



Turvonnut alaraaja

Urheilulliselle keski-ikäiselle miehelle tehtiin polven tähytys lääkäriasemalla magneettikuvauksessa havaitun rustovamman takia. Toimenpiteessä resekoitiin nivelkierukkaa ja tehtiin luuhun reikiä ruston uudismuodostuksen tehostamiseksi. Toimenpide sujui hyvin, mutta vajaa viikko toimenpiteestä pohje kipeytyi ja heräsi epäily laskimotukoksesta. Potilas lähetettiin keskussairaalan kirurgian päivystykseen. Kaikukuvauksessa todettiin lihaslaskimon olevan tukossa noin 8 cm:n matkalta. Hoidoksi aloitettiin rivaroksabaani, ja hoidon pituudeksi määrättiin kolme kuukautta, koska tukokselle oli selvä altistava syy. Anamneesissa ei tullut esille poikkeavaa hyytymisalttiutta.

Pari kuukautta toimenpiteen jälkeen aktiivisen kuntoutuksen aikana pohje kipeytyi uudelleen. Lääkäriasemalla tehtiin uudelleen laskimoiden kaikukuvaus, kun plasman fibriinin D-dimeerit (FiDD) olivat rivaroksabaanihoidon aikana 0,7 mg/l. Tutkimuksessa ei havaittu laskimotukokseen viittaavaa. Seuraavana päi-

vänä pohje turposi ja potilas hakeutui keskussairaalan yhteispäivystykseen. Kliinisessä tutkimuksessa syvän laskimotukoksen todennäköisyys arvioitiin pieneksi, mutta FiDD-arvo oli yhä 0,7 mg/l. Palpoiden kipu tuntui erityisesti polvitaiepeessa.

Potilas hakeutui kaksi päivää myöhemmin uudelleen lääkäriasemalle, FiDD oli 1,4 mg/l ja sovittiin kontrollikäynti kahden päivän päähän, jolloin FiDD oli 1,7 mg/l. Kaikukuvaus toistettiin, ja löydöksenä oli kolmen suonen tukos pohkeen alueella. Potilas ohjattiin jatkohoitoon keskussairaalan sisätautien ensiapuun, jossa päädyttiin lopettamaan rivaroksabaani ja vaihtamaan antikoagulaatio varfariiniin hepariinisuojusta. Potilas otettiin yön yli seurantaan, ja seuraava päivänä oli tarkoitus tehdä hyytymistekijätutkimuksia hoidon aikana uusiutuneen tukoksen takia. Mikä yksi tutkimus säästi potilaan hyytymistekijätutkimuksilta ja antikoagulantin vaihdolta? Vastaus sivulla 1085.



Turvonnut alaraaja

Osastolääkäri jäi pohtimaan, oliko tukos todella uusi vai nähtiinkö kaikukuvauksessa vain vanha tukos. Lääkäriasemalla tehdystä kaikututkimuksesta oli lähetetty kuvat sairaalan kuvantamisohjelmaan, mutta näistä ei voitu arvioida oliko tukos vanha vai uusi. Radiologin konsultaation jälkeen päädyttiin toistamaan alaraajalaskimoiden kaikukuvaus. Laskimotukosta ei todettu, ja aikaisempi tukos oli hävinnyt. Polvi- taipeessa havaittiin puhjennut popliteaalikysta eli Bakerin kysta. Potilaan osalta toimenpiteeseen liittyvästä komplikaatiosta alkanut tapahtumaketju saatiin nyt onnellisesti päätökseen. Popliteaalikysta kehittyi tavallisimmin polven takapuolelle mediaalisesti gastrocnemius- ja semimembranosuslihasten limapussiin. Taus-talla on tavallisesti nivelen degeneratiivinen tai reumaattinen sairaus (1). Kystan ruptuuran aiheuttamat oireet muistuttavat syvän laskimotukoksen oireita.

Alaraajan kaikukuvauksissa on tulkitsijasta johtuvaa vaihtelua. Yleisesti tutkimuksen herkkyys on 100 % ja tarkkuus 99 % (2). Vääriä positiivisia löydöksiä voi kuitenkin esiintyä, ja vanhemmilla laitteilla näitä todettiin jopa

6 %:lla tutkituista (3). Tällaiseen tulokseen voidaan päätyä myös popliteaalikystaruptuuran yhteydessä, jolloin kudoksiin levinnyt nivelneste aiheuttaa niihin puristusta ja syvälle laskimotukokselle ominaisia oireita (1).

Laskimotukoksen uusiutuminen asianmu-kaisen antikoagulaation aikana on hyvin harvinaista, ja tuoreimmassa ACCP:n (American College of Chest Physicians) katsauksessa suositellaan arvioimaan erityisesti, onko tukos todella uusiutunut, onko hoitomyöntyvyydessä ongelmia vai onko taustalla jokin maligniteetti (4). ■

MARKUS SANE, LL, erikoistuva lääkäri
Keski-Suomen keskussairaala

KIRJALLISUUTTA

1. Herman AM, Marzo JM. Popliteal cysts: A current review. *Orthopaedics* 2014;37:e678–84.
2. Coco A, Lensing AW, Koopman MM, ym. Compression ultrasonography for diagnostic management of patients with clinically suspected deep vein thrombosis: prospective cohort study. *BMJ* 1998;316:17.
3. Heijboer H, Büller HR, Lensing AW, Turpie AG, Colly LP, ten Cate JW. A Comparison of real-time compression ultrasonography with impedance plethysmography for the diagnosis of deep-vein thrombosis in symptomatic outpatients. *N Engl J Med* 1993; 329:1365–69.
4. Kearon C, Akl EA, Ornelas J, ym. Antithrombotic therapy for VTE disease CHEST guideline and expert panel report. *CHEST* 2016;149:315–52.