پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال نوزدهم، شماره ۱، پی در پی ۹۷، صفحات ۴۵ تا ۴۷
فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۶/۱۲
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۱/۲۶

گزارش موردی

ترومبوز ورید آگزیلار متعاقب کار با وزنه در یک ورزشکار میانسال

دکتر شهرام محقق[1]، دکتر مریم حاجیان[2]*

۱. استادیار پزشکی ورزشی، بیمارستان لقمان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲. رزیدنت طب پیشگیری و پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: ترومبوز ورید آگزیلار متعاقب فعالیت یا سندرم Paget–Von Scrotter، بیماری نادر با عوارض خطرناکی است که در ورزشکاران سالم و فاقد هرگونه بیماری زمینه‌ای سیستمیک، متعاقب فعالیت بدنی شدید در اندام فوقانی رخ می‌دهد.

معرفی بیمار: آقای ورزشکار ۵۰ ساله‌ای با تورم حاد بازوی راست متعاقب کار با وزنه مراجعه کرده و در ابتدا با تشخیص سلولیت، درمان آنتی‌بیوتیکی خوراکی دریافت نمود. به دنبال عدم بهبودی و انجام سونوگرافی داپلر اندام فوقانی، با تشخیص ترومبوز ورید آگزیلار، تحت درمان ضد انعقادی وریدی و شش ماهه‌ی خوراکی قرار گرفت. بیمار کاملاً بهبود یافته و تا ۴ سال، بدون ترومبوز باقی مانده بود.

نتیجه‌گیری: اطلاع پزشک از این بیماری جهت تشخیص صحیح آن حایز اهمیت است تا بیمار دچار عوارض خطرناک احتمالی بیماری، نظیر آمبولی ریه نشود.

واژگان کلیدی: ترومبوز ورید آگزیلار، سندرم Paget–Von Scrotter، ترومبوز وریدهای عمقی اندام فوقانی

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:
Mohaghegh S, Hajian M. Axillary vein thrombosis in a middle aged sportsman following resistance training. Pejouhandeh 2014;19(1):45–47.

مقدمه

ترومبوز ورید آگزیلار متعاقب فعالیت (effort thrombosis) یا سندرم Paget–Von Scrotter، بیماری ناشی از فعالیت بدنی مکرر و با شدت بالا و یا ترومای غیر نافذ اندام فوقانی است که منجر به آسیب ورید می‌شود (۱). همچنین، ناهنجاری‌های آناتومیک فشارنده‌ی ورید در مسیر آن به داخل قفسه‌ی سینه (thoracic outlet)، به عنوان مکانیسم زمینه‌ای دیگر بروز بیماری، قلمداد شده است. بیماری از بروز پایینی برخوردار است (۲ در ۱۰۰،۰۰۰ در هر سال) و حدود ۱ تا ۲ درصد موارد، ترومبوزهای وریدهای عمقی را تشکیل می‌دهد (۲ و ۳). بیماری به طور عمده، در افراد جوان و بدون بیماری زمینه‌ای سیستمیک که به طور مکرر به فعالیت‌های ورزشی اندام فوقانی می‌پردازند دیده شده و در ۸۰ درصد موارد، در دست غالب رخ می‌دهد (۴). با این حال، بیشتر بیمارانی که به ترومبوز متعاقب فعالیت دچار می‌شوند، دارای زمینه‌ی سندرم thoracic outlet بوده و فعالیت بدنی، عامل ظهور بیماری در آنان محسوب می‌شود (۵). از عوامل خطرساز ایجاد ترومبوز ورید آگزیلار، علاوه بر موارد ذکر شده، باید به وجود عفونت شدید در عضو مبتلا، سابقه‌ی بستری اخیر، نئوپلاسم، اعتیاد به داروهای تزریقی وریدی، داشتن زمینه‌ی ترومبوز (نظیر افزایش پلاکت خون و یا مصرف داروهای ضدبارداری) و کاتتر داخل وریدی، پرتودرمانی قفسه‌ی سینه، جراحی (باز یا آرتروسکوپی) و ترومای شانه یا بازو ، قرار دادن پیس‌میکر و بارداری اشاره کرد (۸-۶). بیماران از درد گنگ به همراه احساس کرختی و سنگینی اندام فوقانی و شانه، شاکی بوده و پس از فعالیت با اندام مبتلا دچار خستگی زودرس می‌شوند. شدت علایم بیمار متغیر بوده و در برخی موارد بیمار کاملاً بدون علامت است. علایم بیمار ممکن است بسته به وضعیت قرارگیری اندام فوقانی تغییر کند (۲). اندام فوقانی (شامل بازو و شانه) متورم و پوست آن سرد و کبود بوده و دارای

*نویسنده مسؤول مکاتبات: دکتر شهرام محقق؛ تهران، بیمارستان لقمان، تلفن: ۵۵۴۱۹۰۰۵ (۰۲۱) داخلی ۴۴۰، نمابر: ۵۵۴۱۸۹۱۴ (۰۲۱)؛ پست الکترونیک: sh.mohaghegh@sbmu.ac.ir

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-01-30]

وریدهای برجسته‌ی سطحی است. تقریباً ۱۲ درصد از بیماران ممکن است دچار آمبولی ریه شوند که در ۱۵ تا ۵۰ درصد موارد، سبب مرگ آنها می‌شود. ۲ تا ۱۰ درصد بیماران، دچار ترومبوز مکرر شده و در ۱۳ درصد بیماران، درد و تورم مزمن اندام فوقانی ایجاد می‌شود (post-thrombotic syndrome). از دیگر عوارض بیماری می‌توان به سندرم کمپارتمان، نارسایی بطن راست و انسداد مجرای توراسیک اشاره کرد (۹ و ۳). سونوگرافی داپلر برای تشخیص این بیماری، از حساسیت و ویژگی بالایی برخوردار است ولی تشخیص قطعی با ونوگرافی و یا MRI angiography صورت می‌گیرد (۴).

معرفی بیمار

بیمار، آقای ورزشکار ۵۰ ساله‌ای است که ۶ ساعت پس از کار با دمبل، به طور ناگهانی دچار تورم در اندام فوقانی راست شد (تصویر ۱). برنامه‌ی کار با دمبل بیمار به صورت یک روز در میان انجام شده و شامل تمرینات اندام فوقانی و تحتانی بوده که توسط مربی بدن‌سازی در اختیار وی قرار می‌گرفت و بیمار از ۳ سال پیش، آنها را انجام می‌داد. تمرینات اندام فوقانی بیمار در روز حادثه شامل پرس سینه (Bench press) و جلو بازو و پشت بازو بود که مطابق با برنامه‌ی از پیش تعیین شده و بدون تغییر از لحاظ تعداد و شدت تمرینات، انجام شد.

تورم اندام فوقانی بیمار در ناحیه‌ی بازو و بدون حدود مشخص (sharp) بوده و همراه با تغییر رنگ به صورت تیره شدن پوست و برجستگی عروق سطحی پوست بود. تورم اندام فوقانی عمدتاً در ناحیه‌ی نیمه‌ی تحتانی بازو بوده و شانه و زیر بغل، ساعد و انگشتان بیمار، فاقد تورم محسوس بود. پوست ناحیه‌ی درگیر، در لمس گرم‌تر به نظر نمی‌رسید و فاقد حساسیت در لمس و قرمزی بود.

بیمار فاقد تب، درد در حالت استراحت و سایر علایم سیستمیک بوده ولی هنگام کار با وزنه در دست درگیر، احساس سنگینی، درد و گرفتگی می‌کرد. دامنه‌ی حرکتی شانه‌ی بیمار در ابداکشن، کاهش یافته بود (به دلیل درد در ناحیه‌ی زیر بغل) و حداکثر به حدود ۹۰ درجه می‌رسید. نبض براکیال و رادیال دست بیمار لمس شد ولی تفاوتی با دست مقابل نداشت. لمس ناحیه‌ی زیر بغل دردناک بود ولی توده‌ای لمس نشد. سایر علایم بالینی بیمار طبیعی بود. بیمار سابقه‌ی مصرف دارو، مکمل و کراتین و یا تروما به اندام و تنه و همچنین بروز بیماری مشابه در خود یا اقوام را نمی‌داد. همچنین، سابقه‌ای از ترومبوز وریدی یا شریانی در بیمار و یا اقوام درجه یک وی، وجود نداشت.

بیمار در مراجعه‌ی اولیه خود به پزشک با تشخیص سلولیت، تحت درمان با آنتی‌بیوتیک قرار گرفت، ولی به دلیل عدم بهبودی، چند روز بعد به درمانگاه پزشکی ورزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران مراجعه کرده و با تشخیص احتمالی ترومبوز عروقی، تحت سونوگرافی داپلر قرار گرفت. در سونوگرافی به عمل آمده، ترومبوز ورید آگزیلری راست و دو ورید براکیال و گسترش ترومبوز به ورید ساب کلاوین و تشکیل وریدهای جانبی در اطراف قسمت پروگزیمال ورید ساب‌کلاوین و انسداد ورید بازیلیک، گزارش شد که متعاقباً بیمار جهت ادامه‌ی درمان به جراح عروق ارجاع شد. بیمار پس از بستری و دریافت درمان ضد انعقادی وریدی، با بهبودی کامل و توصیه به درمان ضد انعقاد خوراکی تا شش ماه و کنترل دوره‌ای وضعیت انعقادی، ترخیص شد. بیمار تا ۴ سال پس از درمان پیگیری شده و در این مدت، مورد جدیدی از ترومبوز در وی ایجاد نشده بود.

تصویر ۱. تورم حاد بازوی راست در بیمار مبتلا به ترومبوز ورید آگزیلار.

بحث

ورید آگزیلری در چند محل در مسیر خود قابل فشرده شدن است که مهمترین آن، فضای costoclavicular (بین دنده‌ی اول و استخوان ترقوه) است. فشرده شدگی، بیشتر در حالتی اتفاق می‌افتد که بیمار همزمان گردن خود را در حالت اکستنشن حداکثر و اندام فوقانی را در حالت ابداکشن حداکثر قرار داده و یا هنگامی که فرد حالت خبردار نظامی را به خود می‌گیرد که با بردن شانه‌ها به عقب، همراه است. فشرده‌شدگی همچنین می‌تواند بین رباط costocoracoid و دنده‌ی اول، و یا عضلات ساب‌کلوین و دنده‌ی اول رخ دهد (۱).

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-01-30]

در بیمار اشاره شده، رادیوگرافی گردن جهت بررسی وجود ناهنجاری‌های آناتومیک در مسیر ورید (نظیر دنده گردنی) انجام شد که طبیعی بود. همچنین، بیمار به جز سابقه‌ی فعالیت بدنی، فاقد عوامل خطرساز اشاره شده‌ی فوق بود. تشخیص‌های افتراقی مهم بیماری شامل سلولیت، فلبیت سطحی، کشیدگی و آسیب عضلانی، شکستگی پنهان، لنف ادم، لنف آنژیت، انسداد ورید اجوف تحتانی، ترومای شدید سطحی، گانگرن گازی و آلرژی موضعی است. در بیمار گزارش شده، تورم بیشتر محدود به نیمه‌ی تحتانی بازو بوده و کمتر در ناحیه‌ی شانه دیده می‌شد که می‌تواند یکی از دلایل تشخیص نادرست بیماری در ابتدای بروز علایم باشد.

بررسی وضعیت انعقادی در تمام بیماران ضروری به نظر می‌رسد. درمان شامل استراحت، بالا نگهداشتن اندام تحتانی، استفاده از داروهای مسکن در صورت وجود درد و درمان ضد انعقادی وریدی و خوراکی است. ترومبولیز موضعی با استفاده از کاتتر می‌تواند آسیب به رگ را به حداقل رسانده و در صورت استفاده‌ی زود هنگام، عوارض دراز مدت بیماری را کاهش دهد. ترومبکتومی از طریق پوست و یا جراحی در برخی موارد ضرورت می‌یابد (۳). در صورتی که علایم بیمار یک تا سه ماه بعد از درمان اولیه همچنان باقی بوده و در ونوگرافی، تنگی مشاهده شود، بیمار را می‌توان تحت عمل جراحی قرار داد. درمان جراحی شامل برداشتن دنده‌ی اول و رباط costoclavicular، anterior scalenectomy و venolysis است (۵). در خصوص استفاده از فیلتر ورید اجوف فوقانی در ترومبوزهای وریدی اندام فوقانی به منظور پیشگیری از آمبولی ریه، به دلیل نبود شواهد کافی مبنی بر مؤثر و بی‌خطر بودن بکارگیری آن، در حال حاضر نمی‌توان اظهار نظر کرد (۱۰). بیشتر بیماران، بهبودی کامل یافته و قادر به بازگشت به فعالیت‌های ورزشی هستند (۱).

نتیجه‌گیری

تشخیص و ارجاع زودهنگام بیمار دچار ترومبوز ورید آگزیلار، به دلیل عوارض بالقوه خطرناک آن، کاملاً ضروری است. با این حال، به دلیل بی‌توجهی و یا عدم آگاهی پزشک از امکان وقوع چنین بیماری خطرناکی در ورزشکاران سالمی که فاقد هرگونه بیماری زمینه‌ای سیستمیک هستند، و همچنین به دلیل تظاهرات غیر معمول بیماری (آنگونه که در بیمار معرفی شده، بیمار با تشخیص سلولیت، ابتدا تحت درمان با آنتی‌بیوتیک قرار گرفته بود)، ممکن است روند تشخیص و درمان به موقع ترومبوز ورید آگزیلار، به درستی انجام نشود.

REFERENCES

1. Benkibler W, Murrell G. Shoulder pain. In: Brukner P, Khan K, editors. Clinical Sports Medicine. 3rd ed. Australia: McGraw-Hill; 2007. p. 275.

2. Roche-Nagle G, Ryan R, Barry M, Brophy D. Effort thrombosis of the upper extremity in a young sportsman: Paget-Schroetter syndrome. Br J Sports Med 2007;41(8):540–1.

3. Rull G. Axillary vein thrombosis [Internet]. 2012 Jan [cited 2013 Jan 1]; Available from: http://www.patient.co.uk/doctor/Axillary-Vein-Thrombosis.htm.

4. Filis KA, Nguyen TQ, Olcott C. 4th Subclavian vein thrombosis caused by an unusual congenital clavicular anomaly in an atypical anatomic position. J Vasc Surg 2002;36(3):629–31.

5. Engelberger RP, Kucher N. Management of deep vein thrombosis of the upper extremity. Circulation 2012;126:768–73.

6. Kucher N. Deep-vein thrombosis of the upper extremities. N Engl J Med 2011;364(9):861–9.

7. Malerba M, Radaeli A, Ragnoli B. Upper extremity deep vein thrombosis as an uncommon complication of pacemaker implantation: a case report. J Biol Regul Homeost Agents 2009;23(4):273–5.

8. Delos D, Rodeo SA. Venous thrombosis after arthroscopic shoulder surgery: pacemaker leads as a possible cause. HSS J 2011;7(3):282–5.

9. Margey R, Schainfeld RM. Upper extremity deep vein thrombosis: the oft-forgotten cousin of venous thromboembolic disease. Curr Treat Options Cardiovasc Med 2011;13(2):146–58.

10. Owens CA, Bui JT, Knuttinen MG, Gaba RC, Carrillo TC. Pulmonary embolism from upper extremity deep vein thrombosis and the role of superior vena cava filters: a review of the literature. J Vasc Interv Radiol 2010;21(6):779–87.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-01-30]