

lek. Cezary Szary

**Niewydolność żylna miednicy:
diagnostyka obrazowa, klasyfikacja, metody leczenia**

**Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu
w dyscyplinie nauki medyczne**

Promotor: dr hab. n. med. Tomasz Grzela

Klinika Flebologii, ul. Wawelska 5, Warszawa



Obrona rozprawy doktorskiej przed Radą Dyscypliny
Nauk Medycznych

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Warszawa 2021

Cezary Szary

*Zatwierdzam
28.04.2021
Tomasz Grzela*

STRESZCZENIE PRACY W JĘZYKU POLSKIM

Wprowadzenie

Niewydolność żylna miednicy (pelvic venous insufficiency, PVI), to zjawisko, którego istotą są zaburzenia przepływu krwi w naczyniach żylnych jamy brzusznej i miednicy małej. Zaburzenia te mogą być skutkiem nadmiernego poszerzenia żył miednicy lub, rzadziej, wrodzonych nieprawidłowości anatomicznych, powodujących utrudniony odpływ krwi żylny z miednicy małej i/lub jamy brzusznej. Refluks i wtórny zastój krwi żylny powodują występowanie objawów zespołu przekrwienia biernego miednicy (pelvic congestion syndrome, PCS), a także występowanie tzw. przecieków żylnych z miednicy oraz wtórnych do nich żylaków okolic sromu i krocza.

Zależnie od przytaczanych statystyk niewydolność żylna miednicy może dotyczyć 10-15% populacji ogólnej, z czego większość stanowią kobiety. Chociaż częstość występowania tej patologii w populacji kobiet rodzących osiąga nawet 43%, przez wielu ginekologów jest ona nadal postrzegana jako problem marginalny, o dyskusyjnym znaczeniu klinicznym. W ostatnich latach pojawia się jednak coraz więcej danych sugerujących, że niewydolność żylna miednicy może mieć związek z rozwojem niewydolności żylny kończyn dolnych. PVI prawdopodobnie odpowiada również za powstawanie żylaków nawrotowych, zarówno po leczeniu chirurgicznym, jak i wewnątrżyłnym. Stąd też temat ten budzi ostatnio zainteresowanie również wśród wielu flebologów i chirurgów.

Ponieważ wiedza na temat niewydolności żylny miednicy jest wciąż niepełna, nadal brak jednoznacznych zasad odnośnie diagnostyki czy leczenia pacjentów z tą patologią. Dlatego celem niniejszego opracowania było przedstawienie problemu niewydolności żylny miednicy – jej diagnostyki, klasyfikacji, znaczenia klinicznego, i możliwości leczenia, widzianych z perspektywy lekarza praktyka, zajmującego się na co dzień tematyką niewydolności żylny.

Metodyka badań

Materiał wykorzystany w niniejszej pracy stanowiły zanonimizowane dane pacjentów z niewydolnością żylną, którzy byli poddani rutynowej diagnostyce w Klinice Flebologii w Warszawie w latach 2017-2019. Zgodnie z protokołem diagnostycznym placówki każdy pacjent miał wykonywaną diagnostykę ultrasonograficzną układu żylnego kończyn dolnych, miednicy małej i jamy brzusznej. Pacjenci, u których w badaniu ultrasonograficznym stwierdzano, bądź podejrzewano obecność niewydolności żylny miednicy, mieli wykonywaną rozszerzoną diagnostykę obrazową – wenografię metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego. Biorąc pod uwagę znacząco większą, w porównaniu do mężczyzn, częstość występowania niewydolności żylny miednicy u kobiet, jak również nieco odmienny mechanizm jej powstawania, w celu zapewnienia jednorodności grupy badanej, w dalszych analizach uwzględniono jedynie pacjentów płci żeńskiej.

Analizie retrospektywnej poddano dane 535 pacjentek z bazy Kliniki. Oceniano uzyskane w badaniach obrazowych wybrane parametry morfologiczne i hemodynamiczne naczyń żylnych, badając ich korelację ze stanem klinicznym pacjentek, uwzględniając m.in. główne dolegliwości, wywiad ciążyowy, czy ewentualne wcześniejsze interwencje zabiegowe w układzie żylnym.

Wyniki

W pierwszej części pracy wyniki badań obrazowych 535 pacjentek z bazy Kliniki zostały uporządkowane w zależności od średnicy i wydolności wybranych naczyń żylnych – żył jajnikowych, splotów żylnych przymacicz oraz żył biodrowych wewnętrznych i głównych gałęzi. Na tej podstawie autor podzielił analizowane dane na cztery grupy, proponując czterostopniową klasyfikację anatomiczno-czynnościową (radiologiczno-hemodynamiczną), definiującą najczęstszy typ niewydolności żylny miednicy, tj. niewydolność układu żył jajnikowych. Równocześnie odnotowano

najczęstsze, klinicznie istotne zmienności i nieprawidłowości anatomiczne w układzie żył jamy brzusznej i miednicy, szczególnie związane ze spływem lewej żyły nerkowej (10.1%), żył jajnikowych (lewej – 8.8%, prawej – 4.5%), żył biodrowych (10.6%) i żyły głównej dolnej (2.2%).

Analiza związku pomiędzy wynikami badań obrazowych układu żylnego i stanem klinicznym pacjentek, przeprowadzona w drugiej części pracy, wykazała kluczową rolę wywiadu ciążowego w patogenezie niewydolności żylniej miednicy. Stwierdzono również, że morfologiczno-hemodynamiczne cechy niewydolności żylniej miednicy są bardzo częstą (u około 2/3 analizowanych przez autora pacjentek wykazano niewydolność żył jajnikowych) nieprawidłowością w grupie pacjentek z niewydolnością żylną. Co ciekawe, nie zaobserwowano wyraźnych różnic w wynikach badań obrazowych żył miednicy i jamy brzusznej pomiędzy grupami pacjentek z nawrotową niewydolnością żylną i dotychczas nieleczonych.

Dyskusja i wnioski

Niewydolność żylna miednicy jest zjawiskiem częstym, szczególnie w grupie kobiet po dwóch i większej liczbie ciąż. Mimo tego wiedza na temat tego zjawiska wśród lekarzy jest wciąż niesatysfakcjonująca. Taki stan rzeczy był, jeszcze do niedawna, spowodowany brakiem łatwo dostępnych metod diagnostycznych. Wyraźny postęp w tej dziedzinie, obserwowany w ostatnich latach, zawdzięczamy udoskonaleniu sprzętu do badań ultrasonograficznych i, przede wszystkim, rozwojowi nowoczesnych metod obrazowania – tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego wysokiej rozdzielczości. Wymienione powyżej techniki dostarczyły nowych danych na temat niewydolności żylniej miednicy, dlatego też stały się obecnie podstawowym narzędziem diagnostycznym w rozpoznawaniu i monitorowaniu tej patologii.

Połączenie hemodynamicznej i morfologicznej oceny żył miednicy i jamy brzusznej przy użyciu obrazowania ultrasonograficznego techniką duplex-doppler,

weryfikowanej metodą wenografii w tomografii komputerowej lub rezonansie magnetycznym, pozwoliło na stworzenie czterostopniowej klasyfikacji anatomiczno-hemodynamicznej, w której stopień zaawansowania zmian morfologicznych wykazywał korelację z nasileniem zmian klinicznych. Zastosowanie opisanego schematu diagnostycznego umożliwiło autorowi poczynienie obserwacji zbieżnych z doniesieniami innych badaczy, sugerujących związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy niewydolnością żył miednicy, a występowaniem niewydolności żył kończyn dolnych. Takie podejście uzasadnia postrzeganie układu żylnego jamy brzusznej, miednicy i kończyn dolnych jako całości, a niewydolności żyłnej miednicy i niewydolności żył kończyn dolnych jako dwóch lokalizacji (i stopni zaawansowania) tej samej patologii. W tym kontekście, w przypadku pacjentów z objawami niewydolności żył kończyn dolnych, ograniczenie badania ultrasonograficznego wyłącznie do układu żylnego kończyn dolnych nie daje możliwości pełnej oceny zaawansowania choroby. Fakt ten wydaje się mieć kluczowe znaczenie dla niezadowalającej długoterminowej skuteczności obecnie stosowanego podejścia do leczenia niewydolności żyłnej, i w opinii autora może być przyczyną nawrotu choroby żyłnej. Doświadczenia własne, podobnie jak publikacje innych autorów, wydają się potwierdzać słuszność podejścia kompleksowego, w którym plan leczenia niewydolności żył kończyn dolnych powinien być oparty na pełnej identyfikacji i eliminacji rzeczywistych przyczyn refluksu, uwzględniającej również ewentualne nieprawidłowości w obrębie żył miednicy i jamy brzusznej. Stosowane w tym przypadku metody małoinwazyjne, m.in. obliteracja niewydolnych żył przy użyciu spiral embolizacyjnych lub metod chemicznych, czy też przezskórna wenoplastyka balonowa lub stentowanie zwężeń istotnych klinicznie, wydają się charakteryzować satysfakcjonującym stosunkiem skuteczności do ewentualnego ryzyka powikłań. Dotychczasowe obserwacje wskazują, że taka strategia, przynajmniej w wybranych przypadkach, znacząco poprawia efekty leczenia, wyraźnie zmniejsza nasilenie dolegliwości i minimalizuje ryzyko nawrotów. Jednak, by uzyskać zadowalające efekty na szerszą skalę, konieczna jest popularyzacja wiedzy

na temat niewydolności żyłnej miednicy i jej wdrożenie do rutynowej diagnostyki (i leczenia) pacjentów z niewydolnością żylną.

Henryk Smyk

Wrocław
28.04.2021
Jan Cicho