

Ciało obce w klatce piersiowej

A foreign body in the chest

Bartłomiej Kalbarczyk¹, Barbara Kalbarczyk¹, Robert Rojewski¹

¹ Radomski Szpital Specjalistyczny im. dra Tytusa Chałubińskiego, ul. Lekarska 4, 26-600 Radom, PL

Streszczenie

Wstęp: Pojawienie się ciała obcego w ludzkim ciele jest dosyć powszechnym problemem w codziennej praktyce. Zazwyczaj dotyczy on dzieci, które połykają drobne przedmioty. Zdarzają się również przypadki pozostawienia ciał obcych w trakcie leczenia (jatrogenne). Jatrogenne ciała obce mogą być przyczyną różnych objawów: od bólu po sepsę, choć zdarza się również, że są asymptomatyczne.

Opis przypadku: Autorzy przedstawiają przypadek pacjenta, który był leczony operacyjnie (drotami Steinmana) z powodu złamania nasady bliższej kości ramiennej prawej. Zaobserwowano migrację drutu Steinmana do prawej jamy opłucnowej. Drot usunięto, ale z powodu jatrogennej odmy opłucnowej prawostronnej choremu założono drenaż klatki piersiowej. Dren usunięto w 5 dobie.

Wnioski: Użycie ciał obcych w procesie leczenia złamań, pozwala na osiągnięcie szybkich i trwałych jego efektów. Niemniej należy pamiętać o skutkach możliwej migracji elementów zespolenia, której objawy mogą pojawić się nawet wiele lat po zabiegu.

Słowa kluczowe: ciało obce, migracja drutu, odma opłucnowa

Abstract

Background: The appearance of a foreign body in the human body is quite a common problem in daily practice. Usually it concerns children who swallow small objects. There are also cases of leaving foreign objects during treatment (iatrogenic). Iatrogenic foreign bodies can cause a variety of symptoms: pain after sepsis, although it also happens that they are asymptomatic.

Case Report: The authors present a case of a patient who had been treated surgically (Steinman wires) fracture proximal epiphysis of the humerus right. There was migration Steinman wire to the right pleural cavity. The wire was removed, but because of iatrogenic pneumothorax right-hand patient was established drainage chest. The drain was removed in 5 era.

Conclusions: The use of foreign bodies in the process of fracture healing allows you to achieve fast and lasting its effects. However, be aware of the consequences of the possible migration of elements anastomosis, whose symptoms can occur even many years after surgery.

Key words: foreign body, migration wire, pneumothorax

Otrzymano: 17-09-2016 → Zaakceptowano: 17-02-2017 → Opublikowano: 9-03-2017

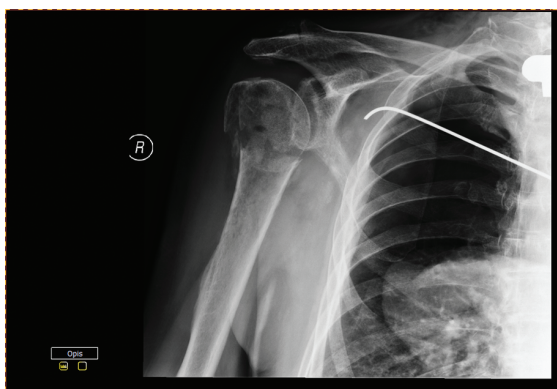
✉ Bartłomiej Kalbarczyk, Radomski Szpital Specjalistyczny im. dra Tytusa Chałubińskiego, ul. Lekarska 4, 26-600 Radom, e-mail: Bartłomiej Kalbarczyk, b_kalbarczyk@wp.pl

Wstęp

Pacjenci z odmą opłucnową stanowią znaczący odsetek ogółu hospitalizacji na oddziałach chirurgii ogólnej. Odma opłucnowa przyjmuje postać samoistną, której przyczynę najczęściej znajdujemy w rozedmie płuc oraz pourazową, będącą skutkiem głównie stłuczenia ściany klatki piersiowej. Szczególnym rodzajem odmy opłucnowej jest jej jatrogenna odmiana, którą w zasadzie można zakwalifikować jako pourazową.

Opis przypadku

Przypadek dotyczy 75-letniego mężczyzny przyjętego do Oddziału Chirurgii Ogólnej z odmą opłucnową prawostronną. W wywiadzie podawał leczenie przewlekłe z powodu nadciśnienia tętniczego oraz migotania przedsionków, zawał mięśnia sercowego w 2003 roku oraz operację zespolenia złamania nasady bliższej kości ramiennej. Co znamienne, zabieg ten wykonano dwa miesiące wcześniej, używając drutu Kirchnera.

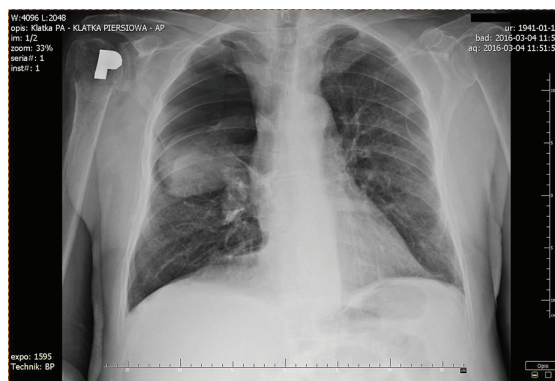


Rysunek 1: RTG barku prawego. Widać ewidentną migrację drutu

W przeddzień przyjęcia do O/Chirurgii Ogólnej, Pacjent odbył rutynową wizytę kontrolną w Poradni Ortopedycznej. W wykonanym tego dnia RTG barku prawego, uwidocznił migrację drutu Kirchnera do prawej jamy opłucnowej (Fot. 1). Pacjent został skierowany do O/Ortopedii celem usunięcia ciała obcego z jamy opłucnowej. Po zabiegu Pacjent odczuwał duszność miernego stopnia. W kontrolnym RTG klatki piersiowej, uwidocznił całkowite spadnięcie płuca prawego (Fot. 2).

Po przekazaniu Pacjenta do O/Chirurgii Ogólnej przeprowadzono badanie fizykalne, w którym poza ściszeniem szmeru pęcherzykowego po prawej stronie klatki piersiowej oraz bębnowego odgłosu opukowego, nie stwierdzono odchyłań od normy. Zdecydowano o założeniu drenażu jamy opłucnowej w trybie pilnym.

W wykonanym zdjęciu kontrolnym kłp w 3 dobie po drenażu utrzymywała się niewielka (do 2 cm) odma opłucnowa, co było powodem pozostawienia drenażu.



Rysunek 2: RTG kłp po usunięciu drutu. Odma opłucnowa prawostronna, całkowite spadnięcie płuca

Kolejne zdjęcie kontrolne kłp wykonano w 5 dobie po zabiegu. Nie stwierdzono na nim cech odmy opłucnowej, w związku z czym podjęto decyzję o usunięciu drenażu. W kolejnej dobie Pacjent został wypisany do domu. Podczas pobytu Chory nie otrzymywał antybiotykoterapii.

Dyskusja

Pojawienie się ciała obcego w ludzkim ciele jest dosyć powszechnym problemem. Przeważają przypadki połknięcia np. monet czy też ości, które mogą powodować perforację przelyku i odmę śródpiersiową [1]. Oprócz dzieci, liczną grupę pacjentów z opisywanym problemem stanowią więźniowie i osoby ze schorzeniami psychicznymi. Według statystyk pojawienie się ciała obcych w jamach ciała (otrzewnej czy też opłucnej) dotyczy częściej dorosłych. W Korei Południowej oraz Chinach przeważnie są to igły do akupunktury, a skutki ich pojawienia się w jamach ciała można zaliczyć do uszkodzeń jatrogennych [2, 3]. W większości takich sytuacji zdecydowano o ich pozostawieniu w jamach ciała, ze względu na brak objawów [2]. W jednym z artykułów odniesiono się do przypadków pacjentów z igłami do akupunktury w jamie opłucnej, odczuwających ból, duszność i mających gorączkę [3]. U trzech chorych usunięto ciała obce poprzez torakotomię, natomiast u dwóch poprzez wykonanie torakoskopii. U jednego z pacjentów stwierdzono martwicę wokół igły, w związku z czym konieczna była klinowa resekcja płuca. W jednym z artykułów zwrócono uwagę na migrację drutu do jamy brzusznej [4].

Koo i Park w swoim artykule opisali dwóch pacjentów, którzy zostali poddani stentowaniu tętnic z powodu tętniaka tętnic szyjnych. Jeden z nich prezentował objawy migracji ciała obcego po sześciu tygodniach, a drugi po czterech latach [5].

Podobne komplikacje opisują ortopedzi. Spostrzeżono, że zespolenia kostne w obręczy barkowej mogą się wikłać migracją drutu do klatki piersiowej. Jako pierwszy na ten problem zwrócił uwagę Mezet w 1943 roku [6].

Przemieszczające się druty i szpilki po zespoleniach ortopedycznych mogą powodować bardzo poważne konsekwencje. Jedną z najpoważniejszych jest uszkodzenie ważnych naczyń w klatce piersiowej. [4, 6–8]. Zdarzały się przypadki, kiedy proces przebiegał nie dając objawów sugerujących zagrożenie ży-

cia lub też zupełnie bezobjawowo [4, 8]. Warto zaznaczyć, że migracje elementów zespalających obserwowano nawet do 21 lat po zabiegu [6].

Współcześnie postępowaniem z wyboru jest usunięcie ciała obcego bezpośrednio (tak jak postąpiono z naszym pacjentem) lub poprzez torakotomię [9] lub torakoskopię z mini torakotomią [10]. Ze względu na potencjalnie katastrofalne skutki migracji ciała obcego tj. drażnienie do kanału kręgowego czy śródpiersia, rozsądniejszym wyborem wydaje się być torakotomia [9, 10].

Nie znaleziono jednoznacznej przyczyny przemieszczeń drutu Kirchnera czy Steinmana po operacjach zespożeń. Przypuszcza się, że ma to związek z dużą ruchomością obręczy barkowej oraz siłą grawitacji [4]. Wydaje się, że używanie szpilek do zespożeń kostnych w obrębie obręczy barkowej jest bezpieczniejsze, choć również niepozbawione ryzyka opisywanych powikłań [6].

Wnioski

Migracja drutu Kirchnera czy Steinmana to wciąż niezadkie i poważne powikłanie leczenia złamań obręczy barkowej. Warto je mieć na uwadze kontrolując pacjenta po zabiegu. Jak pokazuje doświadczenie objawy mogą być różnorodne. Przybierają one postać zwykłego bólu w klp czy brzuchu, duszności, gorączki, krwotoków, przetok naczyńwowych czy też nawet niedowładów, gdy ciało obce trafiło w okolice kanału kręgowego. Co istotne, wymienione symptomy mogą pojawić się nawet wiele lat po operacyjnym leczeniu złamań.

Wkład autorów/authors' contribution: Bartłomiej Kalbarczyk – redakcja artykułu, redakcja dyskusji; Barbara Kalbarczyk – korekta artykułu; Robert Rojewski – korekta artykułu

Komentarz:

Autorzy zwrócili uwagę na kiedyś sporadycznie, a ostatnio, coraz częstsze pojawianie powikłań po wszczepianiu implantów. Różne ich rodzaje są powszechnie stosowane w chirurgii ogólnej i ortopedii. Wraz z częstością zastosowania implantów wzrasta także ryzyko powikłań związanych z ich użyciem. Obecność ciała obcego - implantu w kości ramiennej położonego względnie daleko od jamy opłucnowej wydaje się nie stwarzać zagrożenia urazu płuca. Artykuł to opis przypadku rzadkiego powikłania związanego z operacją ortopedyczną w obrębie obręczy barkowej. Komplikacja związana była z przemieszczeniem implantu i powstaniem jatrogennej odmy opłucnowej. Powstałą odmę zaopatrzone drenażem z dobrym efektem terapeutycznym. Przypadek udokumentowano obrazami radiologicznymi ilustrującymi przebieg zachorowania. Autorzy artykułu prawidłowo przedstawili problem zagadnienia i odnieśli się do aktualnych pozycji piśmiennictwa. Opisu powikłania dokonano na tle innych dobranych przypadków odmy opłucnej, będących wynikiem przemieszczenia igieł ze ściany klatki piersiowej lub połączenia ciał obcych z perforacją przełyku. W pracy słusznie zwrócono uwagę na dwa istotne praktycznie aspekty: zmienności czasu występowania powikłania oraz dostępu operacyjnego w przypadkach penetracji ciała obcego do śródpiersia. W przedstawionym przypadku i powikłanie wystąpiło dopiero po 2 miesiącach od operacji. Przemieszczanie ciał obcych i implantów obserwowano jeszcze później po latach od ich wprowadzenia. W przypadku przemieszczenia ciała obcego do śródpiersia, z uwagi na ryzyko wystąpienia krwotoku, opcja torakotomii jest najbezpieczniejszym sposobem postępowania. W pracy po przedstawieniu przebiegu terapeutycznego podjęto próbę wyjaśnienia przyczyn powstania tego powikłania, co stanowi o spójności doniesienia. Przedstawiony przypadek ze względu na rzadkość, oryginalność sytuacji klinicznej słusznie

Bibliografia

1. Byaruhanga R., Kakande E. i Mwambu T. *A rare case of a patient with a foreign body in the esophagus for two years which perforated into the mediastinum.* African Health Sciences, 2012. (4):569–71.
2. Ma Husai, Cai Yixin, Zhang Ni *et al.* *Multiple metallic foreign bodies accidentally detected in different body cavities: a case report.* Chinese Journal of Traumatology, 2014. 17(3):173–4.
3. Dae Hyun Kim, Soo-Cheol Kim, *et al.* *Surgical Treatment for Intrathoracic Migration of Acupuncture Needles.* J Korean Med Sci, 2012. 27:281–4.
4. Schwartz A., Thumerel M., Delcambre F. *et al.* *Transaortic migration of a Steinman wire from the shoulder.* European Journal of Cardio-thoracic Surgery, 2011. 40:517–9.
5. Koo H.W., Park W., Yang K. *et al.* *Fracture and migration of a retained wire into the thoracic cavity after endovascular neurointervention: report of 2 cases.* J Neurosurg., luty 2017. 126(2):354–9.
6. Sergides N.N., Nikolopoulos D.D., Yfadopoulos D.K. *et al.* *Intrathoracic migration of a Steinman wire: a case report and review of the literature.* Cases Journal, lipiec 2009. 2:8321. doi: 10.4076/1757-1626-2-8321.
7. Elsner A., Walensi M., Fuenfschilling M. *et al.* *Symptomatic giant peritoneal loose body in the pelvic cavity: A case report.* Int J Surg Case Rep., luty 2016. 12(21):32–5.
8. Kumar P., Godbole R., Rees G.M. *et al.* *Intrathoracic migration of Kirschner wire.* Journal of Royal Society of Medicine, 2002. 95.
9. Sarper A., Urguden M., Dertsiz L. *et al.* *Intrathoracic migration of Steinman wire.* Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery, 2003. 2:210–1.
10. Marchi E., Reis M.P. i Carvalho M.V. *Transmediastinal migration of Kirschner wire.* Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery, 2008. 7:869–70.

zasługuje na uwagę i publikację. Autorzy w sposób zwięzły i jasny dla czytelnika, przedstawili i wyjaśnili problem — spełnili postawione sobie zadanie. Artykuł wart jest zwłaszcza polecenia ortopedom zajmującym się, na co dzień leczeniem operacyjnym urazów w obrębie obręczy barkowej.

dr Adam Rzechonek, lek Piotr Błasiak