

ESETISMERTETÉS

Hogyan tovább érsebészet?

Írta: SZERKESZTŐSÉG és DR. MESKÓ ÉVA

Kedves Kollégák!

A mindennapi orvosi gyakorlatban előfordul, hogy a beteg anamnézise és klinikai tünetei alapján felállítunk egy diagnózist, - azonban az elvégzett további vizsgálatok a kórismét mégsem erősítik meg. A negatív laboratoriumi, vagy képalkotó vizsgálati eredményekre hivatkozva elvetjük az elsődleges gondolatot, így a végleges véleményalkotásnál kizárjuk, pl. a vénás thrombosis vagy a pulmonalis embolia lehetőségét. Ha a beteg ☐makacsul☐ kitart panaszai mellett, később kiderülhet, hogy mégis neki van igaza! Ha a történetből levonjuk a tanulságot, az ily módon szerzett tapasztalatot, további betegeink javára hasznosíthatjuk.

Fenti gondolatok jegyében, szerkesztőségünk szeretné olvasóit tisztelettel felkérni a gyakorlatukban előforduló tanulságos angiológiai vagy érsebészeti esetek rövid közreadására. Ennek során szeretnénk együtt gondolkodni, ezért a rövid, tényyszerű leírás tartalmazzon utalást a beteg kórlefolyására, a diagnózis alkotás menetére és a döntés indoklására. Emeljük ki az oktató, továbbképző elemeket és vonjuk le a tanulságot. Mindenkinek hasznára fog válni! Együttműködésüket előre is köszönjük.

Szerkesztőség

Esetismertetés.

Fiatal, 22 éves nőbeteg "Végtagfájdalom" beutaló diagnózissal kereste fel érambulanciánkat. Anamnézisében 12 órás repülőút után kialakult enyhe, húzó jellegű comb - fájdalom szerepelt. A fájdalom 2 nap múlva a térdhajlatra lokalizálódott, lába nem dagadt meg. Kezelőorvosa, helyesen vénás duplex UH vizsgálatra küldte. A képalkotó eljárás leletén "*mélyvénás thrombózis kizárható*" vélemény szerepelt és a D-dimer értéke is negatív volt. Mivel a panaszok nem változtak, neurológiai majd rheumatológiai vizsgálat is történt, mindkét helyen negatív statust írtak le, a beteg által említett fájdalom okát ők sem találták.

Ekkor került hozzánk a páciens. Az anamnézis felvétele után ismételt fizikális vizsgálatot végeztünk, - a végtagokon sem megtekintéskor, sem provokációs próbákkal eltérést nem találtunk, a Homans-tünet negatívnak bizonyult, a végtagok körfogata egyenlő volt. Nyomásérzékenységet nem jelzett, egyetlen tünetként említhető a végtagkímélő mozdulat egy-egy lépés megtétele után. Ismételten elvégeztük a duplex scan vizsgálatot, mely sem a mély sem a felületes vénák területén eltérést nem talált. Kérdésünkre a fiatal lány elmondta, hogy I éve antikoncipienst szed. Hasonló végtagpanasza még sohasem volt.

Ezután, mérlegelve a 12 órás repülőút után kialakult tünetek tényét, az anamnézisben szereplő *antikoncipiens* szedését, manifeszt klinikai tünetek híján is fontosnak tartottuk a beteg kórházi megfigyelését, annak érdekében, hogy amennyiben a klinikai kép változik, és a feltételezett thrombózis mégis kialakul, az adequat kezeléssel ne késlekedjünk. A kettős thrombózis-rizikó, a negatív status és vizsgálati eredmények ellenére is óvatosságra intett. A beteg felvételt nyert

osztályunkra, s két nap múlva véna *poplitea thrombósis* rögzített a duplex scan vizsgáló (1. ábra).



1. ábra.

A v. popliteát nagy mennyiségű friss, homogen thrombus tölti ki. Keresztmetszeti kép, ahol a piros folt az arteria poplitea, - a szín nem fedi egészen a lument. Alatta vékony vízszintes, fehér csík, mely a véna és artéria közötti határt mutatja. Az alatta lévő nagy sötét terület mind a vena poplitea thrombosis keresztmetszeti képe.

Az azonnal elkezdett adequat antikoaguláns kezelés mellett teljes recanalisatio következett be. A 3 hónap múlva elvégzett laboratóriumi vizsgálat heterozygota Leiden mutációt is igazolt! Ez a továbbiakban is indokolja valamely thrombózisra hajla mosító további tényező belépése esetén (pl. terhesség, csonttörés), egyedi mérleget léssel, az átmeneti antikoaguláns kezelés alkalmazását.

Az eset *tanulságait* az alábbiakban foglalhatjuk össze: vala mely diagnózis megállapítása érdekesben végzett vizsgálatokban az eset lezárásáig soha *ne nyilvánítsunk egyértelmű kizár* véleményyt. Ha azt írom le, hogy a thrombózis kizárható, ezzel a következő vizsgáló éberségét csökkentem, aki már nem is gondol a diagnózis tisztázását lehetővé tevő kontrolra. Ilyen esetekben a véleménybe *cél-szerűbb a "jelenleg nem igazolható"* kifejezést alkalmaznunk, mely nem zárja ki a vizsgálat ismétlése - nek lehetőségét. Tudnunk kell azt is, hogy a klinikai tünetek felléptekor nem mindig látunk thrombózisra utaló duplex képet, s ezért már nemzetközi konferenciákon is utalnak arra a lehetőségre, hogy negatív lelet esetén 1 hét múlva a vizsgálatot *célszerű megismételni*. A *D-dimer* vizsgálatról tudnunk kell, hogy friss thrombus jelenlétekor csak 3-4 napig pozitív. Ezután a próba negatívvá válik. Ha tehát, a beteg otthonában kezdődött tünetek után 1 héttel, vagy 10 nappal kerül kórházba, ne zárjuk ki a D-dimer negativitása mellett a thrombózis lehetőségét. A néhány napos thrombus, ez esetben már a végtagban jelen van, és kezelendő! Esetünkben a beteg további sorsát illetően nem volt közömbös a vizsgálatsor végén felfedezett *thrombophilia fakto* jelenléte. Ennek felismerése a beteg egész életére kihathat.

Tudnunk kell, hogy a vénás thrombózisok klinikai képe nagyon változatos. Nem minden esetben találjuk meg a tankönyvi adatokat és tüneteket. Döntésünket sokszor a számos eset vizsgálatából nyert tapasztalás határozza meg.

Dr. Meskó Éva