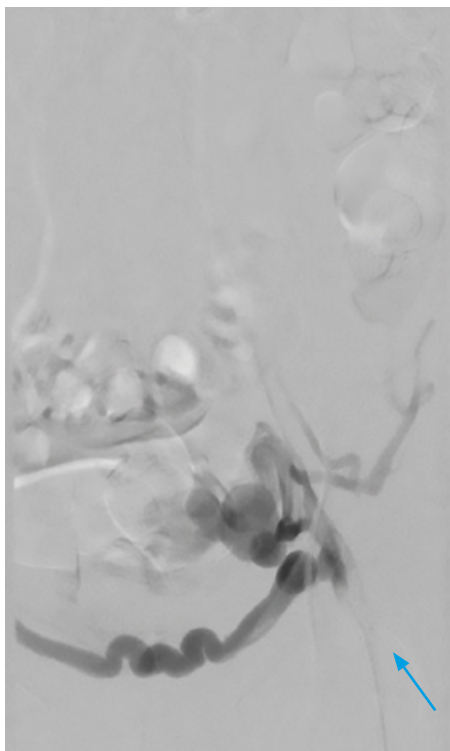


Obr. 1, 2. AG vyšetření pacientky s posttrombotickým uzávěrem levostranných pánevních žil



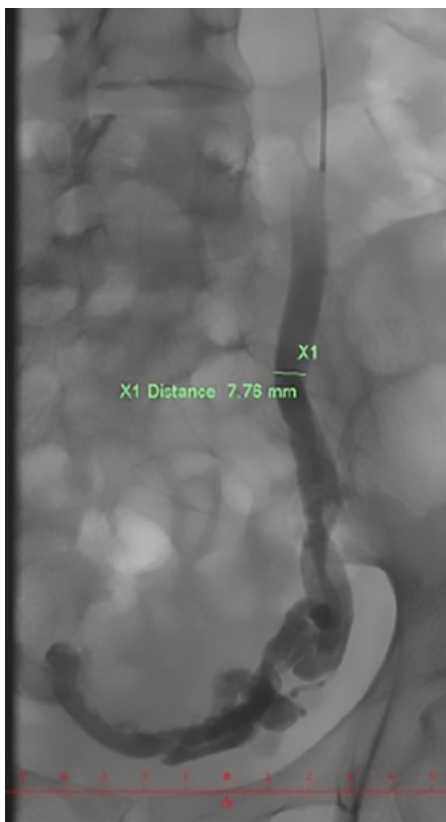
Modrá šipka – kolaterální řečiště do druhostranných pánevních žil. Oranžová šipka kompenzatorně dilatovaná levostranná ovariální žíla

syndrom je často asymptomatický, typickými symptomy jsou projevy žilní insuficience na levé dolní končetině, je rovněž spjat se zvýšeným rizikem vzniku levostranné hluboké žilní trombózy (4). Méně častými symptomy mohou být bolesti v oblasti malé pánve při dilataci kolaterálního žilního řečiště v oblasti vnitřních ilických a ovariálních žil.

Chronická pánevní obstrukce

Chronická pánevní obstrukce je v podstatě následkem proběhlé konzervativně léčené

Obr. 3. Flebografie levostranné ovariální žíly, konvolut varixů v oblasti levého ovaria, reflux přes střední čáru



trombózy pánevních žil. Při konzervativní léčbě ilické trombózy antikoagulační terapií dochází ke kompletní rekanalizaci pánevních žil jen asi u 20 % nemocných, jinak se žilní trombóza hojí vazivovými změnami, které podmiňují částečnou neprůchodnost nebo úplnou obstrukci pánevních žil. Chronické změny pak rezultují tvorbou kolaterálního oběhu vnitřními ilickými žilami, povrchovými žilami v oblasti zevního genitálu a ovariálními žilami (5). Typickými pacientkami s chronickou pánevní obstrukcí, se kterými se na našem pracovišti setkáváme, jsou mladé ženy kontraindikované k intervenční terapii ileofemorální trombózy (trombóza proběhlá v graviditě nebo v šestinedělí, pooperační žilní trombózy).

Diagnostika

Sonografie

Sonografické vyšetření představuje screeningové vyšetření u žen s bolestí pánevního dna. Nalézáme dilataci žil v oblasti ovarii a v okolí dělohy, dilataci kmene ovariální žíly (více než 4 mm), při Valsalvově manévru je přítomen reflux v ovariálních žilách s retrográdním žilním prouděním (6). Nesmíme

zapomínat na zhodnocení průchodnosti pánevních žil, vyloučit May-Turnerův syndrom či chronickou pánevní okluzi. Nejčastější limitací sonografie je nepříznivý habitus vyšetřované pacientky, kvalita provedeného vyšetření je vysoce závislá na zkušenostech vyšetřujícího.

CT a MR flebografie

CT flebografie poskytuje dobré zobrazení v oblasti pánevních žil a ovariálních žil a má dobrou senzitivitu a specifitu k zobrazení dilatovaných žil či posttromboticky změněných žil v malé pánvi, a je schopna zhodnotit útlakové syndromy. Rovněž dokáže dobře zobrazit místo vústění pravostranné ovariální žíly do dolní duté žíly, které je anatomicky výrazně variabilní. Současně obě vyšetření dobře zhodnotí ostatní orgány malé pánve. Problémem CT flebografie je radiační zátěž u žen ve fertilním věku, proto by u nich mělo být přednostně prováděno MR vyšetření, které je také dostatečně senzitivní v zobrazení žilních patologií v malé pánvi (7).

Konvenční flebografie

Flebografie je již invazivním vyšetřením spojené s přímým podáním kontrastní látky do vyšetřovaných žil a je spojena s radiační zátěží. Flebografie by v dnešní době neměla být využívána jako diagnostická metoda. Diagnostickými kritérii při flebografii je dilatace ovariální žil na 5–10 mm, přítomný reflux kontrastní látky v ovariální žíle při nástřiku do proximální části žíly a plnění žil z ovariálního plexu přes střední čáru při předozadním zobrazení (8) (Obr. 3).

Terapie

Základní terapií syndromu pánevní kongesce v dnešní době představují endovaskulární techniky.

Embolizace ovariálních žil, embolizace větví vnitřních pánevních žil

Výkon probíhá v lokální anestezii, nejčastěji při plném vědomí pacientky, je minimálně bolestivý, může být prováděn i v lehké analgosedaci. Jako přístupovou cévu na našem pracovišti preferujeme v. basilica dextra nebo