

Ørehematom

Ørehematomer oppstår typisk ved stumt traume eller drag mot aurikelen i forbindelse med (kamp)sport, uhell eller voldsepisoder. Et ørehematom trenger rask kirurgisk håndtering for å unngå blomkåløre – ofte kalt «wrestler's ear» i engelsk litteratur. Et blomkåløre er en vedvarende deformitet bestående av bindevev og brusk.

Ørets reisverk består av flere bruskkomponenter – helix, antihelix, concha, tragus og antitragus. Huden som dekker dette reisverket av brusk er særdeles tynn – tilnærmet uten subkutant fettvev. Den er i tillegg sterkt adherent til underliggende perichondrium (bruskhinne). Perichondrium er rikt vaskularisert og forsyner den avaskulære brusken med blod (1).

Ved et ørehematom vil blod samle seg i sjiktet mellom perichondrium og brusk. Hematomet utgjør her en mekanisk barriere mellom brusken og dens blodforsyning fra perichondrium (2). I mangel på tilstrekkelig næring vil brusken kunne bli nekrotisk og/eller infisert. På sikt vil dette sette i gang en uorganisert fibrose- og bruskdanning rundt de ulike bruskkomponentene (3).

Som en følge av dette vil ørets normalt konkave strukturer fylles med bindevev. Senere vil brusken vri og bukke seg. Resultatet er varianter av det såkalte blomkåløret (fig 1). Rask evakuering av hematomet sørger derimot for god kontakt mellom brusk og perichondrium og reduserer dermed sannsynligheten for en slik deformitet.

I denne artikkelen gjør vi rede for behandling av ørehematomer. Det er begrenset kunnskap om hva som er den beste teknikken i akuttbehandlingen (4). Litteraturen består av et fåtall kasuistikker, systematiske oversikter og kliniske retningslinjer.

Vår artikkel er basert på våre egne erfaringer fra arbeid på skadelegevakt og som plastikkirurg. I tillegg har vi gjennomgått retningslinjene til UpToDate (5) og et utvalg artikler etter søk i PubMed og McMaster PLUS.

Klinisk bilde

Et ørehematom ses ofte som en øm, spent og fluktuerende hevelse svarende til ørets fremside. Smertene blir beskrevet som lett til moderat uttalte og av sprengende karakter. De fleste oppsøker lege først og fremst på grunn av den synlige hevelsen eller fordi de har flere skader som ønskes vurdert (hode-/nakkeskade, sårskader og lignende).

På en skadelegevakt er et ørehematom ofte én av mange skader hos pasienten – spesielt hvis det er vold med i bildet. Ørehema-

tomet kan følgelig lett bli oversett om man ikke spesifikt utelukker det under den kliniske undersøkelsen.

Typisk fyller hematomet fordypningen mellom helix og antihelix (scapha) og strekker seg fremover i fossa triangularis. Sjeldnere vil det ligge i concha eller området i og rundt ytre øregang. Det er viktig å være klar over at et ørehematom også kan være lokalisert til ørets bakside, eventuelt begge sider, selv om dette er mindre hyppig (1). Nekroserisikoen er høyere dersom man finner hematomet på både frem- og baksiden av øret (6).

Overliggende hud kan være normalfarget, erytematøs eller ekkymotisk. Skademekanismen vil avgjøre om det er sårddanning eller laserasjoner, noe som er vanligere ved skarpe traumer (f.eks. glasskader). Som oftest er huden intakt og hematomet palperes mykt. Omtrent et døgn etter traumet vil for øvrig blodet koagulere og hevelsen kan fremstå som fastere.

Det er viktig å understreke at undersøkende lege bør utelukke annen alvorlig skade hos pasienter med et ørehematom. Aller viktigst er det å utelukke hode- og/eller nakkeskade. Anamnesen bør avklare eventuelt bevissthetstap, amnesi og bruk av anti-koaguleringsmidler. Man skal ha i bakhodet at pasienten kan ha blitt utsatt for vold. I tillegg bør man otoskopere begge ører for å utelukke trommehinneperforasjon og hematotomypanum (7).

Behandling

Alle ørehematomer bør evakueres akutt (4, 5). Aspirasjon med nål eller incisjon og drenering kan gjøres av fastlege/legevaktlege. Det er viktig at dette skjer så raskt som mulig, slik at brusken ikke blir nekrotisk.

Er hematomet eldre enn syv dager, kreves det en annen fremgangsmåte. Slike hematomer vil ofte være mer organiserte og vanskeligere å drenere. I tillegg kan det foreligge sårddanning og/eller nekrose i huden. I så fall bør pasienten henvises til øre-nese-hals-lege eller plastikkirurg.

Evakuering av hematomet

Inngrepet bør gjøres i regional øreblokkade (5). Vi anbefaler Xylocain 1% med adrenalin. Det

Christoffer Aam Ingvaldsen

chingv@ous-hf.no

Avdeling for plastikk- og rekonstruktiv kirurgi
Oslo universitetssykehus

Kim Alexander Tønseth

Avdeling for plastikk- og rekonstruktiv kirurgi
Oslo universitetssykehus

 Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no

HOVEDBUDSKAP

Ørehematom kan føre til brusknekrose

Ubehandlet ørehematom kan gi varig deformitet, såkalt blomkåløre

Anbefalt behandling er rask evakuering av hematomet med påfølgende trykkbandasje

Kirurgisk korreksjon av blomkåløre innebærer krevende plastikkirurgisk rekonstruksjon



Figur 1 Et ubehandlet ørehematom kan resultere i et blomkåløre. Her tre ulike pasienter med varige og harde blomkålører grunnet manglende hematomevakuering. Foto: Christoffer Aam Ingvaldsen

er også mulig å oppnå god bedøvelse med infiltrasjonsanestesi, men dette bør forbeholdes de minste hematomenes (under 2 cm). Adrenalin-tilsats er anbefalt ved øreblokade, men må ikke brukes ved infiltrasjonsanestesi (5).

Det er viktig å desinfisere øret og omliggende hud først. Sterile tupfere fuktes med klorheksidinsprit 5 mg/ml (0,5 %). Virketiden bør være minimum to minutter, og man lar spriten lufttørke før huden perforeres. I

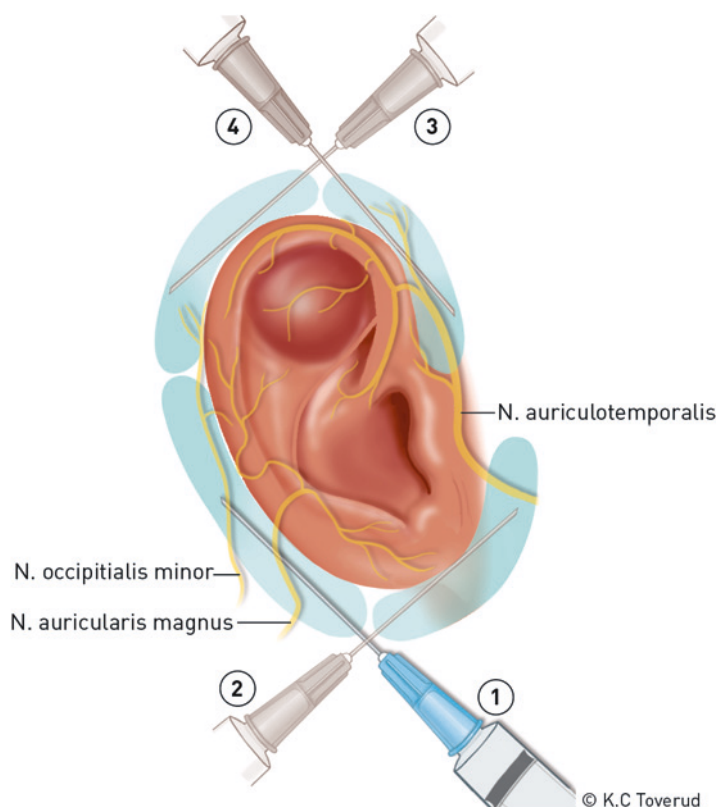
figur 2 illustreres og beskrives hvordan man utfører regional øreblokade.

Anbefalt behandling avhenger av størrelsen og alderen på ørehematomet (5). Er det eldre enn syv dager, må pasienten som nevnt henvises til øre-nese-hals-lege eller plastikkirurg for revisjon og eventuell rekonstruksjon.

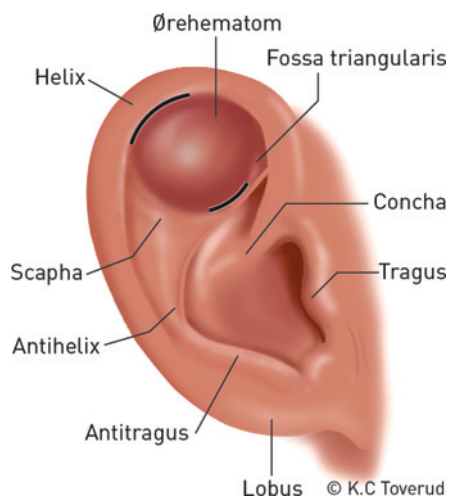
Dersom ørehematomet er < 2 cm i diameter og < 48 t gammelt, anbefales nålaspirasjon. Grønn (21 gg) eller rosa (18 gg) kanyle egner seg godt. Innstikksstedet kan gjerne være i bunnen av hematomet. Det er ikke nødvendig å stikke nålen inn i eller gjennom brusken. Om det viser seg å være vanskelig å aspirere hematomet slik, har blodet trolig koagulert helt eller delvis. Da bør incisjon og drenerasje vurderes.

Dersom ørehematomet er ≥ 2 cm i diameter eller > 48 t gammelt, anbefales incisjon og drenerasje (5, 8). Dette utføres ved å legge en incisjon i bunnen av hematomet. Om hematomet er lokalisert i scapha og/eller fossa triangularis, bør man plassere incisjonen rett over konturen til antihelix. Et slikt snitt vil ofte gi et bra kosmetisk resultat. Alternativt kan snittet legges like under kanten til helix, slik at arret til en viss grad skjules i ettertid. Snittet må være tilstrekkelig stort for å kunne evakuere koagelet. Figur 3 illustrerer ørets overflateanatom og et typisk ørehematom.

Man bør unngå å skjære ned i brusken. Så lenge hematomet tømmer seg, er snittet tilstrekkelig dypt. Om nødvendig kan det sprikes lett ved bruk av en liten saks eller peang. Etter at hematomet er tømt, skylles man med sterilt saltvann til væsken er klar. Incisjonen lukkes med for eksempel 5–0 ikke-absorberbar nylonstutur. Madrassstutur er anbefalt. Suturnålen skal gjennom hud, perichondrium og brusk på begge sider av incisjonen.



Figur 2 Regional øreblokade er indisert ved evakuering av større ørehematomer. Slik oppnår man god bedøvelse samtidig som man unngår å tilføre ytterligere volum i et allerede spent og traumatisert ørevev. Xylocain med adrenalin-tilsats injiseres med en tynn kanyle i hudområdene, som vist her. Det holder oftest med to innstikkssteder. Det injiseres i V-form under øret og omvendt V-form i overkant av øret. Optimal effekt kan forventes etter ti minutter. Nerveblokaden bedøver hele ørets frem- og baksider, med unntak av området i og rundt øregangen, som er innervert av grener fra n. vagus



Figur 3 Illustrasjon av ørets overflateanatomiske og et ørehematom med klassisk lokalisering (svarende til kraniale del av scapha og frem i fossa triangularis). De fete linjene i svart er forslag til incisjoner langs antihelix og helix

God kontakt mellom lagene tilstrebes. Et lite område ytterst i incisjonen lar man stå åpent for å gjøre drenering mulig.

Etter kirurgisk behandling legges det på en trykkbandasje med vaselinnetting innerst, deretter steril saltvannskompress og tørr bandasje. Det er ofte nødvendig å dreie et elastisk bind rundt hodet for å få tilstrekkelig trykk mot ørets flate.

Antibiotikaprofylakse

Et område med lite blodtilførsel er utsatt for infeksjon. Det anbefales at alle pasienter får 7–10 dager med profylaktisk antibiotika (5). Dikloksacillin (kapsel) 500 mg tre-fire ganger daglig frem til suturfjerning kan benyttes, hvilket dekker penicillinsedannende stafylokokker, som forårsaker mange sårinfeksjoner.

Videre oppfølging

Vi anbefaler to til tre sårkontroller de første fem dagene for å vurdere reakkumulering av hematomet og/eller infeksjon. Kompresjonsbandasjen byttes ved hver sårkontroll. Ved reakkumulering av blod kan man gjenta aspirasjon og/eller incisjon. Dersom man har gjennomført incisjon og drenering, kan man fjerne kompresjonsbandasjen etter tre dager. Suture fjernes etter 7–10 dager.

Om pasienten deltar aktivt i risikoaktivi-

tet (f.eks. bryting), anbefaler vi at han/hun avstår fra disponerende aktivitet den første uken etter behandlingen. I tillegg kan man oppfordre til bruk av hodebeskyttelse (scrum cap) eller ørekomprimerende teiping (som ofte brukes i rugby).

Rekonstruksjon av blomkåløre

Mange aktive kampsportutøvere og rugbyspillere anser ikke blomkåløre som skjelligende – snarere tvert imot. Vi har vært i kontakt med kampsportmiljøet i Oslo, og det viser seg at mange unngår å få slike hematomer drenert. Blomkåløre kan være en del av en image og et tegn på kamperfaring. Vårt inntrykk er at et fåtall av denne pasientgruppen oppsøker lege for vurdering og behandling.

Mange kampsport- og idrettsutøvere kan imidlertid endre mening senere i livet – gjerne i sammenheng med valg/endring av yrke. Enkelte rapporterer også smerter/ubehag når de skal sove eller legger trykk på øret. Disse søker av og til kirurgisk behandling (9).

Kirurgisk korreksjon av et manifest blomkåløre er en utfordrende rekonstruksjon. I litteraturen beskrives rekonstruksjonsteknikker hvor man eksidierer og/eller remodelerer deformert bindevev og brusk gjennom passende incisjonslinjer (9–11).

I alvorlige tilfeller, hvor det meste av ørebrusken har gått tapt, kan ørets bruskkomponenter rekonstrueres med brusk fra ribben. Denne typen rekonstruksjon gjøres regelmessig på Rikshospitalet i forbindelse med medfødte øremisdannelser (anoti/mikroti), men er per dags dato ikke blitt gjennomført hos en pasient med ønske om rekonstruksjon grunnet blomkåløre.

Konklusjon

Fastleger og ansatte i akuttmottak/skadelegevakt bør ha kjennskap til ørehematomer og behovet for rask håndtering. Et ørehematom kan medføre brusknekrose, og pasienten står følgelig i fare for å få sår og utvikling av blomkåløre. Undersøkende lege bør forsøke å evakuere hematomet selv (fremfor å henvise pasienten videre), da rask behandling reduserer risikoen for varig deformitet.

Metoden for evakuering av hematomet avhenger av størrelse og tidsforløp. Hvis legen er ubekvem med å sette regional øreblokade og/eller incidere øret, kan i stedet nålaspirasjon under sterile forhold forsøkes. Nålaspirasjon kan eventuelt gjøres uten øre-

blokade eller infiltrasjonsanestesi. Gitt pasientens samtykke er slik behandling bedre enn at brusken blir nekrotisk ved at man avventer.

Pasienter med eldre ørehematomer eller manifest blomkåløre kan henvises til øre-nese-hals-lege eller plastikkirurg for behandling og vurdering av rekonstruksjonsalternativer.

Christoffer Aam Ingvaldsen (f. 1990)

er lege, med erfaring fra Oslo skadelegevakt, og forsker.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kim Alexander Tønseth (f. 1974)

er spesialist i plastikkirurgi og avdelingssjef.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Shakeel M, Vallamkonda V, Mountain R et al. Open surgical management of auricular haematoma: incision, evacuation and mattress sutures. *J Laryngol Otol* 2015; 129: 496–501.
2. Greywoode JD, Pribitkin EA, Krein H. Management of auricular hematoma and the cauliflower ear. *Facial Plast Surg* 2010; 26: 451–5.
3. Giffin CS. Wrestler's ear: pathophysiology and treatment. *Ann Plast Surg* 1992; 28: 131–9.
4. Jones SE, Mahendran S. Interventions for acute auricular haematoma. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 2: CD004166.
5. Malloy KM. Assessment and management of auricular hematoma and cauliflower ear. UpToDate-versjon 9.9.2015. www.uptodate.com/contents/assessment-and-management-of-auricular-hematoma-and-cauliflower-ear [4.9.2016].
6. Eagles K, Fralich L, Stevenson JH. Ear trauma. *Clin Sports Med* 2013; 32: 303–16.
7. Cassaday K, Vazquez G, Wright JM. Ear problems and injuries in athletes. *Curr Sports Med Rep* 2014; 13: 22–6.
8. Roy S, Smith LP. A novel technique for treating auricular hematomas in mixed martial artists (ultimate fighters). *Am J Otolaryngol* 2010; 31: 21–4.
9. Vogelien E, Grobbelaar AO, Chana JS et al. Surgical correction of the cauliflower ear. *Br J Plast Surg* 1998; 51: 359–62.
10. Yotsuyanagi T, Yamashita K, Urushidate S et al. Surgical correction of cauliflower ear. *Br J Plast Surg* 2002; 55: 380–6.
11. Fujiwara M, Suzuki A, Nagata T et al. Cauliflower ear dissection. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2011; 64: e279–82.

Mottatt 28.11. 2015, første revisjon innsendt 19.6. 2016, godkjent 26.10. 2016. Redaktør: Liv-Ellen Vangsnes.