

Navštívil praktického lékaře, který jej odeslal do fakultní nemocnice k došetření. Při přijetí byla pravá paže oteklá o +3 cm na obvodu, bez zarudnutí, na stejné straně zjišťujeme zvětšení prsního dvorce (Obr. 1). Pacient je kardiopulmonálně stabilní, bez kašle či dušnosti.

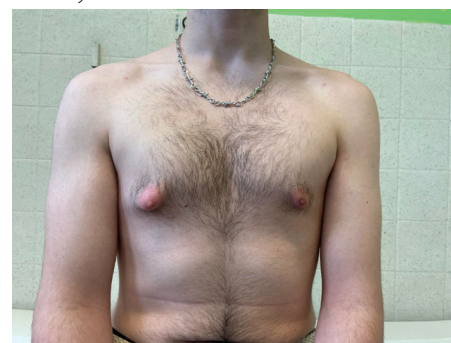
Chlapec v posledním roce cíleně zhubnul 20 kg úpravou životosprávy a pravidelnou fyzickou aktivitou (posilovna min. 4–5× týdně). Nyní má atletickou až svalnatou postavu přiměřené hmotnosti, přetrvává mírná asymetrie prsou. Nemá klinické znaky Klinefelterova syndromu (CAVE – asociace gynekomastie a zvýšeného rizika trombózy). V minulosti nebyl vážně nemocen, před šesti lety podstoupil hernioplastiku tříselné kýly. Nekouří, užívání nepovolených látek (steroidní hormony) neguje. Jeho maternální dědeček je heterozygot pro Leidskou mutaci a opakovaně prodělal hluboké žilní trombózy dolních končetin. Matka podstoupila operaci varixů. Jiné trombózy či embolie se v rodině nevyskytly.

Laboratorní vyšetření prokázalo mírnou elevaci D-dimerů (0,87 mg/l; norma < 0,50 mg/l). Dopplerovská ultrasonografie potvrdila uzávěr v. subclavia, v. axillaris a proximálního úseku brachiálních žil vpravo (Obr. 2).

Byla zahájena antikoagulační terapie nízkomolekulárním heparinem (enoxaparin s.c.). Vzhledem k netypické lokalizaci trombózy a přítomnosti stejnostranné gynekomastie byla doplněna ultrasonografie prsu a pravé axily a následně i CT angiografie, která potvrdila rozsah trombózy a vyloučila útlak cév nitrohrudním procesem či útvarem (Obr. 3).

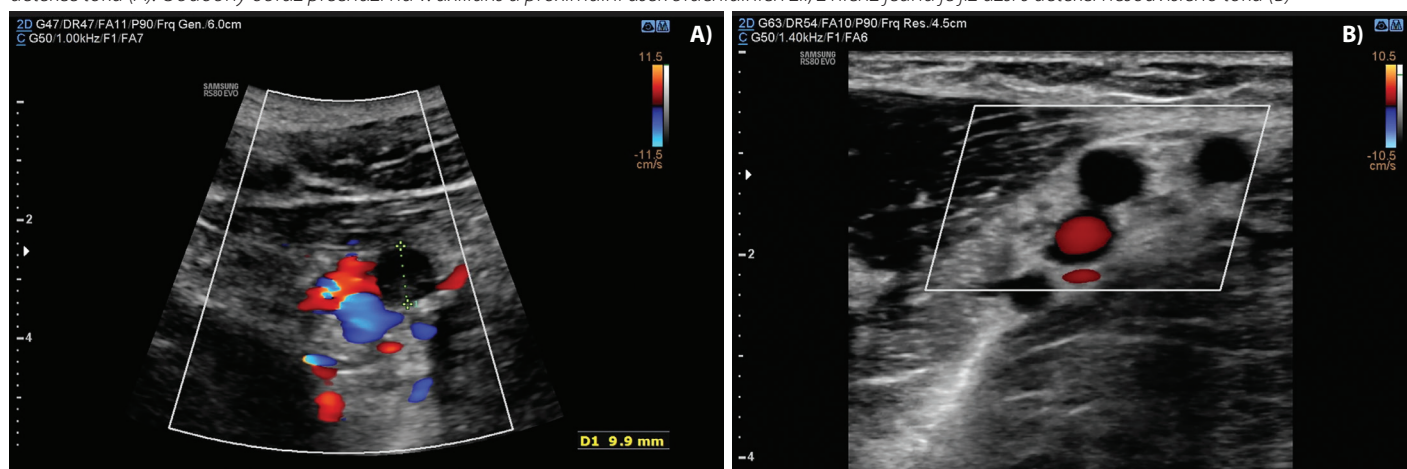
Kardiologický nález byl normální. V dobrém klinickém stavu byl pacient 6. den hospitalizace převeden na perorální antikoagulans (rivaroxaban) a 7. den propuštěn. Následné hematologické kontroly byly s příznivým klinickým nálezem, otok téměř vymizel (obvod paže +1 cm). Po 8 měsících chlapec zvládá lehkce posilovat, vyhýbá se cvikům se vzpažením.

Obr. 1. Reziduální gynekomastie, zejména v oblasti areoly, u adolescenta po významném váhovém úbytku



Kontrolní sonografie prokázala rekanalizaci žil s proužkovitým přisedlým reziduem trombu ve v. subclavia šíře 2 mm, které se postupně zmenšuje. Invazivní výkony (trombolýza, resekce prvního žebra) nebyly indikovány pro svou rizikovost a dobrý klinický stav pacienta, který t.č. netrpí posttrombotickým syndromem ani syndromem horní hrudní apertury (viz oddíl Diagnostika a Léčba).

Obr. 2. Dopplerometrické zobrazení trombózy ve v. subclavia dx. o šířce 10 mm, která je širší, nekompresibilní, zčásti s echogenním obsahem v lumen a bez detekce toku (A). Obdobný obraz přechází na v. axillaris a proximální úsek brachiálních žil, z nichž jedna je již užší s detekcí nesouvislého toku (B)



Obr. 3. CT angiografie hrudníku: trombóza v. axillaris a v. subclavia dx. s četnými kolaterálami (A), bez patologických ložiskových změn, lymfadenopatie či expanzí. Je přítomno asymetrické zvětšení prsní žlázy vpravo (B). Označeno šipkou

