

Venöses Thoracic-outlet-Syndrom mit akuter Thrombose der V. subclavia (Paget-von-Schroetter-Syndrom) - Fallbericht mit aktueller Literatur (2020-A-118-OECK)

- 1) Klinik für Gefäß- & Endovaskuläre Chirurgie/Phlebologie; Städtisches Klinikum Dessau, DESSAU-Roßlau (Deutschland);
- 2) Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- & Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R., MAGDEBURG (Deutschland)
- 3) Klinik für Radiologie & Nuklearmedizin, Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R., MAGDEBURG (Deutschland)

61. Österreichischer Chirurgenkongress – WIEN, 17./18.10.2020

Korsake K¹

Meyer F²

Dillner J²

Barth U²

Udelnow A¹

Powerski M³

Halloul Z²

www.med.uni-magdeburg.de

HINTERGRUND: Der akute thrombotische Verschluss der V. subclavia oder V. axillaris wird als Paget-von-Schroetter-Syndrom(PSS) bezeichnet. Es entsteht durch Mikrotraumen bzw. Intimaeinrisse der Vene & präsentiert sich klinisch mit venösem Rückstau, Prominenz der Oberarmvenen sowie infraklavikulärem oder axillärem Druckschmerz. Chronische Abflussstörungen der Vv. axillaris et subclavia aufgrund der anatomischen Veränderungen an der oberen Thoraxapertur bezeichnet man als venöses „Thoracic-outlet“-Syndrom (TOS).

ZIEL: Wissenschaftl. Fallbericht – Darstellung des seltenen Kasus eines PSS mit individuell-fallspezif. Symptomausprägung, basierend auf einschlägigen Referenzen der med.-wissenschaftl. Literatur & gewonnenen Erfahrungen im diagnostischen/therapeutischen Fallmanagement, incl. Outcome & prognostischer Wertung.



MEDIZINISCHE FAKULTÄT
UNIVERSITÄTSKLINIKUM MAGDEBURG A.Ö.R.

© K. Korsake X/2020

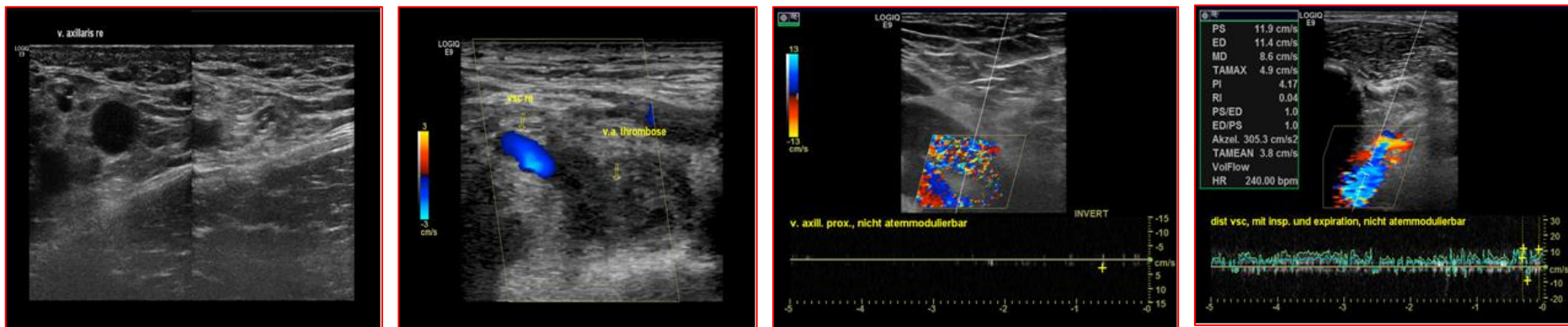


ABB. 1.A-D) Vaskuläre Ultraschalldiagnostik

FALLBERICHT:

30-jähriger Hobby-Sportler mit am Vortag plötzlich aufgetretener Schwellung / Druckschmerz im re Arm bei leicht bläulich-lividem Hautkolorit.

Duplexsonographie / CT- / MR-Angiographie / Phlebographie zeigten eine Thrombose der V. subclavia dextra bis zur V. cava superior bei TOS.

Aufgrund der Akuität & ausgeprägten Symptomatik wurde die Indikation zur i.v.-medikamentösen Thrombolyse lokal via V. brachialis mittels Actilyse® (Alteplase) gesehen.

Hiernach waren noch Restthromben in V. subclavia & eine Obstruktion der V. subclavia darstellbar, die interventionell-radiologisch mittels Ballon dilatiert wurde.

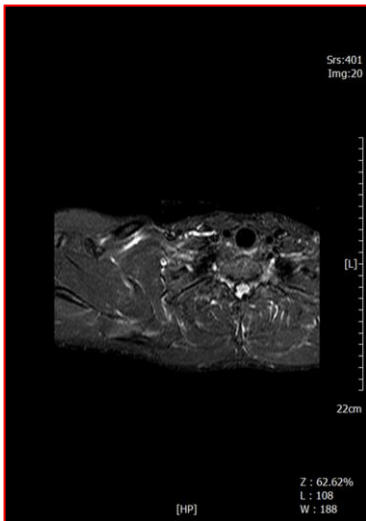
Die Anti-koagulation erfolgte mittels Xarelto® 20 mg täglich (Rivaroxaban).

Bei der klin. Kontrolluntersuchung nach 3 Monaten waren die Beschwerden deutlich regredient.

Die konservative Therapie wird weiter fortgeführt mit weniger Sportaktivitäten & weiterer Gabe von Rivaroxaban für mind. 6 Monate.

Als mögl. Ursache wurde a.e. eine anstrengende / wiederholte Aktivität der oberen Extremitäten durch Sport eruiert.

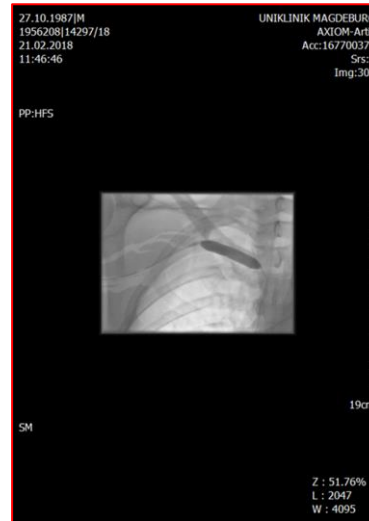
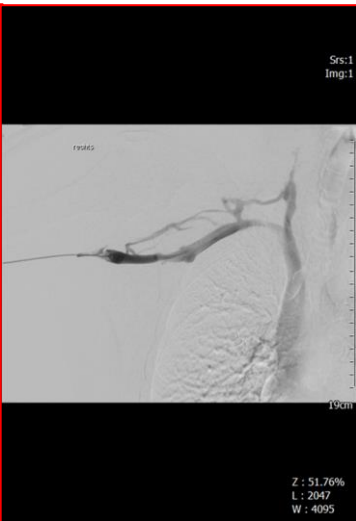
ABB. 2.A-E) Vaskulär-interventionelle Maßnahmen



MR-Venographie:
V. subclavia dextra ist nicht demarkiert



Kontrast-Venographie: Tiefe Venenthrombose & rekanalisierte V. subclavia



Venöse Ballondilatation



Effiziente Rekanalisation
der V. subclavia nach
der Dilatation

SCHLUSSFOLGERUNG: Das PSS (seltenes Krankheitsbild) kann konservativ / interventionell / operativ behandelt werden. Bei akuten ausgeprägten Thrombosen sollte eine Fibrinolyse mit Plasminogenaktivatoren vorgenommen werden. Bei schweren Verläufen & rezidivierenden Fällen sollte d. fassbare Ursache f. eine Kompression möglichst chirurgisch korrigiert werden.