

# Pourazowy krwiak przestrzeni zagardłowej – opis przypadku

## Retropharyngeal hematoma secondary to neck trauma – case report

Tomasz Gotlib

Katedra i Klinika Otolaryngologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego  
Kierownik Kliniki: prof. dr hab. K. Niemczyk

### Summary

Traumatic retropharyngeal hematoma is a rare but potentially fatal condition that requires early diagnosis and treatment. Obstruction of the airways may develop insidiously, several hours after the trauma. Thus hospital admission with close observation is essential. Intubation can be difficult due to distorted anatomy. Surgical airway management is often necessary. In most of cases the treatment is conservative, however large hematomas may require drainage. We present a case of 85-years old women with retropharyngeal hematoma after minor blunt trauma of the neck without cervical fracture. Since respiration was not impaired airway intervention was not necessary. After 5 days of close observation the patient was discharged in good condition. Further recovery was uneventful.

Hasła indeksowe: przestrzeń zagardłowa, krwiak, uraz szyi

Key words: retropharyngeal hematoma, hematoma, neck injury, neck trauma

Otolaryngol Pol 2008; LXII (6): 800–802 © 2008 by Polskie Towarzystwo Otorinolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi

Przestrzeń zagardłowa jest wąską, szczelinowatą jamą zawierającą luźną tkankę łączną i węzły chłonne (węzły Rouviera). Jest położona pomiędzy powięzią tylnej ściany gardła (powięzią policzkowo-gardłową) a blaszką przedkręgową powięzi szyi, pokrywającą mięśnie przedkręgowe i kręgosłup szyjny. Przestrzeń rozciąga się od podstawy czaszki do wysokości Th1-Th3, ku dołowi komunikuje się ze śródpiersiem tylnym. Łączy się ona ku bokom z przestrzenią przygardłową. Ku tyłowi od przestrzeni zagardłowej znajdują się przestrzenie: niebezpieczna i przedkręgowa [1,2]. W warunkach prawidłowych u osoby dorosłej jej szerokość nie powinna przekraczać 1–7 mm, lub 1/3 wymiaru przednio-tylnego trzonu kręgu szyjnego [2]. Gromadząca się w przestrzeni zagardłowej krew może uwypuklać tylną ścianę gardła, uciskać część błoniastą tchawicy, prowadząc do zwężenia dróg oddechowych i duszności. Pourazowy krwiak przestrzeni zagardłowej (KPZ) najczęściej jest spowodowany urazem kręgosłupa szyjnego (uderzenie, rzadziej uraz typu *whiplash*) [3,4,5]. Do rzadszych przyczyn jego powstawania należą: infekcja, uraz

dużych naczyń, urazy jatrogenne, ciała obce penetrujące tylną ścianę gardła [3, 4]. U pacjentów przyjmujących przewlekle leki przeciwzakrzepowe możliwe jest wystąpienie KPZ bez uchwytanych przyczyn (bez urazu w wywiadzie) [6,7].

### OPIS PRZYPADKU

85-letnia pacjentka zgłosiła się do Izby Przyjęć z powodu uczucia pełności w gardle, zaburzeń połykania, zmiany barwy głosu, z miernie nasiloną dusznością, bez stridoru. W wywiadzie: tępy uraz bocznej okolicy szyi przed kilkunastoma godzinami (uderzenie huśtawką).

W badaniu laryngologicznym stwierdzono: obrzęk szyi, niewielki krwiak podskórny po stronie lewej na poziomie chrząstki pierścieniowatej. Ocena krtani w laryngoskopii pośredniej była utrudniona. Stwierdzono uwypuklenie tylnej ściany gardła aż do poziomu nalewek. Widoczna część szpary głośni – szeroka. Błede, ruchome fałdy głosowe. Znaczne spłylenie lewego zachyłka gruszkowatego.

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

TK szyi wykazała krwiak przestrzeni zagardłowej od podstawy czaszki do poziomu Th3, szerokości 7 cm, miejscami o grubości powyżej 3 cm (ryc. 1).

Nie stwierdzono cech złamania kręgosłupa szyjnego. Badanie układu krzepnięcia było prawidłowe (ryc. 1).

Wdrożono osłonową antybiotykoterapię (ceftriakson) oraz dexaven 3x4 mg *i.v.* Ze względu na mierne nasilenie duszności pacjentkę pozostawiono do obserwacji. Podczas pobytu chorej w Klinice stwierdzano powolne zmniejszanie się uwypuklenia tylnej ściany gardła, zmniejszenie nasilenia dolegliwości. Pacjentka została wypisana do domu w stanie ogólnym i miejscowym dobrym w 5. dobie leczenia, z zaleceniem kontynuacji antybiotykoterapii, kontroli po dalszych 5 dniach. W badaniu kontrolnym stwierdzono dalsze zmniejszenie uwypuklenia tylnej ściany gardła.

## OMÓWIENIE

Do 2006 r. opisano około 50 przypadków pourazowego krwiaka przestrzeni zagardłowej [8]. Pourazowe KPZ bez złamania kręgosłupa szyjnego należą do rzadkości [2]. Narastanie krwiaka bywa powolne i/lub opóźnione [9].

KPZ może być przyczyną zgonu w wyniku niewydolności oddechowej [2, 8]. Intubacja jest niezwykle trudna ze względu na zmienione warunki anatomiczne, ewentualny uraz kręgosłupa szyjnego. Przerwanie ciągłości krwiaka niesie ryzyko zachłyśnięcia (w przypadku świeżego, niezorganizowanego krwiaka). W związku z powyższym bardziej zasadne wydaje się wykonanie tracheotomii lub konikotomii [2]. Pacjenci w stanie stabilnym, bez duszności, wymagają obserwacji ze względu na ryzyko nagłego powiększenia się zmiany [2, 8, 9].

U chorych przyjmujących przewlekle leki przeciwkrzepliwe przyczyną krwawienia jest często nieuchwytna [6, 7]. W takich przypadkach wczesne rozpoznanie może nastęrczać trudności, szczególnie dla lekarzy innych niż laryngologia specjalności. Uważa się, że u tych pacjentów krwawienie może być wywołane przez kaszel (zwiększenie ciśnienia i przerwanie ciągłości naczyń), nadmierne odgięcie szyi. W przypadku narastającego masywnego krwiaka u pacjenta leczonego lekami przeciwzakrzepowymi należy rozważyć podanie świeżo mrożonego osocza i witaminy K (po konsultacji internistycznej) [6, 7].

Drenaż jest wskazany w przypadku olbrzymich krwiaków, przy ucisku dróg oddechowych utrudniającym wentylację mechaniczną lub krwiaków, które



Ryc. 1. TK szyi – krwiak przestrzeni zagardłowej od podstawy czaszki do poziomu Th3

nie zmniejszają się podczas obserwacji [2]. Należy pamiętać, że otwarcie przestrzeni zagardłowej podczas ewakuacji krwiaka wiąże się z ryzykiem odmy śródpiersia.

Antybiotykoterapia osłonowa wydaje się w pełni uzasadniona ze względu na ryzyko zropienia krwiaka.

W opisywanym przypadku zdumiewająca była rozbieżność pomiędzy dużą rozległością zmian w TK szyi a brakiem nasilonej duszności i obrazem w laryngoskopii pośredniej. Może ona być częściowo tłumaczona odgięciową pozycją głowy podczas badania TK.

## PIŚMIENNICTWO

- Janczewski G. Otolaryngologia Praktyczna. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Tom II, Via Media, Gdańsk 2005.
- Lin J, Wang C, Huang T. Traumatic retropharyngeal hematoma: Case report. *Auris Nasus Larynx*, 2007; 34(3): 423–425.
- Davis WL, Harnsberger HR, Smoker WR, Watanabe AS. Retropharyngeal space: evaluation of normal anatomy and diseases with CT and MR imaging. *Radiology*, 1990; 174(1): 59–64.
- Clifton R, Zahur S, Nicolai P. A case of traumatic retropharyngeal haematoma. *Injury extra*, 2005; 36: 84–86.
- Anagnostara A, Athanassopoulou A, Kaikidou E, Markatos A, Eystathidis A, Papageorgiou S. Traumatic retropharyngeal hematoma and prevertebral edema induced by whiplash injury. *Emerg Radiol* 2005; 11(3): 145–914.
- Bloom DC, Haegen T, Keefe Ma. Anticoagulation and spontaneous retropharyngeal hematoma. *J Emerg Med* 2003 May; 24(4): 389–934.
- Chiti-Batelli S, Vaz F, Coman S. Traumatic retropharyngeal haematoma in an anticoagulated patient: Case report and proposal for a clinical protocol. *Acta Otolaryngol* 2005; 125(4): 443–445.

8. Suzuki T, Imai H, Uchino M, Wakita R, Endo M, Kitahara T, i wsp. Fatal retropharyngeal haematoma secondary to blunt trauma. *Injury* 2004; 35(10): 1059–1063.
9. Kette F, Mergoni P, Girardis M, Sabbadini D, Zauli M, Sussi L, i wsp. Delayed upper airway obstruction following a retropharyngeal haematoma after minor head trauma. *Eur J Emerg Med* 2000; 7(4): 301–303.

Adres autora:  
Klinika Otolaryngologii WUM  
ul. Banacha 1a  
02-097 Warszawa

*Pracę nadesłano: 28.05.2008. r.*  
*Zaakceptowano do druku: 04.08.2008 r.*