

Pageti-Schrötteri tõbi

Martin Ilmjärv – TÜ Kliinikumi radioloogikliinik

16aastane atleetlik noormees pöördus arsti vastuvõtule, sest tema vasak õlavars oli 2 kuud olnud turses ja punetav, vaevused olid süvenenud koormuse järel.

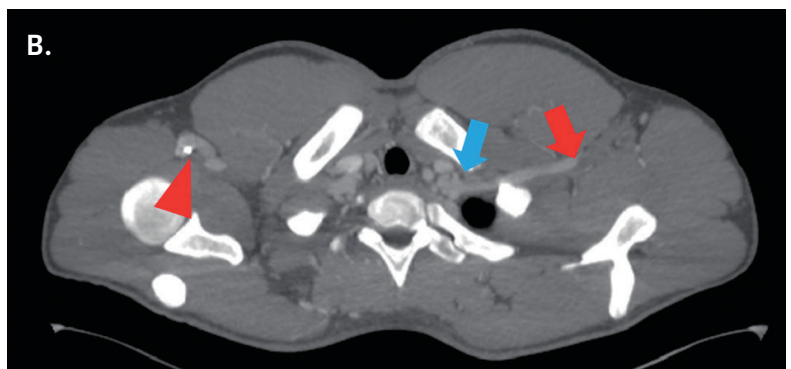
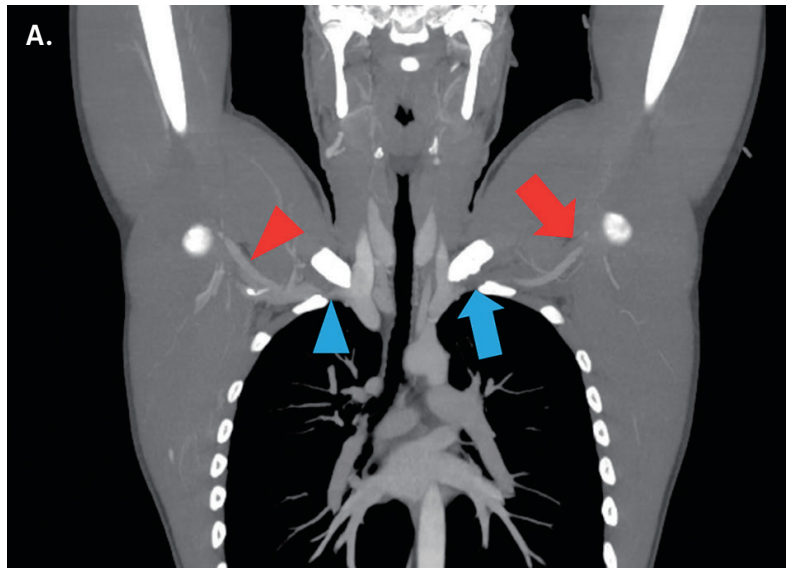
Ultraheli- (UH) uuringul vasaku käe arteritest ja veenidest tuli esile *v. subclavia* (VSCL) valendikku osaliselt sulgev tromb. Kontrastainega kompuutertomograafia (KT) uuringul (vt pilt 1 A–C) oli torakaalavaus (ingl *thoracic outlet*) mõlemal pool kitsas. Paremalt on *v. axillaris*'s (VAX) väikesed täitumisdefektid, VSCL on välisest survest tingituna ahenenud. Vasakul VSCLis ja VAXis kontrasteerumine puudub. *Vv. jugulares*'tes on valendiku kontrasteerumine olemas.

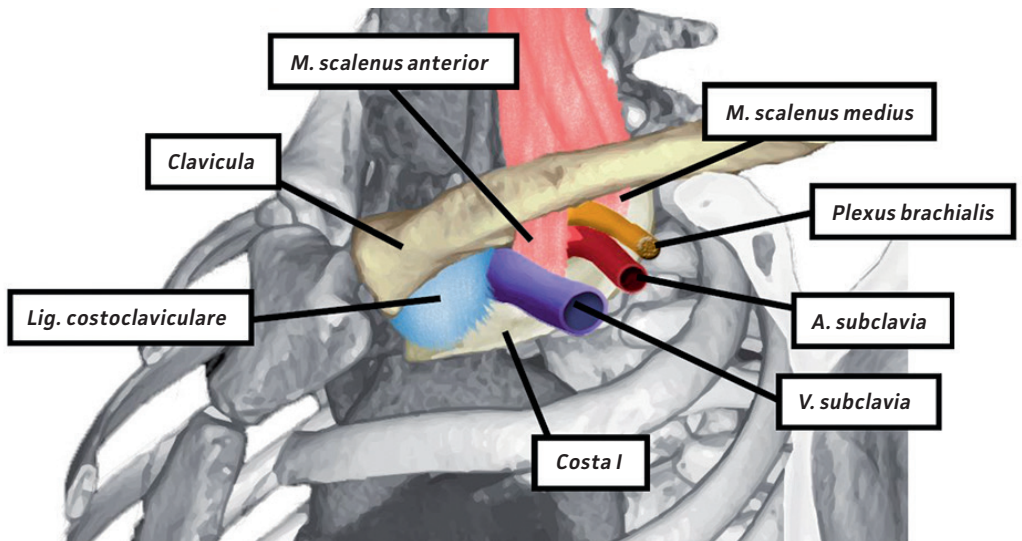
Pildilise leiu alusel diagnoositi Pageti-Schrötteri tõbi. Patsiendil alustati antikoagulantravi ja resetseeriti mõlemal pool I roided, sest kordustromboosi risk oli suur.

ARUTELU

Pageti-Schrötteri tõbi või ka pingutustromboos on tromboos VSCLis, VAXis. Haigusele on iseloomulik kitsas torakaalavaus, mille põhjuseks on näiteks lisaroided, *m. scalenus anterior*'i kõõluse hüpertroofia või *lig. costoclaviculare* ebatüüpiline asetus (vt pilt 2). Kitsas torakaalavaus piirab veeni tavapärasest liikumist, mille tõttu on veen vastuvõtlikum traumale. Käe pingutusel tekib VSCLi endoteeli mikrokahjustusi, mis vallandavad koagulatsiooni kaskaadi. Järgneb *intima* hüperplaasia, põletik, kollateraalide teke ja fibroos, mis lisaks omakorda vähendavad veeni liikumisruumi ja soodustavad uute vigastuste teket (1).

Pilt 1. Ülajäsemete veenide kompuutertomograafilisel angiograafil tuleb nähtavale kitsas rangluu ja I roide vaheline ala. Vasakul *v. subclavia* algusosast ei kontrasteeru (sinine nool) ning distaalsemal tuleb esile ainult üks veresoone *a. axillaris* (punane nool). Paremalt on *v. subclavia* alguosa kitsas (sinine noolepea) ja distaalsemal tuleb esile kaks kõrvuti kontrasteeruvat veresoont *a. axillaris* ja *v. axillaris* (sinine noolepea).





Pilt 2. Torakaalavause anatoomia.

Pingutustromboos esineb enamasti noortel meestel ja haarab tavaliselt dominantset kätt. Tihti kulgeb haigus sümptomaatiliselt: käel on turse, esineb ebamugavustunnet, üks käsi tundub raskem kui teine, tekib punetus, tsüanoos, ülajäsemel on esilekerkivad ja laienenud veenid. Sümptomid võivad jälgendada ka lihasrebendit (1).

Pageti-Schrötteri tõbi võib komplitseeruda uue tromboosiga, kopsuarteri trombembooliaga ja posttrombootilise sündroomiga (1).

Esmaseks uurimiseks on sobilik UH-uuring. Magnetresonants- ja KT-venoograafia on tundlikumad kui UH-uuring, kuid jäävad teise järgu uuringuteks, et diagnoosi täpsustada ja/või planeerida ravi (1).

Ravi kohta konsensus puudub. Eelistatakse varajast agressiivsemat käsitlust, mis hõlmab trombolüüsi, trombektomiat, perkutaanset ja kirurgilist venoplastikat, venosset *bypass*'i ja stentimist. Varajane torakaalavause kirurgiline dekompresioon on heade tulemustega. See saavutatakse I roide resektsiooni, astriklihase ja kõõluse eraldamise ning *lig. costoclaviculare* resektsiooniga. Pikaajast antikoagulantravist on abi patsientidel, kellel on trombofiilia ja suboptimaalsed operatsioonitulemused (1).

KIRJANDUS

1. Alla VM, Natarajan N, Kaushik M, Warriier R, Nair CK. Paget-Schroetter Syndrome: Review of Pathogenesis and Treatment of Effort Thrombosis. *West J Emerg Med* 2010;11:358–62.