

مقاله پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره هشتم، شماره دوم، تابستان ۱۳۸۸، ۱۱۶-۱۰۹

میزان تغییرات شنوازی حسی - عصبی به دنبال برداشتن استخوان ماستوئید در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان خلیلی شیراز

محمود شیشه‌گر^۱، عبدالحسن فرامرزی^۲، محمد‌هادی صاحبی‌باز^۳

ارسال مقاله به نویسنده: ۸۸/۱/۳۰ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۸۷/۲/۲ پذیرش مقاله: ۸۸/۲/۱۰ دریافت مقاله: ۸۶/۷/۱۵

چکیده

زبینه و هدف: کاهش شنوازی حسی - عصبی به دنبال عمل جراحی ماستوئیدکتومی مورد مطالعات مختلف قرار گرفته و نتایج متفاوتی گزارش شده است. در حین عمل جراحی ماستوئیدکتومی، اتیولوژی‌های متفاوتی می‌توانند سیستم شنوازی را تحت تأثیر قرار دهند. هدف این مطالعه بررسی میزان تغییرات شنوازی حسی - عصبی به دنبال برداشتن استخوان ماستوئید و رابطه بین مدت زمان دریل کردن با میزان تغییرات احتمالی در شنوازی بوده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه طولی که در بیمارستان خلیلی دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام گرفته است تعداد ۳۰ بیمار مبتلا به عفونت مزمن گوش مورد مطالعه قرار گرفتند. ادیومتری یک روز قبل و دو ماه بعد از عمل به وسیله ادیومتری معمولی از ۲۵۰ هرتز تا ۸ کیلوهرتز انجام شد و هرگونه کاهش شنوازی دائمی قابل توجه به دنبال عمل ماستوئیدکتومی بررسی گردید. نتایج با آزمون t زوجی و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: مدت زمان متوسط دریل کردن $46/6 \pm 8/77$ دقیقه بود که در فرکانس‌های ۲۵۰ هرتز تا ۸ کیلوهرتز پس از دو ماه هیچ‌گونه تغییر مهمی مشاهده نگردید. رابطه بین مدت زمان دریل کردن و تغییر آستانه شنوازی در ۴ کیلوهرتز در گوش مورد عمل جراحی قرار گرفته، معنی‌دار بود ($p=0.022$) اما این رابطه در گوش مقابله دیده نشد.

نتیجه‌گیری: دو ماه پس از عمل جراحی هیچ‌گونه تغییر دائمی در فرکانس‌های شنوازی مشاهده نگردید بنابراین در صورت تغییر دائم شنوازی بایستی به موارد دیگر توجه بیشتری داشت.

واژه‌های کلیدی: ماستوئیدکتومی، ترمومای صوتی، کاهش شنوازی حسی - عصبی

۱- (نویسنده مسؤول) استادیار گروه آموزشی گوش و گلو و بینی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
تلفن: ۰۷۱-۶۴۷۱۴۷۸، دورنگار: ۰۷۱-۶۴۷۱۴۷۸، پست الکترونیکی: drshishegar@yahoo.com

۲- استادیار گروه آموزشی گوش و گلو و بینی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

۳- دستیار گروه آموزشی گوش و گلو و بینی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مقدمه

و با قطر بزرگ‌تر استفاده می‌شود از مته‌های الماسه با قطر کمتر بیشتر است [۸]. مته‌های برشی باعث سر و صدای با فرکانس بالا می‌شوند [۹].

اگر چه دریل کردن می‌تواند باعث سر و صدایی باشد ۱۰۰ دسی‌بل شود ولی برخی مطالعات آسیب‌رسانی آن را ثابت نکرده‌اند [۵]. در چند مطالعه تأثیر سر و صدای ایجاد شده در عمل ماستوئیدکتومی مورد تحقیق قرار گرفته است. در مطالعه Urquhart و همکاران در ۴۰ بیماری که قبل از عمل و ۴۸ ساعت بعد از عمل ادیومتری معمولی تا ۸ کیلوهertz انجام گرفت بعد از عمل در هیچ فرکانسی تغییرات قابل توجهی یافت نشد [۶].

از سوی دیگر در مطالعه Hegewald و همکاران در ۲۵ بیماری که مورد عمل جراحی ماستوئیدکتومی قرار گرفته بودند آستانه‌های شنوایی حسی - عصبی در ۴۸ ساعت و ۳۰ روز بعد از عمل در فرکانس‌های ۲۵۰ هرتز تا ۲۰۰۰۰ هرتز بر حسب شدت صوت (دسی‌بل) اندازه‌گیری شد. در فرکانس‌های میانی و بالایی در ۴۸ ساعت اول بعد از عمل تغییر قابل توجهی مشاهده کردند که این تغییر در اندازه‌گیری یک ماه بعد از عمل در فرکانس‌های بالایی ثابت باقی مانده بود [۱۰]. به دلیل وجود این اختلاف‌نظرها هدف این مطالعه تعیین میزان تغییرات شنوایی حسی - عصبی به دنبال برداشتن استخوان ماستوئید در بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان خلیلی شیراز بوده است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر به روش طولی بوده و در فاصله زمانی مهر ماه ۱۳۸۲ الی آذر ماه ۱۳۸۳ انجام شده است. از بین بیماران مبتلا به عفونت مزمن گوش میانی که جهت عمل جراحی ماستوئیدکتومی در بخش گوش و حلق و بینی

قرار گرفتن در معرض صدایی بلند از دیرباز برای شنوایی مضر شناخته شده است. آسیب صوتی می‌تواند ناشی از صدای انفجار و یا صدایی نسبتاً بلند برای یک دوره زمانی طولانی ایجاد شود، آسیب وارد شده به ساختمان‌های مختلف گوش، به شدت صوت بستگی دارد. کاهش شنوایی ناشی از صوت می‌تواند به صورت گذرا و یا دائمی باشد [۱].

به طور کلی کاهش شنوایی حسی - عصبی ناشی از عمل‌های جراحی گوش میانی با در نظر گرفتن تأثیر همه عوامل ۱/۲٪ تا ۴/۵٪ خواهد بود [۲-۵]. گوش داخلی در طی عمل ماستوئیدکتومی با چند سازوکار در معرض آسیب قرار می‌گیرد:

۱- آسیب ناشی از ورود به گوش داخلی (مجاری نیم دایره‌ای) [۶].

۲- زائد کوچک استخوان اینکوس به ترومایی حاصل از دریل فوق العاده حساس است و تماس مته با آن ارتعاشی معادل صوتی با شدت ۱۵۰ دسی‌بل در استخوان رکابی ایجاد می‌کند [۶].

۳- به علت سر و صدای ایجاد شده ناشی از دریل کردن، ساکشن (suction) و شستشو شنوایی حسی - عصبی کاهش می‌یابد [۷].

در یک مطالعه، میزان شدت سر و صدای ایجاد شده در هنگام دریل کردن و ساکشن در گوش مورد عمل جراحی قرار گرفته، معادل ۱۰۰ دسی‌بل و در گوش مقابل حدود ۹۰ دسی‌بل بوده است که این میزان از شدت صوت، در حدی است که در طی مدت زمان عمل (۱-۳ ساعت) می‌تواند منجر به آسیب به کوکلئا گردد. میزان سر و صدای ایجاد شده وقتی از مته‌های برشی (cutting burr)

بافت‌های پولیپوئیدی و در ۴ مورد کولستاتوم در حفره ماستوئید و گوش میانی وجود داشت. در هنگام برداشتن پاتولوژی و گذاشتن گرافت پرده صماخ، دستکاری استخوانچه‌ها تا حدودی غیر قابل اجتناب بود ولی با ظرافت و دقت لازم انجام می‌گرفت که قابل اغماض است. مدت زمان استفاده از دریل و شستشو (irrigation) و ساکشن (Suction) به وسیله کرونومتر اندازه‌گیری شد. در هیچ‌کدام از بیماران آسیب مستقیم به گوش داخلی (ورود به مجاري نیم‌دایره‌ای) در حین عمل به وجود نیامد. بیماران روز بعد از عمل جراحی از بیمارستان مرخص گردیده و پیگیری‌های معمول بعد از عمل انجام شد. دو ماه بعد از عمل جراحی، ادیومتری کنترل انجام گرفت. سپس ضمن به دست آوردن اطلاعات اپیدمیولوژیک از پرونده بیماران، آستانه‌های شنوایی حسی-عصبی (Bone Conduction) در هر فرکانس به تفکیک از ادیومتری بیماران قبل و بعد از عمل استخراج و تفاوت این دو آستانه هدایت استخوانی، به عنوان تغییرات آستانه شنوایی در نظر گرفته شد. اطلاعات به دست آمده توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای داده‌های ادیومتری قبل و بعد از عمل جراحی آزمون t زوجی و ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. مقدار p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد. نتایج بر اساس داده‌های ادیومتری قبل و بعد از عمل (در گوش عمل شده و گوش مقابله) تفسیر شد.

نتایج

میانگین سنی بیماران $27/75 \pm 11/84$ سال بود. میانگین مدت زمان دریل کردن و شستشوی محیط عمل و انجام ساکشن در هنگام جراحی $46/6 \pm 8/77$ دقیقه بود.

بیمارستان خلیلی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز بستره شدند، ۳۰ بیمار (۱۰ مرد و ۲۰ زن) که دارای شرایط زیر بودند به روش آسان انتخاب و وارد مطالعه شدند.

۱- در ادیومتری انجام شده قبل از عمل (بین فرکانس ۲۵۰ هرتز تا ۸ کیلوهرتز) مقدار هدایت استخوانی در تمام فرکانس‌ها در هر دو گوش در حد طبیعی و به صورت مسطح (Flat) باشد.

۲- عدم وجود بیماری‌های مادرزادی گوش، پیرگوشی، ترومای گوش و یا هرگونه بیماری که روی شنوایی گوش از نظر حسی-عصبی مؤثر باشد.

۳- عدم استفاده از داروهای اتوتوکسیک قبل و بعد از عمل جراحی.

۴- عدم ایجاد فیستول لابیرینت در حین عمل جراحی روز قبل از عمل جراحی از تمام بیماران، ادیومتری با فرکانس ۲۵۰ هرتز تا ۸ کیلوهرتز توسط یک کارشناس ثابت ادیومتری با دستگاه ادیومتری (Ac40, Interacoustics) آمد. بیماران تحت عمل جراحی ماستوئیدکتومی قرار گرفتند. در حین عمل جراحی از دریل میکروموتور Carl Medap, Twista P1050 و ساکشن مدل Storz ۲۸ عمل با حفظ دیواره خلفی کانال شد. تعداد ۲۸ عمل با حفظ دیواره خلفی (Canal Wall up) و ۲ مورد با برداشتن دیواره خلفی (Canal Wall down) توسط یک نفر جراح انجام شد.

بازسازی زنجیره استخوانی (Incus Interposition) در ۲ مورد انجام گرفت. در ۲۶ مورد پاتولوژی به صورت هیپرتروفی مخاط گوش میانی و ماستوئید همراه با

جدول ۱- میانگین تغییرات آستانه شنوایی حسی - عصبی در پی برداشتن استخوان ماستوئید در گوش جراحی شده و گوش سالم

۸۰۰۰	۴۰۰۰	۲۰۰۰	۱۰۰۰	۵۰۰	۲۵۰	فرکانس (هر ترزا)
۱/۳۷	۰/۶۸	۱/۳۴	-۱/۵۵	-۱/۳۱	۱/۳۸	میانگین تغییرات در گوش عمل شده (دسی بل)
۰/۵۸۰	۰/۵۷۶	۰/۱۹۷	۰/۴۶۸	۰/۲۶۶	۰/۲۳۷	P-Value
۰/۳۷۹	۰/۰۳۴	۰/۲۴۱	-۱/۳۷	-۰/۶۸۹	-۰/۵۱۷	میانگین تغییرات در گوش سالم (دسی بل)
۰/۷۵۲	۰/۵۵۵	۰/۹۸۳	۰/۴۴۹	۰/۵۷۴	۰/۷۷۴	P-Value

قبل و بعد از عمل آستانه شنوایی در گوش عمل شده و سالم اندازه گیری گردید و اختلاف هر بیمار محاسبه شده و سپس میانگین اختلافات به دست آمد.

تغییرات آستانه شنوایی مورد بررسی قرار گرفت که فقط در فرکانس ۴۰۰۰ هرتز در گوش عمل شده ارتباط معنی دار آماری پیدا شد ($P=0/022$) (جدول ۲). به عبارتی مدت زمان جراحی (دریل کردن) می تواند روی فرکانس های بالا اثر نامطلوبی داشته باشد.

تغییرات شنوایی با فرکانس مورد نظر در گوش مقابل ارتباط معنی داری نداشت (جدول ۲).

همان گونه که در جدول ۱ ملاحظه می شود بین تغییرات آستانه شنوایی برحسب دسی بل در گوش مورد عمل و گوش مقابل ارتباط معنی داری پیدا نشد.

هدف بعدی مطالعه، پیدا کردن ارتباط بین مدت زمان دریل کردن و ساکشن و تغییرات آستانه های شنوایی حسی عصبی قبل و بعد از عمل جراحی در گوش عمل جراحی شده و گوش مقابل بود. در این زمینه ارتباط بین هر فرکانس به تفکیک، با مدت زمان متوسط عمل ($46/6 \pm 8/77$ دقیقه) و

جدول ۲- ضریب همبستگی بین تغییرات آستانه شنوایی حسی - عصبی و فرکانس های مختلف در گوش عمل شده و گوش سالم

۸۰۰۰	۴۰۰۰	۲۰۰۰	۱۰۰۰	۵۰۰	۲۵۰	فرکانس (هر ترزا)
۰/۰۶۷	۰/۵۴۹	۰/۱۰۲	۰/۱۲۴	۰/۰۸۲	۰/۰۶۴	ضریب همبستگی در گوش عمل شده
۰/۷۲۹	۰/۰۲۲*	۰/۵۴۶	۰/۵۲۲	۰/۶۷۳	۰/۷۴۱	P-Value
۰/۲۸۲	-۰/۳۰۴	-۰/۰۸	-۰/۱۱۴	-۰/۰۴۴	۰/۱۹۴	ضریب همبستگی در گوش سالم
۰/۱۳۵	۰/۱۰۹	۰/۸۲۷	۰/۵۵۷	۰/۸۲۲	۰/۳۰۸	P-Value

* در $\alpha = 0/05$ معنی دار می باشد.

آسیب ناشی از ترومای استخوانچه ها و همچنین ترومای مستقیم به گوش داخلی ناشی از ورود به مجاری نیم دایره ای از جمله آسیب های شناخته شده اند. در این

بحث

در طی عمل جراحی ماستوئیدکتومی، احتمال دارد گوش داخلی از چند طریق در معرض آسیب قرار گیرد.

مطالعه قرار دادند و این مقدار جابه‌جایی را با جابه‌جایی که توسط امواج صوتی ایجاد می‌گردید مقایسه نمودند و نتیجه گرفتند که دریل کردن، نیروی ارتعاشی معادل ضربه صوتی (Acoustic Trauma) ایجاد می‌نماید که می‌تواند ناخواسته به گوش داخلی آسیب برساند. در ضمن مته‌های برشی به علت این که شدت فرکانس‌های بالاتری ایجاد می‌نمایند شانس آسیب‌رسانی بیشتری نسبت به مته‌های الماسی را دارند [۵].

Gjuric و همکارانش در مطالعه‌ای بر روی خوکچه هندی متوجه شدند که پس از تماس مته الماسی $1/4$ میلی‌متری و با سرعت 20000 دور در دقیقه بر روی جسم استخوان سندانی برای مدت 10 ثانیه، آستانه شنوایی تا پنج هفته بعد از عمل جراحی افزایش یافته بود و نکته جالب اینکه جداسازی مفصل سندانی - رکابی قبل از دریل کردن باعث پیشگیری از افزایش آستانه نشده بود [۱۲].

Paparella معتقد است دریل کردن روی جسم استخوان سندانی گریه باعث دژنراسیون سلول‌های مویی خارجی در قاعده حلق‌زون می‌شود که از نظر بافت‌شناسی این امر مانند کاهش شنوایی ناشی از سر و صدا می‌باشد [۱۳].

Pau و همکارانش در یک مطالعه تجربی روی چهار نمونه استخوان تمپورال، تراز فشار صوت را در سطح غشاء دریچه گرد در هنگام دریل کردن به منظور کوکلئوستومی مورد اندازه‌گیری قرار دادند و نتیجه گرفتند در صورتی که لابیرنوت غشایی نمایان شود عملکرد گوش داخلی توسط ضربه صوتی در معرض خطر است زیرا ترازهای فشار صوتی بالا باعث گرم شدن بیش از حد حلق‌زون می‌شود [۱۴].

مطالعه ارتباط بین مدت زمان دریل کردن و ساکشن و تغییرات آستانه‌های شنوایی حسی- عصبی قبل و بعد از عمل جراحی در گوش عمل جراحی شده فقط در فرکانس 4000 هرتز معنی‌دار بود و بین تغییرات آستانه شنوایی در گوش مورد عمل جراحی قرار گرفته و گوش مقابل ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشت. در چند مطالعه این تأثیر مورد بررسی قرار گرفته و نتایج متفاوتی به دست آمده است.

Urquhart و همکاران این گونه نتیجه گرفته‌اند که عمل ماستوئیدکتومی به دلیل تولید سر و صدا نمی‌تواند منجر به کاهش شنوایی حسی - عصبی شود [۶].

Seki و همکاران روی خوکچه هندی افزایش نفوذپذیری استریاواسکولاریس به دلیل آسیب ناشی از ارتعاش دریل کردن روی استخوانچه‌های گوش و رابطه آن با مدت دریل کردن گزارش شده است [۱۱].

Hashimoto و همکارانش نتیجه گرفتند که تزریق وریدی استریوئید در خوکچه هندی قبل از ارتعاش اینکوس تو سط دریل، مهارکننده افزایش نفوذپذیری استریاواسکولاریس است [۴].

Hegewald و همکاران کاهش شنوایی بعد از ماستوئیدکتومی را بلافضله بعد از عمل و یک ماه بعد از عمل تا فرکانس 20 کیلوهertz مورد تحقیق قرار دادند. اگر چه بلافضله بعد از عمل در فرکانس‌های بالاتر از حد شنیداری، تغییراتی وجود داشت ولی با تکرار آزمایش‌ها یک ماه بعد از عمل فقط در فرکانس 10 کیلوهertz تغییرات معنی‌دار از نظر آماری پیدا شد [۱۰].

Jiang و همکارانش بر روی استخوان تمپورال تازه انسان با استفاده از Laser Doppler vibrometry مقدار حرکت استخوان رکابی را در حال دریل کردن مورد

ساقشن، شستشو و دریل استفاده می‌شود تغییرات آستانه شنوایی حسی - عصبی در فرکانس‌های گفتاری رخ نمی‌دهد. اگر چه از لحاظ ارتباط بین طول مدت زمان ساقشن، شستشو، دریل کردن و تغییرات آستانه شنوایی فقط در فرکانس ۴ کیلوهرتز در گوش عمل جراحی شده ممکن است رابطه‌ای وجود داشته باشد که لازم است پژوهش‌های دیگری در چند مرکز، مکمل این پژوهش باشند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهند که احتمالاً دریل کردن در حین عمل جراحی روی استخوان ماستویید باعث تغییر دائم در شنوایی نمی‌شود. بنابراین در صورت تغییر دائم شنوایی باشیستی موارد دیگر را نیز مدنظر قرار داد.

به نظر می‌رسد علت اختلاف نتایج مطالعه حاضر با مطالعه Seki [۱۱] و همچنین Hashimoto و همکارانش [۴] به دلیل تماس مستقیم دریل با استخوانچه‌های شنوایی در خوکچه هندی می‌باشد در حالی که در این مطالعه به شدت مراقبت به عمل آمد که از این مسئله پیشگیری شود. مطالعه حاضر به بررسی این تغییرات در دو ماه بعد از عمل می‌پردازد و تغییراتی را که به صورت دائمی درآمده باشد شامل می‌شود. طبق نتایج حاصله با توجه به شدت صوت، هیچ تغییر معنی‌داری در آستانه شنوایی حسی - عصبی بیماران به دنبال عمل ماستوئیدکتومی یافت نشده است. به نظر می‌رسد اگر چه شدت صوت ایجاد شده در طی عمل در حد آسیب‌رسان است ولی چنانچه جراح دقت نماید با توجه به مدتی که از

References

- [1] Lonsbury-Martin BL, Martin GK. Cummings Otolaryngology Head & Neck Surgery.4th ed. Baltimor, Maryland: Mosby. 2005; pp: 2906-25
- [2] Palva T, Karja J, Palva A. High- tone sensorineural losses following chronic ear surgery. *Arch Otolaryngol* 1973; 98(3): 176-8.
- [3] Tos M, LauT, Plate S. Sensorineural hearing loss following chronic ear surgery. *Ann otol Rhinol laryngol* 1984; 93(4pt1): 403-9.
- [4] Hashimoto K, Seki M, Miyasaka H, Watanabe K. Effect of steroids on increased permeability of blood vessels of the stria vascularis after auditory ossicle vibration by a drill in otologic surgery. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2006; 115 (10): 769-74.
- [5] Jiang D, Bibas A, Santuli C, Donnelly N, Jeronimidis G, O'Connor AF. Equivalent noise level generated by drilling onto the ossicular chain as measured by laser doppler vibrometry:

- a temporal bone study. *Laryngoscope* 2007; 117(6): 1040-5.
- [6] Urquhart AC, McIntosh WA, Bodenstein NP. Drill-generated enorineural hearing loss following mastoid surgery. *Laryngoscope* 1992; 102(6): 689-92.
- [7] Domenech J, Carulla M, Traserre J. Sensorineural high – frequency hearing loss after drill-generated acoustic trauma in tympanoplasty. *Arch Otorhinolaryngol* 1989; 246(5):280-2.
- [8] Parkin JL, Wood GS, wood RD, mc Candless GA. Drill-and suction – generated Noise in mastoid surgery. *Arch Otolaryngol* 1980; 106(2): 92-6.
- [9] Needham AJ, Jiang D, Bibas AG, Jeronimidis TG, O'connor AF. The effects of mass loading the ossicles with a floating mass transducer on middle ear transfer function. *Otol Neurotol* 2005; 26(2): 218-24.
- [10] Hegewald M, Heitman R, Wiederhold M, Cooper JC, Gates GA. High frequency electrostimulation hearing after mastoidectomy. *Otolarygology Head Neck Surg* 1989; 100(1): 49-56.
- [11] Seki M, Miyasaka H, Edamatsu H, Watanabe K, Changes in permeability of strial vessels following vibration given to auditory ossicle by drill. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2001; 110(2): 122-6.
- [12] Gjuric M, Schneider W, Buhr W, wolf SR, Wigand ME. Experimental sensorineural hearing loss following drill-induced ossicular chain injury. *Acta Otolaryngol* 1997; 117(4): 497-500.
- [13] Paparella MM. Acoustic trauma from the bone cutting burr. *Laryngoscope* 1962; 72: 116-26
- [14] Pau HW, Just T, Bornitz M, Lasurashvilli N, Zahnert T. Noise exposure of the inner ear during drilling a cochleostomy for cochlear implantation. *Laryngoscope* 2007; 117(3): 535-40.

Sensorineural Hearing Loss Rate AMONG Patients Referring to Khalili Hospital in Shiraz

M. Shishegar¹, A.H. Faramarzi², M.H. Sahebi Bazzaz³

Received: 07/10/07

Sent for Revision: 21/04/08

Received Revised Manuscript: 09/04/21

Accepted: 30/04/09

Background and Objectives: Sensory – neural hearing loss following mastoid surgery has been Reported with different severities. In the mastoid surgery, different factors can affect hearing. The aim of this study was to introduce the most common frequency that was affected during mastoid surgery and also to determine the correlation between duration of drilling and suction irrigation with the severity of sensory – neural hearing loss.

Materials and Methods: This Longitudinal Study was performed in the E.N.T department of Khalili Hospital-Shiraz University of Medical Sciences. Thirty consecutive patients with chronic otitis media were selected. Audiometry was done (250Hz – 8kHz) in two occasions, one day before the operation and 2 months after the operation. The results were analyzed using paired T- test and Pearson Correlation.

Results: There was not any significant change in threshold of bone conduction in all frequencies (250HZ-8KHZ) after 2 months. The average time of drilling, was 46.6 minutes (SD 8.77). There was a significant correlation between the time of drilling, suction, irrigation and change in bone conduction threshold in the 4KHZ, ($p<0.05$) but this correlation relation was not found in the other frequencies.

Conclusion: We did not find persistent changes in the bone conduction thresholds after tympanomastoid surgery in the operated ear and the other ear after two months. So in case of SNHL Consequence of surgery we should consider other factors.

Key words: Mastoidectomy, Acoustic Trauma, Sensorineural Hearing Loss

Funding: This research was funded by Shiraz University of Medical Sciences.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Shiraz University of Medical Sciences approved the study.

1- Assistant Prof. Dept. of Otolaryngology, University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

(Corresponding Author) Tel: (0711) 6471478, Fax: (0711) 6471478, E-mail: drshishegar@yahoo.com

2- Assistant Prof. Dept. of Otolaryngology, University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

3- Resident, Dept. of Otolaryngology, University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.