

Ciało obce (nóż) w przewodzie słuchowym zewnętrznym – opis przypadku

Foreign object (knife) in external auditory canal – case report

Filip Waśniewski¹, Bartosz Skulimowski¹, Joanna Witkiewicz², Małgorzata Wierzbicka²

¹Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Otolaryngologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

²Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

Rany klute szyi stanowią do 10% wszystkich przypadków obrażeń ciała. Głównymi mechanizmami tego typu urazów są: napad z użyciem broni ostrej, postrzał, samookaleczenie i wypadki komunikacyjne. Obrażenia, w których nóż pozostaje w ranie, należą do zdecydowanej rzadkości. W pracy opisano rzadki przypadek pacjenta z nożem wbitym w przewód słuchowy zewnętrzny lewy. Szczegółowo omówiono zasady postępowania u pacjentów z ranami penetrującymi szyi, możliwe powikłania ze szczególnym uwzględnieniem urazowego porażenia nerwu twarzowego.

Słowa kluczowe: rana kluta szyi, ciało obce, porażenie nerwu twarzowego.

Abstract

Penetrating neck injuries amount to 10% of all trauma cases. The main causes are: assault with sharp weapon, gunshot, self-harm and traffic accidents. Injuries in which the blade remains in the wound are definitely uncommon. In this article we describe a case of a patient with a knife stuck in the external auditory canal. Furthermore we discuss the treatment algorithm in these patients and the possible complications, especially the traumatic facial nerve paralysis.

Key words: neck stab wound, foreign object, facial paralysis.

(*Postępy w Chirurgii Głowy i Szyi* 2023; 1: 10–13)

Wprowadzenie

Rany klute szyi definiowane są jako rany penetrujące mięsień szeroki szyi i stanowią do 10% wszystkich przypadków obrażeń ciała [1]. Obrażenia, w których nóż pozostaje w ranie, należą do zdecydowanej rzadkości [2]. Głównymi mechanizmami takiego typu urazów są napad z użyciem broni ostrej, postrzał, samookaleczenie i wypadki komunikacyjne [3]. Śmiertelność w tej grupie pacjentów może sięgać nawet 10%, dlatego bardzo ważna jest znajomość postępowania w takich przypadkach [3].

Prezentujemy przypadek pacjenta z nożem wbitym w przewód słuchowy zewnętrzny lewy.

Opis przypadku

Mężczyzna 38-letni został przywieziony przez zespół ratownictwa medycznego ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) Centrum Medycznego HCP w Poznaniu na ostry dyżur laryngologiczny Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego (obecnie Uniwersytecki Szpital Kliniczny) w Poznaniu w celu zaopatrzenia rany klutej szyi – nóż wbity przez przewód słuchowy zewnętrzny lewy (ryc. 1).

Chory został znaleziony przez policję z podejrzeniem samookaleczenia. Z wywiadu zebranego od członków rodziny potwierdzono zespół zależności alkoholowej (ZZA). W chwili przyjęcia na SOR pacjent był



niezwykle pobudzony i agresywny. Podczas wstępnych oględzin chorego stwierdzono nóż tkwiący w przewodzie słuchowym zewnętrznym lewym oraz liczne rany klute klatki piersiowej. Dalsze badania fizykalne potwierdziły obecność odmy opłucnowej, wymagającej założenia obustronnego drenażu ssącego do jam opłucnowych. W trakcie intubacji chorego doszło do nagłego zatrzymania krążenia w mechanizmie PEA (6 minut). Po przywróceniu akcji serca pacjent niezwłocznie został przekazany z SOR-u na ostry dyżur laryngologiczny, skąd bezpośrednio został przewieziony na blok operacyjny Oddziału Klinicznego Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej w celu natychmiastowego leczenia operacyjnego.

Opis zabiegu

Usunięcie ciała obcego (noża z ostrzem 10 cm) wbiętego przez przewód słuchowy zewnętrzny lewy na podstawę czaszki, przekraczającego linię środkową.

W znieczuleniu ogólnym dotchawiczym wykonano cięcie w kształcie litery S w okolicy przyusznej lewej, odpreparowano mięsień mostkowo-obojczykowo-sutkowy, mięsień dwubrzuścowy, dolny biegun ślinianki przyusznej oraz uwidoczniło tętnicę szyjną wspólną wraz z podziałem (ryc. 2).

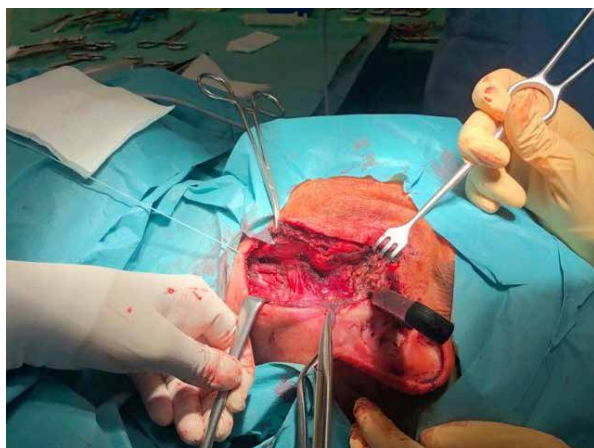
Założono lejce na tętnicę szyjną wspólną i następnie kontynuowano preparowanie w kierunku przestrzeni przygardłowej. Podniesiono śliniankę przyuszną lewą, przecięto ścianę przewodu słuchowego zewnętrznego i uwidoczniło ostrze noża przylegające bezpośrednio do pnia nerwu twarzowego. Docięto ścianę przednio-dolną przewodu słuchowego zewnętrznego i pod kontrolą wzroku bez oporu usunięto nóż penetrujący do dołu skrzydłowo-podniebiennego, przestrzeni przygardłowej i podstawy czaszki. Długość noża wraz z ostrzem wynosiła 10 cm (ryc. 3).

Bezpośrednio po zabiegu pacjent został przekazany na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii (AiIT).



Rycina 1. Nóż w przewodzie słuchowym zewnętrznym lewym

W chwili przyjęcia chory w stanie ogólnym poważnym, wentylowany mechanicznie, poddany analgesodacji i wspomagany krążeniowo aminami presyjnymi. W badaniu tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej stwierdzono narastanie rozedmy podskórnej oraz utrzymującą się odmę prężną po stronie lewej – dokonano skutecznej wymiany drenażu ssącego do jamy opłucnowej. W kontrolnych badaniach TK klatki piersiowej wykazano utrzymującą się śladową resztkową odmę opłucnową po stronie lewej, niewymagającą czynnego drenażu. W 6. dobie po zabiegu chirurgicznym wykonano przezskórną tracheotomię. W trakcie pobytu na oddziale AiIT chory był bardzo niespokojny, agresywny, z głębokimi zaburzeniami poznawczymi. Podczas kon-



Rycina 2. Preparowanie tkanek miękkich szyi – zdjęcie śródoperacyjne



Rycina 3. Nóż z ostrzem 10-centymetrowym – po usunięciu z rany



sultacji neurologicznej poza porażeniem obwodowym nerwu twarzowego po stronie lewej nie stwierdzono objawów uszkodzenia pozostałych nerwów czaszkowych, objawów patologicznych oraz oponowych. W 8. dobie po zabiegu chirurgicznym pacjent był konsultowany laryngologicznie. Opis konsultacji: *chory w kontakcie logicznym, na oddechu własnym, z założoną rurką tracheotomiczną. Rana pooperacyjna na szyi wygojona, szyja palpacyjnie dość twarda, spoista – najprawdopodobniej obrzęk mięśnia mostkowo-obojęzycowo-sutkowego, bez obecności zbiornika płynowego w okolicy operowanej. W badaniu przedmiotowym wykładniki obwodowego porażenia nerwu twarzowego po stronie lewej (HB6).*

W 10. dobie po zabiegu usunięto rurkę tracheotomiczną i po kolejnych 5 dniach chory w stanie ogólnym wyrównanym, z dobrym kontaktem, wydolny krążeniowo i oddechowo został przekazany na Oddział Chirurgii Centrum Medycznego HCP w celu kontynuacji leczenia.

Podczas wizyty kontrolnej w Przyklinicznej Poradni Otolaryngologicznej (po ok. 6 tygodniach od urazu) stwierdzono utrzymujące się obwodowe porażenie nerwu twarzowego lewego (HB V/VI). Rana okolicy przedusznej lewej była prawidłowo wygojona. Zlecono kontrolne badanie rezonansu magnetycznego (MR) głowy i szyi ze szczególnym uwzględnieniem ślinianek i poinformowano chorego o możliwościach rekonstrukcji nerwu twarzowego. Do chwili obecnej (tj. 2 lata od urazu) chory nie zgłosił się na wizytę kontrolną.

Omówienie

Rany kłute szyi stanowią nieczęsty problem w praktyce laryngologicznej, a obrażenia, w których nóż pozostaje w ranie, są jeszcze rzadsze. Jest to sytuacja szczególnie niebezpieczna i wymagająca zaplanowanego postępowania oraz najczęściej pilnego zabiegu eksploracyjnego [4]. Do głównych mechanizmów powstawania ran kłutych szyi należą: napad z użyciem broni ostrej, postrzał, samookaleczenie i wypadki komunikacyjne [3].

Szyja jest obszarem o niezwykle skomplikowanej i zwartej budowie. Zawiera elementy wielu ważnych układów, takich jak układ naczyniowy, oddechowy, pokarmowy i nerwowy. Urazy naczyniowe występują u co czwartego pacjenta i dotyczą najczęściej tętnic szyjnych (80%), a rzadziej tętnic kręgowych (43%) [1]. Obrażenia drogi pokarmowej i oddechowej dotyczą do 30% chorych [3]. Do struktur neurologicznych, które mogą zostać uszkodzone, należą rdzeń kręgowy, nerwy czaszkowe VII–XII, pień współczulny i splot ramienny [3].

U pacjentów z penetrującymi ranami szyi bardzo ważny jest szybki transport do oddziału ratunkowego w związku z wysokim ryzykiem nagłego pogorszenia się stanu zdrowia. Nie zaleca się podejmowania prób manipulowania ciałem obcym [3]. W ogólnej opiece nad chorym powinno się postępować zgodnie z wytycznymi Europejskiej Rady Resuscytacji, czyli ze schematem

ABC: zapewnić drożność dróg oddechowych, zdolność do efektywnej wymiany gazowej oraz przeciwdziałać załamaniu się układu krążenia. Ponadto należy każdorazowo dążyć do konsultacji chirurgicznej, najlepiej przez chirurga głowy i szyi [3].

W badaniu przedmiotowym powinno się poszukiwać objawów uszkodzenia i blokowania dróg oddechowych, takich jak duszność, stridor, chryпка czy odma podskórna [3]. W przypadku naszego pacjenta zdiagnozowana została obustronna odma opłucnowa, która wymagała obustronnego drenażu. W trakcie intubacji preferowana jest wideolaryngoskopia lub laryngoskopia fiberoskopowa, która umożliwia bezpośrednią wizualizację krtani i zmniejsza ryzyko pogorszenia możliwych ran w obrębie dróg oddechowych [5]. W przypadku znacznego zniekształcenia górnych dróg oddechowych, ciężkiego urazu twarzoczaszki lub niemożności uwidocznienia głośni, na przykład z powodu krwawienia, powinno się przystąpić do niezwłocznej, ratującej życie konikotomii albo tracheotomii dla zapewnienia drożności dróg oddechowych [3].

Gdy stan pacjenta jest niestabilny, konieczna jest natychmiastowa operacja eksploracyjna z pominięciem badań obrazowych w celu szybkiego zaopatrzenia potencjalnych obrażeń zagrażających życiu chorego [3]. W przypadku omawianego pacjenta ze względu na pogarszający się stan zdrowia oraz nagłe zatrzymanie krążenia podczas pobytu na SOR zdecydowano się na takie rozwiązanie niezwłocznie po przywróceniu krążenia i przetransportowaniu do Kliniki.

W czasie zabiegu stwierdzono, że nóż, przechodząc przez dół skrzydłowo-podniebienny oraz przestrzeń przygardłową, ominął większość zawartych tam struktur, do których należą odpowiednio: zwój skrzydłowo-podniebienny, nerw szczękowy, tętnica szczękowa wraz z odgałęzieniami, a w przestrzeni przygardłowej bukiet Riolana, tętnica i żyła szyjna wewnętrzna, nerw IX, X i XI oraz pień współczulny [6].

Głównym stwierdzonym obrażeniem było uszkodzenie nerwu twarzowego, do którego nóż bezpośrednio przylegał.

Urazy nerwu twarzowego są drugą najczęstszą przyczyną porażenia nerwu twarzowego [7]. Jeśli nie zostaną odpowiednio zaopatrzone, przyczyniają się do znacznej niepełnosprawności pacjenta rozumianej jako utrudnienie komunikacji czy przyjmowania pokarmów [8]. Uszkodzenia nerwu twarzowego mogą być zaklasyfikowane na podstawie lokalizacji uszkodzenia jako wewnątrzczaszkowe, wewnątrzskroniowe i zewnątrzskroniowe [7]. U naszego pacjenta uraz był zlokalizowany zewnątrzskroniowo i był spowodowany raną kłutą, natomiast ogólnie najczęstszą przyczyną urazowego uszkodzenia nerwu twarzowego jest tępy uraz w wyniku złamania kości skroniowej [7]. Urazowe uszkodzenie nerwu twarzowego uważane jest za nieodwracalne, jeśli płytka motoryczna jest нефункционална [7]. U omawia-



nego pacjenta uraz dotyczył wyższego odcinka nerwu, dlatego to porażenie zostało uznane za odwracalne i pacjent został wstępnie zakwalifikowany do dalszej rekonstrukcji nerwu twarzowego. Do dnia publikacji chory nie zgłosił się na kolejną wizytę kontrolną z wynikami badań obrazowych (MR ślinianek) i nie podjął dalszego leczenia.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Saito N, Hito R, Burke PA, Sakai O. Imaging of penetrating injuries of the head and neck: current practice at a Level I Trauma Center in the United States. *Keio J Med* 2014; 63: 23-33.
2. van Lierop AC, Raynham O, Basson O, Lubbe DE. Retained knife blades in the ear, nose and throat: three cases. *J Laryngol Otol* 2009; 123: 351-5.
3. Nowicki J, Stew B, Ooi E. Penetrating neck injuries: a guide to evaluation and management. *Ann R Coll Surg Engl* 2018; 100: 6-11.
4. Vishwanatha B, Sagayaraj A, Huddar SG, et al. Penetrating neck injuries. *Indian J Otolaryngol Head Neck S* 2007; 59: 221-4.
5. Tallon JM, Ahmed JM, Sealy B. Airway management in penetrating neck trauma at a Canadian Tertiary Trauma Centre. *CJEM* 2007; 9: 101-4.
6. Schünke M, Schulte E, Schumacher U, et al. *Prometeusz – atlas anatomii człowieka. Tom 3. Głowa, szyja i neuroanatomia: mianownictwo angielskie i polskie. Wydanie III polskie poprawione i rozszerzone. Med-Pharm Polska, Wrocław 2021.*
7. Lee LN, Lyford-Pike S, Boahene KDO. Traumatic facial nerve injury. *Otolaryngol Clin N Am* 2013; 46: 825-39.
8. Mistry RK, Hohman MH, Al-Sayed AA. Facial nerve trauma. In *StatPearls; StatPearls Publishing: Treasure Island (FL), 2022.*

Adres do korespondencji:

Filip Waśniewski
ul. Urocza 6
62-090 Kobylniki
e-mail: filip.wasniewski@gmail.com

