

N° 1ODORATO E OLFATTO N° 1

Giovedì, 4 Marzo 2004

Il più primitivo tra i sensi

Tra i cinque sensi, l'olfatto è quello che ha meno legami con una visione mediata, ragionata del mondo. Mentre tutto ciò che percepiamo con il tatto o con la vista diventa per noi materiale sul quale riflettere per analizzare la realtà che ci circonda, le sensazioni olfattive spesso rimangono in noi solo a livello inconscio, a un livello dove non avviene nessun processo di analisi razionale.

Questo fatto è dovuto in gran parte all'evoluzione, che ci ha portato a minimizzare la necessità di odorare l'ambiente e di fiutare pericoli, avendo sviluppato in maniera molto più forte altri sensi. Al contrario dell'uomo, altre specie animali hanno invece privilegiato molto di più l'odorato. Il cane, ad esempio, ha un numero di recettori neuronali ben cento volte più alto rispetto all'uomo. Alcune farfalle, specie quelle più piccole, hanno un apparato olfattivo così sviluppato che i maschi sono in grado di sentire l'odore della femmina a dieci chilometri di distanza. Così, nella maggior parte delle specie viventi, l'odore gioca un ruolo essenziale per la sopravvivenza: dalla ricerca del partner alla segnalazione del proprio territorio, esso è implicato in un fondamentale processo comunicativo.

La storia e soprattutto le credenze dell'uomo sono da sempre legate al profumo: "Nella liturgia cattolica è uno degli elementi dell'offerta sacrificale destinata a farla accogliere dalla divinità" (J. Chevalier, A. Gheerbrant, Dizionario dei simboli). Per i Romani e per i Greci gli odori servivano a svolgere molteplici funzioni rituali, così come nell'antico Egitto.

Per la sua inconsistenza, l'odore, il profumo evoca una presenza spirituale e richiama la natura dell'anima. Nelle religioni orientali, nello Yoga, il profumo è sinonimo di perfezione, espressione di virtù.

Se nella nostra quotidianità l'olfatto non è un mezzo di comunicazione al più reso esplicito, i profumi e gli odori che sentiamo diventano lo stesso, inevitabilmente, parte della nostra percezione del mondo. Proprio la natura "inconscia" del nostro odorare fa sì al contrario che esso giochi un peso notevole nell'ambito delle emozioni. Lo sanno bene gli scrittori, che da sempre hanno dato il giusto peso a questo senso per accrescere il potenziale di significato veicolato dalle loro pagine.

L'olfatto nelle Lettere

Nella letteratura come nella vita, l'olfatto ha molte carte da poter giocare. Può decidere simpatie o antipatie, può riassumere in un'unica sensazione un'intera situazione ambientale, può farsi veicolo di sensazioni e ricordi. Oppure può essere usato come un asso nella manica da parte di scrittori "esperti" per lanciare al lettore messaggi più nascosti, messaggi che possono andare oltre le stesse pagine della vicenda narrata, per le sue connotazioni.

Laurence Sterne, La vita e le opinioni di Tristram Shandy, gentiluomo (1759-1767)
Opera maggiore di questo autore inglese, questo romanzo insolito e bizzarro che presenta strutture narrative e tematiche sperimentali rappresenta uno dei primi tentativi di creare il nuovo genere letterario del Romanzo moderno. Il tema principale è la rappresentazione delle contraddizioni e delle assurdità umane. Con gusto del comico e del grottesco, il protagonista

del terzo romanzo è il naso di Tristram, deformato da un parto travagliato e chiamato lo "sfortunato naso schiacciato".

Edmond Rostand, Cyrano de Bergerac

Nel romanzo di Edmond Rostand il protagonista è un personaggio realmente vissuto nel Settecento, lo spadaccino e satirico Cyrano de Bergerac, famoso per il suo naso dalle dimensioni notevoli. Se nella vita pare che Cyrano abbia detto: Il naso grande è il simbolo di un uomo cortese, di spirito, affabile e liberale, nel romanzo l'aspetto fisico diventa il motivo scatenante per una timidezza tale da impedire il protagonista di esplicitare il proprio amore alla dama prescelta. La trama del romanzo, ormai famosa in tutto il mondo, si svolge proprio partendo dalle caratteristiche fisiche del personaggio, che ne condizionano il carattere e, quindi, il comportamento.

Baudelaire, I fiori del male

Uno dei principi fondamentali alla poetica baudelairiana è quello della sinestesia, procedimento retorico che consiste nell'associare, all'interno di un'unica immagine, sostantivi e aggettivi appartenenti a sfere sensoriali diverse [link dizionario retorico]. Baudelaire è forse il primo dei poeti occidentali a utilizzare questa particolare figura di significato, motivo per cui diventerà un punto di riferimento continuo per tutta la poetica simbolista. Così, grazie a un continuo richiamarsi delle sensazioni, un profumo può legarsi ad immagini ed esperienze vivide anche per gli altri sensi:

"Vi sono profumi freschi come carni di bambini, / dolci come oboi, verdi come prati, / - e altri, corrotti, ricchi e trionfanti, // che hanno l'espansione delle cose infinite, / come l'ambra, il muschio, il benzoino e l'incenso, / che cantano i trasporti dello spirito e dei sensi"
(Corrispondenze)

Marcel Proust, Alla ricerca del tempo perduto

In una rassegna di autori letterari legati alle esperienze dei sensi non può mancare Proust. Tutta la Recherche si basa proprio sugli effetti che alcune sensazioni provocano nel protagonista. Secondo lo scrittore vi sono episodi particolari nella vita di ogni uomo che vengono immagazzinati nella memoria attraverso l'ausilio di particolari sensazioni cui vengono associati (Se la nostra esistenza è vagabonda, la nostra memoria è sedentaria). Tali momenti possono restare nell'oblio per anni, ma può accadere che il risveglio di una di queste sensazioni provochi il risveglio nella memoria di quel particolare episodio. La sensazione si fa così veicolo per un ritorno di antiche memorie e quindi, indirettamente, del recupero di un "tempo perduto".

"Ma che un rumore, che un odore, già sentito o respirato un tempo lo sia nuovamente, insieme nel presente e nel passato reali senza essere attuali, ideali senza essere astratti, immediatamente l'essenza permanente e abitualmente nascosta delle cose si trova liberata, e il nostro vero io che, talvolta da molto tempo, sembrava morto, ma che non lo era interamente, si sveglia, si anima ricevendo il cibo che gli viene dato"

Luigi Pirandello, Uno, nessuno e centomila

Il protagonista di questo romanzo pirandelliano parte da un'osservazione sulla forma del proprio naso per rimettere in discussione tutto il rapporto tra sé e il mondo circostante. Egli considera il fatto che un qualsiasi interlocutore che debba interagire con noi si trova di fronte al nostro aspetto fisico e ne è, seppur inconsapevolmente, influenzato. Al contrario, noi abbiamo una percezione del nostro io assolutamente indipendente da fattori esterni. Questa dicotomia percettiva tra noi e gli altri porta il protagonista a riflessioni sui confini tra l'io e il

mondo, tra la soggettività e l'oggettività, in un ottica tipica della produzione più moderna dello scrittore siciliano, dimostrando al contempo come i sensi per l'uomo siano insieme canale di comunicazione e veicolo di incomprensioni.

"E gli altri? Gli altri non sono mica dentro di me. Per gli altri che guardano da fuori, i miei sentimenti hanno un naso. Il mio naso. E hanno un paio d'occhi, i miei occhi, ch'io non vedo e ch'essi vedono. Che relazione c'è tra le mie idee e il mio naso? Per me, nessuna. Io non penso col naso, né bado al mio naso, pensando. Ma gli altri? Gli altri che non possono vedere dentro di me le mie idee e vedono da fuori il mio naso? Per gli altri le mie idee e il mio naso hanno tanta relazione, che se quelle, poniamo, fossero molto serie e questo per la sua molto buffo, si metterebbero a ridere"

Patrik Suskind, Il profumo

Le sensazioni olfattive sono al centro dell'intero romanzo di Suskind, il cui protagonista, Grenouille, è una creatura che non ha odore ma che proprio per questo presta notevole attenzione agli odori del mondo e che dell'odore della gente si "nutre". L'odore diventa simbolo di questa quête al negativo, dove il personaggio tenta, con l'unico linguaggio che gli appartiene, di fondersi negli altri e trovare un proprio significato.

"La mano con cui stringeva il flacone emanava un profumo molto delicato, e quando la portava al naso e la fiutava, diventava malinconico, e per un attimo smetteva di camminare e si fermava ad annusare. Nessuno sa com'è buono in realtà questo profumo, pensava. Nessuno sa com'è fatto bene. Gli altri si limitano a subirne l'effetto, anzi non sanno neppure che è un profumo che agisce su di loro e li affascina"

N° 2

ODORATO E OLFATTO N° 2

Giovedì, 4 Marzo 2004

IL NASO

L'organo dell'olfatto è il naso, esso è situato sul viso. Il naso, mediante il setto nasale, è diviso in due cavità piuttosto ampie, che da una parte comunicano con l'esterno per mezzo delle narici. dall'altra verso l'interno, con la parte superiore dalla mucosa olfattiva.

La mucosa respiratoria è percorsa da numerosi vasi sanguigni che le conferiscono la colorazione rossa.

La mucosa olfattiva è il punto di confluenza delle varie terminazioni nervose che ci permettono di percepire le sensazioni olfattive.

Nella mucosa olfattiva possiamo distinguere vari strati di cellule:

- cellule di sostegno che servono a sostenere altre cellule fraposte;
- cellule olfattive, che sono autentici neuroni i cui dendriti danno origine a 6-8 ciglia olfattive sensibili alla maggior parte dei vapori;
- cellule basali, simili alle cellule di sostegno, ma situate a maggior profondità.

Tra le cellule olfattive e quelle basali troviamo le ghiandole olfattive, che secernono i liquidi destinati a mantenere umidi e puliti i rivestimenti olfattivi.

N° 3ODORATO E OLFATTO N° 3

Giovedì, 4 Marzo 2004

UN CASO DI ANOSMIA-IPEROSMIA CON IPOAGEUSIA, DA PROBABILE STRESS, MIGLIORATA A SEGUITO DI UNA FARMACOTERAPIA ANTISTRESS.

R. COCCHI, neurologo e psicologo medico.

(Altri due casi descritti)

Riassunto.

Viene presentato il resoconto di un caso di anosmia-iperosmia con parziale ageusia in una paziente medico di 44 anni. Il disturbo insorse improvvisamente e fu scatenato dall'odore di idrocarburi. E' stato affrontato con una terapia antistress-antidepressiva a basso dosaggio, agente sul GABA, sulla serotonina, sulla dopamina e sull'acido glutammico. Il recupero del gusto e dell'odorato, già iniziato a distanza di un mese, si è consolidato durante 18 mesi di terapia, con residuo di episodiche sensazioni iperosmiche. Non è chiaro se tale recupero sia stabilizzato, o sia tale in relazione ad un equilibrio temporaneo, mantenuto per un certo periodo anche dopo la sospensione dei farmaci.

Pagina iniziale

E' capitato alla mia attenzione un caso di anosmia-iperosmia con parziale ageusia, in un medico specialista, decisamente migliorato in seguito a una terapia antistress. Data la eccezionalità del caso, le sue caratteristiche particolari, la cronistoria scritta dallo stesso medico-paziente, si è voluto darne qui di seguito il resoconto, dopo un riesame della letteratura recente.

Riesame della letteratura.

Il numero delle opinioni mediche basate sull'esperienza, in riferimento ai disordini dell'odorato e del gusto, è in continua crescita negli ultimi anni. Tuttavia, una rassegna dei problemi specifici e dei risultati di queste opinioni non sono stati pubblicati, fino ad ora. (Delank, Nieschalk, Schmal e Stoll, 1999).

Per anosmia si deve far riferimento a ogni tipo di alterazione quantitativa del senso dell'odorato. Si tratta di un sintomo che può essere indotto da più fattori causali. La classificazione delle anosmie è basata sulla diagnosi delle differenti cause. Ciò implicitamente include considerazioni eziologiche e topografiche.

Gil-Carcedo, Gil-Carcedo, Vallejo e Ortega, 1999, hanno stabilito 3 gruppi principali sulla scorta del sito della lesione causale: di conduzione, sensoneurali e miste. In aggiunta, per le anosmie sensoneurali, fanno distinzione tra le epiteliali, le e le centrali. Disfunzioni del sensorio chimico sono molto spesso secondarie ad una di solo poche cause: malattie del naso o dei seni paranasali, infezioni virali, esposizione a sostanze chimiche tossiche, traumi cranici, condizioni riferibili a interventi medici, o idiopatiche.

Per quanto riguarda le riniti allergiche, sembra esserci un continuum di durata e di gravità della perdita olfattiva che va di pari passo con l'aumento della gravità della malattia sinusale e nasale. Come risultato dell'aumento di frequenza di infezioni respiratorie associate con la rinite allergica, questi pazienti rischiano danni all'epitelio olfattivo. (Apter, Gent e Frank, 1999). Secondo Klimek, Muttray, Moll, Konietzko e Mann (1999), i disturbi dell'odorato sono nella medicina del lavoro e nella medicina dell'ambiente.

Nella medicina del lavoro, l'importanza di sostanze tossiche per l'olfatto può essere ipotizzata nei lavoratori meccanici e chimici, nella saldatura e nella disinfezione. In effetti, indennizzi per disfunzioni olfattorie vengono richiesti dopo traumi (64 %), esposizione professionale a tossici (23 %) operazioni chirurgiche nasali (8 %), e laringectomia (5 %). Anosmia o iposmia vengono lamentate, rispettivamente dal 66 % e dal 24 % di tutte queste persone. (Delank, Nieschalk, Schmal e Stoll, 1999).

Naturalmente, ci possono essere alcuni individui che fingono una perdita totale dell'odorato, ma sembra che l'Olfactory Confusion Matrix (OCM) sia uno strumento efficace per separare la malafede dall'anosmia (Kurtz, White, Hornung, e Belknap, 1999). Esiste anche una anosmia all'interno della sindrome di Kallmann, un complesso disturbo genetico con ipogonadismo ipogonadotropico (John e Schmid, 2000). In un articolo che descrive una serie di 306 pazienti con anosmia, fu trovato che le cause legate al naso e ai seni paranasali (disturbo di conduzione) erano determinanti nel 67% dei pazienti, mentre le infezioni respiratorie del tratto superiore erano responsabili di anosmia in un altro 18%.

La perdita del senso dell'odorato era spesso accompagnata da parosmie disturbanti nel 50% dei soggetti. (Bonfils, Corre' e Biacabe, 1999). Tra le cause di tipo medico, specificamente iatrogeno, cominciano ad essere più frequenti i riferimenti della letteratura ad anosmie seguite all'uso di alfa-interferone in pazienti affetti da epatite C. (Cocquyt e Van Belle, 1994; Fernandez Fernandez Castiella Eguzkiza, Tejada Calabria e Garcia Bengoechea, 2000, Kraus e Vitezic, 2000).

In un caso l'anosmia era ancora presente dopo 13 mesi dalla sospensione dell'interferone (Kraus e Vitezic, 2000). Interessante ancora è quanto riportato tra le variazioni del senso dell'olfatto. Se la perdita dell'odorato è spesso accompagnata da un 50% di parosmie disturbanti (Bonfils Corre' e Biacabe, 1999), psicotici al primo episodio hanno avuto una ipersensibilità all'acetato di isoamile e all'androsteneone, le due sostanze usate come test (Sirota, Davidson, Mosheva, Benhatov, Zohar, e Gross-Isseroff, 1999).

La diagnosi di anosmia può essere fatta con il The Alcohol Sniff Test (70% di alcol isopropilico), anche nei bambini, l'1-2% dei quali, negli Stati Uniti, ne sono colpiti. (Davidson, Freed, Healy e Murphy, 1998.) I problemi dell'odorato hanno conseguenze deleterie sulla salute in generale, sullo stato nutrizionale e sulla qualità della vita. (Reiss e Reiss, 2000).

Il trattamento della malattia causativa può far riprendere la funzione dell'odorato. L'unica causa veramente reversibile è l'infiammazione, che è confermata con il ritorno dell'olfatto dopo somministrazione di corticosteroidi. Diversamente il recupero dell'odorato è un fatto casuale e non direttamente legato all'intervento terapeutico in corso.

C'è comunque sempre la necessità di un adeguato supporto psicologico per i pazienti con problemi dell'odorato. Se il ripristino del loro senso dell'olfatto è improbabile, i pazienti dovrebbero essere educati per mantenersi sicuri in rapporto a quei pericoli tipo perdite di gas, fumo, cibi andati a male (Reiss e Reiss, 2000).

Sull'approccio psicologico insistono anche Koch-Gromus, e Schmeling-Kludas, 2000, come misura terapeutica a lato dell'intervento medico. Nella letteratura da me consultata, non risultano riferimenti alla relazione tra anosmia e stress.

Il caso.

Femmina, di 44 anni al momento della prima visita. E' sempre stata un po' ipersensibile agli odori. Quello che segue e' una relazione scritta da lei stessa.

30.10.2000: Primo controllo dopo la terapia di saggio messa il 2 ottobre di questo mese. La terapia e' stata assunta inizialmente con una certa paura, a causa di pregiudizi aspecifici verso i farmaci. Sta meglio. Ha un recupero dell'odorato che sta passando ad una fase di iperosmia. Da una settimana quest'ultima sta diminuendo. Sopporta male l'odore delle persone. Di notte dorme bene. Ricorda che nel 1995 aveva avuto un problema simile, ma meno intenso, e meno duraturo sempre "per odori derivati da gasolici, nel condominio in cui abitava. Sembra che il senso del gusto, che per molti cibi aveva perso, le stia ritornando.

La terapia di prova con carbamazepina 100 mg, bromazepam 1.5 mg e un composto di amitriptilina 10 mg + perfenazina 2 mg vengono aggiunte glutammina 125 mg e piridossina 150 mg, il tutto a dosi giornaliere.

11.12.2000: Si sente in modo diverso. Ritiene ora di essere solamente iperosmica. Ha sentito per un mese l'odore del legno e della gomma (plastica?), ma ora percepisce entrambi in maniera meno intensa. Ha sensazioni di disgusto per i profumi che le persone mettono addosso, ma anche questo si sta attenuando. Ha riacquistato il senso del gusto.

A proposito del senso del gusto, riferisce di aver avuto quasi con certezza una iniziale fase di ipersensibilita' ("ipergustativa"), seguita poi da una fase di iposensibilita' ("ipogustativa"). E' stata meno attenta a questo senso perche' quello dell'odorato la preoccupava molto di piu'. Comincia a sentire gli odori delle persone, specie se hanno fumato o sono state in ambienti in cui si fumava. Sente l'odore dei tessuti, si e' abituata di piu' all'odore dei detersivi.

A distanza di tempo, la sensazione di iperosmia si sta attenuando. Il tatto non e' mai stato disturbato. Ha ripreso il lavoro, che aveva dovuto interrompere. Variazione terapeutica: Glutammina 250 mg / die. 08.01.2001. Ha ancora problemi di ipersensibilita' per alcuni odori (odore di aglio soffritto). Ha avuto sintomi di nausea in concomitanza con le vertigini.

E' riuscita a controllarli con domperidone, e bicarbonato + succo di limone (citrato di sodio). Ha fatto anche alcune applicazioni di agopuntura. Le vertigini stanno calando. Erano sempre in relazione con movimenti bruschi del capo che interessavano sempre il centro dell'equilibrio (labirinto). Sopporta sempre male l'odore di saponette e di detersivi. Non sono state introdotte variazioni di terapia.

Nei tempi successivi la paziente e il medico si vedono in maniera informale. I sintomi progressivamente migliorano e resta inteso che, in ogni caso, la terapia verra' protratta per un tempo totale di almeno 18 mesi.

25.03.2002: Ultimo controllo prima di sospendere la terapia. Ha avuto un graduale e lento miglioramento. Meno disturbata dai profumi usati da terze persone. Ha riacquistato tutti gli odori. Fino al gennaio 2002 aveva un pensiero coartato, vale a dire, il pensiero era sempre

focalizzato alla analisi degli odori. Ora ha il pensiero piu' libero. La disturba ancora l'odore delle saponette al momento dell'uso.

Gli danno ancora fastidio gli odori dei farmaci escreti con sudore e urine: Era predisposta a sentire odori di mandorle, melone e cipolla nelle urine e nel sudore. Ha pero' ipersensibilita' a certi odori. All'inizio ha avuto mioclonie alle cosce e alle palpebre per 3-4 mesi. Ha fatto controlli ematici che sono risultati negativi, ad esclusione di un lieve aumento di siero-albumine all'elettroforesi, con un 68.1 % (ambito normale: 52.0-65.0).

In tali condizioni, ha fatto fatica a mantenere il lavoro, che non ha abbandonato. Da sei mesi e' piuttosto stabilizzata. Il problema gustativo si e' risolto per primo. Ha avuto qualche problema per la visione da vicino. Si e' cercata dei diversivi con il tennis, la piscina, il ballo (rock'n-roll e bolgie-woogie). Ha recuperato la libido. L'iperosmia aumenta nella fase premestruale. Ammette di aver accettato la terapia con farmaci perche' non aveva altra scelta, ma i risultati, tenuto conto delle basse dosi giornaliere assunte, l'hanno fatta ricredere, a questo proposito. Nel giro di un mese, progressivamente, cessera' la terapia farmacologia in corso, ma e' stata avvertita che il risultato potrebbe essere instabile.

Discussione.

Non e' facile classificare il tipo di anosmia qui descritto, secondo i criteri di Gil-Carcedo, Gil-Carcedo, Vallejo e Ortega, 1999. Tenuto conto dell'esordio, della mancanza di cause periferiche definite e dei buoni risultati ottenuti a seguito di una terapia anti-stress, ci sembra che la cosa piu' adatta sia la cornice di riferimento delle anosmie sensoneurali, varieta' centrale, idiopatica.

La collocazione tra le anosmie centrali e' sostenuta anche dal dato che gia' in passato c'era stato un episodio simile, sia pur meno grave, e risoltosi spontaneamente. Questo pero' fa dubitare della specificazione causale come idiopatica. Molte sono le caratteristiche che rendono questo caso degno di nota. Il fatto che sia capitato ad un medico, ad esempio ne ha permesso una descrizione molto particolareggiata ed in secondo luogo si deve dire che pur non rientrando nell'ambito delle anosmie reversibili a seguito di specifica terapia causale (Reiss e Reiss, 2000), alla fine c'e' stato un recupero completo dell'odorato, fatta salva una qualche iperosmia.

Da ultimo, il trattamento non ha avuto alcun supporto psicoterapico, nonostante questo sia ritenuto un elemento indispensabile del dispositivo terapeutico (Koch-Gromus, e Schmeling-Kludas, 2000). A questo proposito, non vorrei che si pensasse che io ritengo inutile il supporto psicoterapico. In questo caso pero' non c'e' stato, e qui mi fermo. Cominciamo con il ricordare che c'era stato un episodio simile 5 anni prima e che anche in quel caso l'elemento scatenante sia stato l'odore di idrocarburi ("per odori derivati da gasolici"). Questo fatto permette di ipotizzare un qualche disturbo nelle cellule che elaborano gli stimoli dell'odorato (complesso dell'amigdala e area pre-piriforme, secondo Adams e Victor, 1989).

Si puo' addirittura pensare che esso riguardi cellule deputate specificamente alla elaborazione degli stimoli degli idrocarburi alifatici. Il dato potrebbe essere confermato sia dalla affermazione della paziente di aver sempre avuto una particolare sensibilita' agli odori, in generale sia dalla ipersensibilita' agli odori dei detergenti, che sono dei derivati degli idrocarburi. Altro elemento di interesse e' l'implicazione del senso del gusto. Il fatto non e' nuovo.

L'associazione con l'iposmia costituisce una sindrome idiomatica descritta da Henkin et al., 1971, o un esito parainfluenzale (Henkin et al, 1975). Non e' detto pero' che la sensazione soggettiva corrisponda ad una vera perdita parziale del gusto. Quest'ultimo senso dipende, in gran parte, da particelle volatili provenienti dai cibi e dalle bevande che raggiungono i recettori olfattori per via nasofaringea. La percezione del sapore e' data dalla combinazione dell'olfatto e del gusto (Adams e Victor, 1989).

Nel nostro caso l'ipogeusia lamentata trova sicuramente nell'anosmia o nella parosmia una sua causa, ma non sappiamo se sia esauriente, non avendo la paziente fatto test specifici per il senso del gusto. Un altro aspetto sintomatico che merita di essere ricordato e' la presenza di iperosmia, una anomalia quantitativa del senso dell'odorato.

E' stato messo in discussione se esista un tale fenomeno. La cosa piu' probabile e' che esso esista, come esiste per i suoni, e per le luci. In attacchi emicranici e' stata trovata una sensibilita' abnorme per tutti e tre questi sensi (Adams e Victor, 1989).

Per chi ha avuto contatti con bambini autistici, in tanti di essi l'ipersensibilita' ai suoni sembra un elemento indiscutibile, confermata dal fatto che il bambino tende a limitarne l'ingresso chiudendo il padiglione auricolare con le mani. Una ridotta soglia per i rumori, che diventano meno tollerabili, e' quasi una costante di certe forme depressive dell'adulto.

Sensazioni di ipersensibilita' del gusto per l'amaro o per l'acido sono state descritte in certi pazienti tumorali (Adams e Victor, 1989). Certe insofferenze per i vestiti, sempre negli autistici o nei ritardati mentali, fanno pensare che anche il tatto possa trovarsi in questa condizione.

La terapia antistress e antidepressiva a basso dosaggio posta in atto, come saggio in un primo tempo, con azione sui recettori A e B del GABA, sulla serotonina e sulla dopamina, aveva gia' mostrato una sua efficacia nel giro di un mese. In quel momento fu integrata in modo di agire anche sulla GAD con la piridossina e sulla neoproduzione di acido glutammico e quindi di GABA con la glutammina.

Un sicuro legame tra disturbi dell'odorato e stress, in questa paziente, e' dato dalla affermazione che i disturbi iperosmici aumentano in periodo premenstruale, i sintomi della cui sindrome non sono specifici, e sono stati da me indicati come sintomi di stress (Cocchi, 1998).

Si deve annotare inoltre che il recupero dell'odorato e' passato attraverso una fase di iperosmia, tappa intermedia comune al periodo della sua parziale perdita. E' assai probabile che questa catena sensoriale - normalita'-iperfunzione-ipofunzione/perdita e possibile ritorno - non sia un fatto individuale di questa paziente, e non sia specifica per l'odorato, e che essa possa essere influenzata, come e' avvenuto in questo caso, da farmaci.

Si tratta comunque di una considerazione altamente speculativa, che necessita di molte altre conferme, al di la' di quella positiva parziale in soggetti depressivo-nevrotici con ipersensibilita' al rumore.

Conclusioni.

Un caso di anosmia-iperosmia con parziale ageusia in una paziente medico di 44 anni, insorto improvvisamente e scatenato dall'odore di idrocarburi, e' stato affrontato con una terapia antistress-antidepressiva a basso dosaggio, agente sul GABA, sulla serotonina, sulla dopamina e sull'acido glutammico.

Il recupero del gusto e dell'odorato, già iniziato a distanza di un mese, si è consolidato durante 18 mesi di terapia, con residuo di episodiche sensazioni iperosmiche. Non è chiaro se tale recupero sia stabilizzato, o sia tale in relazione ad un equilibrio temporaneo, mantenuto per un certo periodo anche dopo la sospensione dei farmaci.

(Altri due casi descritti)

Bibliografia.

Adams RG, Victor M. Principles of Neurology. McGraw-Hill, New York, 1989.

Apter AJ; Gent JF; Frank ME. Fluctuating olfactory sensitivity and distorted odor perception in allergic rhinitis. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1999, 125: 1005-1010.

Bonfils P; Corre' FL; Biacabe B. Semiologie et etiologie des anosmies: a propos de 306 patients. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 1999, 116: 198-206.

Cocchi R. Pre-menstrual syndrome as the paradigm of an internal biochemical stress. Melbourne, 1998. In internet, on www.stress-cocchi.org/speculation3.htm

Cocquyt VF; Van Belle SJ. Anosmia associated with alpha-interferon treatment. Ann Oncol 1994, 5: 863.

Davidson TM; Freed C; Healy MP; Murphy C. Rapid clinical evaluation of anosmia in children: the Alcohol Sniff Test. Ann N Y Acad Sci 1998, 855: 787-792.

Delank KW; Nieschalk M; Schmal F; Stoll W. Besonderheiten in der Begutachtung von Riech- und Schmeckstörungen. Laryngorhinootologie 1999, 78: 365-372.

Fernandez Fernandez FJ; Castiella Eguzkiza A; Tejada Calabia AM; Garcia Bengoechea M. Anosmia secundaria a tratamiento con interferon en un paciente con hepatitis cronica C. Gastroenterol Hepatol 2000, 23: 99-500.

Gil-Carcedo LM; Gil-Carcedo E; Vallejo LA; Ortega P. Proposed classification scheme for quantitative olfactory function alterations. Otolaryngol Head Neck Surg 1999, 121: 820-825.

Henkin RI, Schechter PJ, Hoyer R, Mattern CFT. Idiopathic hypogeusia, with dysgeusia, hyposmia and dysosmia. A new syndrome. JAMA 1971, 217: 434.

Henkin RI, Larson AL, Powell RD. Hypogeusia, dysgeusia, hyposmia, and dysosmia following influenza-like infection. Ann Otol Rhinol Laringol (USA) 1975, 84: 672-682.

John H; Schmid C. Kallmann's syndrome: clues to clinical diagnosis. Int J Impot Res 2000, 12: 121-123.

Klimek L; Muttray A; Moll B; Konietzko J; Mann W. Riechstörungen durch nhalative Schadstoffexposition. Bedeutung für die gutachterliche Praxis. Laryngorhinootologie 1999, 78: 620-626.

Koch-Gromus U; Schmeling-Kludas C. Psychoosmologie an der Jahrtausendwende: Von der "nasalen Reflexneurose" zur modernen Psychosomatik des "Riechsturzes". Zum 60.

Geburtstag von Herrn Prof. Dr. Michael v. Rad. Psychother Psychosom Med Psychol 2000, 50: 259-270.

Kraus I; Vitezic D Anosmia induced with alpha interferon in a patient with chronic hepatitis C. Int J Clin Pharmacol Ther 2000, 38:360-361.

Kurtz DB; White TL; Hornung DE; Belknap E. What a tangled web we weave: discriminating between malingering and anosmia. Chem Senses 1999, 24: 697-700.

Reiss M; Reiss G. Zur Problematik von Riechstörungen. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 2000, 94: 149-153.

Sirota P; Davidson B; Mosheva T; Benhatov R; Zohar J; Gross-Isseroff R. Increased olfactory sensitivity in first episode psychosis and the effect of neuroleptic treatment on olfactory sensitivity in schizophrenia. Psychiatry Res 1999, 86: 143-153.

Frère Natalino Cesare De Rossi (Ricerca)