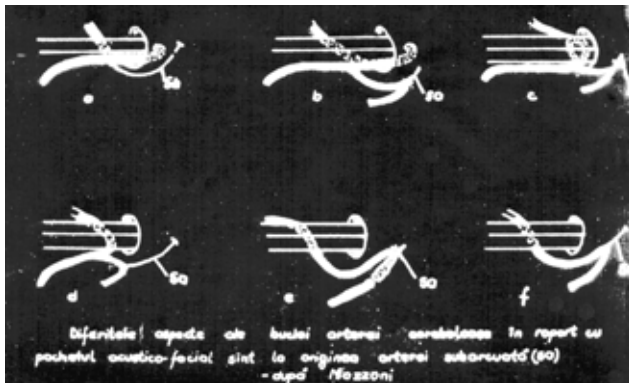




- RMN craniocerebral:
  - câteva hipersemnale FLAIR punctiforme frontale subcorticale de tip demielinizant nespecific (încadrabile în context migrenos/vasculitic), fără anomalii de semnal sau morfologic în restul encefalului;
  - buclă de arteră labirintică ce se desprinde din artera cerebeloasă anteroinferioară dreaptă și vine în raport intim cu pachetul nervos acustico-vestibular drept în cisterna unghiului pontocerebelos și pătrunde în CAI (în dreptul porului acustic intern) – posibil conflict vasculo-nervos;
  - fără stigmat de sângerare endocraniană;
  - sistem ventricular pe linie mediană cu dimensiuni la limita superioară a normalului;
  - spații lichidiene periencefalice discret destinate parietal (probabil constituțional);
  - artere principale endocraniene cu flux normal.

Rememorând, vasele labirintice aparțin circulației endocraniene.

Din trunchiul bazilar se desprinde artera cerebeloasă antero-inferioară sau mijlocie ce trece printre rădăcinile nervului trigemen și a nervului oculomotor extern și poate prezenta 3 variante în raporturile sale cu pediculul acustico-facial:



După Mazzoni și colaboratorii

- cel mai frecvent trece anterior, face buclă în interiorul CAI și apoi se ramifică în arteră labirintică și ramuri recurente ce se reîntorc la nivelul unghiului pontocerebelos;
- mai rar, după un traiect lung, artera cerebeloasă mijlocie se bifurcă în arteră cerebeloasă propriu-zisă și artera cerebello-labirintică.
- mai poate trece posterior și se împarte în artera cerebeloasă mijlocie proprie și artera cerebello-labirintică care formează 2 anse arteriale recurente cerebeloase ce trec una pe deasupra și cealaltă pe dedesubtul trunchiului nervos acustico-vestibular. Din ramura anterioară se

desprinde artera labirintică ce pătrunde în CAI.

Irigația arterială a labirintului e asigurată prin unul sau două vase a-1 căror diametru la origine nu depășește 200 micrometri.

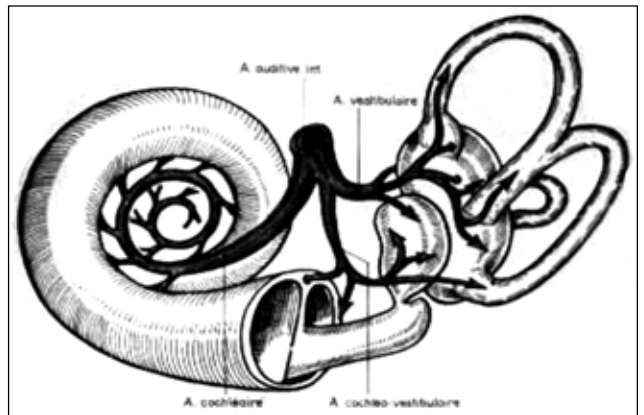
Dispoziția mono sau biarterială este aproximativ egală statistic. La anumiți subiecți numărul arterelor poate chiar varia de la o parte la alta a craniului (stânga cu dreapta).

La circa jumătate din cazuri, după Fisch, ansa formată de artera cerebeloasă voluminoasă (care a fost descrisă de Guerrier și Villaceque) poate penetra în interiorul CAI, insinuându-se între nervul intermediar Wrisberg și pachetul acustico-vestibular (după Mazzoni).

În toate cazurile, arterele destinate labirintului penetrează în CAI în porțiunea sa antero-inferioară. În sistemele monoarteriale, artera labirintică este totdeauna situată între nervul intermediar al lui Wrisberg și pachetul acustico-vestibular.

Cel mai adesea artera labirintică se trifurcă în maniere diferite dând ramurile:

- artera vestibulară anterioară ce se îndreaptă spre utriculă;
- artera vestibulo-cochleară care se bifurcă la contactul cu lama cochleei în 2 ramuri (artera vestibulară și artera cochleară).



După Fisch, arterele destinate vestibulului sunt mai voluminoase decât cele destinate cochleei. Există și vascularizație plexiformă la nivelul ganglionului Scarpa. Ramurile arterei labirintice irigă și elemente neurale, meninge, periost și stânca.

Tot după Fisch, compresia acestor vase ar antrena tulburări trofice cu erodări osoase mai mult sau mai puțin importante.

Buclă de arteră labirintică – situație descrisă intraoperator de Janetta este o anomalie vasculară care ar putea determina manifestări clinice precum acufene, hipoacuzie neurosenzorială și sindrom vestibular.

Prezența buclei intameatal din care se desprind diverse ramuri pentru apeductul Fallopiian, labirint și cohlee, poate determina un deficit vascular printr-o variabilitate anatomică individuală dar și prin asimetrie vasculară, explicându-se astfel rezistența deosebit de scăzută a diverselor structuri ale CAI.

S-a observat clinic că există o explicație fiziopatologică prin deficitul de irigație arterială pentru diversele componente neofilogenetice sau arhifilogenetice (legea lui Forestier). O structură neofilogenetică e mai fragilă la traume sau boli în funcție de irigația arterială. De aceea surditatea neurosenzorială de tip cohlear este mai frecventă decât sindromul vestibular.

O excepție de la această regulă o face nervul facial care deși este o formațiune neofilogenetică este foarte rezistent datorită irigației triarteriale din artera cohleco-vestibulară, stilomastoidiană și artera petroasă ram din artera meningea medie.

Janetta a propus decompresia buclei de arteră labirintică în CAI pentru acufene persistente (indicație exagerată după părerea noastră).

Particularitatea cazului prezentat de noi este aceea că hipoacuzia neurosenzorială de tip cohlear s-a instalat de timpuriu de la vârsta de 14 ani, a fost lent progresivă, ajungând în prezent la resturi auditive. Inițial nu a existat o explicație pentru această evoluție dar accidentul rutier suferit de pacientă a necesitat explorări suplimentare (RMN cranian) unde s-a constatat prezența unei bucle de arteră labirintică care stă la baza apariției hipoacuziei neurosenzoriale unilaterale, acufenelor, amețelilor și tulburărilor de echilibru.

Acest caz demonstrează faptul că există asimetrie vasculară (dreapta-stânga) care la rândul ei explică o anumită patologie (de ce poate fi afectată o singură ureche).

Tehnologia avansată permite explorări mult mai complexe și care ne ajută în explicarea unor fenomene până de curând necunoscute sau puțin cunoscute.

#### BIBLIOGRAFIE:

1. **T. Ataman** – *Patologie cervicofacială a nervilor cranieni*, Editura Lider-București, 1998, pg.141.
2. **Mazzonu et C.H. Hansen** – *Surgical anatomy of the arteries of the internal auditory canal*, *Arch. of oto-laryng.*, feb 70, 91, pg. 128.
3. **H. Chouard, R. Charachon, A. Morgon et elab.** – *Anatomie, Pathologie et Chirurgie du nerf facial*, Masson- Paris, 1972, pg. 27, 33.