

Rzadki przypadek metalicznego ciała obcego w uchu środkowym – opis przypadku

A rare case of metallic foreign body in middle ear – Case report

KATARZYNA PRZYTUŁA-KANDZIA^{1/}, ALEKSANDRA ŚLASKA-KASPERA^{1/}, JAROSŁAW MARKOWSKI^{1/},
DARIUSZ MĘDRECKI^{2/}, WŁODZIMIERZ DZIUBDZIELA^{3/}

^{1/} Katedra i Klinika Laryngologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

^{2/} Zakład Radiologii SPSKM im. A. Mielęckiego w Katowicach

^{3/} Poradnia Leczenia Bólu Przewlekłego w Sosnowcu

Wprowadzenie. Ciała obce w uchu środkowym są opisywane w literaturze bardzo rzadko. Najczęściej dostają się do jamy bębnekowej na drodze urazu mechanicznego przez przewód słuchowy zewnętrzny i błonę bębnekową.

Materiał i metody. Autorzy przedstawiają przypadek metalicznego ciała obcego w uchu środkowym po stronie prawej u 54-letniego mężczyzny operowanego w Klinice Otorynolaryngologii w październiku 2012r. Chory został przyjęty z powodu przewlekłych wycieków ropnych z ucha prawego, które pojawiły się po urazie w pracy 7 lat wcześniej.

Wyniki i wnioski. W wyniku przeprowadzonej diagnostyki rozpoznano ciało obce w uchu środkowym prawym. Chorego zakwalifikowano do zabiegu operacyjnego, w czasie którego ciało obce usunięto. Pozostaje pod opieką Poradni Przyklinicznej bez cech przewlekłego stanu zapalnego ucha środkowego.

Słowa kluczowe: ciało obce, błona bębnekowa, ucho środkowe, wycieki z ucha

Introduction. Foreign bodies in the middle ear have been described in the literature very rarely. They usually enter the tympanic cavity through the external ear canal and eardrum as a result of a mechanical injury.

Material and methods. The authors report a case of a metallic foreign body detected in the right middle ear of a 54-year-old man operated at the ENT Department in October 2012. The patient was admitted because of chronic purulent leakage from the right ear, which occurred after an injury at work in 1995.

Results and conclusions. After a foreign body had been diagnosed in his right middle ear, the patient was qualified for surgery, during which the foreign body was removed. He remains under the care of the ENT-Department's Outpatient Clinic without evidence of chronic inflammation of the middle ear.

Key words: foreign body, tympanic membrane, middle ear, running from the ear

© Otorynolaryngologia 2013, 12(2): 96-99

www.mediton.pl/orl

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Lek. Katarzyna Przytuła-Kandzia
Klinika Laryngologii SPSKM im. A. Mielęckiego ŚUM w Katowicach
ul. Francuska 20-24, 40-027 Katowice tel. 32 25 91 460, tel.
506192560, email: przytula.kandzia@gmail.com

Wstęp

Ciała obce w przewodzie słuchowym zewnętrznym często zdarzają się w praktyce laryngologicznej. Najczęściej opisywane są przypadki dotyczą dzieci. Natomiast ciała obce w uchu środkowym występują rzadziej [1]. Najczęstszą drogą dostania się ciała obcego do jamy bębnekowej jest uraz mechaniczny, w wyniku którego dochodzi do perforacji błony bębnekowej. Grupą zawodową najbardziej narażoną na taki uraz są osoby wykonujące zawód

związany z budownictwem np. spawacze [2-4]. Do przyczyn dostania się metalicznego ciała obcego do ucha środkowego należą również nieprawidłowo przeprowadzane przymiarki aparatów słuchowych lub ich nieprawidłowe użytkowanie przez pacjentów [5, 6].

Objawami występowania ciała obcego w uchu środkowym mogą być: pogorszenie słuchu, uczucie pełności w uchu, szumy uszne, zawroty głowy, a także wycieki z uszu [4, 7]. Opisywane są również cechy

obwodowego porażenia nerwu twarzowego wskutek dostania się metalicznego ciała obcego do jamy bębnekowej i uszkodzenia jego włókien [3, 8].

Diagnostyka obejmuje prawidłowe zebranie wywiadu lekarskiego, badanie mikrootoskopowe, badanie obrazowe, aby dokładnie ocenić lokalizację ciała obcego (RTG lub TK) oraz badania audiologiczne. Leczenie jest operacyjne. Jego celem jest usunięcie ciała obcego [1]. Piśmiennictwo podaje, że w przypadkach metalicznych ciał obcych można spotkać się z utrudnionym gojeniem błony bębnekowej [9]. Częściej dochodzi również do ponownych samoistnych perforacji błony bębnekowej [2].

Opis przypadku

Chory HB, lat 54, historia choroby nr 12/19894 przyjęty do Kliniki Laryngologii SUM 01.10.2012 r. w celu przeprowadzenia diagnostyki prawostronnych wycieków usznych i podejrzenia obecności ciała obcego w prawym uchu środkowym. W wywiadzie uraz na budowie w 1995r. z podejrzeniem dostania się kawałka gwoździa do ucha prawego.

Chory po urazie dwukrotnie był operowany: 03.1995 r. – rewizja prawej jamy bębnekowej, 07.1995 r. – reoperacja – rewizja prawej jamy bębnekowej. Obie próby usunięcia ciała obcego nie powiodły się.

Około 6 miesięcy przed przyjęciem pojawiło się uczucie przytkania ucha prawego z wyciekami ropnym oraz znaczne subiektywne pogorszenie słuchu z towarzyszącymi szumami usznymi. W badaniu fizykalnym stwierdzono dużą ilość treści ropnej, obecność ziarniny oraz fetor. Wynik wymazu – *Pseudomonas aeruginosa*.

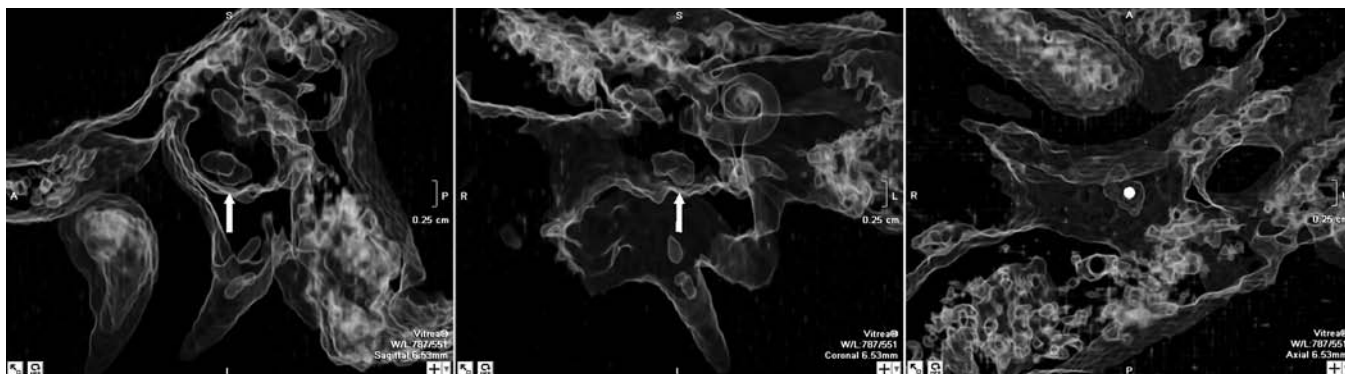
W badaniach dodatkowych: audiometria tonalna – niedosłuch mieszany prawostronny. W wykonanej tomografii komputerowej piramid kości skroniowych stwierdzono: po stronie prawej przewód słuchowy w części kostnej niedrożny z całkowicie wypełnioną patologicznymi masami jamą bębnekową,

które ciągną się od poziomu pokrywy nadbębnekowej do podbębnekowej, wypełniając szczelnie jamę bębnekową. Masy częściowo wnikają do antrum i wypełniają wyrostek sutkowaty, gdzie widoczna jest również gęsta wydzieliną, prawdopodobnie o charakterze ropnym. W jamie podbębnekowej widoczna jest silnie wysycona struktura mająca wymiary około 3,8 x 2,5 x 3,9 mm, w najdłuższej osi skośnej mająca około 4,2 mm, prawdopodobnie o wysyceniu metalicznym, posiadająca łączność z oderwaną głową młoteczka. W lokalizacji typowej dla kosteczek słuchowych widoczna jest jedynie część kowadełka, która jest zachowana w swym położeniu. Ciało obce znajduje się częściowo w przewodzie słuchowym zewnętrznym, na poziomie zachyłka pomiędzy błoną bębnekową, która jest rozerwana. Pokrywka jamy nadbębnekowej ma bardzo ażurową budowę jak w przypadku przewlekłych zmian zapalnych. Okienko owalne jest również częściowo zdeformowane, mniejsze niż fizjologiczne. Zdeformowana jest odcinkowo część zakrętu podstawnego ślimaka, widoczne są również drobne perforacje części kostnej ślimaka. Kanał nerwu twarzowego w części przyokienkowej jest oblepiony masami, prawdopodobnie ziarniną zapalną, które się z nim stapiają. Kanał nerwu słuchowego bez patologii, natomiast w antrum widoczny bąbel gazowy o średnicy około 10 mm z zalegającą wokół wydzieliną (ryc. 1-3).

Po przeprowadzeniu badań podstawowych oraz konsultacji anestezjologicznej chorego zakwalifikowano do zabiegu operacyjnego, który odbył się 03.10.2012 r. Opis operacji: Cięcie za małżowiną uszną po stronie prawej, odsłonięto planum mastoideum. Otwarto antrum oraz jamę bębnekową. Przewód słuchowy na całej długości wypełniony blizną wrastającą również do jamy bębnekowej do poziomu promontorium. Wokół blizny ziarnina. W dolnej części blizny w mesotympanum ciało obce metaliczne, prawdopodobnie kawałek gwoździa, długości około 4 mm. Usunięto w całości.



Ryc. 1. Tomografia piramid kości skroniowych



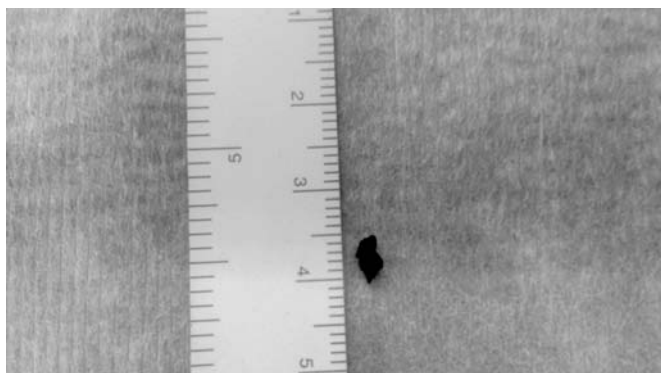
Ryc. 2. Tomografia piramid kości skroniowych



Ryc. 3. Tomografia piramid kości skroniowych

Oczyszczono jamę bębenkową i przewód słuchowy zewnętrzny, usunięto bliznę wraz z ziarniną. Odesano z antrum gęstą treść ropną. Pobrano fragment chrząstki z łódki małżowiny usznej oraz skórę z za małżowiny usznej, wykonano myringoplastykę oraz odtworzono skórną część przewodu słuchowego zewnętrznego. Opatrunek (ryc. 4).

Przebieg zabiegu oraz okres pooperacyjny niepowikłany. W 2 dobie pooperacyjnej chorego w stanie ogólnym i miejscowym dobrym wypisano do domu. W 10 dobie pooperacyjnej w ramach Poradni Przyklinicznej usunięto opatrunek wewnętrzny



Ryc. 4. Usunięte ciało obce

oraz szwy skórne. Chory pozostaje pod opieką w Przyklinicznej Poradni Otolaryngologicznej bez cech przewlekłego stanu zapalnego ucha. Przeszczep błony bębenkowej tkwi prawidłowo, o zachowanej ciągłości.

Wnioski

Ciała obce w uchu środkowym są spotykane niezwykle rzadko, w przeciwieństwie do ucha zewnętrznego. Częstą przyczyną dostania się ciała obcego do ucha środkowego jest uraz mechaniczny u pracowników fizycznych w przemyśle budowlanym nie stosujących słuchawek ochronnych. Kolejną grupą chorych u których może dojść do dostania się ciała obcego do ucha środkowego są pacjenci pracowni protezujących słuch oraz użytkownicy aparatów słuchowych z wkładką wewnątrzuszną [1]. Dolegliwości, z którymi zgłaszają się chorzy to najczęściej wycieki z ucha oraz pogorszenie słuchu [2, 4, 5]. Konieczne jest przeprowadzenie kompleksowej diagnostyki. Jej celem jest dokładne określenie położenia ciała obcego oraz cech destrukcji. Na tej podstawie następuje kwalifikacja do zabiegu operacyjnego [1], w czasie którego należy ciało obce usunąć.

Piśmiennictwo

1. Eleftheriadou A., Chalastras T, Kyrmizakis D, Sfetsos S, Dagalakis K, Kandiloros D. Metallic foreign body in middle ear: an unusual cause of hearing loss. *Head Face Med.* 2007; 3: 23-5.
2. Frenkel S, Alberti M. Tympanic thermal injuries of the middle ear. *J Otolaryng* 1977; 6(1): 17-22.
3. Panosian M, Dutcher J. Transtympanic facial nerve injury in welders. *Occup Med.* 1994; 44(2): 99-101.
4. Simons J, Eibling D. Tympanic Membrane Perforation and Retained Metal Slag after a Welding Injury. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005, 133(4): 635-6.
5. Schimanski G. Silicone foreign body in the middle ear caused by auditory canal impression in hearing aid fitting. *HNO* 1992; 40(2): 670-8.
6. Kohan D, Sorin A, Marra S, Gottlieb M, Hoffman R. Surgical management of complications after hearing aid fitting. *Laryngoscope* 2004; 114(2): 317-22.
7. Syms C, Nelson R. Impression-material foreign bodies of the middle ear and external auditory canal. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1998; 119(4): 406-7.
8. Stage J, Vinding T. Metal spark perforation of the tympanic membrane with deafness and facial paralysis. *J Laryngol Otol* 1986; 100(6): 699-700.
9. Mertens J, Bubmann M, Reker U. Schweissperleverletzungen des Ohres: Beobachtungen am eigenen Krankengut. (German). *Laryngo-Rhino-Otologie* 1991; 70(8): 405-8.