

Võõrkeha kõrva-põse piirkonnas – haigusjuhu kirjeldus

Peeter Mürsepp¹, Helju Mitrofanova¹, Mart Kull¹, Dagmar Loorits² – TÜ Kliinikumi
¹kõrvkliinik, ²radioloogiateenistus

võõrkehad näo piirkonnas, radiodiagnostika, ravi

Näopiirkonna mitteröntgenkontrastseid võõrkehi on raske avastada, kui neid ei ole võimalik manuaalselt kindlaks teha. Tavalised röntgenoloogilised meetodid ei suuda neid alati nähtavale tuua ning tihti avastatakse võõrkeha alles pärast paikse põletiku teket. Kergem on avastada röntgenkontrastseid võõrkehi. Võõrkehade invasiooni kudedesse võivad põhjustada liiklus- ja olmetraumad, mõnikord ka tööstustraumad. Enamasti on võõrkehad metallist või klaasist. Haigusloo kirjelduses käsitletakse 61 aastase meespatsiendi diagnoosimise ja ravi käiku TÜ Kliinikumi kõrvkliinikus. Patsiendil tekkis traumajärgne põletikuline protsess põse ja kuulmekäigu piirkonnas, mille põhjuse diagnoosimisest võtsid osa mitme eriala esindajad.

Haigusloo kirjeldus

Patsient kukkus 04.01.2004. a metsatööl paremale küljele ning paremasse kuulmekäiku tekkis väheldane veritsev haav. Arsti poole patsient ei pöördunud. Nädala pärast kodus tekkis äkki paremast kuulmekäigust mõõdukas veritsus ning patsient pöördus TÜ Kliinikumi erakorralise meditsiini osakonda. 20.01.2004. a teostatud kompuutertomograafilisel (KT) uuringul ajukoljust patoloogilisi muutusi ei sedastatud. Patsienti konsulteerisid neuroloog ning ka näo-lõualuukirurg. Patsient suunati edasiseks raviks kõrvaarsti vastuvõtule. Aja jooksul lisandusid kodus patsiendil kehatemperatuuri tõus, väline turse parema *glandula parotis*'e piirkonnas ning suuavamistakistus. Parempoolsest kuulmekäigust hakkas erituma mäda ning patsient oli ise eemaldanud kuulmekäigust paar väikest puukooretükki, mis olid koos mädaga sinna eritunud. Elukohajärgne kõrvaarst ordineeris antibiootilise ravi. Patsient pöördus uuesti TÜ Kliinikumi erakorralise meditsiini osakonda 16.03.2004. a valu ja turse tõttu põse piirkonnas ning ta suunati ravile TÜK kõrvkliinikusse (haiguslugu nr 46377/16.03.04–25.03.04).

Objektiivselt (vt jn 1) leiti turse ja naha punetus paremal põse ja kõrvasüljenäärme piirkonnas, esines mõõdukas suuavamistakistus ning mädaeritus paremast kuulmekäigust. Kuulmekäik oli

mädaga täidetud. Suu avamine oli patsiendile valulik, samuti oli palpatsioon selles piirkonnas valulik. Otoskoopial ilmnes väliskuulmekäigu eesmise-alumises osas granulatsioonkoega kaetud fistul, millest eritus mäda. Orto-pantomogrammil lõualuudest võõrkeha nähtavale ei tulnud. Järgnevalt tehti 18.03.2004. a KT-uuring piirkonnast ning sellel ilmestus võõrkeha (vt jn 2–4). KT kirjeldus: paremal väliskuulmekäigu ümber, kõrvasüljenäärme mediaalses osas ja *m. pterygoideus medialis*'est dorsaalsemal esimese kaelalüli kõrgusel on pehmekeeline ebateravalt piirdunud ja intensiivselt kontrasteeruv infiltraat. Selles on jälgitav väliskuulmekäigu alaservast alla mediaalsele, alalõualuu taha kulgev tihedam väätjas vertikaalsuunaline lisastruktuur (3 x 3 x 25 mm). Tõenäoliselt on tegemist võõrkehaga. Lisaks esinevad eraldiasetsevad paarimillimeetrise läbimõõduga tihedamad lisastruktuurid väliskuulmekäigu eeskontuuri läheduses ja *m. pterygoideus medialis*'es, alalõualuu mediaalse kontuuri läheduses. Selget abstsessikoldele iseloomulikku piirdunud veeldunud nekroosiala infiltraadis ei sedasta. Infiltraadi mõõtmed (koos *m. pterygoideus*'e tagumise osaga) on 5,5 x 2,5 x 5,5 cm. Arvamus: võõrkehad ja infiltraat parema väliskuulmekäigu ja kõrvasüljenäärme piirkonnas.

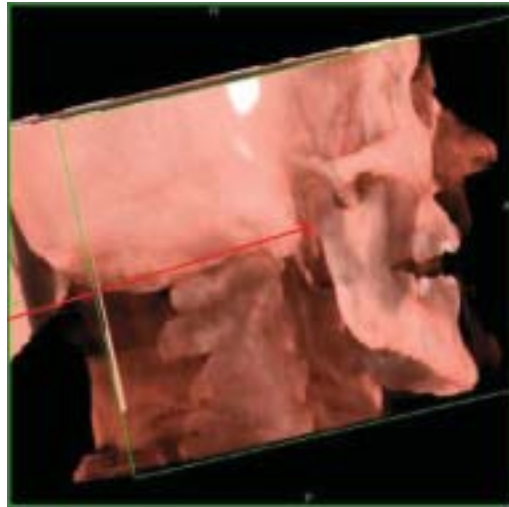


Joonis 1. Otoskoopia: mädaeritus paremast kuulmekäigust.



Joonis 2. Kompuutertomograafia: paremal *proc. condylaris* piirkonnas turse ja vöörkeha.

Operatsioon 19.03.2004. a: *Exstirpatio corporis alienii retromandibularis*. Narkoosis tehti lõige väliselt alates *tragus*'e eest kuni alalõua nurgani ning vabastati koed *g. parotis*'e taga. Haavast väljus mädist vedelikku. Algul avastati paar väiksemat vöörkeha – puukoore osad – ning sügavamal puuksa osa, mis paiknes suunaga alla alalõualuu tagumise serva taha alalõualiigesest allpool *collum mandibulae-ramus mandibulae* kõrgusel. Vöörkeha ühes tükis sellest haavast välja tuua ei õnnestunud ning ta eemaldati väliskuulmekäigu piirkonna fistuli laiendamise abil kuulmekäigu kaudu. Vöörkeha osutus puuksa tükiks, mille pikkus oli 39–41 mm



Joonis 3. Kompuutertomograafia, 3D-rekonstruktsioon: ilmestub vöörkeha, mis kulgeb liigesjätke piirkonnast alla ja mediaalsemale.

(vt jn 5). Haava revideeriti, loputati korduvalt. Haav suleti kihiliselt, haava jäeti aktiivne dren. Postoperatiivses perioodis jätkus antibiootiline ravi. Postoperatiivselt *n. facialis*'e vigastuse nähte ei esinenud. Dreen eemaldati haavast kolmandal päeval. Põletikunähud põsel taandaresid patsiendi lahkudes osakonnast. Ambulaatorisel külastusel 26.04.2004. a oli väliskuulmekäik kuiv, fistul taandarenenud, põsel turse puudus ning suu avamine oli vabam, veidi valulik. 2005. a sügisel järelkontrollil oli normaalne leid.



Joonis 4. Operatsiooniaegne leid: *n. facialis* vabastatud ning alalõualuuliigese taga tuleb nähtavale puust vöörkeha. Sond on viidud kuulmekäigust fistuli avast sisse.



Joonis 5. Leitud võõrkeha ja puukoore tükid. Võõrkeha pikkust on võrreldud 3 cm pikkuse nõelaga.

Kokkuvõte

Näopiirkonna võõrkehade, eriti puutükkide diagnoosimine on küllaltki komplitseeritud. Vajalik on põhjalik anamnees ning mitme eriala arsti koostöö. Metallist võõrkehad ja ka teatud liiki klaasist võõrkehad (nt autoklaas) on tavalise röntgenoloogilise uuringuga kergemini kindlaks määratavad. Võõrkehade diagnostikas on tähtsad röntgenoloogiline, ultrasonograafiline, kompuutertomograafiline ning magnetresonantstomograafiline uuring (5). Radioloogiliselt on võõrkehi võimalik paremini diagnoosida kompuutertomograafia abil. Samuti on võimalik neid avastada ultraheliuuringul, kasutades ka haava punkteerimist (3). Ultraheliuuring on lihtsamaid uuringuid. Kliiniliselt võib võõrkeha olemasolust aru saada mõnikord alles pärast mäda-põletiku väljakujunemist ning osaliselt väljunud võõrkehatekkide abil.

Orgaanilised võõrkehad, kaasa arvatud puu, tekitavad sagedamini põletikku kudedes. Puu on poorne ning hea mikroobide reservuaar, põhjustades haavas ägedat põletikku. Võivad välja kujuneda tselluliit, abstsess-flegmoon, lokaalsed närvihäired (1, 2). Metallsed võõrkehad ei tekita haavas kiiret põletikku. Kirjanduses võib leida andmeid, et mõned metallsed võõrkehad võivad paikneda alalõualiiigeses pikemat aega ilma põletikunähtudeta (4). Tihti, eriti puidust võõrkehade puhul tuleb haiget korduvalt opereerida, kuna puutükid võivad paikneda mitmes eri kohas. Võõrkehad põhjustavad mitmeid komplikatsioone, enam põletikku haavas ning käsitletud juhul suuavamistakistust ja veritsust haavast. Lõpetuseks on soovitatav näopiirkonna võõrkehad võimalikult kiiresti diagnoosida ja otsustada ravitaktika.

Kirjandus

1. Yano H, Nishimura G, Sakamoto K, Tanaka N, Dazai S, Hirano A. An intracranial wooden foreign body without neurological findings: case report. *J Trauma* 1995;38:830-2.
2. Yanay O, Vaughan D, Diab M, Browstein D, Brogan T. Retained wooden foreign body in a child's thigh complicated by severe necrotizing fasciitis: a case report and discussion of imaging modalities for early diagnosis. *Pediatr Emerg Care* 2001;17:354-5.
3. Givon U, Blankstein A, Schindler A, Heyman Z, Ganel A. Ultrasonographic diagnosis of wooden foreign bodies. *J Bone Joint Surg (Br)* 1997;79-B(35)Suppl:345.
4. Suarez-Cunqueiro MM, Schon R, Gellrich N-C, Schmelzeisen R. Endoscopic assistance in the removal of a foreign body in the condylar process. *J Craniofac Surg* 2004;15(1):98-101.
5. Yoshii M, Enoki T, Mizukawa A, Shigekuni O. Intraorbital wooden foreign body. *Acta Ophthalmol Scand* 2004;82(4):492-3.

Summary

A wooden foreign body in the area of the external auditory canal and temporomandibular joint. A case report

This paper describes the clinical course of a wooden foreign body retained in the area of the external auditory canal and temporomandibular joint after an accidental trauma to the head region in a 61-year-old male. The patient was referred to the hospital due to acute purulent external auditory canal infection. A CT scan of the head revealed a wooden foreign body which had entered through the external auditory canal posterior to the

temporomandibular joint. Three-dimensional CT scan was found to be the most valuable diagnostic method as it enables to measure the exact location and size of the foreign body and its relation to delicate anatomical structures. Other diagnostic methods and treatment options of foreign bodies in the head-and-neck region are also discussed.

Peeter.Myyrsepp@kliinikum.ee