

HEMATOME RETROPHARYNGE SPONTANE : A PROPOS D'UN CAS

SPONTANEOUS RETROPHARYNGEAL HEMATOMA : A CASE REPORT

H. KOOLI, S. CHARFI, M. OUKHAI, R. DAOUD, H. HAJRI, N. KAFFEL, M. MARRAKCHI,
D. NAJEH, M. FERJAOU

RESUME

L'hématome retro-pharyngé est une affection rare souvent d'origine traumatique. La survenue d'un HRP de façon spontanée est exceptionnelle.

Le but de notre travail est de rapporter à travers une observation les manifestations cliniques, les différentes hypothèses étiopathogéniques ainsi que les modalités thérapeutiques des HRP.

Notre patiente âgée de 40 ans a consulté en urgence pour une ecchymose cervicale apparue spontanément. Les différentes investigations se sont révélées non concluantes. Sous surveillance, l'évolution a été spontanément favorable.

SUMMARY

Spontaneous Retropharyngeal Haematoma (SRH) is a rare affection witch occur without traumatism.

We report a case of 40's old year woman who present a SRH and discuss ethiopathogeny, clinic's and therapeutic's involvement

INTRODUCTION

L'hématome retro-pharyngé (HRP) est une affection rare souvent d'origine traumatique. En raison même de son site d'apparition, cette affection est une urgence à la fois diagnostic et thérapeutique.

Nous rapportons l'observation d'une patiente admise pour HRP spontané avec une revue de la littérature.

OBSERVATION

Mme B.A âgée de 40 ans, sans antécédents pathologiques, nous a été adressée en urgence pour une ecchymose cervicale antérieure apparue le même jour.

La patiente rapporte une odynophagie installée depuis trois jours sans dyspnée ni dysphonie.

Aucune notion de traumatisme, ni de prise d'anticoagulants, ni d'ingestion de corps étranger avait été rapportée.

A l'examen, nous avons trouvé une patiente apyrétique, eupnéique et des constantes hémodynamiques stables. L'oropharynx était siège de suffisions hémorragiques diffuses et l'hypopharynx d'un bombement postérieur (fig. 1, 2).



Fig. 2 : Suffisions hémorragiques oropharyngées

Devant ce tableau, une numération sanguine et un bilan d'hémostase demandés de première intention, étaient sans anomalies.

Nous avons complété en urgence par une TDM cervicothoracique. Cet examen a mis en évidence une volumineuse collection spontanément hyperdense, rétropharyngée, étendue de l'oropharynx au médiastin antérosupérieur, refoulant en avant le larynx, la trachée et l'œsophage, sans autres lésions (fig 3).

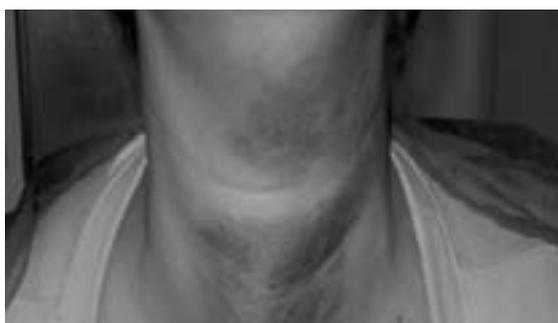


Fig. 1 : Hématome cervical : aspect à l'admission



Fig. 3 : TDM coupe axiale montrant l'hématome rétropharyngé



Au terme des données de l'examen clinique et de l'imagerie, nous avons posé le diagnostic d'un hématome rétropharyngé et hospitalisé la malade en urgence.

Devant l'absence de signes respiratoires menaçants, nous avons opté pour un traitement conservateur. Notre attitude était de mettre la patiente sous surveillance stricte et de prescrire un traitement à base de corticoïdes et d'antibiotiques.

L'IRM, pratiquée trois jours plus tard, a trouvé que l'hématome était étendu de l'étage sous glottique à l'orifice supérieur du médiastin. Aucune anomalie n'a été décelable en particulier au niveau de la thyroïde et des glandes parathyroïdiennes. L'angiogramme artérielle et veineuse était également sans anomalies (fig 5).

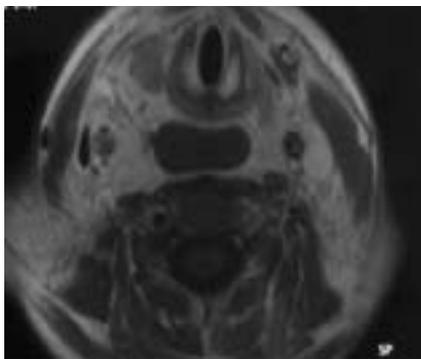


Fig. 4 : IRM coupe axiale montrant l'hématome rétropharyngé

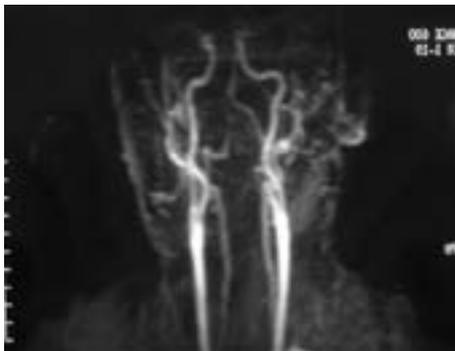


Fig. 5 : Angiogramme en coupe frontale sans anomalies

Le bilan biologique comportant un TS, une calcémie et un dosage de l'hormone parathyroïdienne était correct. L'examen scannographique, refait au septième jour d'hospitalisation, a montré une diminution de la taille de la collection.

L'évolution était favorable, marquée par la stabilité des constantes hémodynamiques et par la régression progressive de l'hématome cervical (fig. 6). La patiente était mise sortante à J12 d'hospitalisation. Notre recul est de 15 mois.

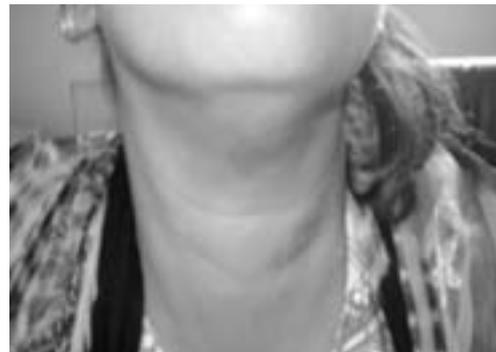


Fig. 6 : Régression totale de l'hématome

DISCUSSION

L'épanchement sanguin dans l'espace rétropharyngé est rare car il n'existe pas à ce niveau de gros vaisseaux ni d'organes susceptibles de saigner (1). Jusqu'à 2002, la littérature anglo-saxonne a seulement rapporté quarante cas d'hématome rétro ou parapharyngé de cause non traumatique (1). Cependant cet hématome est particulièrement dangereux. En effet de part sa localisation anatomique, il peut comprimer les voies aériennes supérieures (VAS) et menacer rapidement le pronostic vital. Ceci est en partie expliqué par la particularité anatomique des muscles pharyngés dont les insertions se dirigent vers les origines, n'offrant aucune résistance à l'expansion de l'hématome (2). Le larynx peut être également comprimé, les aryténoïdes ferment alors les cordes vocales et obstruent les VAS (2). La trachée, malgré son armature cartilagineuse est compromise dans les cas extrêmes (1).

Le diagnostic d'HRP peut être difficile en dehors d'un contexte évocateur. Capp décrit une triade classique de ce tableau. Elle associe une compression œsophagienne et trachéale, un déplacement antérieur de la trachée et une ecchymose cervicale et thoracique antérieure.

Le patient peut consulter pour une odynophagie, une dyspnée, une dysphagie, une dysphonie ou un changement de timbre de la voix, une toux sèche ou une vague douleur cervicale (2,3). L'examen trouve un bombement pharyngé, une coloration très rouge ou des ecchymoses au niveau de la muqueuse pharyngotrachéale.

Toutefois, les motifs de consultation et les données de l'examen ORL en matière d'HRP sont variables.

La dyspnée, le signe le plus alarmant, est parfois absente notamment au début. Dans ce cas, le diagnostic risque d'être confondu avec une pharyngite virale (3). Le délai entre le début de saignement et l'installation d'une dyspnée est variable, il peut atteindre cinq jours (4).

De même l'ecchymose cervicale n'est pas un signe constant. Exceptionnellement, l'examen de la cavité buccale trouve des ecchymoses au niveau du palais mou et de l'uvule (1). Ceci est dû au fait que l'hématome rétropharyngé peut s'étendre en antérointerne et atteindre l'espace parapharyngé. En occupant cet espace jusqu'en



dessus du constricteur supérieur du pharynx, là où émerge le muscle élévateur du voile, le sang peut infiltrer le palais. Ce signe serait donc très péjoratif puisqu'il témoigne de l'abondance du saignement.

Les étiologies de l'HRP sont nombreuses. Les plus fréquentes sont les traumatismes cervicaux par le biais d'un saignement des gros vaisseaux ou d'une atteinte du rachis cervical, les coagulopathies constitutionnelles ou acquises, les explorations invasives comme une cathétérisation cardiaque ou angiographie cérébrale et l'ingestion de corps étranger (1).

Des causes infectieuses comme un abcès rétropharyngé, une infection à Epstein-Barr virus (5), un anévrysme mycotique rompu ont été incriminées.

Dans de très rares cas l'HRP est dû à un saignement d'un organe cervical comme la thyroïde en cas de nodule kystique (1,6) et les glandes parathyroïdiennes en cas d'adénome (7), de kyste (8) ou de carcinome (9).

Les autres étiologies possibles d'un HRP sont une surpression intrathoracique survenue lors d'une toux (10), de vomissement ou de manœuvre de Valsalva (1) ou bien un saignement d'origine thoracique(11).

La prise en charge thérapeutique de l'HRP n'est pas encore codifiée. En cas de signe de détresse respiratoire ou d'hématome très étendu ou expansif, il est impératif de réaliser une intubation ou une trachéotomie. Cependant en cas de tableau patent, l'indication d'un geste au niveau des VAS est controversé. Certains auteurs préconisent une intubation ou une trachéotomie prophylactique car l'évolution reste imprévisible (12). Le saignement dans un espace aussi clos que l'espace rétropharyngé peut brutalement compromettre les VAS. Ceci a été démontré en cas de prise d'anticoagulants et d'hémophilie (1). D'autres rapportent que de telles procédures ne sont nécessaires qu'en cas d'aggravation car d'une part l'hématome se résorbe habituellement en une à deux semaines et d'autre part, elles peuvent exacerber le saignement (12). Cette attitude n'est préconisée que si une surveillance stricte en une unité de soins intensifs est disponible.

En cas d'hématome cervico médiastinal, seule l'intubation est indiquée en cas de besoin car l'obstruction est en dessous du niveau de la trachéotomie (13).

Hefer qui a revu tous les cas d'HRP jusqu'à 1993 rapporte que les résultats étaient pareils en cas de surveillance ou en cas de geste précoce au niveau des VAS (12).

L'évacuation chirurgicale est essentiellement indiquée si l'obstruction est importante menaçant le pronostic vital ou si l'hématome est rapidement expansif (13). Selon Owens, elle est indiquée deux semaines après si la résolution reste incertaine(3). L'abord chirurgical cervical externe est préféré à l'abord intraoral à cause du risque de contamination infectieuse (1)

L'exploration chirurgicale est nécessaire en cas de lésions vasculaires confirmées (3).

Dans une analyse des 40 cas d'HRP publiés dans la littérature, 80% des malades ont présenté des signes respiratoires, 57% ont bien répondu au traitement conservateur, 37% ont eu besoin d'une évacuation chirurgicale. Une lésion vasculaire spécifique a été retrouvée dans seulement deux cas (l'artère thyroïdienne inférieure et la carotide externe).

L'usage de corticoïdes et d'antibiotiques est commun bien que leur intérêt n'ait pas été démontré. L'antibiothérapie est particulièrement indiquée si l'hématome est précédé d'une infection respiratoire haute (12). Le saignement serait la conséquence d'une dilatation inflammatoire des vaisseaux notamment chez les patients sous anticoagulants (12). La corticothérapie est prescrite pour limiter la réaction inflammatoire induite par l'hématome (12).

CONCLUSION

Le tableau clinique d'un HRP en dehors d'un contexte évocateur est trompeur mais la présence d'une dyspnée doit alerter le praticien et conduire à une exploration radiologique. L'enquête étiologique ne doit pas tarder le traitement qui doit garantir la liberté des VAS. L'absence d'étiologie en matière d'HRP est reconnue dans la pratique clinique.

Le traitement qui varie de la surveillance à la chirurgie sera en fonction du tableau initial et de l'évolution ultérieure. L'attitude expectative n'est envisagée qu'au prix d'une surveillance stricte dans un milieu spécialisé. L'évolution reste fatale dans 22% des cas (3).

REFERENCES

- 1- Vinidh P, Maroju R.S, Ali M.S Spontaneous retro and parapharyngeal haematoma caused by intrathyroid bleed. *J. Laryngol. Otol.* 2002;116: 854-58
- 2- Munoz A, Fischbein NJ, De Vergas J. Spontaneous retropharyngeal hematoma: Diagnosis by MR Imaging *AJNR.* 2001;22:1209-11
- 3- Cohen JL. Spontaneous cervical hemorrhage with near-complete airway obstruction. *Head and Neck* 1998;20: 350-53
- 4- Bapat VN, Brown K, Nakas A. Retropharyngeal hematoma-a rare complication of anticoagulant therapy. *Eur.J.Cardio-thoracic Surg.*2002;21:117-18
- 5- Jones TM, Owen GO, Morar P.Spontaneous retropharyngeal haematoma attributable to Epstein-Barr virus infection.*J Laryngol Otol.* 1996;110:1075-77
- 6- Armstrong WB, Funk GF, Rice DH. Acute airway compromise secondary to traumatic thyroid hemorrhage *Arch Otolaryngol Head Neck Surgery* 1994;120:427-30.
- 7- Ku P, Scott P, Kew J Spontaneous retropharyngeal haematoma in a para-

- thyroid adenoma. *Aust. N. Z. J. Surg.*1998;68:619-21
- 8- Taniguchi I, Maeda T, Morimoto K Spontaneous retropharyngeal hematoma of a parathyroid cyst: report of a case. *Surg Today* 2003;33:354-57
- 9- Erdas E, Licheri S, Lai ML. Cervico-mediastinal hematoma secondary to extracapsular hemorrhage of a parathyroid carcinoma. Clinical case and review of the literature. *Chir Ital.* 2003;55:425-34
- 10- Riera S, Agut F, Gozalbo N. Retropharyngeal hematoma: a rare complication of coughing attacks. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2000;51:272-74
- 11/ Adelson RT, Vories A. Spontaneous cervical haematoma resulting from intrathoracic pathology. *J Laryngol Otol.* 2004;118:471-73
- 12- Bloom DC, Haegen T, Keefe MA Anticoagulation and spontaneous retropharyngeal hematoma. *J. Em Med.* 2003;24:389-94
- 13 - Senthuran S, Lim S, Gunning KE/ Life-threatening airway obstruction caused by a retropharyngeal haematoma. *Anaesthesia* 1999;54:674