

Zespół May-Thurnera skutecznie leczony wewnątrznaczyniowo

May-Thurner's syndrome successfully treated by endovascular procedure

Ryszard Pogorzelski¹, Sadegh Toutounchi¹, Rafał Maciąg¹, Patryk Fiszer¹, Mikołaj Wojtaszek²

¹Klinika Chirurgii Ogólnej i Chorób Klatki Piersiowej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

²II Zakład Radiologii Klinicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

Zespołem May-Thurnera określa się sytuację, w której dochodzi do ucisku lewej żyły biodrowej wspólnej przez prawą tętnicę biodrową wspólną. Tę patologię pierwsi opisali w 1957 r. R. May i J. Thurner [May R, Turner J. The cause of the predominantly sinistral occurrence of thrombosis of pelvic veins. *Angiology*, 1957; 8: 419–427]. Konsekwencje i objawy tej sytuacji zawierają się w szerokich granicach — od obrzęku lewej nogi wynikającego z utrudnionego odpływu krwi żyłnej z kończyny do zakrzepicy żyłnej w segmencie biodrowo-udowym. Zespół ten występuje w populacji z częstością 2–5%, głównie u kobiet. Ujawnia się najczęściej między 2. a 4. dekadą życia. Autorzy niniejszej pracy leczyli 57-letnią pacjentkę od kilku lat obserwującą obrzęk lewej nogi, której obwód był co najmniej o 3 cm większy od nogi prawej. Przed 2 laty przeszła objawową zakrzepicę lewej żyły biodrowej, potwierdzoną badaniem dopplerowskim. Od tego czasu

narastały objawy niewydolności żyłnej lewej nogi. Chora zgłosiła się do poradni naczyniowej, gdzie wykonano jej angio-tomografię komputerową z fazą żylną. Na podstawie tego badania wysunięto podejrzenie istnienia zespołu uciskowego May-Thurnera na lewą żyłę biodrową. Rozpoznanie potwierdzono wstępującą flebografią, która wykazała w chwili badania pełną niedrożność lewej żyły biodrowej wspólnej i bogato rozwinięte krążenie poboczne odprowadzające krew żylną poprzez sploty okołokręgosłupowe. Chorą zakwalifikowano do leczenia wewnątrznaczyniowego z użyciem stentu dedykowanego do patologii żyłnej typu ZILVER VENA. Zabieg wykonano poprzez bezpośrednie nakłucie lewej żyły udowej. Po podaniu kontrastu uwidoczniło się niedrożny proksymalny odcinek lewej żyły biodrowej wspólnej i duże zmiany pozakrzepowe w jej dystalnym odcinku (ryc. 1). Żyłę biodrową wspólną lewą rekanalizowano wewnątrznaczyniowo i poszerzono ją balonami do średnicy 16 mm (ryc. 2). Do tak poszerzonego światła żyły założono stent ZILVER VENA o średnicy 16 mm i długości 100 mm. W celu optymalnego pozycjonowania stentu wykonano również angiografię prawej tętnicy biodrowej wspólnej z bezpośredniego nakłucia prawej tętnicy udowej (ryc. 3, 4). W 3. dobie po zabiegu przeprowadzono badanie dopplerowskie, które wykazało prawidłowy przepływ dogłówny w lewej żyłce biodrowej wspólnej. Pacjentkę wypisano do domu. W zaleceniach uwzględniono leczenie przeciwplatek (Acard, Xarelto wg zalecanego schematu). Wydaje się, że tego typu postępowanie jest szczególnie uzasadnione po wprowadzeniu stentów do naczyń niskoprzepływowych, takich jakimi są żyły. Ze względu na niezadowalające efekty leczenia chirurgicznego tego typu patologii terapia wewnątrznaczyniowa może stanowić leczenie z wyboru, jeśli zapewni długoterminową drożność.



Rycina 1. Flebografia z nakłucia lewej żyły udowej. Niedrożna żyła biodrowa wspólna lewa. Widoczny dobry odpływ krwi żyłnej przez sploty okołokręgosłupowe



Rycina 2. Rekanalizacja balonowa lewej żyły biodrowej wspólnej. Widoczne miejsce największego zwężenia w rzucie prawej tętnicy biodrowej wspólnej



Rycina 3. Arteriografia prawych tętnic biodrowych. Widoczne miejsce skrzyżowania prawej tętnicy biodrowej wspólnej z lewą żyłą biodrową wspólną. Jednocześnie uwidocznienie tych struktur umożliwia optymalne pozycjonowanie stentu



Rycina 4. Stan po rozprężeniu stentu. Dobry odpływ krwi żyłnej w kierunku dogłównym, z niewielkim tylko odpływem drogą krążenia pobocznego

Adres do korespondencji:

dr n. med. Patryk Fiszer, Klinika Chirurgii Ogólnej i Chorób Klatki Piersiowej, Centralny Szpital Kliniczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa, e-mail: patfis999@gmail.com

Konflikt interesów: nie zgłoszono