

Ciało obce tkanek miękkich szyi — opis przypadku

Foreign body of the neck — case report

Maciej Zajac¹, Hanna Zajac¹, Marcin Frączek¹, Tomasz Kręcicki¹

¹ Klinika Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi. Uniwersytecki Szpital im. Jana Mikulicza-Radeckiego, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław, PL

Streszczenie

Wstęp: Ciała obce w górnych drogach pokarmowych i oddechowych są często spotykane w praktyce otolaryngologicznej. Rzadko zdarza się, aby przemieściły się one ze światła przewodu pokarmowego do tkanek miękkich szyi.

Opis przypadku: Prezentujemy przypadek 33-letniej kobiety, która połknęła kawałek szkła. W badaniach endoskopowych nie uwidoczniło ciała obcego. Badanie rentgenowskie szyi wykazało cień odpowiadający ciału obcemu na poziomie zwieracza górnego przełyku, a tomografia komputerowa potwierdziła jego obecność w tkankach miękkich szyi, w odległości 8 mm od tętnicy szyjnej wspólnej. Szklany odłamek usunięto w operacji z dostępu zewnętrznego.

Wnioski: Ciała obce stwarzają ryzyko przebicia ściany przewodu pokarmowego i migracji w głąb tkanek miękkich. Zdjęcie rentgenowskie potwierdza obecność cieniującego ciała obcego, a tomografia komputerowa pozwala określić jego dokładną lokalizację.

Słowa kluczowe: ciała obce; szyja; endoskopia; szkło

Abstract

Background: Foreign bodies in the upper aerodigestive tract are common in the otolaryngological practice. Migration of the foreign body from the lumen of digestive tract to the soft tissues of the neck is rare.

Case Report: We present a case of a 33-year old woman, who swallowed a piece of glass. Endoscopic evaluations did not reveal the foreign body. Radiography of the neck showed a foreign body on the level of the upper oesophagus sphincter and computed tomography confirmed its presence in the soft tissues of the neck, 8 mm away from common carotid artery. The glass splinter was removed by the open surgery.

Conclusions: Foreign bodies carry a risk of penetrating the wall of the digestive tract and migrating into the soft tissues. Plain film radiography detects a radiopaque foreign body and computed tomography provides its accurate localization.

Key words: foreign bodies; neck; endoscopy; glass

Otrzymano: 9-08-2017 → Zaakceptowano: 2-11-2017 → Opublikowano: 25-11-2017

✉ Maciej Zajac, ul. Piłsudskiego 116/7, 50-014 Wrocław, tel. 606903488, e-mail: m.zajac@aol.pl

Wstęp

Połknięcie ciała obcego spotyka się częściej u dzieci, niż u dorosłych, jednak w grupie pacjentów pediatrycznych rzadziej dochodzi do poważnych powikłań [1, 2]. Wśród dorosłych dominują osoby w starszym wieku, z zaburzeniami narządu żucia, zwężeniami przełyku oraz więźniowie i pacjenci z zaburzeniami psychicznymi [2–4]. 80–90% połkniętych ciał obcych przechodzi przez górne drogi pokarmowe spontanicznie, jednak 10–20% wymaga endoskopowego usunięcia, a 1% powoduje komplikacje [3, 5]. Możliwe lokalizacje ciała obcego w gardle środkowym to dołki nagłośniowe, nasada języka, migdałki podniebienne, a w gardle dolnym zachyłki gruszkowate, okolica zapierścienka oraz tylna ściana gardła [6, 7]. W przełyku ciała obce umiejscawiają się w ponad 80% w jego części szyjnej [1, 2, 8]. Rzadko zdarza się by połknięte ciało obce przebiło ścianę przewodu pokarmowego i przemieściło się w głąb tkanek miękkich. Może temu sprzyjać budowa ciała obcego np. ostro zakończone kawałki ości, szkła. Stwarza to zagrożenie wystąpienia ciężkich i potencjalnie śmiertelnych powikłań takich jak ropień zagardłowy, zapalenie śródpiersia, uszkodzenie dużych naczyń szyi [7].



Rysunek 1: RTG szyi w projekcji bocznej. Widoczny cień odpowiadający ciału obcemu na poziomie gardła dolnego

W takich przypadkach niezbędne jest podjęcie szybkiej interwencji i usunięcia ciała obcego. Przedstawiamy przypadek pacjentki z ciałem obcym, które przemieściło się ze światła gar-

dła dolnego w głąb tkanek miękkich szyi w bezpośrednie sąsiedztwo tętnicy szyjnej wspólnej.

Opis przypadku

33-letnia pacjentka została skierowana do Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi we Wrocławiu z powodu ciała obcego tkanek miękkich szyi.

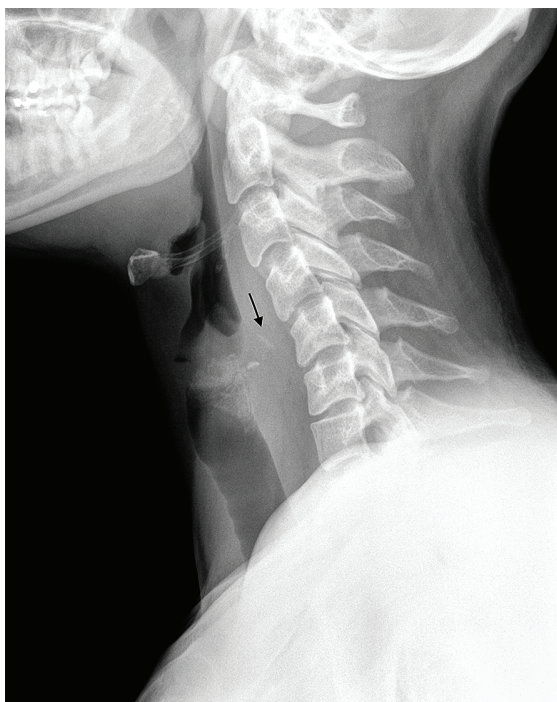


Rysunek 2: RTG szyi w projekcji przednio-tylnej. Bez widocznego ciała obcego

W wywiadzie pacjentka podawała, że podczas posiłku połknęła kawałek szkła, który prawdopodobnie był odłamkiem słoika. Natychmiast poczuła ukłucie oraz ból gardła, po czym zymiotowała i odpluła świeżą krew. Zgłosiła się do rejonowego oddziału ratunkowego, gdzie wykonano gastroskopię, w której uwidoczniono niewielką ilość krwi w gardle dolnym oraz tuż za zwieraczem górnym przełyku. Nie stwierdzono zmian na błonie śluzowej przełyku, ani ciała obcego w jego świetle.

Utrzymywały się dolegliwości bólowe gardła i szyi. Przeprowadzono diagnostykę obrazową — zdjęcie rentgenowskie szyi w projekcji bocznej i przednio-tylnej oraz zdjęcie klatki piersiowej w projekcji przednio-tylnej. RTG szyi w projekcji bocznej uwidocznilo cień mogący odpowiadać ciału obcemu na wyso-

kości gardła dolnego (Rys. 1), w projekcji przednio-tylnej (Rys. 2) nie stwierdzono nieprawidłowości.



Rysunek 3: (a) RTG szyi w projekcji bocznej. Widoczny cień odpowiadający ciału obcemu na poziomie zwieracza górnego przełyku

Wynik badania rentgenowskiego klatki piersiowej był prawidłowy. Pacjentkę skierowano do rejonowego oddziału laryngologicznego z podejrzeniem ciała obcego gardła. W badaniu z użyciem giętkiego endoskopu nie stwierdzono zmian w gardle środkowym i dolnym.



Rysunek 4: (b) RTG szyi w projekcji bocznej. Widoczny cień odpowiadający ciału obcemu na poziomie zwieracza górnego przełyku

Ponownie wykonano RTG szyi w projekcji bocznej, w którym opisano w rzucie początkowego odcinka przełyku, ok. 6 mm od wejścia, na poziomie zwieracza górnego przełyku wysoko wysycyony cień 4x2 mm mogący odpowiadać ciału obcemu (Rys. 3,4).



Rysunek 5: Usunięty szklany odłamek

W badaniu tomografii komputerowej potwierdzono obecność ciała obcego o wym. 8x2x0,8 mm po stronie prawej przedkregostupowo, przy powierzchni mięśnia długiego szyi, ok 8–10 mm poniżej dna zachyłka gruszkowatego. Odległość od ściany gardła wynosiła 12 mm, a od tętnicy szyjnej wspólnej prawej 8 mm. Dodatkowo widoczne były cechy odmy do poziomu prawego płata tarczycy. Pacjentkę przekazano do Kliniki Otolaryngologii celem leczenia. Przy przyjęciu stan ogólny pacjentki był dobry, utrzymywały się jedynie dolegliwości bólowe gardła i szyi. Wykonano badanie endoskopowe gardła dolnego i krtani nie stwierdzając uszkodzeń błony śluzowej, zachyłki gruszkowate przedstawiały się prawidłowo. W badaniach laboratoryjnych leukocytoza 13,5 tys/ul., poza tym bez odchyśleń. Pacjentkę zakwalifikowano do zwiadowczej ezofagoskopii oraz usunięcia ciała obcego z dostępu zewnętrznego. W znieczuleniu ogólnym wykonano sztywną ezofagoskopię uwidaczniając poniżej zwieracza górnego przełyku niewielką ranę błony śluzowej. Następnie z cięcia wzdłuż mięśnia mostkowo-obojczykowego-sutkowego odpreparowano tkanki miękkie, zidentyfikowano naczynia szyjne, chrząstkę tarczowatą oraz mięśnie długie szyi, na których leżał kawałek szkła. Szkło usunięto (Rys. 5) nie stwierdzając uszkodzenia okolicznych struktur, ranę przepłukano roztworem *Betadyny*, zszyto warstwowo i założono dren. Podczas hospitalizacji zastosowano dożylną osłonę antybiotykową (*Taromentin*, 1g co 12 godzin, *Metronidazol*, 500

mg co 8 godzin). Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. W 2. dobie po zabiegu wprowadzono dietę papkowatą. Nie obserwowano wzrostu temperatury. Pacjentka w 4. dobie po zabiegu została wypisana do domu w stanie ogólnym i miejscowym dobrym. Zalecono kontynuację antybiotykoterapii doustnie oraz kontrolę laryngologiczną za 5 dni.

Dyskusja

Ciała obce w górnych drogach pokarmowych to przede wszystkim rybie ości, kości kurczaka, kęsy pokarmowe, fragmenty protez zębowych, w rzadkich przypadkach igły krawieckie [1,3,4,6]. U dzieci najczęściej połkniętymi ciałami obcymi są monety [1, 2]. W prezentowanym przypadku ciało obce stanowił niewielki kawałek ostro zakończzonego szkła, który pacjentka przypadkowo połknęła podczas posiłku.

Podłużne obiekty o ostrych krawędziach stwarzają największe zagrożenie, gdyż mogą przemieszczać się poza światło przewodu pokarmowego [4, 7, 9]. W opinii części autorów horyzontalna pozycja ciała obcego zwiększa ryzyko migracji [7, 9], jednak obserwacji tych nie potwierdzili Chee i Sethi 1999 r. [8], którzy rozpoznali poziome ułożenie ości w tkankach jedynie w 25% przypadków. Migrację ciała obcego ułatwiają kaszel, przełykanie, ruchy perystaltyczne przełyku, ruchy szyi oraz forsowne próby pacjenta mające na celu jego usunięcie [3, 4, 8, 10, 11]. Opisywane są przypadki jatrogennego przemieszczenia ciała obcego w głąb tkanek miękkich gardła podczas wykonywania zabiegów diagnostycznych [3].

Miejscowy stan zapalny towarzyszący długiemu zaleganiu ciała obcego w przewodzie pokarmowym może osłabić ścianę gardła lub przełyku i ułatwić migrację [3]. Loh i wsp. [9] w grupie 273 pacjentów z ciałem obcym przełyku wykazali, że ryzyko wystąpienia poważnych powikłań, w tym perforacji, wzrasta ponad czterynastokrotnie przy podjęciu interwencji po 24 godzinach od pojawienia się objawów. Chee i Sethi 1999 r. [8] nie stwierdzili wpływu czasu zalegania ciała obcego na ryzyko migracji. W opisywanym przypadku można założyć, że do penetracji błony śluzowej doszło zaraz po połknięciu, gdyż natychmiast pojawiły się dolegliwości bólowe, a w wykonanej niedługo później gastrokopii nie uwidoczniło ciała obcego.

Objawy towarzyszące ciału obcemu w tkankach miękkich szyi to przeważnie jednostronny ból szyi, uczucie ciała obcego, dysfagia i odynofagia [8]. Może pojawić się krwiotłucie [7]. Odkrztuszanie cuchnącej wydzieliny i ściszony głos mogą świadczyć o formowaniu się ropnia, a wystąpienie duszności związane jest ze zwężeniem drogi oddechowej [3, 12]. Bolesny obrzęk szyi z gorączką są objawami zalegania ciała obcego w tkankach miękkich z towarzyszącym procesem zapalnym [4, 11]. Leukocytoza w badaniach laboratoryjnych powinna nasunąć podejrzenie wystąpienia powikłań [7]. Loh i wsp. 2000 r. [9] stwierdzili, że poziom białych krwinek > 11 tys/ul ponad pięciokrotnie częściej towarzyszył poważnym powikłaniom ciała obcego przełyku. U naszej pacjentki leukocytoza wynosiła 13,500 tys/ul, co sugerowało rozpoczynający się proces zapalny.

Rozpoznanie stawiane jest na podstawie zebranego wywia-

du, dokładnego badania przedmiotowego (laryngoskopia pośrednia, bezpośrednia, gastroscopia, ezofagoskopia sztywna) oraz wyników badań obrazowych. Podczas oceny światła gardła czy przełyku w poszukiwaniu ciała obcego diagnosta powinien zwrócić szczególną uwagę na obraz błony śluzowej — perforacja, obrzęk, owrzodzenie mogą świadczyć o migracji ciała obcego w głąb tkanek miękkich, jakkolwiek w części przypadków opisywano również prawidłowy obraz śluzówki [8]. Szczególne podejrzenie migracji ciała obcego powinno występować przy dodatnim wyniku zdjęcia rentgenowskiego oraz ujemnym wyniku endoskopii, w takim przypadku wskazane jest poszerzenie diagnostyki o tomografię komputerową [7].

Podejrzewamy, że w opisywanym przypadku penetracja ściany przewodu pokarmowego nastąpiła w okolicy prawego zachyłka gruszkowatego (Rys. 1), a brak zmian na błonie śluzowej związany był z ostrymi krawędziami i niewielkimi rozmiarami szklanego odłamka — 0,8x2 mm w krótszych osiach. Potwierdzałyby to opinie, że w niektórych przypadkach migracji obraz śluzówki pozostaje prawidłowy.

Jednym z najbardziej dostępnych narzędzi diagnostycznych jest klasyczne zdjęcie rentgenowskie. Przy podejrzeniu ciała obcego zaleca się wykonanie zdjęć w co najmniej dwóch projekcjach [13]. W przypadku ciał cieniujących zdjęcie rentgenowskie pozwala potwierdzić obecność ciała obcego [13], jednak może nie dać jednoznacznej odpowiedzi co do jego przemieszczenia poza światło przewodu pokarmowego [10]. Ocena może być utrudniona w przypadku ości, gdyż nie wszystkie będą one dobrze widoczne, a interpretację obrazu dodatkowo utrudnia występowanie w badanym regionie silnie uwapnionych chrząstek krtani [7]. Radiologiczne cechy świadczące o perforacji przewodu pokarmowego to m.in. powietrze w tkankach miękkich szyi, poszerzenie przestrzeni powięziowych i zniesienie lordozy szyjnej [3, 7]. W przypadku podejrzenia migracji ciała obcego tomografia komputerowa jest metodą diagnostyczną z wyboru. Pozwala ona dokładnie zlokalizować ciało obce, określić jego położenie w stosunku do okolicznych struktur anatomicznych oraz ocenić ewentualne powikłania [7, 8]. Zaleca się wykonanie tomografii komputerowej w cienkich warstwach 0,5 mm lub 1 mm, aby zwiększyć szansę prawidłowej identyfikacji. Rzadziej wykorzystywany rezonans magnetyczny pozwala uzyskać cenne informacje do oceny tkanek miękkich w przypadku wystąpienia powikłań [13].

Szkoło należy do cieniujących ciał obcych i jest widoczne w szeregu badań diagnostycznych. Klasyczne zdjęcia rentgenowskie pozwalają wykazać kawałki szkła o wielkości powyżej 2 mm, mniejsze mogą zostać niezdiagnozowane. Tomografia komputerowa umożliwia wykrycie szklanych fragmentów o wielkości 0,5 mm. W badaniu ultrasonograficznym można uwidocznić szkło o wielkości 2–3 mm, a jego dodatkowym atutem jest obrazowanie w przypadku niecieniujących ciał obcych jak drewno czy plastik [3].

W prezentowanym przypadku szklany odłamek widoczny był zarówno w klasycznym zdjęciu rentgenowskim, jak i w badaniu tomograficznym, ale tomografia komputerowa pozwoliła określić jego dokładną lokalizację.

Migracja ciała obcego w głąb tkanek miękkich stwarza za-

grożenie ciężkimi powikłaniami. Perforacja ściany przewodu pokarmowego umożliwia wniknięcie bakterii w głąb tkanek miękkich i spowodowania powikłań zapalnych takich jak ropień zagardłowy, zapalenie śródpiersia czy ropień tarczycy [7]. Obecność ciała obcego w tkankach miękkich stanowi zagrożenie dla ważnych życiowo struktur takich jak tętnica kręgową, tętnica i żyła szyjna z ryzykiem wystąpienia masywnego krwotoku lub powstania przetoki [6, 7, 10]. Opisywane są przypadki samoistnego przejścia ciała obcego przez tkanki miękkie szyi w kierunku skóry [11]. W prezentowanym przez nas przypadku zagrożenie, poza możliwością wytworzenia ropnia szyi, wynikało z bliskości tętnicy szyjnej wspólnej z niebezpieczeństwem jej uszkodzenia.

Zwrócenie uwagi na pozycję ciała obcego względem naczyń szyi, kości gnykowej, chrząstek krtani, gruczołu tarczowego ułatwi znalezienie go podczas eksploracji tkanek szyi. W ocenie Chee i Sethi 1999 r. [8] położenie ciała obcego w stosunku do kręgosłupa szyjnego nie jest przydatnym punktem orientacyjnym, gdyż potencjalnie ulega ono zmianie przy ułożeniu pacjenta do zabiegu np. odgięciu szyi [8]. Możliwym powikłaniem zabiegu z dostępu zewnętrznego jest porażenie fałdu głosowego związane z uszkodzeniem nerwu krtaniowego wstecznego. Aby temu zapobiec należy zidentyfikować nerw biegnący w bruzdzie tchawiczowo-przełykowej [8].

Wnioski

1. Połknięcie ostro zakończonego ciała obcego zwiększa ryzyko poważnych komplikacji, w tym przemieszczenia ciała obcego do tkanek miękkich szyi.
2. Migrację ciała obcego należy podejrzewać przy dodatnim wyniku zdjęcia rentgenowskiego i ujemnym wyniku endoskopii.
3. Klasyczne zdjęcie rentgenowskie pozwala potwierdzić obecność cieniującego ciała obcego, ale to tomografia komputerowa umożliwia określenie jego dokładnej lokalizacji.
4. Operacja z dostępu zewnętrznego jest metodą z wyboru w przypadku ciał obcych w tkankach miękkich szyi.
5. Szybka diagnoza i podjęcie leczenia znacznie zmniejszają ryzyko wystąpienia powikłań.

Bibliografia

1. Singh B., Har-El G., Kantu M. *et al.* *Complications associated with 327 foreign bodies of the pharynx, larynx, and esophagus.*

- Ann Otol Rhinol Laryngol, kwiecień 1997. 106(4):301–304. ISSN 00034894. doi:10.1177/000348949710600407.
2. Hassmann-Poznańska E. *Ciała obce przełyku. W: Zalecenia diagnostyczno-terapeutyczne w zakresie laryngologii.* Postępy w Chirurgii głowy i szyi, luty 2008. 7(1):28–29. ISSN 1643-9279.
3. Hajioannou J., Kousoulis P., Florou V. *et al.* *Iatrogenic Migration of an Impacted Pharyngeal Foreign Body of the Hypopharynx to the Prevertebral Space.* Int J Otolaryngol [online], sierpień 2011. 2011:1–4. ISSN 1687-9201. doi:10.1155/2011/274102.
4. Katkowska A. i Czak W. *Ciało obce tkanek miękkich szyi - opis przypadku.* Pol. Przegl. Otolaryngol, lipiec 2014. 3(3):149–151. ISSN 20845308. doi:10.1016/j.pptor.2014.07.002.
5. Birk M., Bauerfeind P., Deprez P.H. *et al.* *Removal of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract in adults: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline.* Endoscopy, luty 2016. 48(5):489–496. ISSN 14388812. doi: 10.1055/s-0042-100456.
6. (6) Rydzewski B., Golusiński P., Szewczyk A. *et al.* *Ciało obce tylnej ściany gardła dolnego zagrażające tętnicy kręgowej — opis przypadku.* Otolaryngol Pol, marzec 2008. 62(2):209–211. ISSN 00306657. doi:10.1016/S0030-6657(08)70243-9.
7. Al-Sebeih K., Valvoda M., Sobeih A. *et al.* *Perforating and migrating pharyngoesophageal foreign bodies: a series of 5 patients.* Ear Nose Throat J, wrzesień 2006. 85(9):600–603. ISSN 01455613.
8. Chee L.W.J. i Sethi D.S. *Diagnostic and Therapeutic Approach to Migrating Foreign Bodies.* Ann Otol Rhinol Laryngol, luty 1999. 108(2):177–180. ISSN 0003-4894. doi:10.1177/000348949910800213.
9. Seng Loh K., Siang Tan L.K., Smith J.D. *et al.* *Complications of Foreign Bodies in the Esophagus.* Otolaryngol Neck Surg, listopad 2000. 123(5):13–615. ISSN 01945998. doi:10.1067/mhn.2000.110616.
10. Tang I.P., Singh S. i Shoba N. *et al.* *Migrating foreign body into the common carotid artery and internal jugular vein — A rare case.* Auris Nasus Larynx, listopad 2009. 36(3):380–382. ISSN 03858146. doi:10.1016/j.anl.2008.08.003.
11. Cheng Y.C., Lee W.C., Kuo L.C. *et al.* *Protrusion of a migrated fish bone in the neck.* Am J Otolaryngol - Head Neck Med Surg, czerwiec 2009. 30(3):203–205. ISSN 01967079. doi: 10.1016/j.amjoto.2008.03.004.
12. Berger S., Elidan J. i Gay I. *Retropharyngeal Abscess Caused by a Traumatic Perforation of the Hypopharynx by a Fishbone.* Ann Otol Rhinol Laryngol, listopad 1990. 99(11):927–928. ISSN 0003-4894. doi:10.1177/000348949009901114.
13. Shepherd M., Lee J. i McGahon M.C. *Diagnostic modalities for the detection of soft tissue foreign bodies.* Advanced Emergency Nursing Journal, listopad 2007. 29(4):297–308. doi:10.1097/01.TME.0000300111.86701.9b.

Wkład autorów/authors' contribution: Maciej Zając – redakcja wstępu, redakcja dyskusji, opracowanie wniosków, redakcja opisu przypadku, zebranie materiału, zebranie bibliografii; Hanna Zając – redakcja wstępu, redakcja dyskusji, opracowanie wniosków, redakcja opisu przypadku, zebranie materiału, zebranie bibliografii; Marcin Frączek – korekta artykułu, redakcja wstępu, redakcja dyskusji, redakcja opisu przypadku; Tomasz Kręcicki – korekta artykułu, opracowanie wniosków