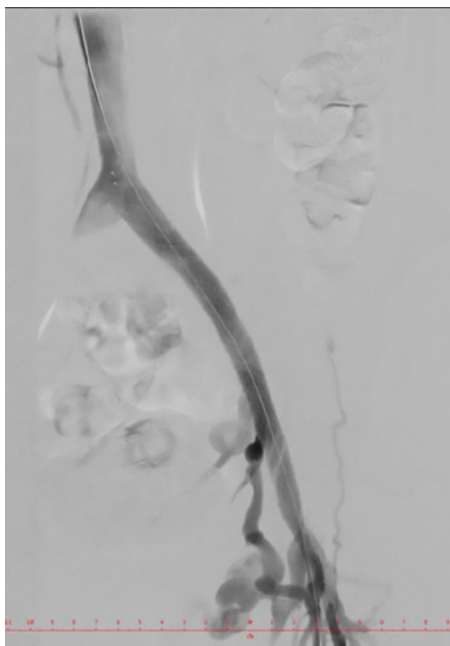


Obr. 4. Ovariální žíla uzavřena coily Azur CX**Obr. 5.** Rekanalizace chronického uzávěru levostranných pánevních žil, pac. z obrázku 1

v. brachialis dextra při absenci basilické žíly, při nevhodných anatomických poměrech může být využita i jugulární žíla, femorální žíly pro tento typ výkonu vzhledem k anatomii odstupů ovariálních žil příliš vhodné nejsou.

Femorální přístup může být výhodný v případě embolizace větví vnitřních ilických žil. Přístupovou žílu punktuje pod sonografickou kontrolou, následně je zavedeno krátké cévní pouzdro (4F nebo 5F), přes které pak postupně zavádíme katétr do dolní duté žíly, následně do levostranné renální žíly a levé ovariální žíly, v případě výkonu na pravostranné ovariální žíle musíme nalézt její ústí do dolní duté žíly, což může být obtížné vzhledem k výrazně variabilní anatomii, provedené CT či MR flebografické vyšetření je v tomto s výhodou. Nejčastěji používaným katétreem je multipurpose angiographic katetr (MPA1, MPA2), vodič pak hydrofilní 0,035'' standardní tuhosti. Následně je provedeno flebografické vyšetření se zavedením katétru do kmene ovariální žíly a do distální a střední části je implantováno několik dlouhých coilů. Průměr coilů je doporučován o 20 % větší než je průměr ošetřované žíly. Je možné použít jak coily o síle strutu 0,035'', tak coily vhodné do mikrokatetru, což s sebou však přináší vyšší náklady na intervenci. Preferujeme dlouhé odpoutatelné coily (např. Azur CX, Terumo inc., Japonsko). Je důležité, aby byly ošetřeny i přídatné žilní kmeny, byly by zdrojem možné recidivy onemocnění. Dalšími možnostmi uzávěru ovariální žíly je aplikace etoxysklerolové pěny nebo vaskulárního neadhezivního embolizačního materiálu (Squid®, Onyx®), při extrémní dilataci žil je k dispozici cévní okluder (Amplatzer Vascular Plug St. Jude Medical, USA). Při embolizaci varixů v oblasti větví vnitřních ilických žil je používáno obdobné instrumentarium, v tomto případě je vhodné využít jako přístupovou žílu jednu z femorálních žil. Embolizaci jednotlivých oblastí je vhodnější provádět sekvenčně kvůli rozložení radiační zátěže mezi jednotlivými výkony, rovněž je vhodné provést zhodnocení úspěšnosti léčby jednotlivých procedur (9). Technická úspěšnost embolizačních výkonů je velmi vysoká, nicméně dlouhodobá klinická úspěšnost spočívající ve zmenšení obtíží pacientek je výrazně nižší, udávána v rozmezí 58–100 %. Možnými komplikacemi embolizačních výkonů je migrace použitého materiálu s plicní embolizací, perforace ošetřované žíly, velmi vzácně infarzace ovaria.

Intervence útlakových syndromů a chronické pánevní obstrukce

Přístupovými žilami při ošetření patologií pánevních žil jsou v. poplitea nebo v. femoralis communis, punkci vedeme pod sonografickou kontrolou. Na začátku výkonu používáme 5F nebo 6F pouzdro, při stentingu pak 10F. Výkon je prováděn v lokální anestezii a vzhledem k bolestivosti výkonu v lehké analgosedaci, některá pracoviště preferují celkovou anestezii. Uzávěry pánevních žil bývají velmi tuhé, k jejich rekanalizaci je nejčastěji používán tuhý hydrofilní 0,035'' vodič (Terumo stiff, Terumo inc., Japonsko). Méně často jsou využívány hydrofilní vodiče o průměru 0,018'', výhodou tohoto instrumentária je možnost zavedení nízkoprofilového 0,018'' balonku a predilatace uzávěru, umožňující pak použití standardního 0,035'' instrumentária. Žilní uzávěr je nutno predilatovat balonky o adekvátním průměru (14–18 mm), dedikované žilní stenty jsou implantovány až po řádné predilataci. Výkon je prováděn pod skiaskopickou kontrolou, nicméně při rekanalizaci či ošetření stenóz pánevních žil je doporučované použití intravaskulárního ultrazvuku, které významně ovlivňuje strategii terapie a optimálně zhodnotí výsledek provedeného výkonu (10). Primární technická úspěšnost této terapie je vysoká, 5letá průchodnost v případě léčby May-Thurnerova syndromu je kolem 90 %, v případě chronické pánevní okluze nižší, kolem 60 %.

Intervence louskáčkového syndromu spočívá v zavedení stentu do utlačené levostranné renální žíly s případnou následnou embolizací ovariálních žíly, tento způsob terapie však není příliš rozšířen a nejsou s ním světově velké zkušenosti (11).

Závěr

Syndrom pánevní kongesce je častou příčinou pánevní bolesti žen ve fertilním věku. Jeho diagnostika je obtížná a není standardizovaná, na onemocnění je nutné pomyslet. Při terapii syndromu pánevní bolesti je výhodný multidisciplinární přístup, pacientky vzhledem k chronicitě obtíží profitují ze spolupráce gynekologa, intervenčního angiologa/radiologa a specialisty v léčbě chronické bolesti.