



ASSOCIAZIONE ITALIANA OTORINOLARINGOIATRI
LIBERO-PROFESSIONISTI (A.I.O.L.P.)

Terme Montecatini



VI CONVEGNO NAZIONALE DI AGGIORNAMENTO
IN OTORINOLARINGOIATRIA

LE TERAPIE NON CHIRURGICHE NELLA PRATICA PROFESSIONALE OTORINOLARINGOIATRICA

a cura di M. Ghirlanda

Montecatini Terme (PT)
23-25 Ottobre 1998

Comitato Simposi Scientifici Formenti - Milano

Terapia medica delle sofferenze dell'olfatto e del gusto

E. SARTARELLI*, M. GHIRLANDA**

*L.P., Consulente O.R.L. nell'Ospedale di Genzano, A.S.L. RMH

** L.D. Clin. O.R.L., U.C.S.C., Roma

Le patologie dell'olfatto e del gusto in tutti i loro aspetti, compresa la terapia, sono state già ampiamente trattate nelle relazioni a cura di G. Perfumo e di G. Sperati nonché nella nuova edizione del libro di M. Maurizi "Le grandi sindromi O.R.L.". Rimandiamo il lettore a queste esaurienti messe a punto per quanto riguarda gli aspetti clinici delle sofferenze olfattive e gustative e ci limitiamo a fare una sintesi delle terapie suggerite ad uso pratico.

Le alterazioni dell'olfatto e del gusto a dispetto della scarsa considerazione clinica di cui godono, sono di notevole importanza. Il soggetto che ne è affetto corre gravi rischi per l'incapacità a riconoscere eventuali sostanze tossiche, rispettivamente inalate od ingerite. Inoltre la perdita di questi due sensi, gli unici legati all'attività di chemiorecettori, comporta una progressiva compromissione degli atteggiamenti alimentari con possibile insorgenza od aggravamento di problemi nutrizionali.

Le sofferenze del gusto e dell'olfatto sono in realtà molto frequenti, tanto che è stato stimato in due milioni, il numero di statunitensi affetti da questo tipo di patologia (Schiffmann). Dal punto di vista epidemiologico, il problema clinico più frequente è rappresentato dall'anosmia con ipogeusia secondaria concomitante; tale deficit associato si ritrova, ad esempio nel 18 % dei traumatizzati cranici (Hendriks), mentre nella stessa categoria di pazienti, l'ageusia vera è rara, stimata intorno all'1% (Goodspeed). Proprio per questa particolare incidenza sono stati istituiti, specie negli Stati Uniti, numerosi centri clinici specializzati nella diagnosi e terapia di queste sofferenze, quali la "Taste and Smell Clinic" del National Institute of Health di Bethesda, "Rocky Mountains

TABELLA I

Classificazione sintomatica:			
Alterazione sensoriale		Olfatto	Gusto
Alterazione generica		Disosmia	Disgeusia
Alterazioni Quantitative	Abolizione totale Diminuzione Esaltazione	Anosmia Iposmia Iperosmia	Ageusia Ipogeusia Ipergeusia
Alterazioni Qualitative	Percezione distorta, modificata Percezione distorta sgradevole (oggettiva o soggettiva) Errata identificazione o errata memoria sensoriale	Parosmia Cacosmia Agnosmia	Parageusia Cacogeusia Agnoseusia

TABELLA II

Protocollo proposto:

Anamnesi	Natura e grado del disturbo, momento e modalità d'insorgenza, andamento nel tempo, eventuali fattori scatenanti o sintomi associati, eventuali pregressi traumi o interventi chirurgici cranio-cefalici, eventuali terapie mediche o fisiche in corso o recentemente pregresse.
Esame obiettivo	Per escludere le cause locali ed eventuale patologia naso-sinusale determinante ipo-anosmia ed ipogeusia secondaria, o patologia otologica, responsabile di ipogeusia o parageusia dei 2/3 anteriori dell'emilingua omolaterale per interessamento della corda del timpano, del tronco del facciale (II o III porzione), o del solo intermediario di Wrisberg e per lo studio dei nervi cranici (I°, V°, VII°, IX°, X°).
O.R.L. completo	
Esami strumentali	Olfattometria - Gustometria - EEG - TC - RMN

Taste and Smell Center” od il “Taste and Smell Center” del Connecticut Chemosensory Clinical Research Center,

Di fronte ad un paziente che lamenta un sintomo, quale una sofferenza dell'olfatto e/o del gusto, il medico deve individuarne con esattezza la causa, al fine di poter impostare correttamente la terapia. Questa dovrebbe infatti, essere mirata, se possibile, all'eliminazione degli agenti eziologici o quanto meno ad interferire con i suoi meccanismi patogenetici. Solo qualora non fosse possibile un tale approccio razionale, sarà corretto ricorrere ad una cura mirata a ridurre, in modo, aspecifico, la sintomatologia (v. Tabella 1).

A tal fine ci sembra auspicabile l'adozione di un protocollo diagnostico standard, del tipo di quello proposto nella Tabella 2.

La cosa più ovvia, ma anche la più importante da ricordare, è che le possibilità di terapia dei disturbi dell'odorato, e del gusto, si basano su una diagnosi corretta per la quale non deve mancare il supporto di specialisti di altre branche, essendo le disosmie e le disgeusie, spesso strettamente connesse con patologie neurologiche, dismetaboliche, disendocrine, allergiche ecc. Le possibilità di successo sono, quindi molto frequentemente legate al trattamento della concomitante malattia generale o della malattia locale o vicinore non O.R.L. .

Iniziando ad esaminare le sofferenze dell'olfatto, va anzitutto sottolineato come l'esame clinico accurato delle fosse nasali potrà accertare l'esistenza di affezioni naso-sinuziali responsabili di stenosi nasali, come ad esempio polipi, riniti croniche od allergiche ed infine da non dimenticare, la frequente presenza di corpi estranei nasali misconosciuti, soprattutto nei bambini.

Le **iperosmie** non sono frequenti, ma possono essere fonte di notevoli disturbi, specie nelle affezioni del Sistema Nervoso Centrale con interessamento dei centri e delle vie olfattive (tumori, tabe, lesioni epilettogene, schizofrenia ecc.), nella gravidanza e talora in menopausa, nelle turbe neuroendocrine come ipertiroidismo e morbo di Addison. Si possono prescrivere in tali casi blandi sedativi o placebo, ma il trattamento rimane quello della malattia generale.

Le **cacosmie** sia le oggettive (o false) che le soggettive (o vere) sono state ricordate da Ghirlanda nel V° Convegno A.I.O.L.P. (Chianciano Terme, 1997) concludendo che, mentre per le forme oggettive il trattamento della malattia che causa la cacosmia può portare al ripristino olfattorio, per le forme soggettive, in rapporto frequentemente con affezioni del S.N.C., la prognosi è più riservata.

Le **iposmie** da deformità ossee possono essere provocate, sia da esiti stenosanti di pregressi traumi della piramide nasale e delle fosse nasali, sia da marcate alterazioni congenite delle strutture ossee lungo la via

area nasale. La terapia medica in questi casi è inefficace e l'unico trattamento possibile è quello chirurgico, diretto a ripristinare l'afflusso dell'aria odorosa ai recettori olfattivi.

Le riniti atrofizzanti, con le profonde alterazioni provocate anche nel neuroepitelio con conseguente iposmia od anosmia, sono di difficile trattamento. Qualche sollievo può essere dato dagli aerosol umidi di prodotti solforosi con l'aggiunta di streptomina (proponiamo per una seduta di aerosol nasale: Neosoluzione Sulfobalsamica Deca ml 0.5 + Streptomina gr.0.2 + Soluzione Fisiologica ml 2), nei casi più recenti si ottengono spesso risultati abbastanza confortanti.

Le forme neoplastiche sono rare nella pituitaria (estesioneuroblastomi) e nel bulbo, ma non infrequenti nelle altre zone olfattive o viciniori. La possibilità di una patologia neoplastica deve essere sempre tenuta presente, soprattutto nelle iposmie monolaterali.

La volatilità di molte sostanze può dare una residua sensazione olfattiva, così giovando alla percezione gustativa, nei laringectomizzati, nei quali peraltro la mucosa nasale va incontro a fenomeni regressivi ex-non-usu, in parte alleviabili con trattamenti locali (aerosol balsamici).

Il trattamento delle iposmie percettive è contrassegnato dall'impiego di una notevole varietà di farmaci, la cui efficacia è comunque molto relativa. Anche per queste forme, vale comunque la necessità di una diagnosi accurata per il nesso di causalità che, se ben individuato, può portare al successo della terapia instaurata.

Sempre nelle iposmie, risultati spesso brillanti si ottengono nel trattamento delle forme virali recenti prescrivendo prednisone (Deltacortone Lepetit, cprs da 5 mg, cpr ogni sei ore per cinque o dieci giorni a seconda della riposta), di provata efficacia nelle anosmie post-influenzali trattate entro un mese dalla loro comparsa (Ghirlanda). Al riguardo, è bene sottolineare che qualora il paziente abbia conservata la propria funzione gustativa, non potrà essere considerato completamente anosmico.

Nelle forme tossiche, come da benzeni, piombo, mercurio, stupefacenti e tabagismo, va attuata la sospensione dell'agente causale con risultati spesso imprevedibili e varianti da caso a caso, e prescritto un trattamento disintossicante generale. Da ricordare, inoltre sempre in questo gruppo, le irreversibili anosmie causate da vapori anestetici come fluotano, etrano ecc. impiegati irrazionalmente in apparecchi a circuito aperto.

Nelle iposmie ad eziologia non chiarita sono stati usati molti farmaci, che ricordiamo seguendo in gran parte l'esposizione di Perfumo e coll. Anzitutto vengono usate le vitamine : la vit. A con risultati deludenti, la vit. B con scarsi risultati, ma con indicazione nelle forme diabetiche, la

vit. B 12 per la sua qualità di neuroprotettore, mentre la vit. B 6 è di qualche utilità nelle nevriti periferiche, l'ac. pantotenico ha dato risultati insoddisfacenti, la vit. E è risultata di efficacia dubbia.

È stata inoltre suggerita la somministrazione di zinco per il reperto di anosmia e di ipogeusia in carenza di tale elemento nella dieta di alcune popolazioni americane, ma i risultati sono stati sfavorevoli.

L'insulina (10 u.c.l. a giorni alterni) proposta da Berberich e Laemmle provoca miglioramento dell'acutezza olfattoria, ma il trattamento è poco maneggevole e non può essere praticato a lungo, pur essendo utile ai fini prognostici.

Secondo noi lo zolfo per via inalatoria può dare miglioramenti della capacità olfattiva, forse per azione sull'acido solfocianico del muco nasale, vettore della funzione olfattiva, ma non possediamo prove della sua efficacia nel tempo.

Riepilogando, il trattamento dell'iposmia va articolato nei seguenti punti:

- In assenza di indicazioni chirurgiche, ripristinare la corrente aerea nasale rimuovendo le cause di ostruzione con antistaminici, FANS, antibiotici, corticosteroidi, vasocostrittori per uso locale endonasale (ovviamente per brevi periodi).
- Somministrare vitamine B 1, B 6 e B 12.
- Prescrivere terapia inalatoria solfurea protratta.
- Eliminare qualunque sostanza tossica per l'olfatto.

Sarà infine consigliabile sollecitare il paziente a non avere fretta ed a non perdere la fiducia nel suo recupero olfattorio, perché non di rado, specie nelle anosmie post-traumatiche, si può avere un accettabile ripristino spontaneo della funzione olfattiva, anche dopo mesi.

Per quanto riguarda il trattamento delle sofferenze del gusto, data la complessità dei rapporti locali, vicini e centrali degli organi gustativi, distingueremo:

- Terapia eziopatogenetica delle cause locali, generali o iatrogene.
- Terapia sintomatica, utilizzata qualora non sia stato possibile un corretto inquadramento eziopatogenetico.
- Terapia riabilitativa, con lo scopo di esaltare le capacità gustative residue in caso di insuccesso dei precedenti approcci terapeutici.

Terapia eziopatogenetica: corrisponde alla cura della patologia di base ed alla rimozione degli agenti responsabili dell'alterazione, perciò, facendo riferimento alla classificazione eziologica proposta (disgeusia da causa locale, generale, o iatrogena), distinguiamo:

Disgeusia da causa locale: nei deficit gustativi secondari ad iposmia sarà possibile intervenire (con terapia medica o chirurgica) sulla patologia naso-sinusale responsabile di stenosi nasale, mentre avranno prognosi sfavorevole le forme conseguenti a danno neurologico.

Nelle disgeusie da iposcialia, oltre alla correzione dell'eventuale disidratazione ed alla cura della singola affezione delle ghiandole salivari (flogistica, immunologica, neoplastica, degenerativa, etc.) sarà utile somministrare scialogoghi (chewing-gum, succo di limone, pilocarpina) se il parenchima secretorio è ancora parzialmente funzionante, altrimenti sarà necessario il ricorso ad una saliva artificiale.

In ogni caso, sarà inoltre necessario curare le affezioni flogistiche o distrofiche della lingua, dei denti e del cavo orale; la loro correzione comporterà in genere, anche se non sempre, un ripristino della normale funzione gustativa.

Disgeusia da causa generale: nella sindrome di Riley-Day l'iniezione sottocutanea di metacolina è in grado di indurre un miglioramento gustativo, nonostante l'assenza congenita delle gemme gustative.

La correzione metabolico-nutrizionale delle carenze di zinco, rame, o vitamine, legata tanto a difetto d'assorbimento od eccessiva eliminazione, quanto ad insufficienza renale od epatica, comporterà un miglioramento delle conseguenti sofferenze del gusto.

Ugualmente, nei disturbi endocrini sarà sufficiente riequilibrare lo stato ormonale di base, per ripristinare una normale funzione gustativa. Peraltro la neuropatia e la microangiopatia diabetiche possono essere responsabili di danni gustativi irreversibili. Al contrario non meritano alcun trattamento le disgeusie transitorie in corso di gravidanza.

Per quanto attiene le affezioni neurologiche, mentre può risultare efficace la terapia medica di alcune forme centrali, quali l'epilessia, generalmente inutile risulterà il trattamento dei casi conseguenti a compressione delle vie afferenti, salvo loro ripristino chirurgico. Va peraltro sottolineata la possibilità di un recupero funzionale spontaneo, legata a processi regenerativi tanto delle fibre nervose quanto delle gemme gustative reinnervate, che risulterà tanto maggiore, quanto più periferica sarà stata la lesione.

Nelle forme di disgeusia conseguenti ad ipertensione, amiloidosi, sarcoidosi o infezioni sarà necessaria la terapia dell'affezione di base; mente in quelle legate a cause tossiche basterà provvedere all'eliminazione della sostanza in questione.

Disgeusia iatrogena: per quanto attiene i danni neurologici post-chirurgici (O.R.L., odontoiatria, Ch. generale, neurochirurgia) vale quanto

detto poc'anzi, mentre per le disgeusie legate all'uso di protesi dentarie, sarà talora necessario ricorrere alla loro modifica o sostituzione.

Per le frequenti disgeusie secondarie ad uso di farmaci, come già detto per quelle da causa tossica, sarà sufficiente sospenderne la somministrazione per ripristinare una normale funzione gustativa. Peraltro talvolta sarà impossibile sospendere o sostituire medicinali di cui diventerà allora necessario sopportare tale effetto collaterale indesiderato.

La disgeusia conseguente a radioterapia della testa e del collo insorge, in genere entro 1 - 2 giorni, raggiunge il massimo un mese dopo la fine del trattamento, e scompare entro 2 - 4 mesi, salvo, talora, il persistere di iposcalia post-attinica. Il frazionamento della dose e l'impiego di un "moulage" endorale per spostare la lingua possono ridurre l'incidenza.

Terapia sintomatica: quando non sia possibile un certo inquadramento eziopatogenetico (disgeusia idiopatica), sarà corretto un tentativo terapeutico aspecifico, orientato in senso neurotrofico-neuroprotettore con i farmaci che si impiegano normalmente in altre affezioni d'interesse neurologico. Date le premesse, tale tentativo darà risultati soddisfacenti solo in un limitato numero di casi.

Zinco: il fabbisogno giornaliero è di 15-20 mg/die, facilmente coperto dalla dieta, ma soggetto a notevoli variazioni per fattori fisiologici o patologici. Un abbassamento del tasso plasmatico di zinco determina la comparsa di alterazioni del gusto, pertanto appare razionale una terapia delle disgeusie mediante zinco-solfato (4 somministrazioni giornaliere di 25 mg) anche se l'interpretazione dei risultati conseguiti appare controversa.

Vitamine: in particolare sono state proposte la Vitamina A, ad azione epitelio-protettiva, e le vitamine del gruppo B (soprattutto: B1, B6 e B12) per la loro azione nelle neuropatie periferiche e centrali. In realtà, i risultati, al di fuori dei rari casi di vera ipovitaminosi, appaiono peraltro scarsi.

Neurotrofici: i gangliosidi trovano indicazione nelle neuropatie periferiche e nelle sofferenze recettoriali, ma non sono disponibili ancora risultati univoci nel trattamento delle disgeusie.

Corticosteroidi: il loro impiego trova il suo razionale nell'azione antiflogistica-antiedematosa esplicita tanto a livello neurologico (recettori, vie e centri nervosi), quanto a livello della mucosa nasale con risoluzione della componente iposmica della sofferenza del gusto.

Anestetici locali: sono stati proposti per forme ribelli di disgeusia, quali la Burning mouth syndrome, causa di gravi disturbi soggettivi. Il loro impiego deve essere limitato nel tempo, in quanto può essere esso stesso causa di ipo- ageusia.

Terapia riabilitativa: nell'ipogeusia essa ha principalmente lo scopo di esaltare le capacità gustative residue, mentre nell'ageusia quello di rafforzare canali sensoriali sostitutivi extragustativi.

Manovre riabilitative della fase orale della deglutizione: lavaggio accurato e prolungato sciacquo endorale di cibo molto diluito in acqua al fine di tentare una migliore stimolazione delle gemme gustative residue. Ricorso a numerosi piccoli spuntini ("snacking"), qualitativamente differenziati capace di ovviare alla monotonia di pasti gustativamente insoddisfacenti. Uso di sostanze scialogoghe (succo di limone).

Adozione di supporti ed esaltatori gustativi: aumento quantitativo dei supporti gustativi fondamentali (sale, zucchero) se non esistono controindicazioni (ipertensione, diabete, etc.). Stimolazione extragustativa (trigeminal e olfattiva) mediante spezie: pepe, peperoncino, paprika, erbe odorose, menta, etc. Uso di accentuatori dei sapori dolce e salato, quali caffeina, bretilio tosilato, e xatine.

"Sostituzione" gustativa: accentuazione delle dimensioni sensoriali extragustative del cibo assunto in modo da gratificare, sotto un aspetto più psichico che fisico, l'atto dell'alimentazione. In campo visivo, curando particolarmente la presentazione dei cibi, in campo termo-tattile, ottimizzandone la temperatura e la consistenza.

Consulenza psicologico-psichiatrica: risulta particolarmente utile nei pazienti scoraggiati da prolungata sofferenza del gusto ed è in grado di prevenire o curare un'eventuale sindrome depressiva reattiva o concomitante.

Terapia nutrizionale: la formulazione di diete equilibrate dal punto di vista nutrizionale ed, al tempo stesso, personalizzate sulle esigenze del singolo paziente, consentirà di correggere gli inevitabili comportamenti alimentari errati, derivanti dalla disgeusia.

Conclusioni: La terapia delle sofferenze del gusto e dell'olfatto rappresenta ancora oggi un problema aperto. Verosimilmente solo un risveglio d'interesse in questo campo, capace di portare, magari grazie alla ideazione e standardizzazione di adeguate metodiche oggettive d'esame, ad un miglioramento delle nostre conoscenze di fisiopatologia e quindi ad una progressiva riduzione dei casi di forma "idiopatica" potrà consentire significativi progressi terapeutici.

Bibliografia

1. BARWICK MC.: *Neurologic evaluation of taste and smell disorders*, Ear Nose Throat J., 68,354-361, 1989
2. BERBERICH J.: *Die Behandlung der Anosmie durch Insulin* Schw. Med. Wschr. 1,226,1937
3. BERBERICH J., LAEMMLE H.: *Über Geruchstörungen und deren klinische Bedeutung* Klin. Wschr. 10 J.,50,2309,1931
4. GHIRLANDA M.: *Olfatto nelle disendocrinie in Fortunato V. e Niccolini P.: Olfatto e sue correlazioni* Relaz. XLVI° Cong. Soc. It. Laring. Otol. Rinol., 427.429, Catania, 1958
5. GHIRLANDA M.: *La terapia prednisonica nelle anosmie influenzali* Il Valsalva, XXV,3,154-159,1959
6. GHIRLANDA M.: *Cacosmie soggettive ed oggettive-* Atti V° Conv. Naz. A.I.O.L.P., 207-212, Chianciano Terme, 1997
7. GOODSPEED RB., GENT JF., CATALANOTTO FA.: *Chemosensory dysfunction. Clinical evaluation results from a Taste and Smell clinic.* Postgrad. Med., 81,251-260,1987
8. HENDRIKS APJ.: *Olfactory dysfunction* Rhinology, 26,229-251,1988
9. MAURIZI M.: *Sindromi e malattie otorinolaringoiatriche*, 53-70 e 123-135, Piccin, 1997
10. PIEMONTE M., MIANI C.: *Note di terapia in: Sperati G. Fisiopatologia del gusto*, Giornate Italiane di Otoneurologia, 235-250 Parma, 1991
11. SCOTT AE.: *Clinical Characteristics of Taste and Smell disorders.* Ear Nose Throat J., 68,297-310, 1989
12. VIERUCCI S., CHIDO D., PERFUMO G.: *Note di terapia in: Perfumo G. L'olfatto: attuali acquisizioni di fisiopatologia e di olfattometria obiettiva*, Giornate Italiane di Otoneurologia, 163-179 Sorrento, 1990.

