

Endovaskulární léčba syndromu pánevní kongesce

Pavel Procházka, Jozef Kučerák, David Ambrož, Johana Horáková, Jan Bělohlávek, Aleš Linhart

II. interní klinika kardiologie a angiologie, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. lékařská fakulta UK, Praha

Syndrom pánevní kongesce je chronické onemocnění postihující ženy ve fertilním věku významně a dlouhodobě ovlivňující kvalitu života pacientek. Příčiny syndromu jsou žilní insuficience ovariálních žil, kompresivní syndromy a následky proběhlé rozsáhlé žilní trombózy. Dominantní léčba tohoto onemocnění je endovaskulární, spočívající v embolizaci insuficientních žil, a v případě kompresivních syndromů nebo chronických žilních uzávěrů jejich rekanalizace. Technická úspěšnost léčby je vysoká, klinická nižší.

Klíčová slova: syndrom pánevní kongesce, ovariální žíla, kompresivní syndrom, embolizace.

Endovascular treatment of pelvic congestion syndrome

Pelvic congestion syndrome is a chronic disease affecting women of childbearing age which significantly and in the long-term affects the quality of life of patients. Causes of the syndrome are ovarian vein incompetence, compression syndromes, and sequelae of extensive venous thrombosis. The disease is predominantly managed with endovascular treatment, consisting of embolization of incompetent veins and recanalization in the case of compression syndromes or chronic venous occlusions. The technical success rate is high, while the clinical success rate is lower.

Key words: pelvic congestion syndrome, ovarian vein, compressive syndrome, embolization.

Syndrom pánevní kongesce je častou příčinou chronické pánevní bolesti u žen ve fertilním věku. Jedná se o chronickou bolest přítomnou po dobu 3–6 měsíců, s bolestí často bývá spojen i dyskomfort při pohlavním styku, intenzita a charakter bolesti může být měnlivý s menstruačním cyklem (1). Anatomickou příčinou syndromu pánevní kongesce je přítomnost žilních varixů v oblasti povodí ovariálních žil nebo vnitřních pánevních žil. Ovariální varixy nacházíme u přibližně 10 % žen ve fertilním věku, nicméně asi 60 % z nich trpí syndromem pánevní kongesce (2). Exaktní diagnostika syndromu pánevní kongesce je velmi obtížná, v současné době nejsou stanoveny žádná přesná diagnostická kritéria.

Anatomické příčiny chronické pánevní bolesti dělíme na tři hlavní skupiny. První

skupinu představuje dilatace ovariálních žil nebo větví vnitřních ilických žil podmíněna chlopenní žilní insuficiencí. Druhou skupinou jsou útlakové neobstrukční žilní syndromy, mezi které řadíme louskáčkový syndrom a May-Thurnerův syndrom. Poslední skupinu představují následky proběhlé hluboké žilní trombózy v oblasti hlubokých pánevních žil nebo dolní duté žíly (Obr. 1). Kombinace výše popsaných skupin se na obtížích pacientek často podílí (Obr. 1, 2).

Louskáčkový syndrom

Jako louskáčkový syndrom je označován útlak levostranné renální žíly mezi horní mesenterickou tepnou a aortou, který je doprovázen klinickými obtížemi charakteru bolesti v oblasti levé poloviny břicha, beder

a současnou makroskopickou či mikroskopickou hematurií (3). Asymptomatický náhodně zjištěný útlak by neměl být za louskáčkový syndrom považován a nepředstavuje indikaci k terapii. Při louskáčkovém syndromu dochází k obrácení toku v levostranné ovariální žíle, k její dilataci a dilataci žilních plexů v oblasti ovaria a malé pánve a větví vnitřních ilických žil.

May-Thurnerův syndrom

May-Thurnerovým syndromem označujeme vrozený útlak levostranné společné pánevní žíly pravostrannou společnou pánevní tepnou, která před výše uvedenou žílou probíhá ventrálně a komprimuje ji směrem k páteři. Pokročilá komprese žíly vede k jejím vazivovým změnám až k její obliteraci. May-Thurnerův