

ASPECTE MEDICO-LEGALE ALE SINDROMULUI VESTIBULAR

Forensic aspects of the vestibular syndrome

Prof. Dr. T. Ataman, Dr. Andreea Marinescu, Dr. Andreea Sorică, Dr. Y.I. Furedi
Lucrare efectuată în IFACF-ORL București

REZUMAT

Autorii prezintă aspecte medico-legale și profesionale în cadrul sindromului vestibular periferic, în speță prin ictusul labirintic. Recuperarea profesională se poate face în decurs de câteva luni prin compensare centrală. Terapia medicamentoasă trebuie administrată adecvat cazului.

Cuvinte cheie: labirintul membranos, sindrom vestibular, ictus labirintic, tratament cu vasodilatatoare, terapie antivertiginoasă

ABSTRACT

The authors present forensic and professional aspects regarding the peripheral vestibular syndrome, in particular the labyrinthic ictus. Professional recovery can be done within a few months by central compensation. Drug therapy should be managed properly.

Key words: membranous labyrinth, vestibular syndrome, labyrinthic ictus, vasodilator treatment, antivertiginous therapy

Echilibrul la om este dat de trei componente: propriocepția, vederea și vestibulia, deci pentru a explora funcția vestibulară în complexitatea ei este necesară colaborarea interdisciplinară între neurolog, oftalmolog și otolog.

Vestibulia este funcția labirintului posterior prin cele două componente ale sale:

- sistemul utriculo-sacular – pentru echilibrul cefalic static;
- sistemul vestibulo-semicircular – pentru echilibrul troncular dinamic.

Relația nucleilor vestibulari (Roller, Deiters, Schwalbe, Bechterew) cu nucleii cerebeloși (nc. fastigial, nc. dentat) contribuie la stabilirea echilibrului reflex automat.

Relația nucleilor vestibulari cu nucleii oculomotori (din mezencefal) se exprimă prin nistagmus,

iar relația dintre nucleii vestibulari și cortexul parietal (homunculus) stabilește echilibrul voluntar.

Explorarea clinică a celor trei componente ale echilibrului (propriocepția, vederea, vestibulia) se practică astăzi prin posturografie dinamică computerizată, putându-se stabili precis cărei specialități aparține sindromul vestibular respectiv.

În general la omul normal există o supleere funcțională a componentelor echilibrului.

Craniocorpografia Claussen evidențiază dezechilibrele funcționale între segmentele bilaterale ale sistemului vestibular. Evidențiază deci disfuncțiile vestibulare tronculare. Este astfel o explorare atât otologică, cât și neurologică.

Explorarea specifică vestibulului se face prin electronistagmografie (prin proba giratorie și proba calorică), probă prin care se apreciază cantitativ și calitativ eficacitatea funcției vestibulare.

Adresa de corespondență:

Prof. Dr. T. Ataman, Institutul de Fonoaudiologie și Chirurgie Funcțională ORL „Prof. Dr. D. Hociotă”, Str. Mihai Cioranu, Nr. 21, București

O altă probă este VEMP – potențiale evocate miogene vestibulare, investigație ce urmărește integritatea și starea de funcționare a saculei (organ al echilibrului sensibil și la unda sonoră), a nervului vestibular inferior și a conexiunilor sale, ulterior unei stimulări sonore a saculei. În boala Meniere această probă are utilitate diagnostică scăzută datorită caracteristicilor variabile în timp ale înregistrărilor, datorate modificărilor anatomice în timp ale saculei afectate.

În general, sindromul vestibular beneficiază de explorări multiple și de colaborare interdisciplinară, dar trebuie menționat că precizarea diagnosticului de formă clinică se face prin examenul clinic vestibular într-o modalitate destul de grosieră.

Interpretarea afecțiunilor vestibulare, a investigațiilor și a terapiei lor necesită un simț clinic deosebit.

Din motive medico-legale, numai examenul clinic este insuficient iar obiectivarea suferinței vestibulare necesită explorări complementare și mai ales colaborări interdisciplinare.

Funcția vestibulară nu este vitală pentru organismul uman, pentru că se poate compensa prin celelalte componente ale echilibrului.

De multe ori, o terapie agresivă tahifilactică este dăunătoare unei reabilitări vestibulare.

Dar există anumite activități ce presupun funcție vestibulară excelentă și în care cel mai mic rabat capătă nuanțe catastrofale. Ne referim în special la șoferi, aviatori, marinari, chesonieri, alpiniști, marcaragii ș.a.m.d.

Există descrise morți subite prin înec la înotători de mare clasă datorate unei crize vestibulare ce a produs dezorientarea respectivului subiect.

Atitudinea medico-legală față de sindromul vestibular este una foarte delicată și eclectică pentru că poate afecta profesiunea.

Iată un caz care ne-a atras atenția.

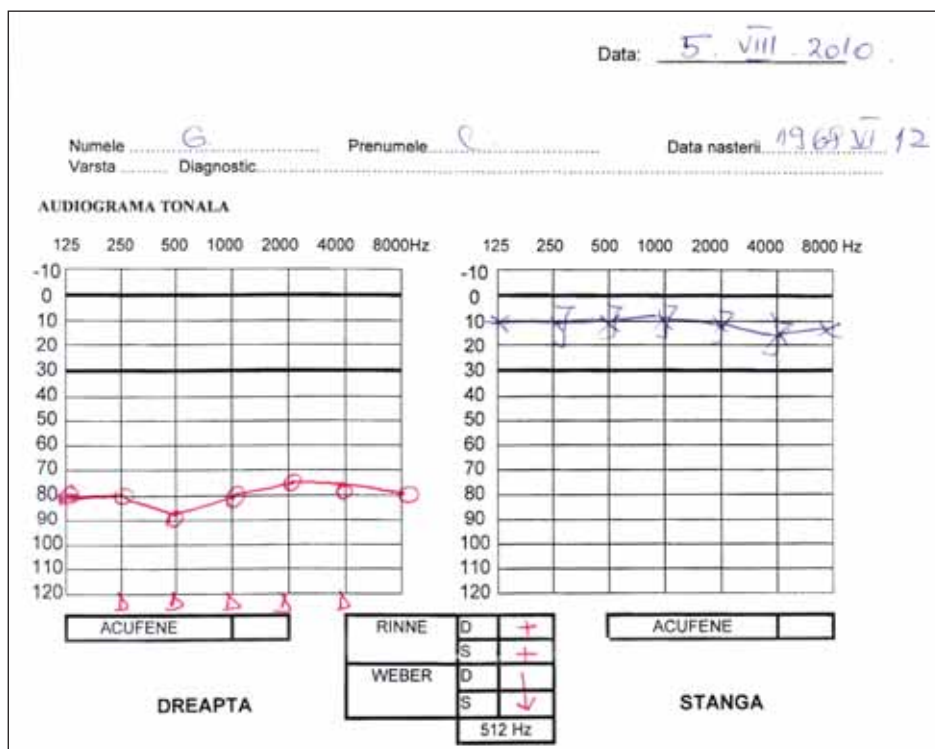
Bolnavul G.C., de 42 de ani din Ocna Mureș, de profesie șofer profesionist de categorie B, C și E, implicat atât în transportul de marfă, cât și transportul de persoane, s-a internat în clinica noastră în data de 05.08.2010 (FO – 6585).

În data de 09.01.2010 pacientul a prezentat surditate brusc instalată (SBI) la urechea dreaptă, însoțită de acufene. După două zile s-a instalat sindromul vestibular cu amețeli, greață, vărsături, dezechilibru static și dinamic, circa trei zile pacientul neputându-se mobiliza. La momentul respectiv pacientul a primit tratament perfuzabil timp de patru zile și i s-a practicat o miringotomie în ziua a treia de la debut. După circa cinci zile amețeala se ameliorează, persistând surditatea și acufenele. La examenul pe aparate și sisteme nu se decelează nimic patologic, fiind vorba de un pacient echilibrat.

Examenul vestibular la proba Unterberger evidențiază o hipovalență vestibulară la urechea dreaptă.

Acumetria instrumentală relevă Rinne + bilateral cu Weber deviat spre urechea stângă.

Audiograma tonală liminală evidențiază hipoacuzie neurosenzorială severă între 80-90 dB.



Audiograma tonală liminală

Urechea stângă este urechea normală, cu auz la 10 dB.

Pacientului i s-a efectuat examenul RMN cerebral și s-a constatat lipsa anomaliilor de structură, volum sau vasculare decelabile la momentul examinării.

În cursul spitalizării, pacientului i s-a administrat tratament perfuzabil cu vasodilatatoare.

După opinia noastră, în acest caz este vorba de o boală Meniere tipică.

Boala Meniere are două forme clinice:

- o formă hemoragică cu hemoragie labirintică;
- o formă trombotică cu trombozarea ramurei vestibulare din artera labirintică.

Forma etiopatogenică firește nu poate fi demonstrată, ci doar intuită clinic. De exemplu, la persoanele care au varice poate fi bănuită forma trombotică, iar la cele cu HTA, forma hemoragică.

Boala Meniere sau ictusul labirintic este una din formele clinice de sindrom vestibular periferic ce are drept caracteristică o singură criză vertiginosă ce nu se mai repetă niciodată din cauza labirinto-sclerozei consecutive.

Auzul nu este fluctuant, surditatea este severă, ireversibilă chiar sub tratament. Tratamentul ameliorează starea clinică în special în ceea ce privește vertijul, dar este ineficace pentru hipoacuzie și pentru acufene.

În boala Meniere la debut sau în plină criză se administrează antivertiginose, antiemetice, vagolitice și sedative pentru circa 3-7 zile în funcție de intensitatea sindromului vestibular și, în general, în boala Meniere sindromul vestibular este foarte intens.

Tratamentul perfuzabil cu vasodilatatoare, anti-coagulante și corticoterapie se vor administra numai după organizarea coagulului intralabirintic (circa 5-7 zile) și va fi de durată variabilă în funcție de intensitatea sindromului vestibular și mai ales de dificultatea reabilitării vestibulare.

Se pune problema dacă acest șofer profesionist își poate continua activitatea profesională.

Hidropsul endolimfatic se caracterizează prin crize repetitive a căror durată este nedefinită.

Ictusul labirintic se manifestă printr-o singură criză ce nu se mai repetă niciodată.

După opinia noastră, în hidropsul endolimfatic (sindromul Meniere) se contraindică continuarea unei profesii ca șofer, aviator, vatman ș.a.m.d.

Cu totul alta este situația în boala Meniere (ictus labirintic) în care criza nu se va mai repeta niciodată, iar pacientul este apt să continue activitatea profesională după compensarea vestibulară (după 3-6 luni după atac).

Menționăm că terapia antivertiginosă simptomatică, antiemetică, vagolitică nu trebuie administrată a la longue, ci numai o scurtă perioadă de 3-5 zile, pentru că dacă se administrează a la longue, se împiedică compensarea centrală. Arlevert (cinarizina), Flunavert (flunarizin), Betavert (betahistina) se vor administra per os numai în perioade scurte de ușoare recăderi. În criza vertiginosă se va administra Metoclopramid 1-3 fiole/zi și Diazepam o fiolă seara la culcare.

După opinia noastră, pacientul prezentat își poate continua profesia fără riscuri, deoarece criza vertiginosă nu se va mai repeta, iar central a avut loc compensarea.

BIBLIOGRAFIE

1. Ataman T – Patologia cervicofacială a nervilor cranieni, Ed. Lider, București, 1998
2. Ataman T și col – Otologia, Ed. Tehnica, București, 2000
3. Ataman T și col – Audiologie clinică, Ed. SITECH, Craiova, 2009