

dr hab. n. med. Dorota Pojda-Wilczek^{1,2}
 dr n. med. Patrycja Wycisło-Gawron²

¹Klinika Okulistyki Katedry Okulistyki
 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
 w Katowicach

kierownik: prof. dr hab. n. med. Ewa Mrukwa-Kominek

²Uniwersyteckie Centrum Kliniczne
 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
 w Katowicach

kierownik: prof. dr hab. n. med. Ewa Mrukwa-Kominek

NIEMETALICZNE CIAŁO OBCE OCZODOŁU – TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE. OPIS PRZYPADKU

NON-METALLIC INTRAORBITAL FOREIGN BODY – DIAGNOSTIC CHALLENGES. CASE REPORT

Słowa kluczowe

Ciało obce, uraz oczodołu, zapalenie oczodołu, RTG, tomografia komputerowa (CT)

Key words

Intraorbital foreign body (IOFB), orbital trauma, orbital cellulitis, X-rays, computed tomography (CT)

Streszczenie

Ciała obce wewnątrzoczodołowe stanowią częste powikłanie urazów oczodołu. Mogą pozostawać w oczodole stosunkowo długo, nie powodując żadnych objawów klinicznych. Stwarzają istotny problem diagnostyczny i terapeutyczny, związany między innymi z obecnością niepozornej, łatwej do przeoczenia rany wlotowej.

Do objawów nasuwających podejrzenie ciała obcego wewnątrzoczodołowego zaliczamy: pogorszenie widzenia, ból, podwójne widzenie, ograniczenie ruchomości i przemieszczenie gałki ocznej, krwiak wewnątrzoczodołowy, ziarniniak i zapalenie tkanek oczodołu. Celem pracy była prezentacja problemów diagnostyczno-terapeutycznych u pacjentki po przebytym w dzieciństwie urazie oczodołu.

Kobieta (lat 34) została przyjęta do rewizji prawego oczodołu z powodu silnych dolegliwości bólowych przy ruchach oczu, niemożności przywiedzenia prawej gałki ocznej, zrostu gałkowo-powiekowego i podwójnego widzenia z koniecznością wyrównawczego ustawienia głowy. Z wywiadu wynikało, że 30 lat wcześniej doznała urazu lewego oczodołu patykiem. Rezonans magnetyczny (*magnetic resonance* – RM) oczodołów nie wykazał patologicznych struktur. Śródoperacyjnie stwierdzono obecność licznych włóknistych zrostów gałkowo-oczodołowych, zwłóknienie mięśnia prostego bocznego, guzek o charakterze przewlekłego nacieku zapalnego w dolnej

Summary

Intraorbital foreign body is a frequent complication of orbital injury. It can remain within an orbit for a relatively long time whilst not causing any clinical symptoms. IOFB is a significant diagnostic and therapeutic challenge, as the entry wound appears inconspicuous and as such can be easily missed.

Clinical presentation suggestive of intraorbital foreign body includes vision deterioration, pain, diplopia, pain-limited ocular motility, ocular displacement, intraorbital hematoma, granuloma and orbital cellulitis. The aim of this paper is to discuss diagnostic and therapeutic challenges in a patient with a history of childhood orbit injury.

A 34-year-old woman was admitted for orbital revision surgery, due to severe pain upon eye movement, inability to adduct her right eye, symblepharon and diplopia resulting in corrective head tilt. The patient reported orbital injury with a wooden stick sustained at the age of 4. Orbital MRI was insignificant. However, intraoperatively a number of fibrous adhesions and chronic inflammatory infiltration presenting as a nodule within the lower lid in keeping with symblepharon, as well as lateral rectus fibrosis. Lateral rectus recession and synechiotomy were performed to restore ocular motility. The post-operative course was uneventful and the corrective head tilt resolved.

powiece w zroście z gałką oczną. Uwolniono zrosty i cofnięto mięsień prosty boczny, uruchamiając gałkę. Przebieg pooperacyjny dobry, ustąpiło wyrównawcze ustawienie głowy.

Dziesięć miesięcy później wystąpiły objawy zapalenia prawego oczodołu z obfitą ziarniną widoczną w szparze powiekowej. W MR oczodołów opisano zmiany zapalne i pooperacyjne. Pacjentkę skierowano na kolejne badania obrazowe w kierunku ciała obcego. Kolejny radiolog dostrzegł strukturę mogącą odpowiadać ciału obcemu organicznemu. Trzy miesiące później doszło do samoistnego wydzielenia się drzazgi długości 12 mm. Od tego czasu stan zapalny ustąpił.

Zapalenie oczodołu może wystąpić wiele lat po urazie. W każdym przypadku urazu przenikającego należy podejrzewać obecność ciała obcego.

10 months later, the patient developed symptoms of acute orbital cellulitis in the treated eye. The MRI demonstrated lesions consistent with surgery- and inflammation-induced changes. Further radiology studies were performed suspecting a potential intraorbital foreign body. Indeed, a structure was demonstrated, assumed to be an organic foreign body followed by a spontaneous expulsion of a 12 mm long wood splinter 3 months later. The inflammation resolved afterwards.

Orbital cellulitis may develop a number of years following an injury. Each case of historic penetrating orbital trauma should be evaluated for the presence of intraorbital foreign body.