

la NUOVA

CLINICA
OTORINO
LARINGO
IATRICA

Fondata da G. Vidau e V. Fortunato

MESSINA A., MARTINES E.

SORDITA' IMPROVVISA APPROCCIO EPIDEMIOLOGICO

LE SORDITA' IMPROVVISI

RELAZIONE UFFICIALE AL XVI RADUNO DEL GRUPPO SICILIANO DI OTORINOLARINGOIATRIA,
PATOLOGIA CERVICO-FACCIALE E AUDIOLOGIA - PERGUSA (EN) 1986

Estratto da « La Nuova Clinica ORL », vol. XL, n. 1 - 1988

SORDITA' IMPROVVISA: APPROCCIO EPIDEMIOLOGICO

MESSINA A. — MARTINES E.

La ricerca epidemiologica circa l'incidenza e la prevalenza della sordità improvvisa nel nostro paese in generale e nella nostra regione in particolare si dimostra subito di difficile attuazione anche perché la sua peculiarità più frequente — la monolateralità — da un lato la rende di difficile riconoscimento, dall'altro non determinando invalidità ne limita il numero di registrazioni ufficiali.

Le diverse statistiche esaminate, Citelli (1926), De Klein (1944), Kemper (1977), Feldmann (1981) mostrano una estrema variabilità di dati spesso contrastanti.

Appare quindi opportuno definire il quadro nosologico da rilevare e dalla definizione tentare un approccio numerico.

APPROCCIO EPIDEMIOLOGICO

Confrontando le diverse statistiche dei vari autori che si sono cimentati nel difficile tentativo di stabilire i confini epidemiologici della sordità improvvisa si nota subito la non omogeneità dei risultati ottenuti.

Feldmann include tra le cause di S.I. il trauma acustico, Giaccai definisce la S.I. come "una sordità di tipo percettivo ad etiologia sconosciuta o per lo meno incerta".

E' ben ovvio che i due autori partendo da premesse differenti giungano a conclusioni epidemiologiche contrastanti: e sarebbe grave il contrario!

Si è preferita adottare per la nostra statistica la stessa definizione esposta in precedenza da Cusimano.

SCELTA DEL CAMPIONE: il campione esaminato risulta costituito da 4.500 soggetti affetti da patologia otologica nel triennio 1982-1985, tra essi 89 soggetti (1,9%) risultavano affetti da sordità improvvisa secondo la classificazione proposta.

Il campione così composto risultava statisticamente ac-

ceffabile in quanto omogeneo (ogni elemento della popolazione ne può far parte) e numeroso.

Essendo la Sordità Improvvisa l'oggetto della nostra ricerca porremo la nostra attenzione sugli 89 soggetti.

FREQUENZA: Esaminando la nostra statistica la *prevalenza* (numero di soggetti di una data popolazione affetti da una determinata malattia) non è ben quantificabile in quanto non tutta la popolazione ricorre a consultare uno specialista, la sua *incidenza* (numero di nuovi casi rispetto allo stesso campione) è nel nostro istituto di 21 casi all'anno.

PREVALENZA STAGIONALE: abbiamo studiato il periodo di massima frequenza nel tentativo di evidenziare delle possibili correlazioni con altre patologie (Tab. 1). La figura 1 evidenzerebbe una maggiore prevalenza di sordità improvvisa nei periodi Febbraio-Marzo e Dicembre.

In realtà tale osservazione se paragonata al campione statistico di riferimento, rappresentato dalle patologie otoiatriche in genere, può essere censurata in quanto negli stessi me-

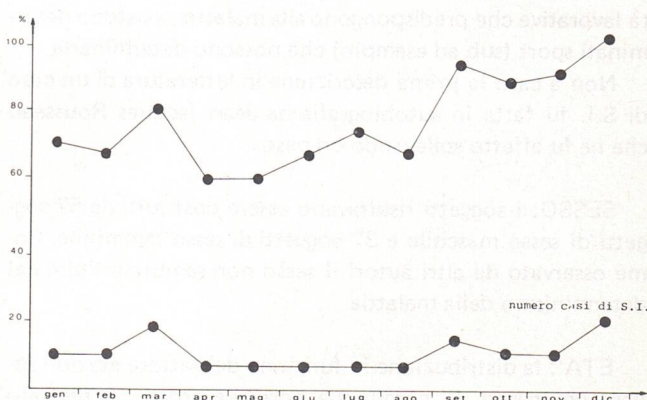


Tabella n. 1: Incidenza della sordità infantile in rapporto alle altre patologie otologiche.

si aumentando la frequenza delle patologie otoiatriche in genere è lecito attendersi un relativo aumento del numero di casi di sordità improvvisa.

Analogamente a quanto studiato da altri ricercatori ad esempio per l'infarto del miocardio, si è cercato di stabilire una maggiore prevalenza di S.I. in un determinato giorno della settimana. Tale ricerca è risultata infruttuosa; i dati distribuiti in modo omogeneo non sono risultati significativi.

CAUSE: se si escludono le forme certe (per es. trauma cranico, trauma acustico e barotrauma) la ricerca etiologica sulla sordità improvvisa si basa su dati di probabilità o possibilità e presta il fianco sempre a possibili critiche. Ancor più nel nostro caso ove la ricerca eziologica è basata quasi sempre sul criterio anamnestico.

Abbiamo osservato:

- 40 soggetti pari al 44,9% ad eziologia sconosciuta;
- 26 soggetti pari al 29,9% da probabile causa virale;
- 6 soggetti pari al 6,7% da probabile causa vascolare;
- 6 soggetti pari al 6,7% da probabile causa tossica;
- 3 soggetti pari al 3,3% da trauma cranico;
- 6 soggetti pari al 6,7% da trauma acustico;
- 2 soggetti pari al 2,2% da barotrauma.

Il criterio anamnestico offre però degli scarsi criteri di affidabilità per cause dipendenti dall'esaminatore (volontà di ricerca, conoscenza del problema, capacità di mettere a proprio agio il paziente) o dal paziente (tende a sotto o sopravvalutare i dati anamnestici, spesso non è motivato a collaborare, non sempre è nelle condizioni fisiche e psichiche di collaborare, ha vergogna di alcune patologie).

Indipendentemente da queste già fondamentali premesse le cause di una sordità improvvisa sono, almeno a voler seguire tutta la letteratura, talmente tante da rendere quasi sempre aleatoria la ricerca.

Ad esempio Levin e Behrenth (1986) hanno descritto dei casi di S.I. dopo assunzione di eritromicina. Quanti di noi indagano su tale possibilità e non etichettano come "forma infettiva"?

La ricerca conferma che se da un lato non vi sono attività lavorative che predispongono alla malattia, esistono determinati sport (sub ad esempio) che possono determinarla.

Non a caso la prima descrizione in letteratura di un caso di S.I. fu fatta in autobiografia da Jean Jacques Rousseau che ne fu affetto sollevando un peso.

SESSO: i soggetti risultavano essere costituiti da 52 soggetti di sesso maschile e 37 soggetti di sesso femminile. Come osservato da altri autori il sesso non sembra influire nel determinismo della malattia.

ETA': la distribuzione in funzione del fattore età non appare omogenea. E' comunque possibile notare un discreto aumento di frequenza nell'età infantile (7-10 anni) e nell'età media (Tab. 2). In realtà dobbiamo subito precisare che con

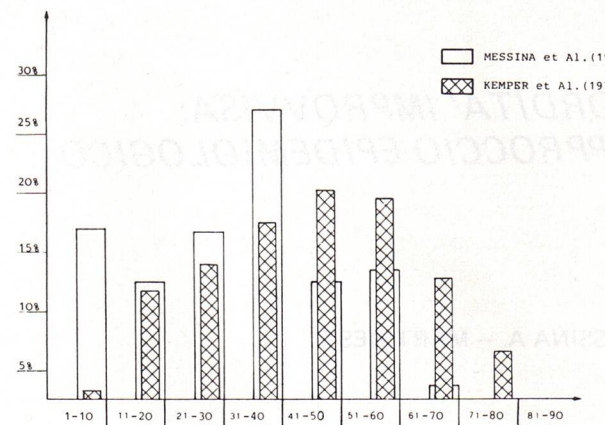


Tabella n. 2: Distribuzione della sordità improvvisa rispetto all'età

ogni probabilità il numero di soggetti affetti da sordità improvvisa monolaterale in età pediatrica potrebbe essere notevolmente più alto se si considera il fatto che spesso il tomo non viene riconosciuto dal piccolo paziente. Né va lasciata l'analoga considerazione che potrebbe riguardare la terza età. In tale epoca la sordità in genere, ancor più se monolaterale, viene considerata come un fatto quasi fisiologico dai pazienti e pertanto non viene richiesto alcun controllo.

Ci è parso utile in tale occasione confrontare il risultato della nostra osservazione con quello ottenuto da altri ricercatori in analoghi studi. Kemper e Wandhofer e in seguito Feldmann hanno ottenuto una notevole prevalenza di sordità monolaterale nella fascia media di età (40-59 anni). Una figura può illustrare i diversi risultati ottenuti).

Non essendovi dei motivi validi per giustificare i diversi valori è possibile affermare che la discordanza è solo apparente in quanto più probabilmente i bambini non dichiarano la loro condizione.

Un rapido sguardo all'anamnesi dei bambini affetti da sordità monolaterale evidenzia che la "prova telefonica" è quella che nel 90% dei casi allarma i genitori.

LATO AFFETTO: tra gli 89 soggetti esaminati: 46 soggetti presentavano una sordità a destra pari al 51,7%; 41 soggetti presentavano una sordità a sinistra pari al 46%; 2 soggetti presentavano una sordità bilaterale pari al 2,3%.

In definitiva non si osservano significative differenze tra il lato affetto dalla lesione.

Il dato confermerebbe l'analogo risultato ottenuto da altri autori (Halberg 1956, Mattox e Simmons 1977, Fowler 1950).

Appare utile notare come tra i soggetti di età inferiore ai 20 anni la sordità a destra sia più frequente (15 casi) nei soggetti di sesso maschile rispetto a quelli di sesso femminile (4 casi). Tale osservazione sembra in accordo con quanto descritto da Grisanti e coll. (1984) in un gruppo di giovani soggetti affetti da sordità monolaterale da causa virale.

EFFETTI DELLA TERAPIA: tra i soggetti esaminati solo 8 sono migliorati grazie (o nonostante la terapia (8,9%). Ma anche questo dato è aleatorio.

Per potere dimostrare un reale rapporto tra guarigioni e terapia andrebbe condotto uno studio a doppio cieco con un campione, omogeneo e numeroso al quale non andrebbe somministrata alcuna terapia.

Ma c'è di più! Senza questa particolare metodica di ricerca, nessuno può asserire con certezza che il numero di guarigioni non sarebbe più elevato qualora noi non avessimo praticato alcuna terapia. E' infatti facile osservare come alcuni soggetti guariscono spontaneamente, ed è altrettanto lecito chiedersi se i soggetti guariti dopo terapia medica, guariscono grazie alla terapia o nonostante la terapia.

BIBLIOGRAFIA

- CITELLI S.: Surditè rapide par simple congestion conchléaire. *Oto-rhino-lar. Int.* 10, 321-328, 1926.
- DE KLEYN A.: Sudden complete or partial loss of function of the octavus system in apparently normal persons. *Act Oto-lar.* 32, 402-429, 1944.
- FELDMANN H.: Sudden hearing loss: A clinical Survey. *Adv. Oto-rhino-Laryng.* 27, 40-49, 1981.
- FOWLER E. L.: Sudden deafness-Ann. *Oto-Rhinol.* 59, 980-987, 1950.
- GIACCAI F.: Sordità improvvise, orientamenti etiopatogenetici e terapia. Corso di aggiornamento in audiologia clinica 185-207, Bari 1976.
- GRISANTI G., MESSINA A., MIRAGLIOTTA G., PICCOLI F., RIZZO M.: Indagini sulla dominanza emisferica nei soggetti con grave sordità neurosensoriale monolaterale. *I CARE Anno 9*, n. 2 42-43, 1986.
- HALLBERG O. E.: "Sudden deafness of obscure origin". *Laryngoscope* 66, 1237, 1956.
- KEMPER J.: Der horsturz bei gesundem und vorgeschadigtem ohr der gegenseite. Inaugural Diss. Munster 1977.
- LEVIN G., E. BEHRENTH E.: Irreversible Oto-toxic effect of erythromycin. *Scandinav. Audiol.* 15, 41-42, 1986.
- MATTOX D. E., SIMMONS F. B.: Natural history of sudden sensorineural hearing loss. *Ann. Oto* 86, 463-480, 1977.
- SHERPAD L.: The aivailability of statistics relating to deafness in the united kingdom. *British Journal of audiology.* 12, 3-8, 1978.
- WANDHOFER A.: Der einseitige akute horverlust in vergleich mit dem konsekutiven horverlust des zweiten ohres. Inaugural-diss-Munster 1971.

(Ricerca effettuata con fondi 40% Ministero P.I.)