

Περίπτωση καθύστερημένης εμφάνισης θρόμβωσης υποκλειδίου φλέβας μετά από κάκωση της κλείδας και του σύστοιχου βραχιονίου οστού

Χ. Χαραλάμπους
Δ. Πολυμενάκος
Ν. Τζαφέστας
Κ. Χριστοδούλου
Γ. Μαυράκης
Ι. Κυπάρης
Φ. Παπαβλασόπουλος
Χ. Σέρβος
Ε. Δουίτσης

Χειρουργικό Τμήμα Γ.Ν.Ν.Κέρκυρας.

Εισαγωγή

Η φλεβική θρόμβωση ορίζεται ως η πήξη του αίματος εντός των φλεβών του ζώντος οργανισμού.

Σε αντίθεση με τη θρόμβωση των εν τω βάθει φλεβικών στελεχών των κάτω άκρων, η οποία αποτελεί μια από τις συχνότερα απαντώμενες νοσολογικές οντότητες, η θρόμβωση των φλεβών των άνω άκρων είναι αρκετά πιο σπάνιο φαινόμενο.

Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζουμε περίπτωση 77χρονης γυναίκας που αντιμετωπίστηκε στην κλινική μας με θρόμβωση της αριστεράς υποκλειδίου και αριστεράς μασχαλιαίας φλέβας.

Πιστεύουμε, ότι η περίπτωση είναι ενδιαφέρουσα, όχι μόνο γιατί όπως αναφέρουμε πιο πάνω η θρόμβωση των φλεβών των άνω άκρων είναι αρκετά σπάνια, αλλά και γιατί η ασθενής παρουσίασε την θρόμβωση έξι ολόκληρους μήνες μετά από πτώση και κάταγμα της αριστεράς κλείδας καθώς και υποκεφαλικό κάταγμα του αριστερού βραχιονίου οστού.

Περιγραφή της περίπτωσης

Η ασθενής ηλικίας 77 ετών προσήλθε στα εξωτερικά χειρουργικά ιατρεία του Νοσοκομείου μας για οίδημα και άλγος, που εμφανίστηκαν ξαφνικά στην περιοχή του αριστερού ώμου και στο αριστερό άνω άκρο. Από το ιστορικό προέκυψε ότι προ εξαμήνου, μετά από πτώση, η ασθενής υπέστη υποκεφαλικό κάταγμα του αριστερού βραχιονίου και κάταγμα κατά τη μεσότητα της αριστεράς κλείδας που αντιμετωπίστηκε με ακινητοποίηση του αριστερού άνω άκρου.

Η αντικειμενική εξέταση έδειξε τα εξής:

1. σημαντικό οίδημα και ελαφρά κυάνωση του αριστερού άνω άκρου,
2. προβολή του επιπολής φλεβικού δικτύου του αριστερού βραχίονα, του αριστερού ώμου, καθώς και του ανώτερου θωρακικού τοιχώματος σύστοιχα. Στην περιοχή της αριστεράς κλείδας υπήρχε ανώμαλη διόγκωση και κινητικότητα.

Οι ακτινογραφίες του αριστερού ώμου έδειξαν καλή πόρωση για το κάταγμα του βραχιονίου ενώ στο κάταγμα της αριστεράς κλείδας είχε δημιουργηθεί ψευδάρθρωση.

Ο αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων.

Τέθηκε, κλινικά, η διάγνωση της θρόμβωσης των φλεβών της περιοχής γεγονός που επιβεβαιώθηκε από τον έγχρωμο υπερηχοτομογραφικό έλεγχο (triplex) των φλεβών της περιοχής. Η υπερηχοτομογραφική διάγνωση ήταν: "Θρόμβωση της αριστεράς υποκλειδίου φλέβας από θρόμβο διαμέτρου 10mm με εικόνα πλήρους απόφραξης. Μερική απόφραξη της αριστεράς μασχαλιαίας φλέβας, φυσιολογική ροή στην άνω κοίλη και δεξιά υποκλείδια φλέβα". Στην ασθενή έγινε εισαγωγή στην

Κλινική και αντιμετώπιστηκε συντηρητικά στην αρχή με χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνη 0,6ml ημερησίως και μετά την 3η ημέρα με 4mg ακενοκουμαρόλης (Sintrom) ημερησίως, υπό καθημερινή παρακολούθηση του χρόνου προθρομβίνης (PT), του χρόνου μερικής θρομβοπλαστίνης (PTT) και του INR.

Η ασθενής 10 ημέρες μετά τη νοσηλεία της και σημαντικά βελτιωμένη (το οίδημα και ο πόνος υποχώρησαν πλήρως από τη 2η κιόλας ημέρα νοσηλείας της) εξήλθε με σύσταση να παίρνει ½ tabl. (2mg) ακενοκουμαρόλης ημερησίως και ανά δεκαήμερο να ελέγχει το PT, PTT και INR και να εξετάζεται στα εξωτερικά χειρουργικά ιατρεία.

Συζήτηση

Από το 1858, όπου για πρώτη φορά ο Virchow καθόρισε την τριάδα των κυρίων αιτιολογικών παραγόντων της φλεβικής θρόμβωσης όπως:

- 1) βλάβη του φλεβικού τοιχώματος με συνέπεια την αλλοίωση του ενδοθηλίου,
 - 2) επιβράδυνση της φλεβικής ροής και,
 - 3) μεταβολή της ηλεκτρικότητας του αίματος,
- δεν προσετέθησαν άλλοι ουσιώδεις αιτιολογικοί παράγοντες. Έτσι, σήμερα μπορούμε να πούμε ότι ο ακριβής παθογενετικός μηχανισμός της φλεβικής θρόμβωσης είναι εν πολλοίς άγνωστος.

Τα αίτια θρόμβωσης των φλεβών των άνω άκρων είναι διαφορετικά από τα αίτια της θρόμβωσης των κάτω άκρων και αναφέρονται συγκριτικά στον πίνακα που ακολουθεί:

ΑΙΤΙΑ ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ ΦΛΕΒΩΝ ΑΝΩ ΑΚΡΩΝ

1. Παρανεοπλασματικά σύνδρομα (φαινόμενο Trousseau) (βρογχογενές, παγκρεατικό ή γαστρικό καρκίνωμα)
2. Πολυκυτταραιμία
3. Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια
4. Τραύματα των φλεβών (από κατάγματα, ιατρογενώς από τοποθέτηση κεντρικών καθετήρων ή έγχυσης χημειοθεραπευτικών φαρμάκων)
5. Ca πνεύμονα ή λεμφαδενοπάθεια της περιοχής
6. Μετακτινική ίνωση
7. Ιδιοπαθώς

ΑΙΤΙΑ ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ ΦΛΕΒΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ

1. Ακινησία των κάτω άκρων
2. Παχυσαρκία
3. Κιρσσί
4. Μεγάλη ηλικία
5. Αντισυλληπτικά

Η οριστική διάγνωση της εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης τίθεται σήμερα με τον έγχρωμο υπερηχοτομογραφικό έλεγχο (tripleplex) των φλεβών της περιοχής που υποψιαζόμαστε την θρόμβωση. Η μέθοδος αυτή, ουσιαστικά έχει πλέον υποκαταστήσει πλήρως την φλεβογραφία γιατί είναι πολύ πιο απλή, αναίμακτος και χωρίς επιπλοκές. Οι άλλες μέθοδοι διάγνωσης είναι επιγραμματικά οι παρακάτω:

1. Φλεβογραφία με χρήση σκιαγραφικής ουσίας,
 2. Υπερηχητική αιματοταχυμετρία με Doppler συνεχούς κύματος,
 3. Υπερηχογραφία Duplex (duplex scanning).
- Η αντιμετώπιση της εν τω βάθει φλεβικής

θρόμβωσης αποσκοπεί στην αναστολή του αιμοστατικού μηχανισμού και διακρίνεται στη θεραπεία με:

1. Αντιαιμοπεταλιακά,
2. Αντιπηκτικά (ηπαρίνη, αντι - βιταμίνη Κ),
3. Θρομβολυτικά.

Τα αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα χρησιμοποιούνται κύρια στην αρτηριακή θρόμβωση, ενώ ο ρόλος τους στη θεραπεία της φλεβικής θρόμβωσης είναι αμελητέος.

Τα αντιπηκτικά φάρμακα αποτελούν την κυριότερη κατηγορία αντιθρομβωτικών φαρμάκων και έχουν ευρεία εφαρμογή στην θεραπεία της φλεβικής θρόμβωσης και της πνευμονικής εμβολής, χρησιμοποιούνται τόσο για την πρόληψη όσο και για την αναστολή επέκτασης του ήδη σχηματισμένου θρόμβου. Δεν διαλύουν από μόνα τους το θρόμβο, αλλά δίνουν την ευκαιρία στον ινωδολυτικό μηχανισμό του οργανισμού να δράσει. Διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: Την ηπαρίνη και τα από του στομάτος αντιπηκτικά ή ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ.

Τα θρομβολυτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο σήμερα στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, στην πνευμονική εμβολή και σε πρόσφατη φλεβική θρόμβωση. Θρόμβοι όμως, σε μικρά αποφραγμένα αγγεία ή ηλικίας μεγαλύτερης των 7 ημερών δεν διαλύονται.

Προϋπόθεση για σωστή αλλά και ακίνδυνη θεραπεία με αντιπηκτικά είναι η εξασφάλιση ικανοποιητικής και σταθερής υποπηκτικότητας και επιλογής της κατάλληλης δοκιμασίας ελέγχου.

Έτσι, κατά τη διάρκεια της θεραπείας με αντιπηκτικά, παρακολουθούμε, καθημερινά στην αρχή, το χρόνο προθρομβίνης (PT), το χρόνο μερικής θρομβοπλαστίνης (PTT), και INR (International Normalized Ratio), το λόγο δηλαδή του PT του ασθενούς προς το PT του μάρτυρα. Τιμές PTT 1,5 - 2 φορές μεγαλύτερες του φυσιολογικού και PT του ασθενούς 2 - 3 φορές μεγαλύτερες του μάρτυρος θεωρούνται ικανοποιητικές για αποτελεσματική υποπηκτικότητα.

Οι επιπλοκές της εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης είναι η πνευμονική εμβολή και το μεταφλεβικό ή μεταθρομβωτικό σύνδρομο. Η πνευμονική εμβολή αποτελεί την πιο σοβαρή και δυνητικά θανατηφόρο επιπλοκή. Υπολογίζεται ότι το 15% των ασθενών με εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση θα παρουσιάσουν πνευμονική εμβολή. Το μεταθρομβωτικό σύνδρομο αφορά συνήθως τα κάτω άκρα. Εκδηλώνεται με αίσθημα βάρους και αλλαγή του χρώματος του δέρματος της πάσχουσας περιοχής μέχρι την εμφάνιση απόρων ελκών.

Στην περίπτωση που περιγράφουμε, το ενδιαφέρον εντοπίζεται στο ότι η θρόμβωση αφορούσε την αριστερά υποκλείδια και αριστερά μασχαλιαία φλέβα και οφειλόταν σε τραυματισμό της υποκλείδιας φλέβας, όχι κατά τη στιγμή του κατάγματος αλλά, αφού δημιουργήθηκε ψευδάρθρωση στο κάταγμα της κλείδας και τα

κατεαγότα άκρα προκάλεσαν αργότερα τον τραυματισμό.

Περίληψη

Περίπτωση καθυστερημένης εμφάνισης θρόμβωσης υποκλειδίου φλέβας μετά από κάκωση της κλείδας και του σύστοιχου βραχιονίου οστού.

Χ. Χαραλάμπους, Δ. Πολυμενάκος, Ν. Τζαφέστας, Κ. Χριστοδούλου, Γ. Μαυράκης, Ι. Κυπάρος, Φ. Παπαβλασόπουλος, Χ. Σέρβος, Ε. Δουϊτσής

Χειρουργικό Τμήμα Γ.Ν.Ν.Κέρκυρας.

Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζεται περίπτωση ηλικιωμένης γυναίκας που παρουσίασε θρόμβωση της αριστεράς υποκλειδίου φλέβας, έξι ολόκληρους μήνες μετά από κατάγματα που υπέστη στην κλείδα και στην κεφαλή του βραχιονίου οστού σύστοιχα.

Σε αντίθεση με τη θρόμβωση των εν τω βάθει φλεβών των κάτω άκρων που είναι αρκετά συχνό φαινόμενο, η θρόμβωση των φλεβών των άνω άκρων είναι αρκετά σπάνια νοσολογική οντότητα και οφείλεται σε παρανεοπλασματικά σύνδρομα, σε πολυκυτταραιμία, σε συμφορητική καρδιοπάθεια και σε τραυματισμούς των φλεβών. Επίσης είναι δυνατό η θρόμβωση των φλεβών των άνω άκρων να παρατηρηθεί και ιδιοπαθώς.

Στην μελέτη αυτή αναφέρονται επίσης εκτός από τα αίτια και οι τρόποι σωστής διάγνωσης,

η θεραπεία, κ.λ.π., της θρόμβωσης των φλεβών των άνω άκρων, συγκριτικά πάντοτε με τη θρόμβωση των φλεβών των κάτω άκρων.

Βιβλιογραφία

1. Βασδέκης Σ. : Αναίμακτη διάγνωση της χρόνιας φλεβικής ανεπάρκειας. Πρακτικά 2ου Συνεδρίου Χ.Ε.Β.Ε. σελ. 165 - 190 Θεσσαλονίκη 1996
2. Μπρούντζος Η.Ν, Κελέκης Δ.Α: Ακτινολογία του φλεβικού συστήματος. Πρακτικά 2ου Συνεδρίου Χ.Ε.Β.Ε. σελ. 165 - 190 Θεσσαλονίκη 1996
3. Λουϊζου Κ.: Αντιπηκτική αγωγή - θρομβόλυση. Πρακτικά 2ου Συνεδρίου Χ.Ε.Β.Ε. σελ. 165 - 190 Θεσσαλονίκη 1996
4. Γουγουλάκης Α.Γ.: Χειρουργική Θεραπεία μεταφλεβιτιδικού συνδρόμου. Πρακτικά 2ου Συνεδρίου Χ.Ε.Β.Ε. σελ. 165 - 190 Θεσσαλονίκη 1996
5. Rajn S.: New approaches to the diagnosis and treatment of venous obstruction. J. Vasc. Surg. 4(1): 42, 1986
6. Χρηστέα Ν., Μπάλα Π.: Παθήσεις Αγγείων (3η έκδοση) Αθήνα 1971, σελ. 347 - 349
7. Wessler S.: Thrombosis in the presence of vascular stasis Am. J. Med. 83: 648, 1962
8. Steinberg I. : Subclavian vein thrombosis associated with fractures of the clavicle N. Engl. J. Med. 254:686, 1961
9. Oshsner A.: Venous thrombosis. Post. Med. 31: 539 1962
10. Ofstum M.S. et al : Bilateral obstruction of the subclavian veins. Am. J. Surg. 101:803 1961.