

SURDITATEA REFLEXĂ

Prof. Dr. T. Ataman, Dr. Veronica Epure

Clinica de Cofochirurgie a I.F.A.C.F.-O.R.L. „Profesor Dr. D. Hociotă“

REZUMAT

Autorii, pe marginea a două cazuri clinice de surditate neurosenzorială unilaterală post-extracție dentară, își propun să prezinte o posibilitate excepțională de surditate reflexă.

Cuvinte cheie: urechea internă; surditate neurosenzorială brusc instalată idiopatică; surditate reflexă

ABSTRACT

The starting point of this article is a presentation of two case reports of sudden neurosensory hearing loss syndrome following dental surgery. The authors discuss the extremely rare possibility of reflex hearing loss.

Key words: inner ear; sudden neurosensory hearing loss syndrome; reflex hearing loss syndrome

Surditatea sau hipoacuzia neurosenzorială poate avea cauze diferite și uneori mecanisme etiopatogenice foarte curioase.

O astfel de situație o reprezintă surditatea neurosenzorială reflexă.

Am întâlnit două astfel de cazuri la pacienți tineri (în a treia decadă de vârstă), în care la ambii după practicarea unei extracții dentare s-a instalat o surditate neurosenzorială unilaterală.

Extracțiile dentare au fost practicate sub anestezie locală (cu xilină adrenalinată) și au fost laborioase.

Am constatat următoarele:

- În ambele cazuri surditatea a fost de tip neurosenzorial, unilaterală,
- Surditatea a fost ipsilaterală cu extracția dentară,
- Surditatea a fost de partea stângă
- Instalarea hipoacuziei a fost precedată de un tinnitus puternic, care a persistat în continuare.

În aceste cazuri nu poate fi incriminată substanța anestezică, deoarece aceasta, resorbindu-se, ar fi trebuit să acționeze bilateral.

Hipoacuzia a fost de intensitate moderată (50-70db), s-a instalat brusc și a fost ireversibilă.

Incriminarea extracției dentare (și nu a anesteziei) este totuși curioasă, pentru că extracții dentare mai fuseseră practicate în antecedentele ambilor pacienți atât contro- cât și ipsilateral, dar fără instalarea hipoacuziei.

De asemenea faptul că există sute de mii de pacienți la care s-au practicat extracții dentare și care nu au făcut hipoacuzie în aceste situații, ridică alte semne de întrebare.

Cum se pot explica totuși astfel de cazuri ?

Extracția dentară este un act chirurgical care impresionează pacientul, mai ales în cazul persoanelor

mai sensibile. Inervația bogată trigeminală a zonelor alveolodentare explică cu prisosință acest lucru.

În mod reflex se pot produce spasme pe ramurile striale și/sau modiolare ale arterei cohleare (echivalentul empiric cu „a-i țuii urechile după o pereche de palme“). Acest spasm prelungit induce tromboză într-un teritoriu vascular de tip terminal și fără anastomoze.

Surditatea neurosenzorială reflexă trebuie diferențiată de comoția cohleară, surditatea brusc instalată idiopatică, hidrops endolimfatic prima criză, ruptura ferestrelor labirintice, fistula perilimfatică ș.a.m.d. la care cauza este evidentă.

Această surditate reflexă neurosenzorială nu trebuie confundată cu surditatea de tip percepție idiopatică brusc instalată la care nu putem decela o cauză relevantă.

Din păcate cazurile noastre s-au prezentat după ani de zile de la instalarea hipoacuziei reflexe, atunci când orice terapie era inutilă. De aceea este bine ca medicii stomatologi să cunoască această posibilitate, să nu o bagatelizeze și să trimită de urgență astfel de cazuri la medicul specialist otolog.

Audiograma tonală liminară efectuată cât mai precoce la acești pacienți, este aceea care stabilește diagnosticul și care lămurește situația.

De asemenea tratamentul trebuie efectuat precoce (în primele 24-48 ore) pentru a mai avea eficiența scontată. Tratamentul este o urgență, poate mai mare decât în cazul surdității neurosenzoriale brusc instalate idiopatic.

Trebuie administrate pe cale endovenoasă, într-un mediu de vehiculare (ser glucozat 5%, ser fiziologic, soluție Ringer): Hemisuccinat de hidrocortizon (2-6 fiole), Redergin sau Hydergin (o fiolă), Heparină (1-6 fiole).

Cu o oră înainte de perfuzie se administrează un antihistaminic (Romergan, Tavegyl, Claritine), iar după perfuzie se completează cu un diuretic ușor (Ederen, Nefrix, Tertensiv, Spironolactonă).

În funcție de gradul de surditate (ușoară/moderată/profundă) și de răspunsul la tratament, se vor administra între 3 și 7 perfuzii. O atenție deosebită

trebuie acordată administrării de Heparină, care poate genera o hemoragie în plaga postextractională.

Asupra acestor cazuri trebuie insistat mai mult, pentru că fiind mari rarități, nu sunt cunoscute și în consecință nu li se acordă atenția cuvenită la momentul oportun.

BIBLIOGRAFIE

- Ataman T – *Patologia cervico-facială a nervilor cranieni*, București, 1998.
Ataman T și colab – *Otologie*, București, 2002.