

Toispuolinen alaraajaturvotus – syvän laskimotukoksen mahdollisuus tulee aina muistaa

Alaraajaturvotus on suhteellisen tavallinen yleislääkärin vastaanotolle hakeutumisen aihe. Oireen syytä ja hoidon kiireellisyyttä selvitetäessä keskeisiä kysymyksiä on kolme: onko turvotus tois- vai molemminpuolista, onko raaja turvotuksen lisäksi myös kivulias ja onko turvotus akuuttia vai pitkäkestoista? Jo yleislääkärin vastaanotolla on mahdollista todeta tai sulkea pois tilan aiheuttajia kliinisen tutkimuksen sekä plasman CRP- ja D-dimeeripitoisuuden määrittämisen avulla. Dopplerstetoskoopilla diagnostiikkaa voidaan vielä tarkentaa.

Molemminpuolisessa turvotuksessa aiheuttajana ovat usein yleissairaudet tai lääkkitykset, kun taas toispuolisessa turvotuksessa ongelmaa pitää yleensä etsiä alaraajasta itsestään. Kun raajoja verrataan toisiinsa, havaitaan helposti erot lämpötilassa ja ihonvärisä sekä pohkeiden paksuudessa silmämääräisesti tai mittanauhan avulla arvioituna. Samalla todetaan mahdolliset ihorikot ja tulehdukset, turvonnut pinta-alue tai poikkeavuudet nivelten liikkuvuudessa. Syvän laskimotukoksen toteaminen tai sulkeminen pois on keskeisin tavoite akuuttia toispuolista alaraajaturvotusta tutkittaessa. Vain noin joka viidennellä syvään laskimotukokseen viittaavista oireista kärsivällä potilaalla todetaan tukos kaikukuvauksella (Birdwell ym. 1998). Pahanlaatuinen kasvain, aikaisempi laskimotukos sekä äskettäin immobilisaatio tai leikkaus lisäävät laskimotukoksen mahdollisuuden 1,5–3-kertaiseksi (Goodacre ym. 2005). Kliinisessä tutkimuksessa todettu ero pohkeiden paksuudessa lisää tukoksen todennäköisyyden noin kaksinkertaiseksi, kun taas turvotuksen ja paksuuseron puuttuminen vähentää sen noin puoleen (Goodacre ym. 2005). Jos tukoksen toden-

näköisyys on pieni tai keski-suuri, viitealueella oleva D-dimeeripitoisuus sulkee tuoreen tromboosin pois noin 95 %:n todennäköisyydellä (Lassila 2004). Toisaalta kuvantamistutkimuksissa tukos voidaan osoittaa vain noin puolella potilaista, joilla D-dimeeriarvo on suurentunut.

Laskimotukoksen todennäköisyyden arviointiin soveltuvat Wellsin kriteerit (**TAULUKKO**) (Wells ym. 1997). Niiden avulla potilaasta saadut esitiedot ja kliinisessä tutkimuksessa esiin tulleet tekijät pisteytetään ja yhdistetään D-dimeeritestin tulokseen. Jos D-dimeerikoe on tulokseltaan negatiivinen ja pisteitä on alle 3, ei muita tutkimuksia tarvita. Jos tulos D-dimeerikokeessa on positiivinen tai pisteitä

TAULUKKO. Laskimotukoksen todennäköisyyden arviointi.

Kliininen tutkimus	Pisteet
Syöpä (hoito meneillään tai annettu edeltävien kuuden kuukauden aikana, palliatiivinen hoito)	1
Paralyysi, pareesi tai jalan äskettäinen kipsihoito	1
Vuodepotilaana yli kolme vuorokautta tai isompi leikkaus edeltävien neljän viikon aikana	1
Paikallinen palpaatioarkaus pitkin syvää laskimojärjestelmää	1
Koko alaraaja turvonnut	1
Säären ympäröimä yli 3 cm suurempi oireettomaan jalkaan nähden (mitataan 10 cm sääriluun kyhmyä alapuolelta)	1
Kuoppautuva turvotus (pahempi oireissa jalassa)	1
Hyvin näkyvät pinnalliset laskimot (ei suonikohjut)	1
Vaihtoehtoinen diagnoosi vähintään yhtä todennäköinen kuin syvä laskimotukos	-2

kertyy vähintään 3, tehdään jatkoselvityksenä kompressiokaikukuvaus. Wellsin kriteereistä on myös kehitetty muunnos, jossa aikaisempi syvä laskimotukos otetaan huomioon yhtenä riskipisteinä (Wells ym. 2003).

Kun laskimotukos on suljettu luotettavasti pois, tulee pohtia muita mahdollisia akuutin turvotuksen aiheuttajia. Kun laskimotukosdiagnoosi perustui vielä venografiaan, alaraajan yleisin turvotuksen aiheuttaja oli lihaskivama, 40 %:ssa tapauksista (Hull ym. 1981). Muita syitä (alle 10 % kukin) olivat halvaantuneen jalan turvotus, imusuonitulehdus tai -tukos, laskimoiden vajaatoiminta, Bakerin kysta, ruusu tai selluliitti sekä polvinivelen sairaudet. Turvotuksen aiheuttaja jäi epäselväksi noin joka neljännellä potilaalla.

Ruusuun tai selluliittiin viittaavat kuume, turvonneen alaraajan punoitus ja kuumoitus sekä suurentunut CRP-arvo. Nämä tekijät turvotuksen taustalla tulisi todeta päivystysluonteisesti, jotta myöhemmät komplikaatiot vältettäisiin varhaisella mikrobilääkehoidolla. Akuutti lihassaitio-oireyhtymä tulee myös diagnosoida nopeasti. Tässä tilanteessa alaraajaan kohdistunut vamma on yleensä tiedossa. Kihti ja artriitti saattavat voimakasoisina aiheuttaa turvotusta laajallakin alueella, mutta yleensä oire on kuitenkin paikannettavissa sairaaseen niveleen. Puhjennut Bakerin kysta muistuttaa kliinisesti laskimotukosta. Diagnoosi voidaan varmistaa kaikukuvauksella.

Alaraajan laskimoiden vajaatoiminta on tavallisin toispuolisen pitkäaikaisen turvotuksen aiheuttaja, vaikka se esiintyykin usein molemminpuolisena. Tähän diagnoosiin viittaavat turvotuksen lisäksi muutokset ihon värissä tai säärihaava. Aikaisempi syvä laskimotukos altistaa laskimoiden vajaatoiminnalle. Pintalaskimoviat voi paikantaa kynä Dopplerlaitteella, mutta vär Dopplerkuvaus on välttämätön, jos laskimovajaatoiminnan hoidoksi suunnitellaan toimenpidettä (Eskelinen ja Saarinen 2009). Ellei pitkäaikaisen turvotuksen taustalta paljastu laskimoiden vajaatoimintaa, tulee etsiä imunestekierron häiriötä tai verenkiertoa komprimoivaa kasvainta lantion alueelta. Vatsan kaikukuvausta ja sairaalälähetettä (ja vatsan tai lantion alueen tietokonetomogra-

fiaa) tulisi harkita yli 50-vuotiaalle potilaalle, jolla ei todeta selkeää syytä alaraajaturvotuksille, ja nuoremmille potilaille, mikäli heillä on epäilyttäviä löydöksiä (toispuolinen turvotus, lantion alueen oireita tai löydöksiä, laihtumista). Raajaturvotusta yleisimmin aiheuttavia syöpiä ovat eturauhas-, munasarja- ja munuaissyöpä sekä lymfooma. Sympaattisen refleksidystrofian mahdollisuus tulee muistaa, jos tiedossa on aikaisempi raajaan kohdistunut vamma.

Yleislääkäri kohtaa työssään moninaisia vaivoja ja niiden epätyypillisiä ilmentymiä. Turvonnut jalka ei suinkaan kävele vastaanotolle itsestään. Oire voi jäädä toteamatta, jos päähuomio on kiinnittynyt muualle tai jos potilas on perussairautensa vuoksi kykenemätön paikantamaan vaivaansa tai ilmaisemaan sen sijaintia. Tällaisen potilaan epämääräisen huonovointisuuden syytä selvitettäessä on ensiarvoisen tärkeää riisua potilas ja tarkastaa alaraajojen tila. Laskimotukoksen tai ruusun varhainen toteaminen saattaa parantaa ratkaisevasti potilaan tulevaa toimintakykyä ja pelastaa jopa tämän hengen. ■



JUKKAPEKKA JOUSIMAA, LT,
päätoimittaja
Kustannus Oy Duodecim, Lääkärin tietokannat

SIDONNAISUDET

Jukka Pekka Jousimaa: Ei sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

- Birdwell B, Raskob G, Whitsett T, ym. The clinical validity of normal compression ultrasonography in outpatients suspected of having deep venous thrombosis. *Ann Intern Med* 1998;128:1.
- Eskelinen E, Saarinen J. Laskimokirurgian uudet hoidot. *Duodecim* 2009;125:407–14.
- Goodacre S, Sutton AJ, Sampson FC. Meta-analysis: The value of clinical assessment in the diagnosis of deep venous thrombosis. *Ann Intern Med* 2005;143:129.
- Hull R, Hirsh J, Sackett D, ym. Clinical validity of a negative venogram in patients with clinically suspected venous thrombosis. *Circulation* 1981;64:622.
- Lassila R. D-dimeeri – kliinikon pelastus vai päänsärky? *Duodecim* 2004;120:1057–8.
- Wells P, Anderson D, Bormanis J, ym. Value of assessment of pretest probability of deep-vein thrombosis in clinical management. *Lancet* 1997;350:1795–8.
- Wells P, Anderson D, Rodger M, ym. Evaluation of D-dimer in the diagnosis of suspected deep-vein thrombosis. *N Engl J Med* 2003;349:1227.