

### Raccomandazioni adatte e aggiornate

#### 1. Escludere l'ipoacusia improvvisa trasmissiva

Nei pazienti che si presentano per la prima volta con diagnosi di ipoacusia improvvisa (SHL) distinguere la forma neurosensoriale (SSNHL) da quella trasmissiva (CHL)<sup>1,2</sup>.

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

#### 2. Fattori modificatori

Nei pazienti con presunta SSNHL valutare, attraverso l'anamnesi e l'esame obiettivo, la presenza di SHL bilaterale, episodi ricorrenti di SHL e/o deficit neurologici focali<sup>3</sup>.

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

#### 3. Tomografia computerizzata

Non prescrivere di routine la tomografia computerizzata (TC) del cranio per la valutazione iniziale di pazienti affetti da presunta SSNHL.

*Raccomandazione forte basata su revisioni sistematiche con un profilo beneficio-rischio favorevole<sup>4</sup>.*

#### 4. Conferma audiometrica di SSNHL

Per confermare la diagnosi di SSNHL sottoporre i pazienti con SHL ad esame audiometrico il prima possibile, e comunque non oltre 14 giorni dall'insorgenza dei sintomi)<sup>5</sup>.

*Raccomandazione basata su trial controllati randomizzati con un profilo beneficio-rischio favorevole.*

<sup>1</sup> SSNHL: Sudden sensorineural hearing loss (ipoacusia improvvisa neurosensoriale), CHL: conductive hearing loss (ipoacusia trasmissiva), SHL: sudden hearing loss (ipoacusia improvvisa), OTI: ossigenoterapia iperbarica.

<sup>2</sup> Definizione ipoacusia improvvisa neurosensoriale: calo di tipo neurosensoriale maggiore o uguale a 30 decibel in 3 frequenze consecutive insorto in un arco temporale fino a 72 ore.

<sup>3</sup> Inserire tabella 6-7 (pagine S12-S13 della LG US)

<sup>4</sup> La TC può essere indicata (opzionale) come indagine di seconda scelta, qualora il paziente non possa eseguire la RM (vedi raccomandazione 6)

<sup>5</sup> L'audiometria va eseguita preferibilmente entro 72 ore dall'evento acuto e non oltre 14 giorni. L'audiometria va eseguita possibilmente ogni 2 settimane dall'evento acuto fino alla sesta settimana. Poi follow up a 6 e 12 mesi dopo il termine delle terapie.

Raccomandazioni adatte e aggiornate

**5. Test di laboratorio**

Non prescrivere di routine esami di laboratorio ai pazienti con SSNHL.

*Raccomandazione forte basata su uno studio trasversale di grandi dimensioni e numerosi altri studi con un profilo beneficio-rischio favorevole.*

**6. Patologia retro-cocleare**

Escludere l'eziologia retro-cocleare della SSNHL mediante esecuzione di risonanza magnetica con mezzo di contrasto e/o indagini neurofisiologiche (potenziali evocati uditivi)<sup>6</sup>.

*Raccomandazione basata su studi osservazionali e su una meta-analisi con un profilo beneficio-rischio favorevole.*

**7. Educazione del paziente**

Educare i pazienti con SSNHL sulla storia naturale della malattia, su benefici e rischi degli interventi sanitari e sui limiti delle evidenze disponibili riguardo all'efficacia terapeutica<sup>7</sup>.

*Raccomandazione forte basata su revisioni sistematiche con un profilo beneficio-rischio favorevole.*

**8. Terapia iniziale con steroidi**

Prescrivere steroidi come terapia iniziale ai pazienti con SSNHL entro 2 settimane dall'insorgenza dei sintomi.<sup>8</sup>

*Raccomandazione basata su revisioni sistematiche di trial controllati randomizzati e nuovi trial controllati randomizzati con un profilo rischio-beneficio favorevole<sup>9</sup>.*

**9a1. Terapia iniziale con ossigenoterapia iperbarica nelle forme gravi o profonde di SSNHL**

Somministrare a pazienti con forme gravi o profonde di SSNHL l'ossigenoterapia iperbarica (OTI) associata a terapia corticosteroidica entro 2 settimane

<sup>6</sup> La RMN va eseguita con mezzo di contrasto (gadolinio od altro) perché permette la diagnosi di neoformazioni dell'angolo pontocerebellare particolarmente di piccole dimensioni, difficilmente evidenziabili senza mezzo di contrasto. (evidenza B). I potenziali evocati uditivi (ABR) sono utili per discriminare forme retrococleari di natura virale (evidenza C). [10.1016/j.amjoto.2017.12.009](https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2017.12.009)

<sup>7</sup> Inserire ed implementare la tabella pagina S22 LG US relativa alle raccomandazioni utili per il consenso informato del paziente (education).

<sup>8</sup> Dosaggio del cortisone (1mg/kg/die, dosaggio massimo 60mg die di prednisone o dosaggi equivalenti di metilprednisone 48mg, desametasone 10 mg) in riferimento alla tabella a pagina S24 della LG US

<sup>9</sup> Bibliografia a supporto: [10.1159/000493558](https://doi.org/10.1159/000493558), [10.1007/s00405-017-4803-5](https://doi.org/10.1007/s00405-017-4803-5), [10.1001/jamaoto.2020.0047](https://doi.org/10.1001/jamaoto.2020.0047), [10.1371/journal.pone.0221713](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221713)

Raccomandazioni adatte e aggiornate

dall'insorgenza di SSNHL.

*Raccomandazione basata su revisioni sistematiche di trial controllati randomizzati e su trial randomizzati e controllati con un profilo rischio-beneficio favorevole<sup>10,11</sup>.*

**9a2. Terapia iniziale con ossigenoterapia iperbarica nelle forme lievi o moderate di SSNHL**

Considerare l'OTI nelle forme lievi/moderate di SSNHL.

*Raccomandazione basata su revisioni sistematiche di trial controllati randomizzati e su nuovi trial controllati randomizzati con un sostanziale equilibrio tra rischi e benefici.*

**9b1. Ossigenoterapia iperbarica come terapia di salvataggio nelle forme gravi o profonde di SSNHL**

Somministrare a pazienti con forme gravi o profonde di SSNHL l'OTI associata a terapia corticosteroidica come intervento di salvataggio entro 1 mese dall'insorgenza di SSNHL.

*Raccomandazione basata su revisioni sistematiche di trial controllati randomizzati e su trial randomizzati e controllati con un profilo rischio-beneficio favorevole<sup>12,13</sup>.*

**9b2. Ossigenoterapia iperbarica come terapia di salvataggio nelle forme lievi/moderate di SSNHL**

Considerare l'OTI nelle forme lievi/moderate di SSNHL.

*Raccomandazione basata su revisioni sistematiche di trial controllati randomizzati e su nuovi trial controllati randomizzati con un sostanziale equilibrio tra rischi e benefici.*

<sup>10</sup> Classificazioni di riferimento: <http://www.biap.org/es/recomandations/recommendations/tc-02-classification/213-rec-02-1-en-audiometric-classification-of-hearing-impairments/file> <https://www.asha.org/public/hearing/Degree-of-Hearing-Loss/>  
<https://www.nap.edu/catalog/11099/hearing-loss-determining-eligibility-for-social-security-benefits>  
[https://www.who.int/pbd/deafness/hearing\\_impairment\\_grades/en/](https://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/)

<sup>11</sup> Bibliografia a supporto: PMID: 30028922, [10.1007/s00405-018-5162-6](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10.1007/s00405-018-5162-6/), [10.1001/jamaoto.2018.2133](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10.1001/jamaoto.2018.2133/), [10.1136/jramc-2017-000872](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10.1136/jramc-2017-000872/)

<sup>12</sup> Classificazioni di riferimento: <http://www.biap.org/es/recomandations/recommendations/tc-02-classification/213-rec-02-1-en-audiometric-classification-of-hearing-impairments/file> <https://www.asha.org/public/hearing/Degree-of-Hearing-Loss/>  
<https://www.nap.edu/catalog/11099/hearing-loss-determining-eligibility-for-social-security-benefits>  
[https://www.who.int/pbd/deafness/hearing\\_impairment\\_grades/en/](https://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/)

<sup>13</sup> Bibliografia a supporto: PMID: 30028922, [10.1007/s00405-018-5162-6](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10.1007/s00405-018-5162-6/), [10.1001/jamaoto.2018.2133](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10.1001/jamaoto.2018.2133/), [10.1136/jramc-2017-000872](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10.1136/jramc-2017-000872/)

### Raccomandazioni adatte e aggiornate

#### 10. Corticosteroidi intratimpanici come terapia di salvataggio

Considerare la terapia steroidea intratimpanica in pazienti con SSNHL e mancata o parziale risposta alla terapia steroidea e OTI da 2 a 6 settimane dopo l'insorgenza dei sintomi<sup>14</sup>.

*Raccomandazione basata su revisioni sistematiche di trial controllati randomizzati con un profilo beneficio-rischio favorevole.*

#### 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 randomizzati con un profilo beneficio-rischio sfavorevole.*

#### 12. Valutazione degli outcome

Richiedere una valutazione audiometrica di follow-up per i pazienti con SSNHL alla fine del trattamento, a 6 mesi e a 12 mesi.

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

#### 13. Riabilitazione

Informare i pazienti con SSNHL che presentano residuo deficit uditivo e/o acufeni dei possibili benefici della riabilitazione audiologica e di altre tecniche di supporto.

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

<sup>14</sup> La terapia di salvataggio tra la seconda e la sesta settimana dall'evento acuto può essere effettuata con cortisone sia per via sistemica che per via intratimpanica (mentre la LG originale prevede solo la via intratimpanica). [10.1007/s00405-017-4803-5](https://doi.org/10.1007/s00405-017-4803-5) [10.1001/jamaoto.2020.0047](https://doi.org/10.1001/jamaoto.2020.0047) [10.1371/journal.pone.0221713](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221713),