

(167)

# Uraz oczodołu bez zranienia gałki ocznej zadany nożem rzeźniczym

## Orbital trauma inflicted by a butcher's knife without any injury of the eyeball

Jadwiga Stępień<sup>1</sup>, Bartosz Fabijańczyk<sup>1</sup>, Adam Jarmak<sup>1</sup>, Andrzej Pieniński<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Z Oddziału Okulistycznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Zgierzu  
Ordynator: dr n. med. Adam Jarmak

<sup>2</sup>Z Oddziału Laryngologicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Zgierzu  
Ordynator: dr n. med. Ryszard Piotrowicz

**Summary:** We present a 25 year old man, who suffered from an apparently serious orbital injury inflicted by a butcher's knife during a fight. The knife perforated the upper lid of the right eye, and than penetrated the orbita along its medial wall into the right maxillary sinus, the ethmoid sinus, finally reaching the left maxillary sinus. The eye bulb, as well as the optic nerve and the muscles remained intact. A major hemorrhage from the nasal cavity, which occurred immediately after the extraction of the knife, was managed successfully by means of anterior and posterior nasal packing. Intranasal synechias developed in the days following the injury, leading to obstruction of the nasal cavities. The synechias were later almost entirely eliminated through appropriate treatment, leaving the patient with practically no complications of this dramatic injury.

**Słowa kluczowe:** uraz, nóż, krwiak oczodołu, krwiak zatoki szczękowej.

**Key words:** injury, knife, orbital haematoma, maxillary sinus haematoma.

Urazy okolicy oczodołu i samego oczodołu najczęściej są wynikiem wypadków w pracy, komunikacyjnych oraz różnego rodzaju bójek i przemocy w rodzinie (1). Często także występują podczas uprawiania sportu i w trakcie zajęć rekreacyjnych (4). Rozległe urazy oczodołu bez zranienia gałki ocznej zdarzają się bardzo rzadko. W materiale Kunh i wsp. (3) na 100 takich urazów tylko u czterech chorych nie stwierdzono najmniejszego uszkodzenia gałki ocznej bądź nerwu wzrokowego. W badaniach NBA (National Basketball Assotiation, USA), dotyczących częstości tępych urazów w trakcie gry w koszykówkę (na 1059 odnotowanych urazów), w 5,4% występowały bezpośrednie stłuczenia okolicy oczodołu, przy czym wyjątkowo rzadko bezpośrednie zranienia oka (5).

Zastosowanie nowoczesnych metod obrazowania (np. helikalnej tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego) pozwala na dokładną analizę uszkodzeń i zakresu uszkodzenia tkanek (2). Godny uwagi jest przypadek naszego chorego, u którego ciężki uraz oczodołu i zatok obocznych nosa zadany nożem rzeźniczym nie spowodował właściwie żadnego uszkodzenia gałki ocznej, choć obecność noża tkwiącego w oczodole sugerowała taką lokalizację obrażeń.

### Historia choroby

W czasie pracy w rzeźni po utarcze słownej wywiązała się bójka między dwoma pracownikami, w wyniku której jeden z nich został ugodzony nożem w prawy oczodół. Nóż pozostał w ranie i pacjent, lat 25, trafił do naszego oddziału z widocznym trzonkiem

noża wystającym z rany powieki górnej w jej przynosowej części. Krwawienie z rany było mierne.

Pacjent nie wyraził zgody na wykonanie fotografii noża tkwiącego w oczodole prawym (ryc. 1).

W badaniu wstępnym stwierdzono:

Oko prawe: niedostępne badaniu ze względu na niemożność otwarcia szpary powiekowej zablokowanej nożem (ryc. 1).

Rtg. czaszki w trzech możliwych do wykonania projekcjach: nóż, tkwiący w przyśrodkowo-dolnym kwadrancie oczodołu prawego, penetruje oczodół, prawą zatokę szczękową, sitowie i zatokę szczękową lewą. Końcówka noża widoczna na zdjęciu AP w zachyłku czołowym lewej zatoki szczękowej, na zdjęciu bocznym – za tylną ścianą zatoki szczękowej, w polu dołu skrzydłowo-podniebiennego (ryc. 2).

TK oczodołów po usunięciu noża: odma śródoczodołowa prawostronna – pęcherzyki powietrza układają się przy przyśrodkowej ścianie oczodołu. W części środkowej oczodołu od strony przyśrodkowej krwiak sąsiadujący z gałką oczną i mięśniem prostym przyśrodkowym; następową impresję i boczne przemieszczenie tego mięśnia. Pozostałe mięśnie proste o niewymuszonym przebiegu. Zmian w obrębie prawego nerwu wzrokowego gałki ocznej się nie stwierdza. Struktury lewego oczodołu bez zmian. Krew w obu zatokach szczękowych. Wieloodłamowe złamanie sitowia z jego następowym masywnym zacienieniem. Zatoka klinowa i zatoki czołowe powietrzne.



Ryc. 1. RTG P-A czaszki.  
Fig. 1. Skull X-Ray, P-A.

Oko lewe: bez zmian chorobowych, prawidłowe.

W trakcie operacji w znieczuleniu ogólnym, dotchawiczym z użyciem znacznej siły wyjęto nóż głęboko tkwiący w tkankach kostnych (oburącz, wolno wycofując ostrze z rany z jednoczesną obserwacją możliwych miejsc krwawienia). Po usunięciu noża i uwidocznieniu się rany wystąpiło gwałtowne krwawienie z nosa i nosogardzieli. Zespół chirurgiczny, składający się z okulisty, laryngologa i chirurga twarzowo-szczękowego, założył natychmiast tamponadę przednią i tylną nosa, skutecznie powstrzymując krwotok. Następnie opracowano chirurgicznie ranę ciętą powieki górnej oka prawego. Wówczas dopiero możliwa stała się ocena gałki ocznej. Stwierdziliśmy ranę spojówki umiejscowioną przyśrodkowo w okolicy rąbka, biegnącą południkowo w kierunku tylnego bieguna, którą następnie zrewidowaliśmy, nie stwierdzając zranienia twardówki. Ranę spojówki i torebki gałki zaopatrzone szwami pojedynczymi. Kontrola zglębniowa dróg łzowych wykazała zachowaną ich ciągłość. Z powodu tamponady nosa aktywna ocena drożności poprzez podanie roztworu błękitu metylenowego nie była możliwa.

Stan gałki ocznej prawej po usunięciu noża:

Vod = 5/5, Snod = 0,5/30 cm Tod = 14,6 mmHg.

Ruchomość gałki ocznej – prawidłowa we wszystkich kierunkach w pełnym zakresie, bez двоjenia. Przedni odcinek i dno oka – prawidłowe.

Tamponadę nosa usunięto pięć dni po urazie. Ponowna kontrola dróg łzowych wykazała zachowaną drożność. W siódmej dobie po urazie chory był ponownie konsultowany przez laryngologa. Nos i grzbiet nosa były proste, przedsionek – bez zmian pourazowych. W obu przewodach nosowych obserwowano odlewy włókniaka. Po oczyszczeniu stwierdzono ranę równoległą do osi długiej jamy nosa w dolnej części chrzęstnej przegrody z częściowym obnażeniem chrząstki. Drożność po stronie prawej była dobra, po lewej – znacznie upośledzona przez zale-



Ryc. 2. RTG boczny czaszki.  
Fig. 2. Skull X-Ray, lateral.

gający skrzep w okolicy nozdrza tylnego. Gardło i uszy były bez zmian urazowych. Zalecono maść Atecortin 4 x dziennie do nosa.

Laryngolog postawił następujące rozpoznanie: *Fractura comminutiva ossis ethmoidalis dextri. Vulnus perforans septi nasi. Haematoma cavum sinus maxillaris bilateralis.*

W związku ze skokami ciśnienia tętniczego na zlecenie internisty włączono Amlozek 5 mg 1 x dziennie. Ciśnienie unormowało się w następnej dobie po rozpoczęciu leczenia.

Po usunięciu tamponady przedniej i tylnej w wyniku procesu gojenia wytworzyły się bardzo liczne zrosty płaszczynowe wewnątrznosowe. W postępowaniu laryngologicznym doprowadzono do pełnej drożności prawej jamy nosowej. W lewej jamie nosowej pozostał niewielki zrost pomiędzy listwą przegrody a małżowiną nosową dolną (drożność nieco zmniejszona). Po leczeniu błona śluzowa nosa jest wilgotna, bladoróżowa, bez zmian patologicznych. Po 3 miesiącach od urazu uwolniono zrosty.

**PIŚMIENNICTWO:** 1. Beck S. R., Freitag S. L., Singer N.: *Ocular injuries in battered women*. *Ophthalmology*, 1996, 103, 148-151. 2. Ho V. T., McGuckin J. F., Jr., Smergel E. M.: *Intraorbital wooden foreign body: CT and MR appearance*. *Am. J. Neuroradiol.*, 1996, 17, 134-136. 3. Kuhn F., Morris R., Witherspoon C. D., Heimann K., Jeffers J. B., Treister G.: *A standardized classification of ocular trauma*. *Ophthalmology*, 1996, 103, 240-243. 4. Napier S. M., Baker R. S., Sanford D. G., Easterbrook M.: *Eye injuries in athletics and recreation*. *Surv. Ophthalmol.*, 1996, 41, 229-244. 5. Zigelbaum B. M., Starkey C., Hersh P. S., Donnerfeld E. D., Perry H. D., Jeffers J. B.: *The National Basketball Association eye injury study*. *Arch. Ophthalmol.*, 1995, 113, 749-752.

Praca wpłynęła do Redakcji 24.06.2003 r. (283).

Adres do korespondencji (Reprint requests to):  
dr n. med. Jadwiga Stępień  
ul. Baczyńskiego 55  
91-170 Łódź