici

Sappiamo benissimo che in uno striscio citologico nasale la presenza linfocitaria è molto ridotta. Tuttavia, la loro aumentata presenza e/o una loro atipia può essere indicativa di malattie di tipo sistemico probabilmente in fase precoce. I linfociti atipici, infatti, possono comparire in numerosissime patologie sistemiche, che vanno dalle semplici infezioni virali fino ad una patologia linfoproliferativa.

I linfociti atipici si distinguono da un punto di vista citologico per l'aumento della quantità di citoplasma, l'aumento del rapporto N/C, l'aumento della

basofilia del citoplasma, la disomogeneità basofila citoplasmatica, i vacuoli citoplasmatici, la comparsa di centrosoma chiaro, la presenza di grandi granuli azzurrofilo, la riduzione della condensazione cromatica, l'aumento delle dimensioni nucleari, la comparsa di nucleoli. La loro atipia morfologica si suddivide in Grandi Linfociti, Grandi Linfociti Granulari, Grandi Linfociti Iperbasofili, Linfociti Plasmocitoidi, Linfociti della Mononucleosi Infettiva.

Questi primi studi ci consentono non solo di identificare precocemente, mediante lo studio linfocitario dello striscio nasale, alcune forme di patologie sistemiche, ma anche di monitorarne in un prossimo futuro la loro evoluzione, mentre l'osservazione di altre cellule infiammatorie può essere indice di patologia autoimmune o oncologica solida.

Epidermolisi bullosa- presentazione di un caso di un bambino di 2 anni curato con terapia iperbarica

C. E. Stanojkovic Vladan - Reparto di ORL Ospedale Generale di Isola Polje 40, Isola 6310
contatto: edvin.carli@gmail.com; hbo2t.studio@gmail.com

Le epidermolisi bollose sono un gruppo di malattie rare che provocano la presenza di bolle cutanee e cute fragile. Le bolle cutanee possono manifestarsi come risposta a traumi minori, temperatura corporea elevata, frizione o strofinamento. In alcuni casi le bolle possono manifestarsi sulla mucosa esofagea, gastrica e vescicale. La maggior parte delle epidermolisi bollose sono ereditarie. Il quadro clinico si manifesta solitamente nell'infanzia. Alcuni manifestano i sintomi durante l'adolescenza oppure in età adulta. La terapia si basa sulla cura delle bolle esistenti e la prevenzione dell'insorgenza di nuove. Alla comparsa delle bolle è importante prevenire la disidratazione e favorire la rimarginazione della cute. Anche l'alimentazione ha un ruolo importante in quanto favorisce la guarigione delle lesioni cutanee. Presenteremo il caso di un bambino presentatosi alla POLIKLINIKA OXYMED all'età di 2 anni e 2 mesi con la gastrostomia e 2 sepsi pregresse. Dopo 8 trattamenti con la camera iperbarica le lesioni orali sono scomparse, le bolle cutanee sono diminuite e le ferite cutanee si sono rimarginate. Dopo 24 trattamenti non presentava più prurito, l'alimentazione ed il sonno sono migliorati. Il valore di emoglobina è aumentato fino a 11 e la condizione clinica generale è migliorata.

Covid-19 sigaretta elettronica ed evali (e-cigarette or vaping use associated lung injury)

C. De Luca - Fisioter Srl, Bari

INTRODUZIONE: nell'autunno del 2020 è stata formulata la prima diagnosi di EVALI

MATERIALI/ METODI: è stata eseguita una review bibliografica sui casi di polmonite durante questo periodo

RISULTATI: Dagli studi effettuati si evince una buona correlazione tra il danno polmonare e l'uso dello svapo con cannabinoidi.

CONCLUSIONI: Bisogna effettuare una attenta anamnesi per non confondere una polmonite da covid con una EVALI

BIBLIOGRAFIA

- 1 Collaco JM et al. Electronic Cigarette use and exposure in the pediatric population. *Jama pediatr* 2015; 169:177-182

Le patologie del distretto ORL nei pescatori

M. Tavolaro, P. Allamprese, L. Maci - INAIL Lecce e Brindisi
l.maci@inail.it

INTRODUZIONE L'Italia con i suoi 7456 km di costa impegna nel settore della pesca circa 90 mila lavoratori. Gli infortuni e malattie professionali si verificano soprattutto per fattori strutturali-organizzativi correlati alla specifica attività lavorativa, influenzati da: caldo, irraggiamento solare diretto, freddo, lavoro bagnato e/o notturno, orari di lavoro stressanti .

MATERIALI E METODI Sono stati utilizzati i dati forniti dallo studio " PESCA SICURA " (interviste. anamnesi, esami obiettivi, audiometrie tonali).

RISULTATI Il lavoratore Pescatore può presentare patologie in molti distretti. In ambito ORL abbiamo l'ipoacusia da rumore con livelli sonori a bordo compresi tra 78-94 dB, con punte di circa 110 dB rilevati nel vano motore dei pescherecci e di 84-85 dB per le motobarche. Sulla base dei tempi di esposizione, si evincono livelli di esposizione tra 81-87 per la mansione timoniere, tra 87-91 per addetto pesca e inferiore ad 85 dB per addetto pesca delle motobarche. A questo si aggiunga la presenza di acufeni e di iperacusia dolorosa. Di frequente riscontro è l'osservazione di flogosi recidivanti o croniche delle V.A.S. Sebbene presenti in misura inferiore

abbiamo anche le cinetosi ed i disturbi vestibolari, specie nei pescatori più anziani. Patologie di confine con la dermatologia sono manifestazioni della cute che colpiscono il naso ed i padiglioni auricolari.

CONCLUSIONI Il settore della Pesca per i Km di coste, per il numero dei lavoratori e dei mezzi impegnati, è una delle attività più importanti del nostro Paese. Per le peculiarità e per le specificità di tale lavoro i pescatori nel distretto O.R.L. possono essere interessati da numerose patologie (infortunistiche, “ comuni “ e tecnopatie).

BIBLIOGRAFIA

- 1 INAIL, IPSEMA, ISPESL – Primo rapporto pesca, 2005.
- 2 INAIL, Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti – Secondo Rapporto Pesca, 2010.
- 3 Montagnani R. – La sicurezza del lavoro a bordo delle navi – Venezia, 2007.

Gestione dello studio ORL libero professionista: outsourcing o fai da te?

E. Bassi - ORL, Fenegrò (CO)

Motivazione: valutare le nuove tecnologie e servizi con lo scopo di qualificare e migliorare la professionalità del medico

Esposizione del problema: Gestione personale, gestione centralino, Agenda elettronica, Sedi ambulatori, Contratti di fornitura, Adempimenti normativi.

Approccio: Creazione di cooperative di medici.

Risultati e conclusioni : fornire una organizzazione “aziendale” ai medici e valorizzare le economie di scala.

AUDIO-VESTIBOLOGIA

Modificazioni audiovestibolari in pazienti OSAS

G. Neri - Università degli Studi G. d'Annunzio, Chieti-Pescara

INTRODUZIONE: L'orecchio interno, nonostante abbia il più alto dispendio energetico di tutto il nostro organismo, è un organo poco vascolarizzato e può essere facilmente danneggiato dall'ipossia. È noto

come la vertigine possa essere l'unico sintomo iniziale di una patologia vascolare acuta [1] e come un paziente possa andare incontro a stroke o ad un infarto del miocardio (IMA) dalle 24 ore ai 6 mesi successivi alla dimissione dal pronto soccorso per vertigine. Alla base di questi fenomeni è il danno microvascolare indotto dall'ipossia che nei casi di stroke o di IMA è di tipo acuto. Non è chiaro invece se l'ipossia cronica sia in grado di alterare le funzioni del microcircolo vestibolare mentre è noto come l'ipossia cronica determini alterazioni di tipo retinico. In ambito otorinolaringoiatrico la malattia da apnee notturne (OSAS) indubitabilmente determina uno stato di ipossia cronica che teoricamente può incidere su tutto il microcircolo, retinico e vestibolare e mentre il primo è facilmente osservabile direttamente con il fundus oculi, il secondo è valutabile indirettamente mediante esami strumentali quali i VEMPs.

MATERIALI E METODI In questo studio retrospettivo, 20 pazienti OSAS e 20 individui sani sono stati confrontati per valutare l'associazione tra le alterazioni audio-vestibolari e retiniche e il grado di OSAS. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a polisonnografia, valutazione morfometrica, audiometria, potenziali vestibolari (C-VEMPs, O-VEMPs), Video-HIT e valutazione retinica con OCT-A.

RISULTATI: Abbiamo riscontrato un aumento della soglia uditiva nel 43% dei soggetti affetti da OSAS che impegnava nel 38% dei casi le alte frequenze e nel 5% dei casi le basse frequenze, Il confronto con i soggetti sani ha mostrato un significativa riduzione della soglia uditiva nei soggetti OSAS in particolare sulle frequenze da 2 a 8.000 Khz. I potenziali vestibolari cervicali mostravano un ritardo significativo nella comparsa dell'onda P13 (13,9 ms) nei pazienti OSAS rispetto ai casi di controllo (11,9 ms) ed un aumento significativo di comparsa dell'onda N23 nei soggetti OSAS (20,3 ms) rispetto alla popolazione di controllo (17,7 ms) con riduzione significativa dell'ampiezza del potenziale nei soggetti OSAS (12,9 μ V) rispetto ai pazienti sani (21,9 μ V). Anche per gli ocular VEMP abbiamo osservato un ritardo significativo nella comparsa di N10 nei pazienti OSAS (11,7 ms) rispetto a i soggetti sani (9,1 ms) ed una riduzione significativa dell'ampiezza del complesso bifasico nei pazienti con OSAS (3,4 μ V) rispetto ai soggetti sani (10,2 μ V). Il confronto dei risultati del VHIT tra soggetti OSAS e soggetti sani, ha restituito dati frammentari e non definitivi, il guadagno medio nei pazienti OSAS tende ad essere inferiore al valore dei casi di controllo, ma la significatività dei dati confrontati è stata trovata solo per il canale semicircolare laterale, il cui valore medio è 0,9 nei soggetti OSAS e 1,1 nei

soggetti sani. Studio della retina: Dall'analisi dei dati ottenuti attraverso lo studio del fondo oculare non sono emersi dati statisticamente significativi ($p < 0,05$).

DISCUSSIONE: Episodi brevi e intermittenti di ipossiemia cronica [2], come quelli che si verificano nell'OSAS, seguiti da cicli di riossigenazione, generano la caratteristica alternanza tra ipoperfusione e riperfusione che porta allo sviluppo di stress ossidativo mediato da ROS. L'organismo nel tentativo di contrastare l'ipossia cronica attiva meccanismi di compenso, come l'aumento dell'eritropoiesi mediato da Hypoxia Inducible Factor (HIF 1 e 2) [3,4], volti a rallentare la progressione del danno che essendo cronico è spesso subclinico, sottovalutato o non diagnosticato. Nel nostro studio abbiamo cercato nei pazienti OSAS sia segni di sofferenza cocleare che vestibolare. L'audiometria ha confermato [5] che una percentuale significativa della popolazione OSAS presenta una riduzione dell'udito soprattutto sulle alte frequenze (3k, 4k, 6k, 8k Hz) che deriverebbe dalla sofferenza microcircolatoria cocleare indotta dall'apnea ciclica. I potenziali vestibolari hanno mostrato un trend che tende a ritardare la comparsa del potenziale d'azione evidenziato dai valori di P13 e N23 nei cVEMP e nell'N10 degli oVEMP.

CONCLUSIONI Il ritardo e la riduzione di ampiezza statisticamente significativa dei principali test audiovestibolari nei pazienti OSAS, sono sicuramente espressione della sofferenza dei recettori a seguito di un danno ipossico cronico, che nell'apparato vestibolare ed in particolare nella macula produce danni più marcati che nel cocleare anche con lievi desaturazioni. Il recettore maculare quindi si è dimostrato molto più sensibile della retina alla semplice ipossia cronica ed al danno microcircolatorio che ne consegue e l'individuazione di un danno vestibolare anche se subclinico dovrebbe essere considerato un dato fondamentale nella prevenzione dei disturbi cardiovascolari.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Kim JS, Lee H. Inner ear dysfunction due to vertebrobasilar ischemic *Stroke. Semin Neurol*, 2009, 29, 534-54
- 2 M. Lechner, C.E. Breeze, M.M. Ohayon, B. Kotecha, Snoring and breathing pauses during sleep: interview survey of a United Kingdom population sample reveals a significant increase in the rates of sleep apnoea and obesity over the last 20 years - data from the UK Sleep Survey. *Sleep Medicine*, 2019, 54, 250-256
- 3 Nath B., Szabo G. Hypoxia and hypoxia inducible factors: diverse roles in liver diseases. *Hepatology*, 2012, 55(2), 622-33

- 4 T.R. Hedges Ophthalmic artery blood flow in humans *Br J Ophthalmol*, 2002, 86, 1197
- 5 Mustafa Sitki Gozeler, Furkan Sengoz Auditory Function of Patients with Obstructive Sleep Apnea Syndrome: A Study *Eurasian J Med.* 2020 Jun; 52(2): 176–179.

Impatto del lockdown da COVID-19 sui pazienti con acufene cronico: risultati preliminari

A. Fioretti ^{1*}, E. Natalini ¹, A. M. Angelone ², M. Lauriello ², A. Eibenstein ^{1,2}

¹ Tinnitus Center, European Hospital, Roma

² Dipartimento di Scienze Cliniche Applicate e Biotecnologiche, Università dell'Aquila

Introduzione: La pandemia da COVID-19 e le misure di lockdown sono entrambe cause di disagio psicologico. Lo scopo dello studio è stato di valutare gli effetti psicologici del lockdown su pazienti con acufene cronico soggettivo valutati prima della pandemia da COVID-19.

Materiali e metodi: Un campione di n = 77 pazienti con acufene cronico è stato contattato via mail/telefono per una intervista tra giugno 2021 e settembre 2021. Tutti i pazienti dello studio hanno dato il loro consenso e hanno compilato i questionari sul distress dell'acufene (Tinnitus Handicap Inventory, THI) sull'ansia (Beck Anxiety Inventory, BAI) sulla depressione (Beck Depression Inventory, BDI) e otto voci del Tinnitus Sample Case History (TSCH) relative a specifiche caratteristiche dell'acufene (intensità, frequenza, percezione, lateralità dell'acufene) allo stress oltre che l'eventuale intolleranza ai suoni, la presenza di vertigini e cefalea.

Risultati: 40 pazienti con acufene cronico hanno completato il sondaggio. Non sono state riscontrate differenze significative dei punteggi medi THI totali ($p > 0,05$) rispetto ai risultati ottenuti prima della pandemia da COVID-19 e dopo il lockdown. Per quanto riguarda la depressione e l'ansia, la popolazione femminile ha mostrato un aumento significativo dei punteggi ottenuti nel BDI ($p < 0,0170$) e nel BAI ($p < 0,049$). Solo due pazienti sono stati infettati dal virus SARS-Cov2 (RT-PCR positiva) e non hanno riportato alcuna variazione/peggioramento dell'acufene.

Conclusioni: In accordo con i dati della letteratura, in questo studio i pazienti hanno mostrato un decorso eterogeneo e soggettivamente variabile dell'acufene, la cui gravità non è stata significativamente influenzata dai

cambiamenti dello stile di vita durante la pandemia da COVID-19 e il lockdown.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Fioretti, A.; Natalini, E.; Triggianese, G.; Eibenstein, R.; Angelone, A.M.; Lauriello, M.; Eibenstein, A. Impact of the COVID-19 Lockdown on Patients with Chronic Tinnitus—Preliminary Results. *Audiol. Res.* **2022**, *12*, 327-336. <https://doi.org/10.3390/audiolres12030034>.
- 2 Anzivino, R.; Sciancalepore, P.I.; Petrone, P.; D'Elia, A.; Petrone, D.; Quaranta, N. Tinnitus revival during COVID-19 lockdown: How to deal with it? *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* **2021**, *278*, 295–296. <https://doi.org/10.1007/s00405-020-06147-9>.
- 3 Beukes, E.W.; Baguley, D.M.; Jacquemin, L.; Lourenco, M.P.C.G.; Allen, P.M.; Onozuka, J.; Stockdale, D.; Kaldo, V.; Andersson, G.; Manchaiah, V. Changes in Tinnitus Experiences during the COVID-19 Pandemic. *Front. Public Health* **2020**, *8*, 592878.
- 4 Schlee, W.; Hølleland, S.; Bulla, J.; Simoes, J.; Neff, P.; Schoiswohl, S.; Woelflick, S.; Schecklmann, M.; Schiller, A.; Staudinger, S.; et al. The Effect of Environmental Stressors on Tinnitus: A Prospective Longitudinal Study on the Impact of the COVID-19 Pandemic. *J. Clin. Med.* **2020**, *9*, 2756. <https://doi.org/10.3390/jcm9092756>.

PATOLOGIA RINOSINUSALE E CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

Le occlusioni pre saccali

M. La Bruna - Oculista, Direttore Centro Medico Mediterraneo, Catania

L'epifora è un condizione clinica che oltre a rappresentare un disagio “sociale” per il paziente, costituisce una delle cause più frequenti di calo del visus. La lacrimazione può essere causata da alterazioni a carico delle vie lacrimali “alte”: puntini lacrimali superiore ed inferiore, canalicoli, dotto comune, oppure da anomalie post saccali (vie basse). Accade sovente che la diagnosi di queste patologie sia tardiva, per tale motivo è importante precisare bene quali sia la linea guida che permetta una adeguata diagnosi e terapia.

L'uso dell' anticorpo monoclonale dupilumab nella rinosinusite cronica con poliposi nasale: nostra esperienza

U. Balloni¹, L. Tassi¹, S. Giulioni¹, F. Longari¹, M. Schiarea¹, V. Manna¹, L. Pierucci², V. Pugliese², S. Pindozi¹

¹Ospedale San Giovanni Battista-USLUMBRIA2-via Massimo Arcamone, 060034, Foligno (PG), Italia

²Ospedale Santa Maria della Misericordia-Università Degli Studi di Perugia, Scuola di Specializzazione in Otorinolaringoiatria- Piazzale Giorgio Menghini, 3, 06129, Perugia (PG), Italia

Introduzione La rinosinusite cronica con poliposi nasale (CRSwNP) è una patologia infiammatoria complessa e debilitante, con un impatto significativo sulla qualità di vita ed alti costi sanitari. Il trattamento rimane una sfida per lo specialista. Gli MAb hanno dimostrato efficacia anche sulla NP grave non controllata.

Materiali e metodi Uno studio clinico è stato condotto tra ottobre 2021 e maggio 2022, arruolando pazienti affetti da rinosinusite cronica con poliposi nasale eleggibili per la terapia con mAb. I 25 pazienti inclusi (20 maschi e 5 femmine) avevano tutti più di 18 anni, con un'età media di 52. Seguendo le linee guida fornite da EPOS2020, sono stati arruolati pazienti con poliposi nasale bilaterale sottoposti a ripetuti interventi chirurgici che presentavano almeno 3 dei seguenti 5 criteri: evidenza di infiammazione di Tipo 2 (conta degli eosinofili nel sangue ≥ 250 cellule/mm³ e/o IgE totali periferiche ≥ 100 kU/L), necessità a lungo termine di corticosteroidi sistemici o controindicazioni all'uso degli stessi, significativo impatto sulla qualità di vita, riduzione significativa dell'olfatto, diagnosi di asma come comorbidità. I pazienti sono stati trattati con l'anticorpo monoclonale Dupilumab, tramite iniezione sottocutanea con penna predosata contenente 300 mg del farmaco, eseguita a settimane alterne. Abbiamo esaminato i pazienti al t₀ (arruolamento), al t₁ (16 settimane) e al t₂ (25 settimane) e valutato i seguenti parametri: *SNOT-22*, *Nasal Congestion Score*, Alterazione dell'olfatto con *UPSIT*, *Nasal Polyp Score*, *Lund-Mackay CT score*.

Risultati Allo *SNOT-22* i pazienti hanno presentato una riduzione media del punteggio del 59%. La severità dell'ostruzione nasale si è ridotta del 56,5%. Al test dell'olfatto abbiamo osservato un significativo miglioramento del sintomo dopo 16 e 25 settimane, riportando punteggi di 30 e 34 rispettivamente. L'impegno delle fosse nasali all'esame endoscopico si è

ridotto del 55,4% dopo 25 settimane. Lo *score* radiologico di partenza è risultato parecchio elevato (19.3), con una riduzione successiva a 9.2 alla 25 settimana, pari al 52,3%.

Conclusioni Il miglioramento del punteggio è stato osservato in tutti gli *outcomes* valutati, con un'importante remissione dei sintomi iposmia ed ostruzione nasale, che generalmente hanno un forte impatto sulla qualità di vita. L'effetto osservato sui sintomi soggettivi è stato supportato da significativi parametri oggettivi quali la riduzione del *NPS* e l'evidenza TC. L'obiettivo nel trattamento dei pazienti con CRSwNP deve essere l'efficace e duraturo controllo dei sintomi, la minimizzazione delle recidive dei polipi, un migliore controllo della comorbidità della malattia delle vie aeree inferiori, la riduzione dell'impatto della malattia sulla qualità di vita portando al minimo il rischio di effetti collaterali. Il Dupilumab si è dimostrato un farmaco sicuro ed efficace, maneggevole per il paziente, con un notevole e rapido impatto sul sintomo iposmia, utile nel trattamento post-chirurgico delle recidive, ma utilizzabile anche in fase prechirurgica per ridurre l'impegno delle fosse nasali e facilitare l'esecuzione dell'intervento.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Fokkens W.J., Lund V.J., Hopkins C., Hellings P.W., Kern R., Reitsma S. et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020 *Rhinology*. 2020 suppl.29:1-464.
- 2 Bachert C., Han J.K., Desrosiers M., Hellings P., Amin N., Lee S.E., Mullol J., et al. Efficacy and safety of Dupilumab in patients with severe chronic rhinosinusitis with nasal polyps (LIBERTY NP SINUS-24 and LIBERTY NP SINUS-52): results from two multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, parallel-group phase 3 trials. *Lancet*. 2019.doi: 10.1016/S0140-6736(19)32133-6.
- 3 Hellings P.W., Verhoven E., Fokkens W.J. State-of-the-art overview on biological treatment for CRSwNP. *Rhinology*.2021;59:2,151-163.
- 4 De Corso E., Bellocchi G., De Benedetto M., Lombardo N., Macchi A., Malvezzi L., Motta G., Pagella F., Vicini C., Passali D. Biologics for severe uncontrolled chronic rhinosinusitis with nasal polyps: a change management approach. Consensus of the Joint Committee of Italian Society of Otorhinolaryngology on biologics in rhinology. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*.2021.doi: 10.14639/0392-100X-N1614.
- 5 Boyle V.J., Lam K.K., Han J.K. Dupilumab in the treatment of chronic rhinosinusitis with nasal polyposis. *Immunotherapy*. 2020. 12(2):111-121.

Iposmia e remodelling nell'inflammazione TH1-TH2

C. De Luca - Fisioter srl

Introduzione: L'iposmia è uno dei sintomi prevalenti nelle rinosinusiti croniche, nella presentazione si parla del rimodellamento mucoso come eventuale causa di questo sintomo.

Materiali/metodi: Sono state utilizzate le metodiche di citologia nasale e test olfattivo rapido (OST-Test) per la valutazione del danno mucosale e per la quantificazione del grado di iposmia.

Risultati: Dagli studi effettuati si evince una buona correlazione tra il danno mucosale e l'iposmia.

Conclusioni: Sicuramente il danno mucosale provoca una alterazione strutturale che danneggia gli elementi sensoriale olfattivi.

BIBLIOGRAFIA

- 1 De Luca A. Mazzatenta A. Localizzazione extra area olfattiva dei neuroni olfattivi. Atti dell'VIII Congresso Nazionale AICNA, Bari 8 Settembre 2016

Gestione ambulatoriale dei pazienti in trattamento con i nuovi biologici per la rinosinusite cronica polipoide: criticità e risultati

Loiacono V., Franco T., Gangemi G., Luppino A. M., Sicari V. A., Cannizzaro P. G.

Unità Operativa Complessa di Otorinolaringoiatria del Grande Ospedale Metropolitano di Reggio Calabria

Introduzione: la rinosinusite cronica polipoide ha un'incidenza globale dal 4.6 al 12% della popolazione generale, coinvolgendo nella maggior parte dei casi soggetti dai 40 ai 65 anni, con conseguenti ripercussioni sulla qualità di vita e sui costi sociali e di cura dei pazienti affetti. L'approccio otorinolaringoiatrico si è sempre basato sulla chirurgia endoscopica dei seni paranasali, associato alla terapia corticosteroidica topica e sistemica, registrando negli anni insuccessi legati al recidivare della patologia rinosinusale.

Materiali e metodi: studio retrospettivo di valutazione dell'adesione al trattamento e dei valori di SNOT-22 e NPS in 30 pazienti in trattamento con farmaco biologico per rinosinusite cronica polipoide seguiti presso l'ambulatorio dell'U.O.C. di Otorinolaringoiatria del Grande Ospedale Metropolitano di Reggio Calabria da Agosto 2021 a Maggio 2022.

Risultati: miglioramento dei valori di SNOT-22 e NPS nei pazienti aderenti al trattamento, analogamente agli studi presenti in letteratura.

Conclusioni: I farmaci biologici rappresentano una nuova arma contro la rinosinusite cronica polipoide della quale l'otorinolaringoiatra può disporre in base ad attente e consapevoli valutazioni cliniche, senza escludere l'approccio chirurgico alla patologia.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Al-Ahamad et al. Expert Opinion on Biological Treatment of Chronic Rhinosinusitis with Nasal Polyps in the Gulf Region. *J Asthma Allergy* 2002; 15: 1 – 12.
- 2 Patel GB et al. The Role of Biologics in Chronic Rhinosinusitis With Nasal Polyps. *Ear Nose Throat J.* 2021; 100(1): 44–47.
- 3 Van der Lans RJL et al. Real-life observational cohort verifies high efficacy of dupilumab for chronic rhinosinusitis with nasal polyps. *Allergy* 2021; 2: 670-674.

CHIRURGIA ORL

Il trattamento delle scialoadeniti

L. De Campora - ORL, Roma

Ancor'oggi la scialoadenite cronica, litiasica o meno, viene trattata con l'intervento di scialectomia, ovvero con la rimozione chirurgica per via esterna della ghiandola salivare. Tale intervento prevede un accesso chirurgico in anestesia generale in sala operatoria, l'incisione cutanea cervicale classica, la rimozione della ghiandola ed il posizionamento di un drenaggio percutaneo cervicale con un tempo medio di ricovero variabile tra i 2 ed i 4 giorni. Con il progredire della miniaturizzazione dei sistemi ottici flessibili, rigidi o semi-rigidi, si è reso disponibile lo scialoendoscopio, endoscopio in grado di esplorare per fini sia diagnostici che operativi i dotti principali delle ghiandole salivari.

In tal modo il calcolo viene rimosso in endoscopia passando attraverso il dotto salivare, senza bisogno di incisione alcuna. È divenuto quindi possibile trattare patologie quali la Scialolitiasi o calcoli delle ghiandole salivari, la scialoadenite cronica ricorrente, la scialoadenite ricorrente dell'infanzia, alcune malattie autoimmuni che coinvolgono le ghiandole salivari quali la

sindrome di Sjogren o la sindrome di Mikulicz in anestesia generale o locale a seconda della complessità dell'intervento, in regime di day-surgery o One Day-Surgery, senza alcun tipo di incisione cutanea.

La tecnica di endoscopia salivare o scialoendoscopia, prevede una prima fase diagnostica, in cui in assenza di calcoli, si può lavare il dotto ed il parenchima salivare mediante soluzioni a base di steroidi, con ottime prospettive terapeutiche. Qualora in presenza di litiasi o micro-litiasi (<5 mm), nella maggior parte dei casi si può prevedere la rimozione diretta, mediante l'utilizzo di micro-pinze o di cestelli dei calcoli salivari stessi. In presenza di calcoli di rilevanti dimensioni (>6 mm) si procede a frammentazione endoscopica, mediante l'utilizzo di laser ad Olmio (litotrissia laser).

Qualora i calcoli raggiungessero dimensioni ragguardevoli, si procede comunque con interventi mini-invasivi video-assistiti, senza la necessità, nella stragrande maggioranza di casi, di rimuovere la ghiandola. La scialoendoscopia è divenuta rapidamente il gold standard per il trattamento delle scialoadeniti, siano esse di natura litiasica che alitiasica.

Neoplasie maligne della ghiandola parotide

E. Emanuelli, G. Spinato - ORL, Treviso

I tumori delle ghiandole salivari sono neoplasie morfologicamente distinte e rare che costituiscono circa il 5% dei tumori della testa e del collo [1]. Le neoplasie maligne della ghiandola parotide hanno un'ampia variabilità istopatologica, differentemente dagli altri carcinomi del testa collo, e la loro conoscenza è indispensabile per comprendere la prognosi e per pianificare un'adeguata scelta terapeutica. L'agoaspirato è uno strumento diagnostico ben accettato, minimamente invasivo, economico, eseguito in ambito clinico ambulatoriale o sotto guida ecografica [2]. La diagnosi citologica mediante agobiopsia è accurata in oltre il 90% al 95% dei pazienti in mani esperte. Tuttavia, è stato riportato che la sensibilità è inferiore e più variabile: 96% e 79% rispettivamente per il rilevamento di neoplasie e malignità [3]. La minore sensibilità è stata attribuita all'eterogeneità morfologica, ad una varietà di alterazioni metaplastiche epiteliali e anche occasionalmente a modificazioni cistiche [4]. Non solo, altri motivi di minore sensibilità alla diagnosi possono essere descritti come la sovrapposizione morfologica tra neoplasie primarie delle ghiandole salivari e neoplasie metastatiche, o al materiale diagnostico

limitato. Tuttavia, una diagnosi indeterminata nonostante l'adeguatezza cellulare, anche nelle mani di un citopatologo esperto, non è un reperto raro. Un'interpretazione indeterminata può essere associata a una probabilità quasi due volte maggiore di malignità alla diagnosi finale rispetto al gruppo con diagnosi citologica non indeterminata [5]. In letteratura si descrive come più della metà delle neoplasie parotidea con citologia 'atipica' risulta tumore maligno all'esame istologico definitivo [6].

Secondo la WHO le neoplasie delle ghiandole salivari vengono classificate istologicamente in adenomi, tumori secondari, tumori non epiteliali, linfomi maligni e carcinomi. La variabilità istologica dei carcinomi delle ghiandole salivari comprende il carcinoma a cellule acinose, il mucoepidermoide, l'adenoidocistico, l'adenocarcinoma polimorfo a basso grado, epiteliale-mioepiteliale, a cellule basali, il sebaceo, cistoadenocarcinoma papillare, adenocarcinoma mucinoso, oncocitario, duttale, mioepitelioma maligno, carcinoma su adenoma pleomorfo, epidermoide, a piccole cellule e carcinoma indifferenziato[7].

Le caratteristiche cliniche di malignità di un nodulo parotideo sospetto sono l'aderenza alla cute o ai piani profondi, la paralisi del VII nervo cranico (nc), la crescita rapida, il dolore o la presenza di metastasi locoregionali o a distanza [8,9].

Il **carcinoma mucoepidermoide** fu descritto per la prima volta nel 1895, è il più frequente tumore maligno della parotide. Compare come massa asintomatica poi dolente con possibile infiltrazione e paralisi del VII nc. È ben circoscritto ma non capsulato con limiti meno netti nei tumori ad alto grado (poco differenziati), e con zone cistiche contenenti sostanze chiare o emorragiche nel basso grado (75%). Nella forma a basso grado la terapia elettiva è chirurgica con una sopravvivenza media a cinque anni superiore al 90%. La forma ad alto grado associa alla terapia chirurgica la radioterapia, con una sopravvivenza descritta a cinque anni del 50% che se recidiva scende al 25-30%, con un rischio di metastasi del 30% [10,11].

Il **carcinoma adenoidocistico** è il secondo tipo più frequente di carcinoma maligno delle ghiandole salivari (5-10%), si sviluppa nella ghiandola parotidea nel 50-60% rispetto alle altre ghiandole salivari. È un tumore infiltrante con tre tipi di profili: ghiandolare (cribriforme), tubulare e solido (prognosi peggiore). Il 20% dei pazienti presentano parestesie alla diagnosi e il 30% paralisi facciale parziale o totale. La sua disseminazione linfon-

dale rara, minore del 20% dei casi, con metastasi viscerali che compaiono in evoluzione tardiva della malattia. La prognosi è descritta in base al tipo istologico con sopravvivenza del tipo solido a 10aa dello 0% e degli altri tipi attorno al 60%, in base al margine di resezione tumorale e in base alla dimensione del tumore: se inferiore ai 2 cm la sopravvivenza libera da malattia a 10 anni è del 50%. La sopravvivenza globale descritta è del 15% a 20aa [7,12-13].

Il carcinoma su pregresso adenoma pleomorfo rappresenta l'evoluzione del 3-4% degli adenomi pleomorfi. Il suo rischio di trasformazione maligna è tempo dipendente e stimato attorno all'1.5% a 5 anni e attorno al 9.5% dopo 15 anni. Si presenta come un adenoma pleomorfo con caratteristiche cito-istologiche di malignità (anaplasia, mitosi anomala, infiltrazione dei tessuti vicini). Ha tre varianti istologiche: adenocarcinoma, carcinoma indifferenziato e carcinoma epidermoide. La sua prognosi varia in base ai fattori di invasività : se non invasivo, per cui intracapsulare, la prognosi dopo exeresi chirurgica è buona, mentre nel tipo invasivo con estensione extracapsulare entro gli 8mm ha una sopravvivenza descritta a 5 anni del 100% che scende a 50% se l'estensione extracapsulare supera gli 8mm. Può dare metastasi locoregionale e a distanza su polmone e osso. La variante carcinosarcoma è rara con sopravvivenza a 5 aa dello 0%. [7].

Il Carcinoma a cellule acinose fino al 1953 veniva classificato come benigno in quanto macroscopicamente è ben circoscritto anche se non capsulato, ma al microscopio è infiltrante. Rappresenta il 2-3% dei tumori parotidei maligni ed è bilaterale nel 3%. È un tumore epiteliale maligno, di basso grado, con alcune differenziazioni cellulari verso le cellule acinose e possibili calcificazioni al suo interno. La prima scelta terapeutica è chirurgica, la radioterapia non è efficace. Ha una sopravvivenza a 5 anni descritta tra 47-90%, a 25 anni del 50%, può dare metastasi a distanza via ematica a livello osseo e polmonare. Dopo il trattamento recidiva in media dopo 14 anni, da trattare aggressivamente [12].

Nella pianificazione chirurgica del paziente con carcinoma parotideo la scelta tra parotidectomia parziale o totale è legata alla sede e alle dimensioni del tumore, ma anche in relazione al grado di malignità. La gestione chirurgica del nervo faciale è ancora dibattuta; si preserva quando è isolabile e funzionante preoperatoriamente, se intraneoplastico si conserva solo se si possono lasciare minimi residui microscopici in pazienti candidabili a radioterapia, mentre può essere resecato in casi di non funzionalità preoperatoria, di invasione clinica massiva o neurotrofismo in base al tipo istologi-

co [14]. La percentuale di metastasi occulte da neoplasie maligne parotidiche è descritta dal 10 al 50% dei casi. Mentre per i colli clinicamente positivi è mandatorio lo svuotamento linfonodale laterocervicale dei livelli I – V, nel collo cN0 si possono seguire i seguenti criteri: sorveglianza attiva nei T1-2 a basso grado, svuotamento profilattico dei livelli Ib-IV omolaterale in neoplasie di stadio III-IV o T2 di alto grado, per altri autori anche T1 alto grado, T3 e T4a basso grado [15,16]. Infine la radioterapia sul collo può considerarsi elettiva se già pianificata su T. Dopo chirurgia radicale, la radioterapia viene indicata nei pazienti con fattori di rischio descritti quali grado intermedio e alto, margini chirurgici positivi o ‘close’, invasione neurale, perineurale, vasolare o linfatica, multifocalità della lesione, variante adenocistica, linfoadenopatie positive.

BIBLIOGRAFIA:

- 1 Speight, PM, Barrett, AW. Salivary gland tumours. *Oral Dis.* 2002;8(5):229–240.
- 2 Mairembam, P, Jay, A, Beale, T, et al. Salivary gland FNA cytology: role as a triage tool and an approach to pitfalls in cytomorphology. *Cytopathology.* 2016;27(2):91–93.
- 3 Schmidt, RL, Hall, BJ, Wilson, AR, Layfield, LJ. A systematic review and meta-analysis of the diagnostic accuracy of fine-needle aspiration cytology for parotid gland lesions. *Am J Clin Pathol.* 2011;136(1):45–59.
- 4 Allison, DB, McCuiston, AM, Kawamoto, S, Eisele, DW, Bishop, JA, Maleki, Z. Cystic major salivary gland lesions: Utilizing fine needle aspiration to optimize the clinical management of a broad and diverse differential diagnosis. *Diagn Cytopathol.* 2017;45(9):800–807.
- 5 Lee DY, Song S, Yang SK, et al. Prediction of Malignancy in Salivary Gland Tumors by a New Cytology Reporting System. *Ear, Nose & Throat Journal.* 2021;100(10):NP432-NP437. doi:10.1177/0145561320927912.
- 6 Wang, H, Malik, A, Maleki, Z, et al. “Atypical” salivary gland fine needle aspiration: Risk of malignancy and interinstitutional variability. *Diagn Cytopathol.* 2017;45(12):1088–1094.
- 7 Seifert G. Histological typing of salivary gland tumours: WHO International Histological Classification of Tumours. Berlin: springer-Verla; 2003 (47p).
- 8 Paris J, Zanaret M, Bilan d’une tumeur parotidienne isolée, *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2004; 121:251-6.
- 9 Bonfils P, De Preobrajenski N, et al, Tumeur à cellule granulaire de la parotide, *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)* 2006;127:183-5.
- 10 Thompson LD, Mucoepidermoid Carcinoma. *Ear Nose Throat J* 2005. 84:762-3.
- 11 Triantafillidou K., Dimitrakopoulos J, Iordanidis F, Koufogiannis D. Mucoepidermoid, Carcinoma of minor salivary glands: a clinical study of 16 cases and review of the literature. *Oral Dis* 2006, 12:364-70.

- 12 Rice DH. Malignant Salivary Gland Neoplasms. *Otolaryngol Clin North Am*, 1999;32:875-86.
- 13 Bradley PJ. Adenoid Cystic Carcinoma of the Head and Neck: a review. *Curr Open Otoraryngol Head Neck Surg* 2004; 12:127-32.
- 14 D.Lombardi, M. McGurk, V.V.Poorten, M.Guzzo, R.Accorona, V.Rampinelli, P.Nicolai – Surgical treatment of salivary malignant tumors. *Oral Oncology* 65 (2017) 102-113.
- 15 Gold DR, Annino JR DJ, Management of the neck in salivary gland carcinoma. *Otolaryngol Clin North AM* 2005; 38:99-105.
- 16 Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge des patients atteints de tumeurs malignes del glandes salivaires (lymphomes, sarcomes et melanomes exclus). *Bull cancer* 2004;91:s1-s56.

Ansia, depressione e sonnolenza nei pazienti con OSAS sottoposti a barber reposition pharyngoplasty (BRP): uno studio prospettico

M. Di Luca¹, A. Maniaci², S. Ferlito², I. La Mantia², C. Vicini³, S. Ronsivalle¹

¹ AO Gravina e Santo Pietro, UOC di Otorinolaringoiatria, via Portosalvo 1, 95041, Caltagirone (CT)

² Dipartimento di Tecnologie Mediche, Chirurgiche e Avanzate G.F. Ingrassia, UOC di otorinolaringoiatria, Università degli Studi di Catania, Via Santa Sofia, 95100, Catania, Italia.

³ UOC di Otorinolaringoiatria, Chirurgia Testa-collo e Chirurgia Orale, Ospedale Morgagni Pierantoni, 47121, Forlì, Italia

Introduzione: Lo scopo di questo studio è valutare l'efficacia della *barbed reposition pharyngoplasty* (BRP) su sonnolenza, ansia e depressione nei pazienti adulti affetti da apnea ostruttiva del sonno (OSA).

Metodi: Abbiamo condotto uno studio prospettico multicentrico per valutare gli esiti funzionali in 20 pazienti affetti da OSA trattati con BRP confrontando i risultati con un gruppo osservazionale di 20 soggetti. Tutti i soggetti reclutati hanno eseguito al tempo 0 e al follow-up postoperatorio a 6 mesi polisonnografia (PSG), valutazione della sonnolenza diurna mediante la scala della sonnolenza di Epworth (ESS) e valutazione di ansia e depressione tramite utilizzo di due questionari: *Beck Anxiety Inventory* (BAI) e *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II).

Risultati: Al follow-up la BRP ha dimostrato un netto miglioramento nell'AHI (8,92±2,29 vs. 30,66±2,56; p<0,001) e ODI (7,65±2,39 vs. 24,55±3,20; p<0,001) rispetto ai casi controlli. Il gruppo chirurgico ha

riportato dati significativi riguardanti sia la sonnolenza diurna ($5,15 \pm 1,19$ vs $13,15 \pm 1,35$; $p < 0,001$), sia ansia ($12,65 \pm 3,11$ vs $24,2 \pm 2,37$; $p < 0,001$) che depressione ($5,85 \pm 1,19$ vs. $17,55 \pm 3,24$; $p < 0,001$). AHI, ODI ed età avanzata hanno mostrato una regressione multipla come predittori indipendenti della risposta al trattamento per i parametri dell'umore ($p < 0,001$; $p = 0,02$; $p = 0,041$, rispettivamente).

Conclusioni: I pazienti con OSA possono trarre beneficio dalla chirurgia del palato, riducendo non solo AHI, sonnolenza diurna, ansia e depressione. Tuttavia, sono necessari ulteriori studi per rafforzare i nostri risultati preliminari.

BIBLIOGRAFIA:

Vicini C, Meccariello G, Montevocchi F et al (2020) Effectiveness of barbed repositioning pharyngoplasty for the treatment of obstructive sleep apnea (OSA): a prospective randomized trial. *Sleep Breath* 24(2):687–694.

Campos-Rodriguez F, Queipo-Corona C, Carmona-Bernal C et al (2016) Continuous positive airway pressure improves quality Of life in women with obstructive sleep apnea. A randomized controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med* 194(10):1286–1294

Wang YP, Gorenstein C (2013) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Braz J Psychiatry* 35(4):416–431.

Le innovazioni tecnologiche nella chirurgia transorale

Barbara M.¹, de Robertis V.¹, Barbara F.², Cariti F.¹

¹ U.O.C. ORL Ospedale Mons. R. Dimiccoli, ASL BAT, Barletta, Puglia

² U.O.C. ORL Universitaria, Policlinico di Bari, Bari, Puglia

Introduzione: La chirurgia del distretto testa-collo condotta per via transorale consente di raggiungere siti difficilmente accessibili in modalità open e consente di ottenere eccellenti risultati in termini di radicalità ed efficacia con il minimo degli effetti collaterali possibili. Numerosi possono essere i dispositivi da utilizzare per raggiungere questo obiettivo come anche sempre maggiori sono i dispositivi proposti per condurre questa chirurgia. Nel nostro istituto è stato utilizzato tra il 2018 e il 2021 uno strumento flessibile robotico, il FLEX Robotic system in grado di consentire la chirurgia ipofaringo-laringea transorale.

Materiali e metodi: è stata condotta un'analisi prospettica, non randomizzata, nel corso del primo anno di utilizzo al fine di comprendere la qualità e la quantità degli interventi eseguiti. Sono state eseguite 43 procedure chirurgiche su 41 pazienti nel primo anno. Complessivamente l'attività del nostro centro vanta attualmente 72 procedure. Sono stati valutati i tassi di successo dell'intervento chirurgico, il tempo chirurgico e le complicanze. Il sistema Flex è stato utilizzato nella chirurgia della base della lingua, delle tonsille palatine, della regione sovraglottica, dell'ipofaringe e della glottide: quest'ultimo è stato il target chirurgico più frequente. L'età media dei pazienti sottoposti a trattamento è 62,56 aa (intervallo 36-90 aa).

Risultati: Tutte le procedure sono state completate con successo. Non ci sono state complicanze intraoperatorie e postoperatorie gravi, nè casi di emorragia. Nel corso degli anni successivi, il FLEX robotic system è stato utilizzato per eseguire procedure sempre più complesse come asportazione di condomi laringei, laringectomie parziali, in assenza di complicanze significative o a lungo termine.

Conclusioni: l'utilizzo di strumenti innovativi nell'ambito della chirurgia transorale consente di eseguire interventi complessi, in siti difficili da raggiungere con minime complicanze per il paziente.

Premio video AIOLP

L'ambulatorio multidisciplinare che eseguiamo in collaborazione con l'U.O. di Pneumologia dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano, per la gestione delle patologie nasosinusalì

Cecilia Rosso, Department of Otolaryngology, San Paolo Hospital, University of Milan, Milan, Italy,

Nel nostro ambulatorio seguiamo diverse categorie di pazienti: rinosinusite cronica (CRSsNP) in terapia medica o post chirurgia, rinosinusite cronica con poliposi nasale (CRSwNP) in terapia medica, post chirurgia o in trattamento con biologici, paziente con quadro di anosmia o iposmia. In particolare, il nostro ambulatorio ORL segue i pazienti sottoponendoli a diversi esami strumentali che ci danno una visione il più completa possibile del quadro clinico: SNOT22, NPS (Nasal Polyp Score), rinomanometria, prove di funzionalità olfattoria tramite Sniffin' Sticks Test, citologia nasale, endoscopia a fibre ottiche. Per il paziente con sospetto di CRSwNP ed infiammazione di tipo 2: conta di eosinofili, periferici e IgE totali. Per paziente con asma associato: ACT (Asthma Control Test). I pazienti con CRSwNP affetti anche da asma proseguono contestualmente la visita presso l'UO di Pneumologia in cui eseguono la spirometria con valutazione di: FEV, FVC, FeNO, Indice di Tiffenau. I pazienti vengono seguiti a cadenza variabile in base al tipo di patologia, potendo così osservare sotto i vari aspetti clinico-strumentali la risposta alle terapie mirate che il gruppo multidisciplinare decide di attuare per ogni singolo paziente, sia essa terapia medica, chirurgica o biologica in caso di CRSwNP con infiammazione di tipo 2. Inoltre, grazie alla collaborazione con i colleghi pneumologi, il nostro gruppo ORL ha la possibilità di valutare non solo l'efficacia dell'anticorpo monoclonale Dupilumab che attualmente risulta l'unico prescrivibile in Italia per la poliposi nasale isolata, ma anche degli altri anticorpi monoclonale con Benralizumab, Omalizumab e Mepolizumab che attualmente sono prescrivibili solo per CRSwNP associata ad asma grave. Questo ci permette di avere una visione ad ampio raggio sulle diverse caratteristiche dei singoli biologici e sull'eterogeneità di risposte cliniche dei pazienti. In questo video vedrete come sia strutturato l'ambulatorio, i vari esami che vengono eseguiti, le tempistiche, la discussione multidisciplinare e la valutazione finale con il paziente.

Un raro caso di liposarcoma ben differenziato recidivante dello spazio parafaringeo

F. Marchi^{1,2}, M. Filauro^{1,2}, A. Iandelli^{1,2}, E. Bellini^{1,2}, G. Peretti^{1,2}

¹ Department of Otolaryngology - Head and Neck Surgery, IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, 16132 Genoa, Italy.

² Department of Surgical Sciences and Integrated Diagnostics (DISC), University of Genoa, 16132 Genoa, Italy.

Uomo di 76 anni riferisce una massa in regione laterocervicale sinistra, non dolorabile, non dolente, nega disfagia. Il paziente è stato sottoposto a precedenti interventi chirurgici: 2 transorali e uno transcervicale, i cui esami istologici definitivi indicavano liposarcoma ben differenziato e tumore fibroso solitario. In RM la lesione (70x68x37 mm) appare capsulata, centrata a livello dello spazio parafaringeo sinistro, iperintensa in T2, isointensa in T1 (cT3N0M0). Lo FNAB suggerisce una diagnosi di liposarcoma ben differenziato. Attraverso un approccio transcervicale, si esegue una faringectomia parziale laterale, una tracheotomia temporanea, e ricostruzione con lembo libero ALT. La mucosa del faringe è stata suturata di prima intenzione con punti staccati introflessi, il lembo libero è stato utilizzato per coprire la satura faringea, essendo stati sacrificati i muscoli costrittori, e per proteggere il fascio vascolo nervoso del collo da eventuali tragitti fistolosi.

Escissione completa di schwannoma sottolinguale del nervo miloioideo

F. Marchi^{1,2}, M. Filauro^{1,2}, A. Pennacchi^{1,2}, G. Peretti^{1,2}

¹ Department of Otolaryngology - Head and Neck Surgery, IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, 16132 Genoa, Italy.

² Department of Surgical Sciences and Integrated Diagnostics (DISC), University of Genoa, 16132 Genoa, Italy.

Una paziente di 12 anni riferisce la crescita di una massa indolente nello spazio sottolinguale sinistro. La paziente non lamenta parestesie, disfagia o disartria. La lesione (24x21 mm) dimostra ipervascolarizzazione all'ecocolordoppler. In RM la massa appare capsulata, disomogeneamente iperintensa in T2 e isointensa in T1. Lo FNAB suggerisce diagnosi di schwannoma. Abbiamo effettuato una escissione completa tramite un approccio transcervicale, risparmiando il nervo linguale ed ipoglosso senza necessità di un

innesto nervoso. Il nervo di origine si è rivelato essere il ramo del nervo mioloideo per il ventre anteriore del muscolo digastrico, ed è stato sacrificato poiché l'enucleazione intracapsulare del tumore non è stata realizzabile. L'esame istopatologico ha mostrato cellule fusiformi in fasci con positività per S100. La diagnosi definitiva è schwannoma antico. In seguito all'intervento la paziente non ha dimostrato disfunzioni della muscolatura linguale né perdita di sensibilità.

La biopsia liquida

N. Accardo, M. Caraglia, F. Ricciardiello, G. Sequino, C. Tammaro, R. Sperlongano, M. Falco
AORN "A. Cardarelli" - AOU "L. Vanvitelli"

Il carcinoma della laringe, classificato come squamocellulare (LSCC) nel 90% dei casi, rappresenta circa un terzo di tutte le neoplasie del distretto testa-collo (Piotrowski I, 2021) e può colpire diverse regioni della laringe, con differenti sintomi ed opzioni di trattamento. Sulla base dei dati raccolti dal Programma SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results), nel periodo 2011-2017, è stata stimata una sopravvivenza specifica per malattia a 5 anni di circa il 60,7%, anche se il tasso risulta essere fortemente correlato allo stadio della malattia alla diagnosi, con elevato grado di successo (80-90%) negli stadi T1 e T2. Consumo di alcol e tabacco ed infezioni da HPV, in particolare del sierotipo HPV16, rappresentano i principali fattori di rischio (Kreimer AR, 2005). Lo screening e la diagnosi precoci garantirebbero la scelta tra un'ampia gamma di potenziali strategie terapeutiche di successo, ma restano ad oggi una sfida a causa dell'assenza di sintomi, di biomarcatori specifici e delle limitazioni insite nelle convenzionali strumentazioni di imaging. Per facilitare quindi la diagnosi e/o l'individuazione di pazienti ad alto rischio di recidiva e migliorare la qualità di vita del paziente affetto da LSCC, si è sempre più indirizzati verso la ricerca di marcatori molecolari affidabili e non invasivi, dotati di alta specificità e sensibilità che permettano di identificare lesioni precoci.

Recentemente è emersa l'opportunità e l'importanza di analizzare e caratterizzare i fluidi biologici come sangue, saliva e urine, con il fine di individuare marcatori diagnostici e prognostici che eviterebbero l'uso di metodiche invasive per il paziente. Il profilo genetico dei tumori solidi è attualmente effettuato principalmente su biopsie chirurgiche, ma l'eterogeneità della massa

tumorale e la difficoltà talvolta nell'ottenere questi campioni, può rappresentare una possibile causa di errore nella rilevazione di alterazioni genetiche, che potrebbe essere superata mediante ricorso alla biopsia liquida.

La biopsia liquida può essere definita infatti un'alternativa semplice e non invasiva alle biopsie chirurgiche, che consente di indagare una serie di informazioni sul tumore attraverso un semplice prelievo di sangue quando le biopsie del tumore primario o delle metastasi non sono accessibili (ad esempio negli stadi precoci della malattia) o possibili. In essa ritroviamo cellule tumorali circolanti, acidi nucleici (DNA tumorale, RNA e microRNA), proteine e vescicole extracellulari/esosomi, la cui analisi può essere utilizzata a scopo diagnostico, prognostico e terapeutico. Il più grande vantaggio risiede infatti nella possibilità di rilevare la progressione della malattia o la resistenza ad un trattamento molto prima che si inneschino sintomi clinici o sia strumentalmente rilevabile, permettendo ad un numero sempre più alto di pazienti di poter beneficiare della target therapy. Tuttavia, permane un certo grado di insicurezza associato ai metodi analitici, che deve essere risolto prima che tali approcci possano diventare uno strumento diagnostico leader.

Il rapido sviluppo di sofisticate tecnologie di screening, altamente sensibili ed accurate ci ha permesso di analizzare, tra i componenti delle biopsie liquide, il potenziale dei microRNAs circolanti come nuova e promettente classe di biomarcatori diagnostici e prognostici.

Sulla base di tali premesse, abbiamo identificato e caratterizzato miRNA sierici la cui espressione fosse deregolata nei pazienti affetti da LSCC ed investigato i meccanismi biologici e molecolari. In dettaglio, l'analisi in microarray del profilo di espressione di 377 miRNA sierici – condotta su 45 pazienti, di cui 22 con metastasi linfonodali, N+, e 23 senza coinvolgimento linfonodale, N-, raffrontati con 23 volontari sani - ha mostrato, tra gli 81 miRNA rilevati, l'up-regolazione di 11 di essi e la down-regolazione di altri 5. Basandoci sui valori di "fold-change" e sulla relativa significatività statistica, abbiamo focalizzato lo studio sulla validazione dei livelli di espressione, mediante qRT-PCR, di 3 dei miRNA up-regolati (miR-93, miR-223, e miR-532) che sono stati selezionati come possibile signature di biomarcatori. Confermata la significativa up-regolazione su una coorte più ampia di pazienti affetti da LSCC (75 pazienti, divisi in 32 N+ e 43 N-), il valore diagnostico di miR-93, miR-223 e miR-532 è stato definito mediante analisi della curva ROC. In particolare, l'area sotto la curva (AUC), ne ha evidenziato un moderato potenziale diagnostico che sarà ulteriormente approfondito durante il progressivo ampliamento della casistica dei pazienti arruolati. Oggetto di

studio è stata inoltre l'analisi della correlazione tra i livelli di espressione dei miRNA in oggetto ed alcuni parametri clinico-patologici a nostra disposizione. I risultati, ottenuti calcolando il coefficiente di correlazione r , hanno mostrato una debole relazione negativa tra i livelli d'espressione di miR-93 e miR-532 ed il grado del tumore, suggerendone un potenziale diagnostico per gli stadi precoci della malattia.

Il potenziale e promettente valore diagnostico della signature dei 3 miRNA sierici è stata anche evidenziata da un nostro caso clinico, in cui non c'era indicazione all'intervento chirurgico con sola biopsia tissutale. L'implementazione del dato clinico con il rilevamento a livello sierico dell'up-regolazione della signature di miRNA circolanti ha permesso di individuare una lesione precoce prima ancora che fosse possibile il suo riscontro a livello immunoistochimico.

Obiettivo ulteriore del nostro interesse nell'utilizzo di biopsie liquide su pazienti affetti da LSCC, sarà quello di isolare DNA circolante da poter sottoporre ad analisi dello stato mutazionale mediante tecnologie di sequenziamento sempre più all'avanguardia.

Autofluorescenza in corso di chirurgia della tiroide e delle paratiroidi

D. Barbieri, P. Indelicato, Prof. M. Bussi

Dipartimento patologie del distretto Testa-collo, Unità operativa di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale, IRCCS Ospedale San Raffaele, Via Olgettina, 60, 20133 Milano

Introduzione: L'autofluorescenza è una nuova tecnologia che permette di visualizzare meglio le paratiroidi in corso di chirurgia della tiroide, sfruttando la maggiore fluorescenza spontanea di queste rispetto ai tessuti circostanti.

Metodi: Tra Gennaio 2020 e Giugno 2021 64 pazienti sono stati sottoposti a tiroidectomia totale: 32 operati mediante tecnica convenzionale, i restanti mediante l'utilizzo dell'autofluorescenza.

Risultati: Tra i due gruppi è stata riscontrata una differenza significativa in termini di: percentuale di ipocalcemia ($p=0.04$) e ipoparatiroidismo a breve termine ($p=0.011$); variazione percentuale dei livelli di PTH rispetto al basale a breve ($p=0.001$), medio ($p<0.001$) e lungo termine ($p=0.02$); necessità di supplementazione post-operatoria con calcio ($p<0.01$) e vitamina D ($p=0.01$).

Conclusioni: L'utilizzo dell'autofluorescenza correla con migliori outcomes calcemici e di PTH e con una ridotta necessità di supplementazione post-operatoria con calcio e vitamina D.

Sindrome di Eagle: due vie di approccio mediante esoscopio 3D VITOM per una patologia spesso sottovalutata

F. Crudo MD, M. Rigante MD PhD, J. Galli MD PhD, G. Paludetti MD PhD.
Head and Neck Department, Faculty of Medicine and Surgery Catholic University of Sacred Heart, largo F. Vito 1, 00168 Rome, Italy

Background: la S. di Eagle è causata dalla presenza di un processo stiloideo particolarmente lungo o da fenomeni di ossificazione del legamento stiloideo. Ciò provoca disfagia, sensazione di corpo estraneo in gola, dolore cervicale unilaterale

Case presentation: 1 caso: uomo di 43 aa con algia laterocervicale destra e disfagia, sottoposto a stiloidectomia mediante approccio transorale. 2 caso: uomo di 71 aa con dolore laterocervicale a destra e deficit della motilità linguale, sottoposto a stiloidectomia mediante approccio transcervicale. Un accurato studio radiologico preoperatorio è stato fondamentale e la chirurgia è stata effettuata mediante l'esoscopio 3D VITOM, con pronta risoluzione della sintomatologia in entrambi i casi.

Conclusion: I 2 approcci sono entrambi efficaci. L'approccio transorale riduce i tempi chirurgici e le complicanze post-operatorie. La via transcervicale permette un'ottima visualizzazione dei vasi e di apprezzare l'efficacia della decompressione vascolo-nervosa.

Stenosi glottica-sottoglottica autoimmune trattata con resezione cricotracheale parziale estesa

M. Filauro, A. Ioppi, A. Vallin, G. Peretti
IRCCS Policlinico San Martino, Genova, Italy
DISC, Università degli Studi di Genova, Genova, Italy
DIMES, Università degli Studi di Genova, Genova, Italy

Il caso clinico tratta di una paziente di 47 anni affetta da sindrome di Wegener portatrice di tracheotomia, con nota stenosi glottica-sottoglottica di grado IV sec. Myer-Cotton e Bogdasarian, e riconducibile ad un grado IVB

secondo la classificazione della società europea di laringologia. Il trattamento proposto è una resezione cricotracheale parziale estesa (E-PCTR), che consiste in: resezione del segmento stenotico, esecuzione di nuova tracheotomia, laringofissura, drilling del castone cricoideo e cricoidotomia mediana, prelievo di graft cartilagineo costale e suo insetting a livello cricoideo, posizionamento di stent laringeo, pessia laringo tracheale. La paziente è stata decannulata dopo 1 mese e non ha avuto complicanze. Le E-PCTR sono procedure complesse e correlate ad un alto tasso di complicanze, anche gravi, che devono essere quindi attentamente ponderate e valutate caso per caso. Il work-up diagnostico deve essere accurato in quanto guida al corretto tipo di trattamento.

Laringologia ambulatoriale per il trattamento della papillomatosi respiratoria ricorrente

M. Filauro, A. Vallin, A. Ioppi, C. Sampieri, F. Mora, G. Peretti
IRCCS Policlinico San Martino, Genova, Italy
DISC, Università degli Studi di Genova, Genova, Italy
DIMES, Università degli Studi di Genova, Genova, Italy

La papillomatosi respiratoria ricorrente (RRP) è una malattia causata dai ceppi primari di HPV 6 e 11. Ad oggi, non ci sono dati certi in merito a quale sia la migliore strategia terapeutica da utilizzare per eradicare completamente l'infezione virale.

Presentiamo il caso clinico di un paziente di 25 anni, affetto da RRP. Il paziente, precedentemente trattato con interventi chirurgici di microchirurgia transorale con laser CO₂, è, ad oggi, seguito ambulatorialmente presso il nostro centro. Il trattamento ambulatoriale transnasale della RRP consiste nella fotocoagulazione delle lesioni papillomatosiche mediante il laser a fibra fotoangiolitico True Blue Laser (A.R.C), previa applicazione di anestetico locale da contatto (neobucaina 5%). Il trattamento ambulatoriale della RRP risulta essere efficace e sicuro. La possibilità di trattare lesioni papillomatosiche di piccola entità, permette di mantenere la qualità della voce dei pazienti ad un livello soddisfacente per loro vita sociale/lavorativa.

Vantaggi del simulatore nell'accelerazione della "learning curve" nella chirurgia transorale

M. Filauro, A. Vallin, A. Ioppi, C. Sampieri, F. Mora, G. Peretti

IRCCS Policlinico San Martino, Genova, Italy

DISC, Università degli Studi di Genova, Genova, Italy

DIMES, Università degli Studi di Genova, Genova, Italy

L'utilizzo di un simulatore per la chirurgia laringea transorale accelera la curva di apprendimento. Il nostro simulatore è facilmente assemblabile e trasportabile. La tradizionale curva di apprendimento della microchirurgia laringea transorale è penalizzata dalla difficoltà del docente ad interagire direttamente con il discente, che ricopre da subito il ruolo di primo operatore. Questo tipo di chirurgia è caratterizzata da uno spazio di lavoro delimitato dal laringoscopio e resa indaginoso dall'utilizzo di strumentario di piccole dimensioni e di lunghezza superiore ai 20 cm. Il nostro simulatore offre la possibilità di preparare diversi scenari chirurgici per mezzo di templates siliconici, preparati ex vivo e strumentazione dedicata. La difficoltà dell'esercizio può essere variata grazie alla semplice riduzione dello spazio di lavoro sostituendo laringoscopi di diverse dimensioni. Il simulatore può essere dedicato ad esercizi di base o avanzati sia con chirurgia a freddo che con lasers.

Organigramma AIOLP 2022-2024

CONSIGLIO DIRETTIVO

PRESIDENTE

Orietta Calcinoni

VICE PRESIDENTI

Marco Capelli

Giuseppe Pellitteri

SEGRETARIO

Giovanni De Rossi

TESORIERE

Fulvio Di Fulvio

CONSIGLIERI

Arturo Armone Caruso

Walter Livi

Lucio Vigliaroli

Carmelo Zappone

(past president)

COLLEGIO PROBIVIRI

Giuseppe Morgante

Pietro Pecoraro

Natale Carbone

RESPONSABILE del SITO WEB

Aldo Messina

COLLEGIO REVISORI dei CONTI

Gianfranco Cupido

Leandro Cuzzocrea

Maida Mario

COMITATO SCIENTIFICO

Barbara Fioretti

Enrico Armato

Mauro Barbierato

Millo Achille Beltrame

Matteo Cavaliere

SOCIAL NETWORK

Sito web

<https://www.aiolp.it/>

Facebook

<https://www.facebook.com/aiolp/>

Linkedin

<https://www.linkedin.com/groups/4744927>

Twitter

<https://twitter.com/aiolp>

NORME PER LA PUBBLICAZIONE

Argomenti di Otorinolaringoiatria Moderna è una rivista scientifica semestrale inviata gratuitamente online e in cartaceo a tutti i Soci in regola con la quota annuale. Pubblica articoli originali di interesse otorinolaringoiatrico, case reports con revisione della letteratura, novità editoriali, atti del congresso nazionale AIOLP e sintesi di linee guida. I lavori devono essere originali e non possono essere presentati contemporaneamente ad altre riviste, il loro contenuto deve essere conforme alla legislazione vigente in materia di etica della ricerca. Gli articoli pubblicati impegnano unicamente la responsabilità degli Autori. La proprietà letteraria degli articoli è riservata alla rivista. Il contributo deve essere inviato in formato word alla Redazione della rivista "Argomenti di Otorinolaringoiatria Moderna" per e-mail (redazioneaom@gmail.com gestita da Alessandra Fioretti e Marco Capelli), corredato di:

1. Titolo del lavoro in italiano ed in inglese.
2. Nome e cognome per intero degli Autori.
3. Sede od istituto presso il quale viene svolta l'attività lavorativa degli Autori.
4. Riassunto in italiano ed in inglese (*max 1.000 caratteri*).
5. Parole chiave in italiano ed in inglese (*al massimo 5 utilizzando i termini Mesh*).
6. Modulo responsabilità dell'autore e cessione del copyright.
7. L'indicazione dell'autore per la corrispondenza di cui dovranno essere forniti un indirizzo, un numero di telefono e un indirizzo di posta elettronica.
8. Il testo va preparato *in .doc* e non dovrebbe eccedere i 70.000 caratteri (spazi inclusi, escluso titolo, abstract e bibliografia). Laddove il lavoro coinvolga la sperimentazione umana e/o animale, deve essere inclusa la seguente dichiarazione: "Gli autori affermano che tutte le procedure che hanno contribuito a questo lavoro sono conformi agli standard etici delle linee guida nazionali e istituzionali pertinenti sulla sperimentazione umana (per favore nominare) e con la Dichiarazione di Helsinki del 1975, revisionata nel 2008." nei materiali e metodi. I ringraziamenti e la menzione dei conflitti di interessi e/o di fondi va riportata alla fine del testo prima della bibliografia. La bibliografia va limitata alle voci essenziali (max 25) identificate nel testo con numeri arabi ed elencate

in ordine alfabetico al termine del manoscritto. In caso sia necessario introdurre più di una indicazione bibliografica alla volta, queste dovranno essere separate da una virgola (1, 4, 7) ovvero, in caso di citazioni continue, da un trattino (2-5). La bibliografia dovrà riportare: cognome ed iniziale del nome degli Autori, titolo dell'articolo in lingua originale, titolo della rivista secondo l'abbreviazione dell'Index Medicus, anno di pubblicazione, volume, prima ed ultima pagina, doi.

9. Agli Autori è riservata la correzione ed il rinvio entro cinque giorni dal ricevimento delle prime bozze dell'articolo.
10. La pubblicazione del testo, delle foto/figure (risoluzione almeno 300 dpi, max 2 MB, in formato .TIFF o .JPEG), le tabelle (numerata consecutivamente con numeri Romani e con tutte le abbreviazioni spiegate) è a carico della rivista. Tabelle e figure dovrebbero essere limitate a 3 ciascuna.
11. Una volta inviato un manoscritto, il direttore editoriale effettua una pre-selezione per la convalida dell'integrità della ricerca e degli standard di qualità. Se un manoscritto soddisfa i criteri di qualità di AOM, un membro del Comitato Scientifico della relativa sezione di specialità è invitato a gestire il processo di revisione del manoscritto. Dopo un controllo preliminare del contenuto, il membro del Comitato Scientifico decide se inviare il manoscritto per la revisione ad un secondo revisore o raccomandarlo per il rifiuto immediato se, ad esempio, nel manoscritto sono stati identificati errori oggettivi nei metodi, nelle applicazioni o nelle interpretazioni o problemi etici che impediscono ulteriori considerazioni. AOM esegue un processo di revisione in doppio cieco, le identità degli autori non sono note ai revisori. Per garantire le revisioni più rigorose e obiettive, le identità dei revisori rimangono anonime durante il periodo di revisione. Quando un manoscritto è accettato per la pubblicazione, i nomi dei revisori che hanno approvato la sua pubblicazione possono apparire sull'articolo pubblicato.
12. I revisori sono esperti in materia e valutano i manoscritti utilizzando lo strumento di valutazione della qualità e un questionario di revisione designato che privilegia la qualità scientifica, il rigore e la validità. Valutano la metodologia di uno studio per solidità e rigore, assicurano che la ricerca fornisca conclusioni valide e sia supportata da dati sufficienti. I revisori non hanno alcuna relazione con gli autori e / o la ricerca che influirebbe sull'obiettività del processo di peer review (questionario conflitto interessi).

