

616.441—001.3

KRYTÉ PORANĚNÍ ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

Pplk. MUDr. Oldřich SMOLA, kpt. MUDr. Júlíus CIRBUS,
vojenská nemocnice v Plzni, chirurgické oddělení (náčelník plk. MUDr. J. Popilka, CSc.)

Úvod

Hematomy v hlubokých anatomických strukturách krku mohou být pro život zraněného nebezpečné. Jejich výskyt není tak častý, jak uvádí Fürst. Častější traumatologickou příhodou jsou podkožní hematomy, nikdy však neohrožují nemocného a nepůsobí diagnostické potíže. Z hlubokých hematomů jsou nejčastější poúrazové sufokující hematomy štítné žlázy (Bishop, Durman, Pauček).

Ve svém sdělení chceme ukázat na případ posttraumatického krvácení do štítné žlázy s rupturou jejího pouzdra a následným hematomem mediastina, který byl léčen konzervativně.

Klinický průběh

Por. Š. M., narozen 18. 2. 1946, byl dne 27. 8. 1968 v 21.00 hodin přivezen na chirurgické oddělení jedné nemocnice. Podle výpovědi doprovodu byl nalezen v bezvědomí na silnici u neosvětleného tanku, do něhož narazil při jízdě na motocyklu kolem 20.00 hodin téhož dne.

Podle překladové zprávy byl poraněn při přijetí obluzen, spavý, avšak na dotazy reagoval. Stěžoval si na bolesti krku a dolní čelisti, pravého ramene a pravého kolena. V obličeji byl potřísněn krví z tržné rány na čele a z krvácení z nosohltanu.

Měřil 163 cm, vážil 63 kg, TK 90/60, P 92/min, teplota v axile 36,6 °C, FW 9/25.

Hlava byla bolestivá v místě tržné rány asi 4 cm dlouhé na pravé polovině čela a v krajíně dolní čelisti. Zornice byly izokorické, reagovaly na oba podněty. Na sliznicích nosu a úst byly známky po krvácení. Na pravé straně krku byly patrné povrchní oděrky se známkami pohmoždění podkožních struktur a edém velikosti dětské dlaně, měkké konzistence. Dále byla zjištěna defigurace a palpační bolestivost krajiny pravého klíčku. Nad česčkou pravého kolena byla patrná tržná rána délky 5 cm, příčného průběhu a povrchní oděrky v rozsahu 5×7 cm. Ostatní somatický nález byl ve fyziologických mezích.

Z laboratorních vyšetření bylo v překladové zprávě uvedeno: KO 4,400 000 Ery, 16700 Le, moč chemicky: bílkovina —, sediment močový: četné ery, ojedinělé Le.

Byla provedena protišoková léčba. Po ní se TK stabilizoval na 110/90 mm Hg, puls 84/min. Byla podána antibiotika, provedena protitetanová prolyfaxe, založen resuscitační záznam, provedeno rentgenologické vyšetření.

V tomto stavu a po těchto vyšetřeních byl dne 28. 8. 1968 nemocný přeložen na naše oddělení s překladovou diagnózou: zlomenina báze lebni, zlomenina pravé maxily, hematom pravého laloku štítné žlázy s kompresí trachey a její deviací doleva, zlomenina pravé česčky, tržné rány čela vpravo, kontuze pravé poloviny krku, pravého ramene a pravého kolena s tržnou ranou v krajíně česčky.

Po vyšetření nemocného na našem oddělení a interpretaci předložených rtg snímků byl nemocný uložen na resuscitační pokoj.

Překladový nález byl doplněn o tyto údaje: nemocný má na úraz retrogradní amnézii, stěžuje si na bolesti hlavy, nemůže otevřít ústa, má pocit tlaku při polknutí, dechové obtíže nemá, na levé ucho neslyší. Kůže na pravé polovině krku je napjatá, volně pohyblivá, v místě pravého laloku štítné žlázy je otok elastické konzistence pravým okrajem dosahující vnitřní strany m. sternocleidomastoideus a mediálně bránící diferenciaci jednotlivých krčních chrupavek. Dolním pólem dosahuje k jugulární jamce. Třaskání při palpaci nezjištěno. Ostatní nálezy jsou shodné s překladovou zprávou. TK 115/90, puls 84/min.

Po zvážení závažnosti jednotlivých poškození a možných komplikací život nemocného ohrožujících dospíváme k závěru, že je třeba věnovat největší pozornost sledování vývoje poranění pravého laloku štítné žlázy s hematomem pravé poloviny krku. Rozhodujeme se pro konzervativní postup při bedlivém sledování základních životních funkcí. Jsme připraveni při postupujících příznacích krvácení ze štítné žlázy k chirurgickému řešení. Zároveň však podle naléhavosti poranění jiných krajín těla provádíme jejich ošetření a léčbu.

Během 8 dnů sledování pacienta na resuscitačním pokoji nedošlo k patologickým výkyvům TK a pulsu. Během celé hospitalizace i při patologickém rtg nálezu (viz níže) nedošlo k objevení dyspnoických potíží ani ke klinickým známkám stenózy a komprese dýchacích cest.

Sledování osudu hematomu bylo prováděno jednak klinicky, jednak kontrolováno rentgenologicky. Od 1. dne úrazu do 4. dne po úrazu pacient pociťoval bolestivé napětí pravé poloviny krku. Nedošlo však k zevně pozorovatelnému zvětšování hematomu. Polykací ani dechové obtíže nebyly zjištěny. 31. 8. ještě přetrvává bolestivost i defigurace krku, napětí a tlak jsou pociťovány méně, rovněž dochází k dekolorizaci kůže. 4. 9. je hematom výrazně menší, pocit tlaku a napětí zcela vymizely. Do 7. 9. došlo

k úplnému vymizení defigurace i palpační citlivosti.

Rtg kontrola vývoje hematomu:

Stav při přijetí (27. 8. 1968).

Popis

Snímek 2:

28. 8. 1968 v 10.00 hodin.

Popis

Snímek 3:

28. 8. 1968 v 15.00 hodin.

Popis

Snímek 4:

Stav při překladu do VLÚ Teplice (1. 10. 1968)

Dne 16. 10. 1968 byl nemocný přeložen po komplexní léčbě přidružených poranění k lázeňskému doléčení. Jako trvalý následek poranění zůstává hluchota levého ucha v důsledku zlomeniny levé pyramidy.

Rozprava

Průběh krytých poranění v oblasti krku závisí na mechanismu úrazu a jeho intenzitě. Anatomické uspořádání krčních struktur přináší různé formy traumatického poškození orgánů.

U otevřených poranění může dojít k vzduchové embolii, ke krvácení z větších cév, k poškození hlubších struktur (trachea, ezofagus atd.). Lazarov uvádí větší častost tohoto poranění u poranění válečných. Vzduchovou emboliu poprvé pozoroval v roce 1818 Bauchener a popsal v roce 1821 Megendie. Podle Poláka vzniká nejčastěji při porušení v. jugularis, velkých žil na fascii a při porušení vlastních žil štítné žlázy.

U otevřených poranění je nutné co nejrychlejší chirurgické ošetření (stavění krvácení, tracheotomie, vyšití trachey atd.). Jenom správné poskytnutí první pomoci, první lékařské pomoci a včasné chirurgické ošetření zlepši prognózu raněných. Diagnóza poranění není obtížná.

U krytých poranění je diagnóza mnohdy složitá (Solovej). Krční útroby jsou uloženy ve spatium colli medium, které kraniálně souvisí s prostorem parafaryngeálním a retrofaryngeálním, kaudálně s mediastinem. Hematom vyplňující tento prostor komprimuje průdušnici. Brzy dochází k pocitům stíženého dýchání, tlaku, poruše polykání a k pocitu dušení a stridoru. Vzniká cyanóza a cirkulační poruchy z komprese jugulárních vén. Dochází k imbibici mediastina krví, která může dosáhnout až k bránici. Zevně kryjí nahromaděnou krev podjazykové svaly a kývače, mnohdy se značně vyvinutým podkožním tukem. Je tedy zřejmé, že barva hematomu těmito vrstvami neproniká.

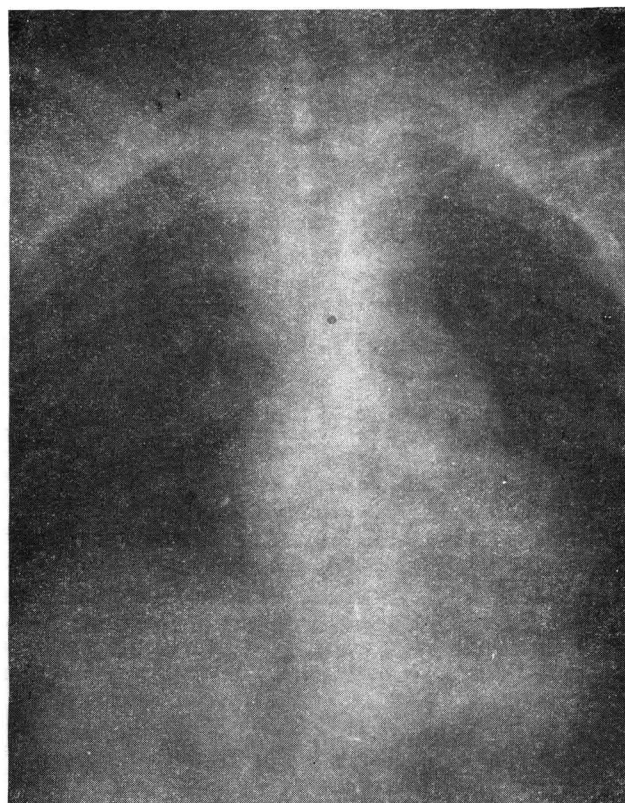
Hluboký krční hematom rozlišíme od edému především konzistencí. Zatímco edém je na palpací měkký, konzistence hematomu tuho-elastická, až tvrdá (Bishop, Durman). Emfyzém, který může vzniknout při poranění cest dýchacích nebo polykacích, poznáme podle charakteristického třaskání.

Častěji vznikají sufokující hematomy v operačním průběhu po strumektomii. Demmer uvádí 2 úmrtí, kde patolog našel malé sufúze, které však sahaly podél vagu až do mediastina. Krvácení v obou případech pocházelo z vény poudra štítné žlázy. Krev tlakem podél provazce cévního působila na vagus a mediastinum. Smrt byla způsobena kompresí vagu.

Polák uvádí, že dnes není známo, do jaké míry může mediastinální hematom být příčinou smrti. Proto doporučuje shodně s jinými autory (Bishop, Durman, Solovej) revidovat místo traumatického poškození již při podezření na větší krvácení, tj. tam, kde se zvětšuje otok, kde se zvětšuje komprese trachey a kde dochází pozvolna k stridoru. V literatuře jsme zjistili 3 případy traumatického poškození štítné žlázy provázené sufokujícím hematomem, kde ve všech případech bylo krvácení stavěno chirurgicky.

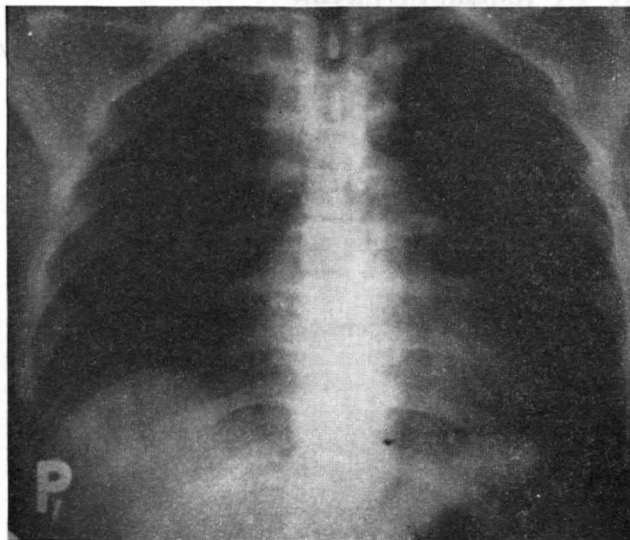
Polák uvádí, že dnes není známo, do jaké míry může mediastinální hematom být příčinou smrti. Proto doporučuje shodně s jinými autory (Bishop, Durman, Solovej) revidovat místo traumatického poškození již při podezření na větší krvácení, tj. tam, kde se zvětšuje otok, kde se zvětšuje komprese trachey a kde dochází pozvolna k stridoru. V literatuře jsme zjistili 3 případy traumatického poškození štítné žlázy provázené sufokujícím hematomem, kde ve všech případech bylo krvácení stavěno chirurgicky.

Snímek 1



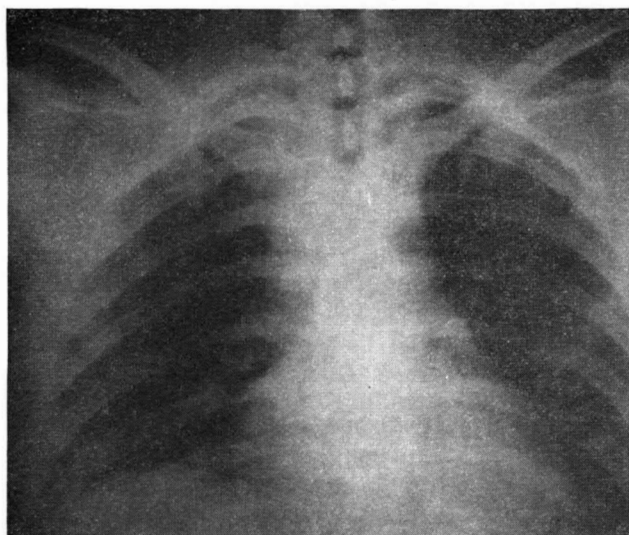
27. 8. 1968 — Snímek plic proveden vleže. Obě bránice jsou výše uloženy, hladkých kontur. Kostofrenické úhly volné. V obou křídlech plicních jsou zřetelně zmnoženy vaskulární struktury. Ložiskové změny v parenchymu plicním nevidět. Srdeční stín je zřetelně rozšířen oběma směry více doleva a jeho levá i pravá kontura přechází plynule proximálním směrem v komínkovité rozšíření a zastřežení horního mediastina. Ohraničení tohoto zastřežení proti plicnímu parenchymu je ostré a nemá polycyklický charakter.

Snímek 2



28. 8. 1968 — Nález zůstává prakticky shodný s vyšetřením z minulého dne. Horní mediastinum zůstává stejně široké, kontury jsou ostré. Dobře zobrazena trachea i bifurkace trachey je zcela beze změn, bez deviace.

Snímek 3

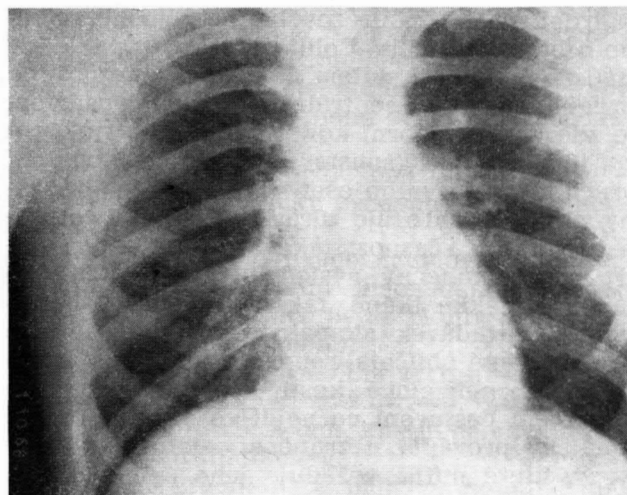


ze dne 28. 8. 1968 — viz rtg nález č. 2.

U našeho nemocného za nejpřesvědčivější diagnostickou známku jsme považovali tuhost elastické vyklenutí v místě pravého laloku štítné žlázy a rozšíření mediastina (viz rtg snímek 1—3). Vzhledem k tomu, že subjektivní stav nemocného se nezhoršoval a objektivně hematoma nenarůstal, rozhodli jsme se pro konzervativní léčbu. Nebyli jsme vývojem onemocnění

nuceni k chirurgickému zákroku a nemocný odešel z léčení zcela bez potíží. V našem případě šlo o nevelké parenchymatózní krvácení štítné žlázy, kde rupturou pouzdra došlo k proniknutí krve do mediastina a pozvolné její resorpci (viz rtg snímek č. 4).

Snímek 4



1. 10. 1968 — Obě bránice jsou normálně uloženy, hladkých kontur, úhly jsou volné. Plicní parenchym je zcela čistý, kresba hilová je zcela přiměřená. Srdeční stín má normální tvar i konfiguraci. Horní mediastinum je prakticky volné, až na nepatrné asi 1 cm široké pruhovité zastřešení parasternálně vlevo, které je spíš způsobeno lehkým natočením nemocného doleva (dr. Chvojka).

Souhrn

Byl popsán případ sufokujícího hematomu při traumatickém zmoždění štítné žlázy, jejího pravého laloku s rupturou pouzdra, který byl léčen konzervativně.

V diferenciální diagnóze zdůrazněny rozdíly oproti otevřeným poraněním v oblasti krku, upozorněno na nutnost bedlivého sledování nemocného při konzervativním léčení a chirurgické rozhodnosti při přibývání příznaků svědčících pro zvětšující se hematoma. Upozorněno na možnost smrti z komprese vagu.

Literatura

1. Bishop, H. M., Durman, D. C.: Traumatic rupture of the thyroid gland. Amer. J. Surgery, 75, 1948, 3:524 až 525.
2. Demmer, F.: Erfahrungen über Kropfoperationen. Wiener Med. Wchs., 25, 1955, 14:277—278.
3. Pauček, D., Fürst, J.: Traumatická ruptura štítné žlázy, provázená sufokujícím hematomem. Prakt. lékař, 43, 1963, 1:21—22.
4. Polák, E.: Chirurgie štítné žlázy. Praha, SZdN 1966.
5. Polák, E.: Causae mortis v chirurgii, Praha, SZdN 1961.
6. Solovej, D. G.: Subcutaneosus traumatic ruptur of the trachea with multiple splitting of the thyroid. Vestn. Otorinolaring., 28, 1966, 3:97—8.