Посттравматическая ретрофарингеальная гематома (клинический случай)

А.В. Инкина, Д.М. Мустафаев*

Отделение оториноларингологии

ГБУЗ Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт

им. М.Ф. Владимирского»

Российская Федерация, 129110 Москва, ул. Щепкина, д. 61/2

* Контактная информация: Мустафаев Джаваншир Мамед оглы, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения оториноларингологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. Email: mjavanshir@mail.ru

РЕЗЮМЕ

Авторы представляют случай из практики: редкое наблюдение обширной ретрофарингеальной гематомы. Причиной ретрофарингеальной гематомы была недиагностированная травма шейного отдела позвоночника с постепенным вовлечением в травматическую болезнь спинного мозга.

Ключевые слова:

ретрофарингеальная гематома, травма, позвоночник

Ссылка для цитирования

Инкина А.В., Мустафаев Д.М. Посттравматическая ретрофарингеальная гематома: клиническое наблюдение. Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. 2018; 7(4): 378–381. DOI: 10.23934/2223-9022-2018-7-4-378-381

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Благодарности

Исследование не имеет спонсорской поддержки

Ретрофарингеальная гематома — скопление крови в ретрофарингеальном пространстве. Кровотечение в этом потенциально опасном пространстве может стать фатальным из-за расширения превертебральных тканей от основания черепа до уровня бифуркации трахеи со сдавлением дыхательных путей [1]. Эпидемиология неизвестна, но считается, что ретрофарингеальная гематома встречается крайне редко [2]. Смертность составляет до 20% [3]. Ретрофарингеальные гематомы условно подразделяют на посттравматические и спонтанные [4, 5]. Причинами возникновения спонтанных ретрофарингеальных гематом могут быть прием антикоагулянтов, приступы кашля, чихания, рвота, аневризма сонной артерии и коагулопатии. Наиболее распространенным фактором развития ретрофарингеальной гематомы является травма шеи. Причинами посттравматической ретрофарингеальной гематомы также могут быть инородные тела пищеварительных путей, катетеризация внутренней яремной вены. Описаны также случаи развития ретрофарингеальной гематомы после блокады звездчатого ганглия. Вероятные ятрогенные причины включают в себя инструментальное повреждение при проведении прямой ларингоскопии, эндотрахеальной интубации, при эндоскопическом исследовании, а также при операции на шейном отделе позвоночника [4, 5]. Точный механизм формирования ретрофарингеальной гематомы в настоящее время неясен, существует несколько потенциальных источников кровотечения: фактический перелом позвонков, разрыв передней продольной связки, разрыв длинной мышцы шеи или разрывы самих сосудов [6]. Кровотечение может происходить из спинномозговых ветвей позвоночных артерий, которые снабжают тела позвонков, из мышечных ветвей позвоночной

артерии или восходящей шейной ветви нижней щитовидной артерии, которые питают глубокие мышцы шеи. Восходящая глоточная артерия также имеет множественные анастомозы, связанные с мышечными ветвями позвоночной артерии, восходящей шейной ветвью нижней щитовидной артерии и затылочными артериями. В литературе описаны источники кровотечения из больших сосудов, таких как грудная аорта и щитовидный ствол [7].

Начало заболевания острое, но бывает, что с момента заболевания до появления яркой клинической картины проходит несколько суток. Пациенты с ретрофарингеальной гематомой могут жаловаться на боль в шее, тризм, дисфонию, дисфагию, слюнотечение, кровохарканье и одышку. Пациент принимает вынужденное положение тела — обычно сидит с упором на руки для поддержки вспомогательной дыхательной мускулатуры. При пальпации иногда определяется инфильтрация шеи. При фарингоскопии обнаруживается выбухание задней стенки глотки без признаков источника кровотечения и обычно устанавливается предварительный диагноз инфекционного или опухолевого поражения. Обструкция дыхательных путей является ведущим клиническим симптомом [6].

Осложнения ретрофарингеальной гематомы возникают в результате сдавления окружающих органов, разрыва или инфицирования гематомы. Гематома может вызвать сдавление дыхательных путей, а ее разрыв может привести к асфиксии или аспирационной пневмонии. Следует помнить, что гематома является идеальной средой для развития инфекции. Возможно развитие остеомиелита шейных позвонков. Распространение инфекции с развитием медиастини-

та, гнойного перикардита, плеврита, пневмоторакса и эмпиемы плевры может угрожать жизни пациента [6].

Лечение ретрофарингеальной гематомы — сложная задача. Обеспечение адекватного воздухопроведения является первым шагом и должно быть обеспечено до начала любого хирургического вмешательства. Интубация трахеи может быть сложной, особенно при наличии перелома шейного отдела позвоночника. Следует также помнить, что интубация несет риск перфорации гематомы. При ожидании сложной интубации безусловно показана трахеостомия. После восстановления проходимости дыхательных путей доступны два варианта лечения: активная хирургическая тактика и наблюдение. Некоторые авторы считают, что хирургическое лечение не имеет преимуществ перед консервативным и чревато повышенным риском инфицирования окружающих тканей. Большинство авторов считает, что пациентов с небольшими стабильными ретрофарингеальными гематомами нужно лечить консервативно с повторной оценкой размера гематомы, определяемой с помощью эндоскопического обследования, компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии [8].

При больших, прогрессирующих ретрофарингеальных гематомах, а также тех, которые не уменьшаются на фоне лечения, показано хирургическое дренирование [8].

Приводим случай из практики: редкое наблюдение обширной посттравматической ретрофарингеальной гематомы со смертельным исходом.

Пациент Ф., 62 лет, житель Московской области, 15.10.2017 обратился в приемное отделение городской больницы по месту жительства с жалобами на дискомфорт в области шеи, затруднение глотания, гнусавость, незначительное затруднение дыхания. В анамнезе отмечал падение с лестницы накануне обращения. При осмотре в приемном отделении — пациент в сознании, неврологической симптоматики нет, дыхание свободное, отмечается гнусавость, охриплость легкой степени. Мягкие ткани шеи визуально не изменены. При фарингоскопии имеется выбухание задней стенки рото- и гортаноглотки. При пункции инфильтрата получено геморрагическое отделяемое. Выполнена КТ шеи: костно-деструктивных изменений не обнаружено. На уровне исследования отмечается мягкотканное образование с достаточно ровными контурами, неоднородной структуры, занимающее практически все заглоточное пространство, спускающееся в заднее средостение вдоль пищевода, оттесняющее окружающие ткани, деформирующее гортань и трахею.

Заключение. КТ-признаки могут соответствовать объемному образованию заглоточного пространства, формирующемуся абсцессу заглоточного пространства (рис. 1). Пациент от предложенной госпитализации категорически отказался. Получен отказ в письменной форме. На следующий день с явлениями выраженной дыхательной недостаточности бригадой скорой медицинской помощи он был доставлен в приемное отделение по месту жительства, сразу госпитализирован в отделение реанимации. Попытки интубации трахеи в связи с выраженным отеком и смещением гортани были неудачными, и пациенту была выполнена экстренная крикоконикотомия, через которую установлена интубационная трубка, начата искусственная вентиляция легких. Объективно: уровень сознания — кома

Рис. 1. Компьютерная томография шеи от 15.10.2017: отмечается мягкотканное образование с достаточно ровными контурами, неоднородной структуры, занимающее практически все заглоточное пространство, спускающееся в заднее средостение, вдоль пищевода, оттесняющее окружающие ткани, деформирующее гортань и трахею
Fig. 1. Computed tomography of the neck of 15.10.17: there is a heterogeneous soft-tissue formation with fairly even contours, which occupies almost the whole pharyngeal space, descending into the posterior mediastinum, along the esophagus, pushing back surrounding tissues and deforming the larynx and trachea

Рис. 2. Компьютерная томография шеи от 15.10.2017 (пересмотр): имеется краевой перелом верхних отделов C7 без смещения
Fig. 2. Computed tomography of the neck of 15.10.17 (revision): there is a marginal fracture of the upper parts of C7 without displacement

II степени. Шея диффузно увеличена в объеме, при этом подкожной эмфиземы, крепитации не определяется. При фарингоскопии: задняя стенка рото- и гортаноглотки резко выбухает. Общий анализ крови от 16.10.2017: лейкоциты — $58,42 \cdot 10^9/\text{л}$, эритроциты — $4,25 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин — 122 г/л, тромбоциты — $770 \cdot 10^9/\text{л}$, лимфоциты — $14,4 \cdot 10^9/\text{л}$, моноциты — $28,82 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтрофилы — $15,2 \cdot 10^9/\text{л}$. Биохимический анализ крови от 16.10.2017: амилаза — 50 ЕД/л, АЛТ — 100,1 ЕД/л, АСТ — 129,0 ЕД/л, мочевины — 21,0 ммоль/л, билирубин общий — 14,9 ммоль/л, билирубин прямой — 7,4 ммоль/л, общий белок — 43,8 г/л, глюкоза 8,0 ммоль/л.

16.10.2017 совместно с оториноларингологом из ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского выполнена опера-

ция – ревизия и дренирование клетчаточных пространств шеи и заднего средостения шейным доступом. В ходе хирургического вмешательства вскрыта обширная гематома ретрофарингеального пространства с распространением в заднее средостение, получено около 700 см³ сформировавшихся кровяных сгустков. При ревизии источника кровотечения не выявлено. Рана дренирована двухпросветными дренажами, туго тампонируется марлевой турундой.

Общий анализ крови от 18.10.2017: лейкоциты – 61,14·10⁹/л, эритроциты – 2,76·10¹²/л, гемоглобин – 79 г/л, тромбоциты – 1521·10⁹/л.

Общий анализ крови от 19.10.2017: лейкоциты – 53,54·10⁹/л, эритроциты – 2,68·10¹²/л, гемоглобин – 75 г/л, тромбоциты – 1372·10⁹/л.

Несмотря на проводимую гемостатическую и антибактериальную терапию, отмечалось умеренное кровотечение по дренажам. На фоне нарастающего отека ствола головного мозга пациент 19.10.2017 скончался.

Патоморфологический диагноз: основной – закрытый разрыв межпозвонкового диска между С6 и С7 с разрывом передней продольной связки позвоночника, массивным кровоизлиянием в прилежащие мягкие ткани шеи с формированием гематомы, распространением кровоизлияния в клетчатку средостения; кровоизлияние над твердой мозговой оболочкой спинного мозга в шейном отделе. Осложнение – восходящий отек спинного мозга, отек ствола головного мозга.

Снимки КТ шеи от 15.10.2017 были пересмотрены лучевыми диагностами ГБУЗ МО МОНИКИ им.

М.Ф. Владимирского: ограниченная ретрофарингеальная гематома неоднородной плотности. Висцеральные органы смещены кпереди с сужением просвета гортани, особенно на уровне надскладчатого отдела гортани и верхних отделов пищевода. Имеется краевой перелом верхних отделов С7 без смещения. Выраженные признаки остеохондроза шейного отдела позвоночника. Не исключаются переломы массивных передних остеофитов. Сосудистое пространство смещено латерально, плохо дифференцируется. Оценить возможный источник кровотечения по бесконтрастному исследованию не представляется возможным.

Анализ пациента также были посланы на консультацию гематологу ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. Получено заключение: «...судя по увеличению лейкоцитарных и тромбоцитарных ростков, у пациента имело место недиагностированное миелопролиферативное заболевание».

На наш взгляд, в данном наблюдении причиной ретрофарингеальной гематомы была недиагностированная травма шейного отдела позвоночника с постепенным вовлечением в травматическую болезнь спинного мозга. Неверная интерпретация симптомов повреждения, трудность в трактовке результатов лучевых методов исследования и несвоевременное обращение больного за помощью – основные причины диагностических ошибок. Возможной причиной продолжающегося кровотечения после хирургического вмешательства явилась указанная выше патология крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Dedouit F., Grill S., Guilbeau-Frugier C., et al. Retropharyngeal hematoma secondary to cervical spine surgery: report of one fatal case. *J. Forensic Sci.* 2014; 59(5): 1427–1431. PMID: 24962728. DOI: 10.1111/1556-4029.12518.
2. Higa K., Hirata K., Hirota K., et al. Retropharyngeal hematoma after stellate ganglion block: analysis of 27 patients reported in the literature. *Anesthesiology*. 2006; 105(6): 1238–1245. PMID: 17122587. DOI: 10.1097/0000542-200612000-00024.
3. Paleri V., Maraju R.S., Ali M.S., Ruckley R.W. Spontaneous retro- and parapharyngeal haematoma caused by intra-thyroid bleed. *J. Laryngol. Otol.* 2002; 116(10): 854–858. PMID: 12437846. DOI: 10.1258/00222150260293727.
4. Thomas M.D., Torres A., Garcia-Polo J., Gavilan C. Life-threatening cervico-mediastinal haematoma after carotid sinus massage. *J. Laryngol. Otol.* 1991; 105(5): 381–383. PMID: 2040845. DOI: 10.1017/s0022215100116068.

REFERENCES

1. Dedouit F., Grill S., Guilbeau-Frugier C., et al. Retropharyngeal hematoma secondary to cervical spine surgery: report of one fatal case. *J. Forensic Sci.* 2014; 59(5): 1427–1431. PMID: 24962728. DOI: 10.1111/1556-4029.12518.
2. Higa K., Hirata K., Hirota K., et al. Retropharyngeal hematoma after stellate ganglion block: analysis of 27 patients reported in the literature. *Anesthesiology*. 2006; 105(6): 1238–1245. PMID: 17122587. DOI: 10.1097/0000542-200612000-00024.
3. Paleri V., Maraju R.S., Ali M.S., Ruckley R.W. Spontaneous retro- and parapharyngeal haematoma caused by intra-thyroid bleed. *J. Laryngol. Otol.* 2002; 116(10): 854–858. PMID: 12437846. DOI: 10.1258/00222150260293727.
4. Thomas M.D., Torres A., Garcia-Polo J., Gavilan C. Life-threatening cervico-mediastinal haematoma after carotid sinus massage. *J. Laryngol. Otol.* 1991; 105(5): 381–383. PMID: 2040845. DOI: 10.1017/s0022215100116068.

5. Ha D.H., Oh S.K. Cervical prevertebral hematoma – a rare complication of acupuncture therapy: a case report. *J. Korean Soc. Spine Surg.* 2009; 16(4): 290–293. DOI: 10.4184/jkss.2009.16.4.290.
6. O'Donnell J.J., Birkinshaw R., Harte B. Mechanical airway obstruction secondary to retropharyngeal haematoma. *Eur. J. Emerg. Med.* 1997; 4(3): 166–168. PMID: 9426999. DOI: 10.1097/00063110-199709000-00010.
7. Van Velde R., Sars P.R., Olsman J.G., Van De Hoeven H. Traumatic retropharyngeal haematoma treated by embolization of the thyrocervical trunk. *Eur. J. Emerg. Med.* 2002; 9: 159–161. PMID: 12131640. DOI: 10.1097/00063110-200206000-00011.
8. Bloom D.C., Haegen T., Keefe M.A. Anticoagulation and spontaneous retropharyngeal haematoma. *J. Emerg. Med.* 2003; 24(4): 389–394. PMID: 12745040. DOI: 10.1016/s0736-4679(03)00035-0.

5. Ha D.H., Oh S.K. Cervical prevertebral hematoma – a rare complication of acupuncture therapy: a case report. *J. Korean Soc. Spine Surg.* 2009; 16(4): 290–293. DOI: 10.4184/jkss.2009.16.4.290.
6. O'Donnell J.J., Birkinshaw R., Harte B. Mechanical airway obstruction secondary to retropharyngeal haematoma. *Eur J Emerg Med.* 1997; 4(3): 166–168. PMID: 9426999. DOI: 10.1097/00063110-199709000-00010.
7. Van Velde R., Sars P.R., Olsman J.G., Van De Hoeven H. Traumatic retropharyngeal haematoma treated by embolization of the thyrocervical trunk. *Eur J Emerg Med.* 2002; 9: 159–161. PMID: 12131640. DOI: 10.1097/00063110-200206000-00011.
8. Bloom D.C., Haegen T., Keefe M.A. Anticoagulation and spontaneous retropharyngeal haematoma. *J Emerg Med.* 2003; 24(4): 389–394. PMID: 12745040. DOI: 10.1016/s0736-4679(03)00035-0.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Мустафаев Джаваншир Мамед оглы старший научный сотрудник отделения оториноларингологии Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», ORCID: 0000-0003-1081-0317.

Инкина Анна Васильевна научный сотрудник отделения оториноларингологии Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», ORCID: 0000-0002-1093-6764.

Received on 18.02.2018

Accepted on 19.04.2018

Поступила в редакцию 18.02.2018

Принята к печати 19.04.2018

Post-traumatic Retropharyngeal Hematoma: a Clinical Case

A.V. Inkina, D.M. Mustafayev*

Department of Otolaryngology

M.F. Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute

61/2 Shepkina St., Moscow 129110, Russian Federation

* **Contacts:** Dzavanshir M. Mustafayev, Senior Researcher of the Department of Otolaryngology, M.F. Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute. E-mail: mjavanshir@mail.ru

ABSTRACT The authors report a rare clinical case of extensive retropharyngeal hematoma, associated with undiagnosed injury of the cervical spine with a gradual involvement of the spinal cord into the traumatic disease.

Key words: retropharyngeal hematoma, trauma, spine

For citation Inkina A.V., Mustafayev D.M. Post-traumatic Retropharyngeal Hematoma: a Case Report. *Russian Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care*. 2018; 7(4): 378–381. DOI: 10.23934/2223-9022-2018-7-4-378-381 (In Russian)

Conflict of interest Authors declare lack of the conflicts of interests

Acknowledgments The study had no sponsorship

Affiliations

Inkina Anna Vasilyevna, Cand. Med. Sci., Researcher of the Department of Otorhinolaryngology, M.F. Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute, , ORCID: 0000-0002-1093-6764.

Mustafayev Dzavanshir Mamed ogly, Senior Researcher of the Department of Otorhinolaryngology, M.F. Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute, Candidate of Medical Sciences. ORCID: 0000-0003-1081-0317.