

616.145.4—007.272

### VENÓZNÍ UZÁVĚR V PODKLÍČKOVÉ OBLASTI

Plukovník MUDr. Bohumil DÍTĚ, CSc., a plukovník MUDr. Václav DOBIÁŠ,  
rentgenologické a interní oddělení vojenské nemocnice v Jaroměři

Venózní uzávěr v podklíčkové oblasti, tj. ve vena axillaris a ve vena subclavia, je poměrně řídký. Někteří autoři (3) přičítají jeho vznik matům, zvláště při práci lopatou, při praní prádla, matům, zvláště při práci lopatou, praní prádla, zemědělských pracích, sportovní činnosti apod. Vnější zranění nebývá pozorováno.

Diferenciálně diagnosticky přichází v úvahu netrombotická venostáza při zúžení prostoru mezi klavikulou a prvním žebrem, skalénový syndrom, tumor v dané oblasti, substernální struma, aneurysma aorty nebo subklávie, hematomy a jizvy, pokračující trombóza vén paže a cévní spazmy. Gottlieb a May (2) zdůrazňují také řídkost uzávěrů v této oblasti a zároveň uvádějí, že velmi vzdorují léčbě.

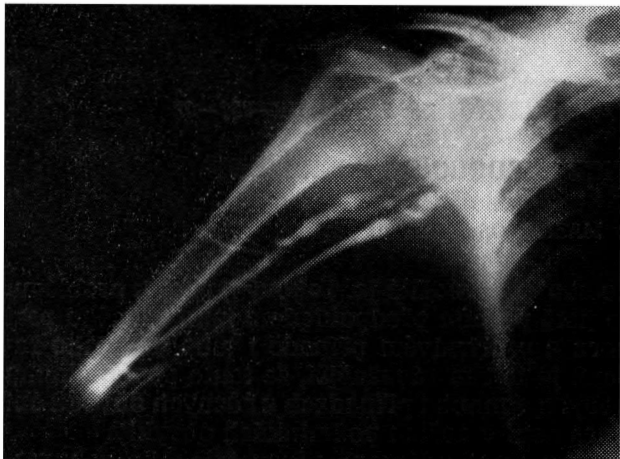
Uvádíme vlastní pozorování. 4. 4. 1963 byl k nám přijat na interní oddělení nemocný F. P., nar. 1942, voják, č. chor. 350/63. Dostavil se s otokem pravé HK, který byl jasně patrný, ale nebolel. Otok vznikl dosti náhle, podle udání nemocného přes noc z 1. na 2. 4. 1963. Žádný zjevný úraz nepředcházel. Kůže měla normální vzhled. Nemocný neměl

teploty. Pracoval jako spojač a na ramenou, zvláště vpravo, nosil brašnu a jiné pomůcky. Jinak byla anamnéza bezvýznamná.

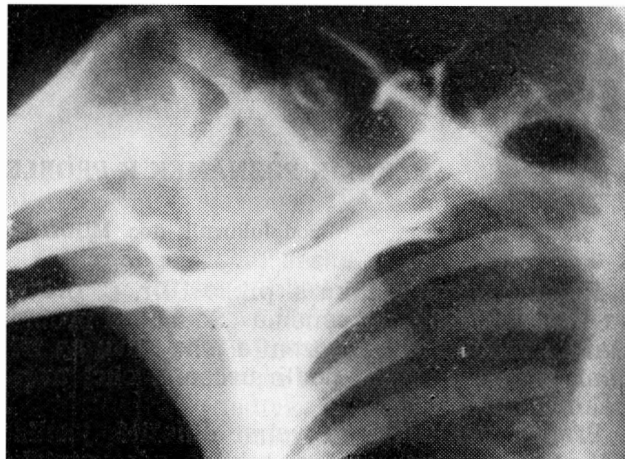
Objektivně byl nalezen celkem mírný otok na pravé HK od ramene až po ruku. Končetina je na pohmat nebolestivá. Puls na a. radialis vpravo je normální. Na přední ploše pravého ramenního kloubu se rýsuje rozšířená žilní pletěň. Pohyblivost a síla svalová jsou lehce sníženy. Obvod pravé končetiny, předloktí a paže, je o 2 cm větší proti straně zdravé. Kožní teplota je vpravo jen lehce snížena, a to opakovaně asi o 1/2 stupně. Ostatní somatický náález je v mezích normy.

FW normální, KO normální, a to i v leukocytární složce. Rtg plic a srdce normální. Rtg krční páteře beze změn. Bylo provedeno flebografické vyšetření z pravé v. basilica a širokou jehlou vstříknuto pod velkým tlakem 30 ml 60% urografinu. Zhotoveno pět snímků s ruční výměnou kazet, první po dostřiku a ostatní v intervalech 1 a 1/2 vt. Na snímcích se naplnily vény paže, vena axillaris jen zčásti. Kolaterální odběr ani neplnění subklávie nebyly na snímcích v další fázi patrné a nenaplnily se ani za 10 vt. po vstřiku. Rtg. závěr: překážka v průchodnosti žil pravé krajiny podklíčkové. Trombóza? (Obr. 1)

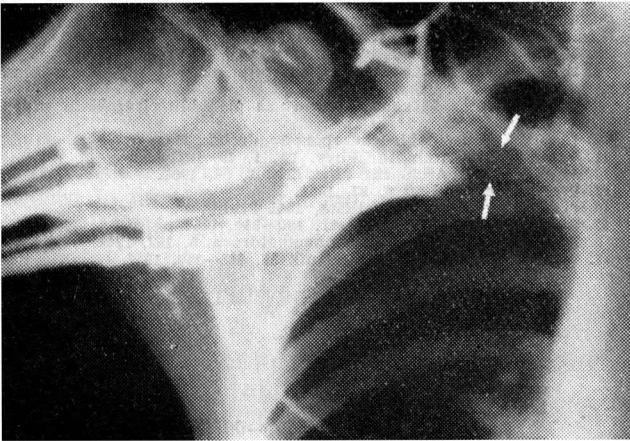
Nemocný byl léčen pelentanem, fenybutazonem a místně octanem. Byl trvale v dobrém stavu, avšak náález zůstal stále týž. Za celých 50 dnů léčby nenastala objektivně



Obr. 1



Obr. 2



Obr. 3

průkazná úprava. Komplikace nebyly. Nemocný byl propuštěn do občanského života a pozván na kontrolu za půl roku.

Nemocný se podle úmluvy dostavil na lůžko dne 7. 10. 1963. V mezidobí neměl žádné obtíže doma, v zaměstnání (cukrář), ani při přijetí. Ani objektivně nebylo tentokrát možno prokázat jakékoli odchylky od normy. Objem, funkce i síla svalová pravé HK byly normální.

Kontrolní rtg. vyšetření bylo provedeno vstříknutím kontrastní látky do vena cephalica a zhotoveno 12 snímků seriograficky na měničích AOT s frekvencí 1 snímek za vt. Za 2 vt. se naplnila v. axillaris, která je trochu méně naplněna, v. subclavia a počíná se plnit již kolaterální oběh (obr. 2). Ve 4. vt. již kontrastní látka v subklávii nepokročila, je zde patrné stop dosti přesných okrajů a kontrast ve velmi malém množství obtéká překážku, takže jsou dobře vidět stěny cévy (šipky na obr. 3). Je patrný kolaterální oběh a naplnila se již vena jugularis i vena brachiocephalica dextera.

### Diskuse

Etiologie uzávěrů vén v podklíčkové oblasti není jednotná, jak o tom svědčí již množství názvů pro toto onemocnění. Drews (1) uvádí tato označení: Claudicatio venosa intermittens, thrombosis venae axillaris, traumatická trombóza, thrombose

par effort, stáza ve vena axillaris, netrombotický uzávěr vén horní končetiny. Etiologie je nejčastěji vysvětlována drobnými traumaty a zvýšeným zatížením venózního systému v oblasti vena axillaris. Přitom není žádná predilekce ani vpravo ani vlevo, onemocnění není častější u praváků vpravo a opačně. Tiwisina (podle Drewse) pozoroval 9 praváků s projevy onemocnění na levé straně.

Druhý názor, zastávaný hlavně na podkladě operovaných případů Loehrem (podle Drewse), je ten, že jde jen o spasmus, neboť trombus při operaci nebyl nalezen. Drews však naopak při operacích trombus našel, a to tenkrát, když cévu resekoval, což Loehr neprováděl. Proč nedochází k restituci a zmizení otoku ani v klidu za předpokladu pouhého spasmu, vysvětluje Loehr tak, že stěna vény byla přetížením roztažena a nevrací se snadno do své původní šíře.

V našem případě usuzujeme na trombózu na podkladě dlouhotrvajících nezvyklých zátěží v této krajině. Vede nás k tomu obraz dlouhodobého neměnicího se klinického i flebografického nálezu, vytvoření velkého kolaterálního oběhu a dále tvar uzávěru se zobrazením trombu na flebogramu.

### Závěr

Autoři uvedli pozorování žilního uzávěru v podklíčkové oblasti pro nezvyklou etiologii, zajímavou z hlediska vojenské služby. Autoři chtěli zároveň zdůraznit výhodu rychlé seriografie, kterou se jim podařilo zobrazit i trombus.

### Literatura

1. Drews J.: Phlebographische Befunde bei der Venensperre der oberen Extremität (Paget-v. Schoetter Syndrom). Fortschr. Röntgenstr. 80, 341/1954.
2. Gottlieb, May: Thrombose und Embolie, Schwabe, Basel 1954.
3. Naegeli, Matis: Die thrombotische Erkrankungen und ihre Behandlung, Schattauer, Stuttgart 1955.
4. Schäffer, Thies: Thrombotischer Verschluss der Vena axillaris. Fortschr. Röntgenstr. 88, 288/1957.
5. Schinz, Baensch, Friedl: Lehrbuch der Röntgenologie, Thieme Verlag, Stuttgart 1952.