

گزارش یک مورد بیبودی ناگهانی شنوازی به دنبال کری ناگهانی

دو طرفه پس از ۱۵ ماه

دکتر اکبر پیرزاده^۱، دکتر امرالله حسینی^۲، دکتر محمد باقر ستوده^۱

E-mail: a.pirzadeh@arums.ac.ir

^۱ نویسنده مسئول: استادیار گوش، حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ایران

^۲ متخصص گوش، حلق و بینی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

چکیده

کم شنوازی ناگهانی، یک اورژانس اتولوژی محسوب می‌شود که گرفتاری دو طرفه در آن نادر و گرفتاری همزمان دو گوش «بسیار نادر» است. در اکثر موارد علت ادیپوپاتیک است و در ۳۰ - ۶۵ درصد موارد، اکنراً بیبودی خود به خودی در طی ۲ هفته رخ می‌دهد.

در این مقاله، موردی از آن گزارش می‌شود که بیماری با کری ناگهانی و کامل دو طرفه همزمان، تحت بررسی های تشخیصی و درمانی استاندارد قرار گرفته و در حالی که پس از یکسال کاندید کاشت حلزون، به عنوان تنها راه درمانی، شده بود، ناگهان شنوازی یک گوش خود را بعد از پانزده ماه به صورت کامل باز می‌یابد. این مورد، ایدپوپاتیک و دارای فاکتورهای پیش آگهی شناخته شده نامطلوب بوده و در بررسی متون و مقالات گزارش مشابهی یافت نشد.

کلمات کلیدی: کم شنوازی ناگهانی؛ کری دو طرفه ناگهانی؛ اردبیل

دریافت: ۸۸/۳/۲۲ پذیرش: ۸۹/۲/۲۸

گوش بیمار قابل تحریک با روش های توان بخشی شنوازی (Non Servicable) نباشد، کاندید کاشت حلزون (CI) خواهد بود [۴،۳].

در اکثریت موارد، بیبودی طی ۲ هفته اول رخ می‌دهد. بیبودی ناگهان پس از ۱۵ ماه نیز، دور از انتظار و نادر تلقی می‌شود [۵].

گزارش بیماری

بیمار خانم ۳۰ ساله‌ای است که روز قبل از مراجعه دچار ناشنوازی ناگهانی هر دو گوش همراه با وزوز گوش شدید دو طرفه شده بود. صحی روز قبل از مراجعه پس از برخاستن از خواب، متوجه ناشنوازی گوش راست و کم شنوازی گوش چپ می‌شود. که ظرف چند ساعت به سرعت تشدید شده و به

مقدمه

کم شنوازی حسی عصبی ناگهانی به ویژه اگر شدید و دو طرفه باشد، به دلیل کری ناگهانی، پدیدهای است که برای بیماران و اطراحیان و حشتناک و باعث اضطراب فراوان است. در علم اتولوژی این موضوع، بسیار نادر تلقی می‌شود. در اکثر موارد علیرغم انجام کلیه اقدامات تشخیصی، علت خاصی برای آن یافت نمی‌شود و ادیپوپاتیک تلقی می‌گردد. در مورد رویکرد تشخیصی و درمانی به آن اختلاف نظر فراوان وجود دارد و خوشبختانه نسبت قابل توجهی از بیماران دست کم تا حدودی بیبود می‌یابند [۱،۲]. بیمار در صورت فقدان علائم بیبودی در کری ناگهانی دو طرفه (مانند آنچه که در گزارش این مورد بسیار نادر وجود داشت) در شرایطی که

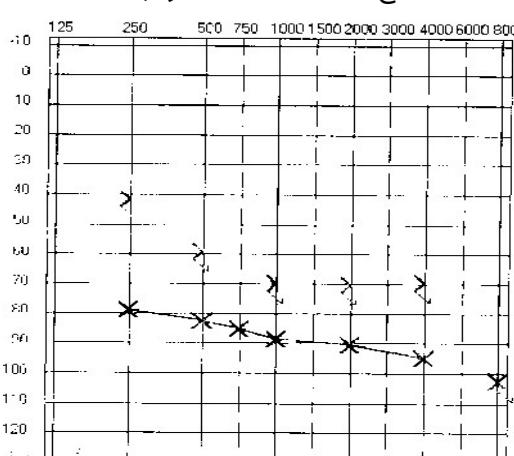
بیمار به صورت اوژانس بستری گردید. آزمایشات اولیه شامل شمارش کامل سلولهای خونی (CBC)، آنالیز ادراری کامل (U/A)، تست‌های تیروئید، عملکرد کبدی، سرعت سدیمان گلبولهای قرمز (ESR)، عملکرد کلیوی، فاکتور روماتوئید PPD و FTA-Abs، VDRL، ANCA، ANA(RF) همzمان درخواست گردید. CXR و نمای شولر از ماستوئیدها و نیز MRI مغز و قاعده جمجمه و CT اسکن انجام گردید. کلیه بررسی‌های پاراکلینیک فاقد یافته پاتولوژیک گزارش شد.

حین بررسی‌های تشخیصی، بیمار بلافضله تحت درمان طبی لازم قرار گرفت. رژیم غذایی با محدودیت نمک آغاز گردید. بیمار چند روز اول دگزامتازون وریدی و سپس پردنیزولون خوراکی با دوز یک میلی گرم روزانه به ازای هر کیلوگرم وزن بدن، آسیکلوفیر ۱۰۰ میلی گرم ۵ بار روزانه، همراه با تربامترین ۵۰۰ - هیدروکلرو تیازید ۲۵، رانیتیدین ۳۰۰ و آپرازولام ۵/۰ میلی گرم دریافت می‌نمود. انجام روزانه ادیومتری برای سه روز پس از بستری، هیچ گونه شواهدی از بیبودی را نشان نداد و پس از منفی بودن کلیه بررسی‌های بالینی و پاراکلینیکی از نظر یافته‌های همراه یا بیماری‌های سیستمیک، بیمار بدون هیچ دست‌آورد درمانی مشخصی بعد از نه روز از بیمارستان مرخص گردید.

پیگیری‌های سریابی بعدی طی ماه‌های بعد نیز نامیدکننده بود، بنابراین یکسال پس از وقوع کری ناگهانی دو طرفه، بیمار چیت اقدام به کاشت حلزون، به مرکز کاشت ارجاع گردید و در حالی که بیمار برای کاشت حلزون کاندید شده بود، پانزده ماه پس از شروع بیماری، به صورت ناگهانی بیبودی در شناوی گوش چپ را احساس می‌کند. طبق شرح حال بیمار برگشت شناوی به صورت ناگهانی در نیمه روز اتفاق افتاده و روند تدریجی یا علائم همراه دیگر نداشته است. در بررسی مجدد از جمله معاینات بالینی و ادیوگرام مکرر، شناوی گوش چپ در

ناشنوایی دو طرفه منجر می‌شود. بیمار همزمان از احساس پری هر دو گوش و وزوز شدید در هر دو گوش به صورت احساس صدای سوت ممتد نیز شاکی بوده که به صورت لینقطع ادامه داشت. سرگیجه، عدم تعادل، تهوع یا استفراغ، تب، اختلال هوشیاری، سر درد، اختلال بینایی و یا علامت همراه دیگری را ذکر نمی‌نمود. سابقه بیماری شناخته شده قبلی، بیماری تبدار اخیر، مصرف دارو، ترومای قبلی به سر و علایم گوشی یا تعادلی قبلی را ذکر نمود و به طور کلی شکایات بیمار شامل کری و وزوز ناگهانی دو طرفه بود. در معاینات اولیه، بیماری کاملاً هوشیار و مضطرب بوده و توکسیک نبود. علایم حیاتی در محدوده طبیعی بودند. معاینه اتوسکوپی هر دو گوش نرمال بودند. نیستا گموس خودبخودی وجود نداشت.

معاینات و ستیبولی محیطی شامل افتادن و نیز علایم مخچه‌ای همگی طبیعی بودند. تست‌های دیاپازونی کم شناوی حسی عصبی دو طرفه کامل را تایید کرد. معاینات عمومی شامل مشاوره‌های داخلی و نورولوژی هیچ گونه اختلال سیستمیک را تأیید نکردند. از بیمار بلافضله ادیومتری و تمپانوگرامی انجام شد. کری کامل دو طرفه حسی عصبی با شکل ادیوگرام صاف و فقدان رفلکس آکوستیک و تمپانوگرام نرمال گزارش گردید. تکرار مکرر اولین آزمایشات نتایج مشابه داشت (تصویر ۱).



تصویر ۱. کری دو طرفه

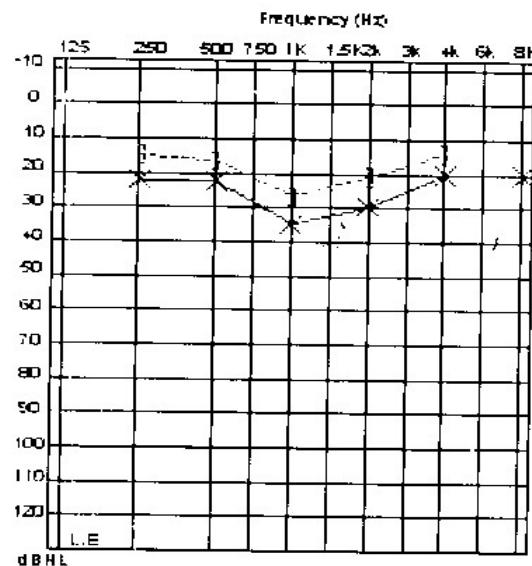
است که در مورد اتیولوژی، پیش آگهی و درمان آن، اختلاف نظر فراوان وجود دارد.

کم شنوایی ناگهانی به ویژه اگر شدید باشد باعث اضطراب در بیمار و اطرافیان می شود و به خصوص اگر به صورت دو طرفه باشد و باعث کری کامل گردد، در اکثر منابع به عنوان اورژانس اتولوژی تلقی می شود [۱].

از نظر علت شناسی اکثر موارد، ایدیوپاتیک هستند و با بیماری شناخته شدهای همراه نمی باشند. در موارد ایدیوپاتیک، به عنوان پاتوژن بیماری، تئوری های مختلفی ارائه شده اند که بیشترین شواهد، بر تئوری «عفونت ویروسی» به عنوان «نوریت یا کوکلیت ویروسی» تاکید دارند و حدود یک سوم این بیماران در حال عفونت تنفسی فوکانی را در عرض یکماه قبل از بیماری، ذکر می کنند. از سوی دیگر، بیماری های شناخته شده و اثبات شدهای نیز وجود دارند که می توانند باعث کم شنوایی ناگهانی شوند: مننژیت ها، سیفلیس، عفونت HIV، تئوپلاسمها، ترومها، اثرات سمی داروهای اتو توکسیک، بیماری های اتوایمیون، اختلالات عروقی و غیره و حتی اختلالات روانپزشکی (Pseudohypacusis) نیز گزارش شده است. از عفونت ها، مننژیت ها با مکانیزم گسترش به گوش داخلی اهمیت دارند. شیوع سیفلیس در SSNHL^۱ حدود ۰.۲٪ تخمین زده می شود [۱,۴].

از تئوپلاسمها، شایعترین نوع نورینوم آکوستیک است که در ۱۰٪ موارد به صورت SSNHL خود را نشان می دهد و حدود ۸-۳٪ موارد SSNHL در ارزیابی های رادیولوژیک مبتلا به این نوع تومور شناخته می شوند. ولی تومور های دیگر مانند مننژیوما، همانژیوما و متاستازها را هم باید در نظر داشت.

محدوده طبیعی با SDS نرمال و رفلکس آکوستیک عادی، تایید گردیدند (تصویر ۲).



تصویر ۲. بیبودی گوش چپ

بیمار در حال حاضر شنوایی گوش چپ خود را باز یافته است ولی در کم شنوایی عمیق گوش راست و نیز وزوز دو طرفه شدید تغییری رخ نداده است.

بحث

کم شنوایی حسی عصبی «ناگهانی» طبق تعریف ظرف حداقل ۱۲ ساعت، به صورت سریعاً پیشرونده، به وجود می آید [۱]. در اغلب موارد بیمار به هنگام برخاستن از خواب به کم شنوایی پی می برد. کم شنوایی ناگهانی یک طرفه، بروزی تقریباً ۵-۲۰ مورد در هر صد هزار نفر در سال دارد [۶۵]. پیدایش کم شنوایی ناگهانی به صورت دو طرفه (یکی پس از دیگری) نادر است و موقع همزمان کم شنوایی ناگهانی در هر دو گوش بسیار نادر است [۱,۷].

کم شنوایی معمولاً به صورت "احساس پری گوش" نمایان می شود و در اکثر موارد با سرگیجه همراه است. سرگیجه و عدم تعادل تقریباً در ۴۰٪ موارد همزمان وجود دارد. با وجود پیشرفت های جدید در علم اتولوژی، کم شنوایی ناگهانی یکی از موضوعاتی

^۱ Sudden Sensorineural Hearing Loss

از کورتیکواستروئیدها (پردنیزولون mg/kg ۱ روزانه به مدت ده روز) و سپس، آسیکلوفیر و دیورتیک و محدودیت مصرف نمک می‌باشد. در مورد استفاده از اکسیژن هیپرباریک، واژودیلاتورها، مانیتول، دکستران با وزن مولکولی پایین، پنتوکسی فیلین، هپارین نتایج بدست آمده ضد و نقیض یا ثابت نشده است.

پیش آگهی SSNHL نیز مورد مناقشه است. بیشترین توافق در مورد فاکتورهای پرونگوستیک شامل: ۱-سن بیمار (اطفال و سن بالاتر از ۴۰ پیش آگهی بدتری دارند) ۲-حضور سرگیجه واقعی (بدتر کننده پیش آگهی) ۳-شدت کم شنوایی (هر چه شدیدتر پیش آگهی بدتر) ۴-شکل ادیوگرام (شکل صاف و رو به پایین پیش آگهی بدتری دارند). ۵-آستانه درک گفتار (SDS¹) پایین‌تر (پیش آگهی بدتر) ۶-زمان شروع درمان مناسب (فاصله کمترین شروع بیماری و آغاز درمان، پیش آگهی را بتر می‌کند).

خوبشختانه SSNHL در اکثریت موارد، عاقبت خوبی دارد. برای اینکه اغلب موارد با بیماری سیستمیک همراه نیستند. در موارد ایدیوپاتیک بدون هر گونه اقدام درمانی، شنوایی در ۳۰-۶۵٪ موارد، به صورت نسبی یا کامل به حالت عادی بر می‌گردد.

اکثریت موارد بیبودی در ۲ هفته اول رخ می‌دهند و هرچه SSNHL بیشتر طول بکشد احتمال بازگشت آن (بیبودی) نیز کمتر و کمتر می‌شود.

همان طور که در معرفی این بیمار تاکید شده است، دو طرفه بودن کری کامل و همزمان بودن گرفتاری هر دو گوش به صورت ایدیوپاتیک و هم چنین بیبودی پس از ۱۵ ماه در یک گوش به صورت کامل، همگی از موضوعات نادر و بسیار نادر در این بیماری محسوب می‌شوند. به ویژه آنکه از نظر معیارهای ادیولوژیک (یعنی شدت بیماری، شکل ادیوگرام، افت

در ترومها نیز به صورت شایع ترومای آکوستیک در افراد عادی مطرح می‌باشد ولی در بیماران دارای فیستول پری لغافیک، و نیز هیدرپوس اندولنف، و نیز سندروم مجرای وستیبولر گشاد (large vestibular aqueduct) با ترموماهای جزئی می‌توانند باعث این مشکل شوند [۱].

از بیماری‌های خود اینمنی، بعضی از موارد SSNHL در زمرة Inner ear autoimmunity قرار می‌گیرند. سندروم کوگان، SLE، آرتربیت تمپورال، سارکوئیدوز نیز در این گروه جای دارند. ارتباط بیماری منیر با SSNHL نیز مطرح شده، طوری که ۵٪ موارد SSNHL در نهایت دچار هیدرپوس اندولنف می‌شوند و کری ناگهانی در واقع در نسبت بسیار کوچکی (تقريباً ۴/۴٪ موارد) اولین تظاهر بیماری منیر می‌باشد [۱].

اقدامات تشخیصی لازم برای SSNHL با توجه به فهرست وسیع اتیولوژی (پیش از صد علت شناخته شده) وسیع و گاهی پیچیده و وقت‌گیر است ولی بسیاری از این علل با شرح حال و معاینه بالینی دقیق قابل رد کردن می‌باشند.

در استفاده از پاراکلینیک، ادیومتری Pure Tone با اندازه گیری SDS الزامی و ABR کمک کننده است. با توجه به اهمیت تئوپلاسمها، انجام MRI با تزریق گادالینیوم جهت رد یا اثبات این گروه مهم باید مورد توجه قرار گیرد و جایگزین بهتری برای آن وجود ندارد. برای بررسی های ایمونولوژیک از تست‌های سرولوژیک یعنی ESR، RF، ANA، CRP، کربوپلیوپین‌ها، FTA-Abs و نیز آنالیز ادراری استفاده می‌شود [۹.۸.۱].

درباره انجام سایر اقدامات پاراکلینیکی باید بر اساس اطلاعات بالینی تصمیم گیری نمود. درمان SSNHL بر علت بیماری استوار است. اما بیشتر موارد آن ادیوپاتیک می‌باشند. درمان کری ناگهانی ایدیوپاتیک مورد اختلاف نظر فراوان است ولی آنچه در مورد آن اختلاف نظر کمتری وجود دارد [۱۰.۳.۱]. استفاده

¹ Speech Discrimination Score

کاندید کاشت حلزون بوده است. SDS) و طول کشیدن بیماری (حتی بیش از یکسال)، انتظار پیش آگهی خوب وجود نداشته و بیمار صرفاً

References

- 1- Charles W. Cummings Paul W. Flint, Lee A. Hancer, Otolaryngology Head and Neck Surgery, 4th ed, Philadelphia: Elsevier, 2005: 2928-3555.
- 2- Byron J Baily, Gerald B. Healy, Jonas T Johnson, Head & Neck surgery otolaryngology, 3rd ed, Philadelphia, Lippincott Willinms, 2001 June; 1919-23.
- 3- Zadeh MH, Storper IS, Spitzer JB. Diagnosis and treatment of sudden-onset sensorineural hearing loss: a study of 51 patients. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2003 Jan; 128(1):92-8.
- 4- Booth JB. Sudden and fluctuant sensorineural hearing loss. In: Kerr AG. editor. scott-Brown's otolaryngology, 6th ed. Oxford. Butterwoth – Heinemann. 1997: 3/17/59.
- 5- Narozny W, Kuczkowski J, Kot J, Stankiewicz C, Sicko Z, Mikaszewski B. Prognostic factors in sudden sensorineural hearing loss: our experience and a review of the literature. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2006 Jul; 115(7):553-8.
- 6- Tiong TS. Prognostic indicators of management of sudden sensorineural hearing loss in an Asian hospital. *Singapore Med J.* 2007 Jan; 48(1):45-9.
- 7- Xenellis J, Nikolopoulos TP, Stavroulaki P, Marangoudakis P, Androulakis M, Tsangaroulakis M, et al. Simultaneous and sequential bilateral sudden sensorineural hearing loss: are they different from unilateral sudden sensorineural hearing loss? *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec.* 2007; 69(5):306-10
- 8- Farrior HB, Lee KJ. Noninfectious Disorders of the Ear. In: Lee KJ, editors. Essential otolaryngology. 8th ed, New York. Mc Graw-Hill; 2003: 525.
- 9- Allen M. Seiden, Thomas A. Tam, Myles L. pensak. *Otolaryngology*, 1st ed, New York: Thieme, 2002, 36.
- 10- Cvorovic L, Đeric D, Probst R, Hegemann S. Prognostic Model for Predicting Hearing Recovery in Idiopathic Sudden Sensorineural Hearing Loss. *Otology & Neurotology.* June 2008; 29(4):464-469.

Sudden Recovery of Hearing Loss after 15 month of Sudden Bilateral Hearing Loss

Pirzadeh A, MD¹; Hoseini A, MD²; Sotudeh MB, MD³

1- Corresponding Author: Assistant Professor of ENT, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran. E-mail: a.pirzadeh@arums.ac.ir

2- ENT Specialist, Ardabil University of Medical Sciences.

3- Assistant Professor of ENT, Ardabil University of Medical Sciences.

ABSTRACT

Sudden sensorineural hearing loss (SSNHL) is regarded as an otologic emergency of which bilateral involvement is rare and simultaneous bilateral involvement is very rare. In most cases the cause is idiopathic and in 30 to 65% of cases recovery happens spontaneously during two weeks period.

In this paper we present, a patient with simultaneous bilateral sudden deafness. After complete diagnostic assessment and standard treatment, she was candidated for cochlear implantation as the only remedy, after one year. But, after 15 month she suddenly noticed normal hearing in left ear. This was documented by paraclinical assessment.

This case is idiopathic with unfavourable prognosis and we couldn't find any similar report.

Key words: Sudden Hearing Loss; Sudden Bilateral Hearing Loss; Ardabil