

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Ενδαγγειακή αντιμετώπιση εκτεταμένων ελκών αρτηριακής και φλεβικής αιτιολογίας σε ασθενή υψηλού κινδύνου

Δ. Χριστόπουλος, Γ. Πιτούλιας, Μ. Ταχτσή, Ι. Βλαχάκης, Π. Φύκατας,
Δ. Παπαδημητρίου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το σύνδρομο συμπίεσης της αριστεράς λαγόνιου φλέβας, ή σύνδρομο May-Thurner/Cockett, είναι σχετικά σπάνιο και εκδηλώνεται με συμπτωματολογία φλεβικής στάσης ή θρόμβωσης. Παρουσιάζεται ασθενής 72 ετών υπέρτασική και παχύσαρκη, με εκτεταμένα υποτροπιάζοντα έλκη από 30ετίας παρά τη συντηρητική αγωγή και τις πολλαπλές αυτομεταμοσχεύσεις δέρματος. Η τελευταία υποτροπή έγινε μετά από επεισόδιο οξείας λεμφαγγειίτιδος. Κατά τη διερεύνηση, διαγνώστηκε το σύνδρομο συμπίεσης της αριστεράς λαγόνιου φλέβας, καθώς και πλήρης απόφραξη της αριστεράς ιγνυακής αρτηρίας. Και οι δύο παθήσεις αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με ενδαγγειακές τεχνικές. Τα έλκη επούλωθηκαν πλήρως μετά από αυτομεταμόσχευση δέρματος.

Όροι ευρητηρίου: Σύνδρομο συμπίεσης της αριστεράς λαγόνιου φλέβας, ενδαγγειακή αποκατάσταση, υπενδοθηλιακή αγγειοπλαστική.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες η ανάπτυξη των ενδαγγειακών τεχνικών αντικατέστησε τη θεραπευτική προσέγγιση σε σημαντικό αριθμό ασθενών. Ανάλογα με τη βαρύτητα των βλαβών, τα αποτελέσματα μπορεί να είναι ισότιμα ή υποδεέστερα της κλασικής χειρουργικής, επιτυγχάνονται όμως με σημαντικά μικρότερη νοσηρότητα και θνητότητα, πράγμα που μας δίνει τη δυνατότητα να θεραπεύουμε ασθενείς υψηλού κινδύνου με σημαντικά λιγότερες επιπλοκές.

Τα τελευταία χρόνια, πέρα από τις καθιερωμένες ενδαγγειακές τεχνικές, η ανάπτυξη της υπενδοθηλιακής αγγειοπλαστικής στις αρτηρίες¹⁻³ και της αγγειοπλαστικής στις κεντρικές φλέβες⁴ έχουν επεκτείνει σημαντικά τις θεραπευτικές μας δυνατότητες.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Πρόκειται για ασθενή 72 ετών, παχύσαρκη (ύψος 150cm, βάρος 82kg, BMI 36,4),



Εικόνα 1. Εκτεταμένα σπηπικά έλκη αριστεράς κνήμης πριν (A) και μετά (B) από ενδαγγειακή θεραπεία και αυτομεταμόσχευση δέρματος. Παρατηρήστε την υποχώρηση του οιδήματος.

υπερτασική με εκτεταμένα έλκη που καλύπτουν το κατώτερο ήμισυ της αριστεράς κνήμης (εικόνα 1α).

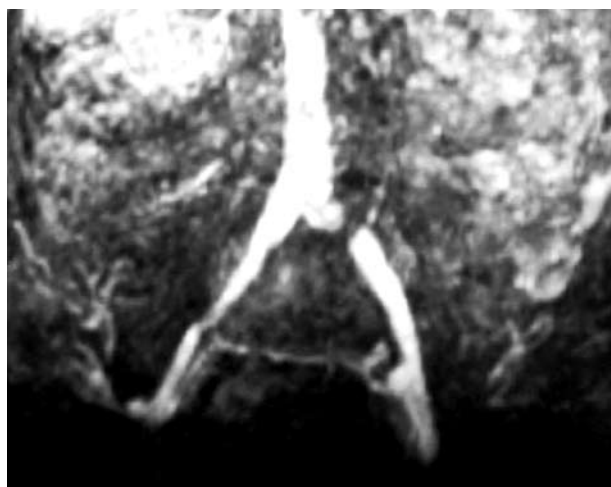
Στο ιστορικό της αναφέρονται έλκη κνημών από 30ετίας που αντιμετωπιζόνταν συντηρητικά. Αναφέρονται αυτομεταμοσχεύσεις δέρματος, 4 φορές συνολικά, διότι τα έλκη υποτροπιάζαν. Η τελευταία επιτυχής μεταμόσχευση είχε γίνει προ 12ετίας. Έκτοτε η ασθενής έφερε ελαστικά ποδεία και τα έλκη δεν υποτροπιάζαν. Δεν υπάρχει ιστορικό διαλείπουσας χωλότητας ή εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης.

Τρεις μήνες προ της εισαγωγής της, η ασθενής παρουσίασε οξύ οίδημα κνημών, λόγω οξείας λεμφαγγειίτιδος. Η φλεγμονή είχε σαν αποτέλεσμα τη νέκρωση της επιδερμίδος στο κατώτερο ήμισυ της αριστεράς κνήμης και τη δημιουργία του εκτεταμένου έλκους.

Κατά την κλινική εξέταση, διαπιστώθηκε απουσία σφύξεων και δείκτες πίεσεως 0,8 δεξιά και 0,4 αριστερά, στο εξελκωμένο κάτω άκρο. Λοιπός εργαστηριακός έλεγχος χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα πλην λευκοκυττάρωσης. Καλλιέργειες από τα έλκη ανέδειξαν *Klebsiella* και *E.coli*.

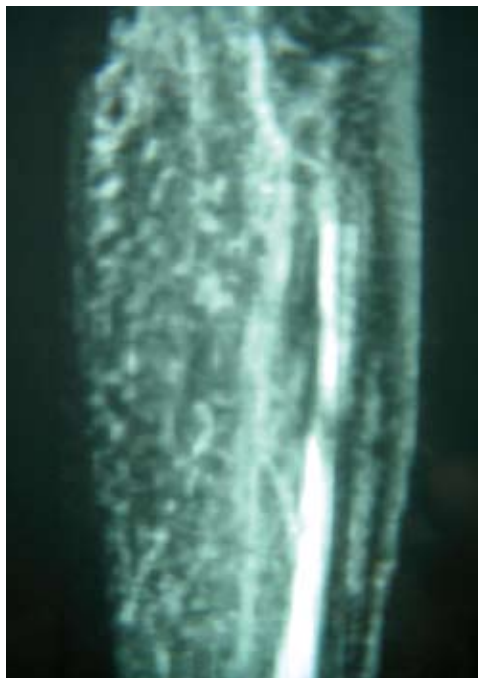
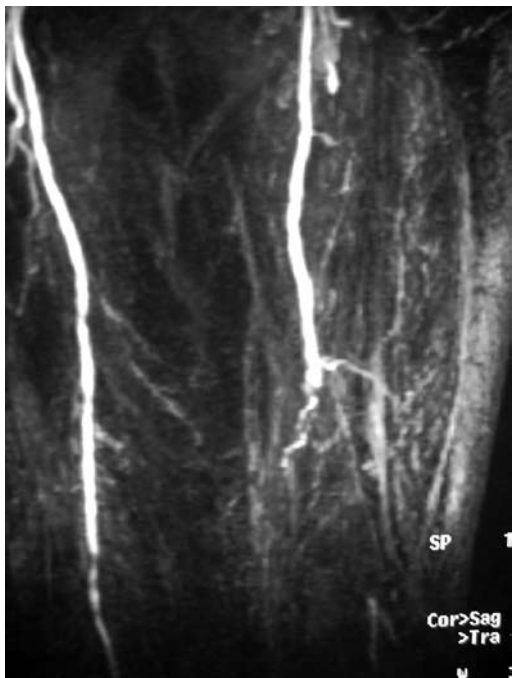
Η μαγνητική φλεβογραφία ανέδειξε δακτυλιοειδή στένωση της αριστεράς κοινής λαγόνιου φλέβας (εικόνα 2) και η μαγνητική αρτηριογραφία απόφραξη της αριστεράς ιγνυακής αρτηρίας από τον πόρο των προσαγωγών μέχρι το ύψος του γόνατος (εικόνα 3).

Αρχικά, έγινε συντηρητική αγωγή με κλινοστατισμό σε ανάρροπο θέση των σκελών, τοπική περιποίηση των ελκών και ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών (*ciproxacin* και κατόπιν *amicacin*, σύμφωνα με τις καλλιέργειες). Μετά την ολοκλήρωση των διαγνωστικών εξετάσεων



Εικόνα 2. Μαγνητική φλεβογραφία που αναδεικνύει τη δακτυλιοειδή στένωση της αριστεράς κοινής λαγόνιου φλέβας.

και τη βελτίωση της γενικής κατάστασης, η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο, όπου έγινε καθετηριασμός της επιπολής μηριαίας αρτηρίας, μετά από παρασκευή του αγγείου στο άνω τριτημόριο του μηρού και διενεργήθηκε αγγειογραφία, η οποία ανέδειξε την απόφραξη της αριστεράς ιγνυακής αρτηρίας από τον πόρο των προσαγωγών μέχρι το ύψος του γόνατος (εικόνα 4). Χρησιμοποιώντας υδρόφιλο οδηγό σύρμα (Terumo), έγινε διαχωρισμός σε όλο το μήκος της απόφραξης. Το σύρμα επανήλθε στον αυλό στην ιγνυακή αρτηρία κάτωθεν του γόνατος. Επακολούθησε διαστολή με μπαλόνι 6mm. Αρτηριογραφικός έλεγχος έδειξε πλήρη βατότητα της ιγνυακής αρτηρίας καθώς και της περονιαίας και



Εικόνα 3. Μαγνητική αγγειογραφία που αναδεικνύει την απόφραξη της αριστεράς λαγονίου φλέβας από τον πόρο των προσαγωγών μέχρι το ύψος του γόνατος.

οπίσθιας κνημιαίας αρτηρίας (εικόνα 5).

Η μηριαία φλέβα παρακεντήθηκε στη βουβωνική περιοχή και έγινε φλεβογραφία η οποία ανέδειξε μερική απόφραξη της αριστεράς λαγονίου φλέβας και ανάπτυξη παράπλευρου δικτύου (εικόνα 6). Έγινε διεκβολή υδρόφιλου οδηγού σύρματος προς την κάτω κοίλη φλέβα και ακολούθησε αγγειοδιαστολή με μπαλόνι και νάρθηκα (Baloon expandable stainless steel stent omnilink 10/38). Φλεβογραφικός έλεγχος έδειξε ικανοποιητική βεβαιότητα της κοινής λαγονίου και «εξαφάνιση» του παράπλευρου δικτύου (εικόνα 7).

Μετά τις ενδαγγειακές παρεμβάσεις υπήρξε βελτίωση του κνημοβραχιόνιου δείκτη πίεσεως από 0,4 σε 0,9 και θεαματική υποχώρηση του οιδήματος. Το έλκος άρχισε να σαρκοφυεί και όταν η τοπική κατάσταση κρίθηκε ικανοποιητική έγιναν αυτομεταμοσχεύσεις δέρματος. Η επούλωση των ελκών ήταν πλήρης (εικόνα 1β).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το σύνδρομο συμπίεσης της αριστεράς λαγονίου φλέβας αναφέρεται για πρώτη φορά το 1908 από τον Mc Murrich⁵. Ωστόσο, η πλήρης περιγραφή του συνδρόμου έγινε από τους May και Thurner⁶ και κυρίως τον Cockett⁷.

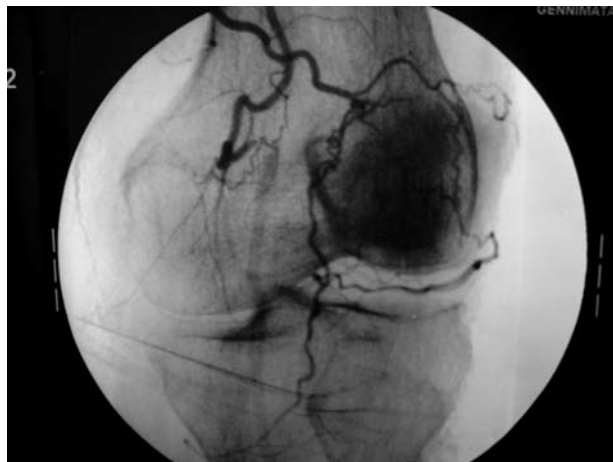
Εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες 20-30 ετών και είναι σχετικά σπάνιο⁸. Συνήθως η στένωση στην κεντρι-

κή μοίρα της αριστεράς λαγονίου φλέβας προκαλείται από τη συμπίεσή της από τη δεξιά λαγονία αρτηρία και προκαλεί βλάβες τοπικά (διαφραγμάτια, υμμένα), που εκτός από τη στένωση μπορεί να προκαλέσουν θρόμβωση της φλέβας^{8,9}. Σε ποσοστό 15%, εμφανίζεται και στένωση της αριστεράς έξω λαγονίου φλέβας και σπανιότερα στένωση των δεξιών λαγονίων φλεβών¹⁰. Καλοήθεις ή κακοήθεις όγκοι, κύστεις, ανευρύσματα ή οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση μπορεί επίσης να συμπίεσουν τη φλέβα και απαιτείται διαφοροδιάγνωση⁸.

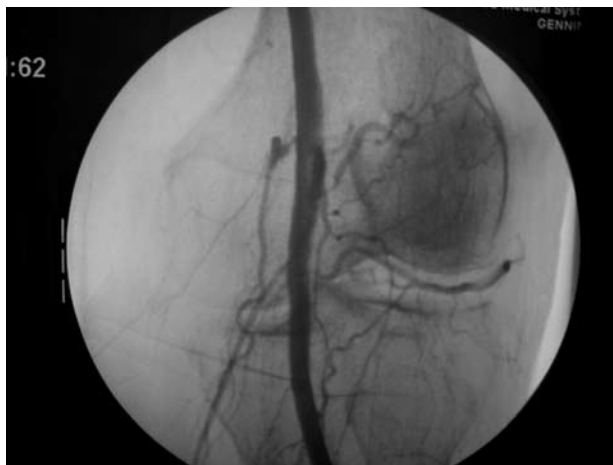
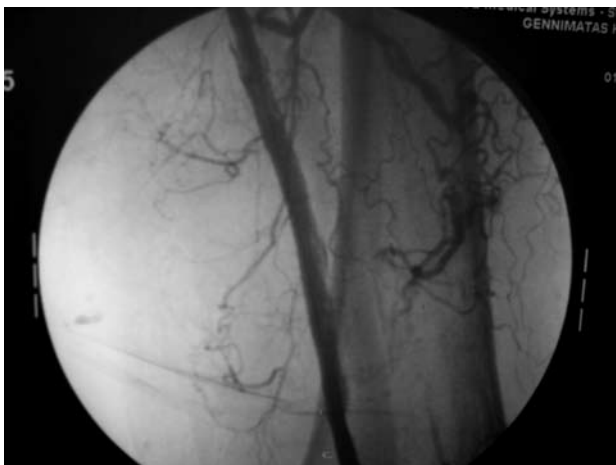
Η αντιμετώπιση του συνδρόμου είναι επεμβατική¹¹. Έχουν προταθεί κατά καιρούς διάφορες μέθοδοι, όπως η ενδοφλεβεκτομή με εκτομή δακτυλίων και υμενίων και σύγκλιση με φλεβικό εμφύσημα, τοπική συμφυσίωση ή/και απελευθέρωση της φλέβας με διατομή της δεξιάς λαγονίου αρτηρίας και επανασυρραφή της πίσω από τη φλέβα, φλεβική θρομβεκτομή ή διασταυρούμενη φλεβική παράκαμψη¹¹⁻¹⁴.

Τα τελευταία χρόνια η ενδαγγειακή αντιμετώπιση με αγγειοδιαστολή και τοποθέτηση ενδονάρθηκα προτείνεται σαν μέθοδος εκλογής για την αντιμετώπιση του συνδρόμου, διότι συνδυάζει ένα καλό αποτέλεσμα με ελάχιστη επιβάρυνση του ασθενούς^{4,8,15}.

Στην περίπτωση που περιγράψουμε, δεν υπήρξε θρόμβωση, οπότε επιλέξαμε ενδονάρθηκα (stent) μικρού μήκους (38mm) επαρκή για να καλύψει τη βλάβη και διαμέτρου 10mm, ώστε να εξασφαλιστεί η διάνοι-



Εικόνα 4. Διεγχειρητική αγγειογραφία που αναδεικνύει την απόφραξη της αριστεράς ιγνυακής αρτηρίας από τον πόρο των προσαγωγών μέχρι το ύψος του γόνατος. Διακρίνεται αμυδρά σκιαγράφιση της περιφερικής ιγνυακής αρτηρίας.



Εικόνα 5. Διεγχειρητική αγγειογραφία που αναδεικνύει τη διάνοιξη της αποφραγμένης ιγνυακής αρτηρίας μετά από υπενδοθηλιακή αγγειοπλαστική.

ξη της φλέβας χωρίς κίνδυνο ρήξεως. Το stent ήταν «φορτωμένο» σε μπαλόνι έτσι ώστε κατά τη διάνοιξή του να προσκολληθεί στα τοιχώματα της φλέβας και να μη διαφύγει κεντρικά. Ακτινολογικά, εκτός από την αποκατάσταση της βατότητας της λαγονίου φλέβας, «εξαφανίστηκε» η παράπλευρη φλεβική κυκλοφορία (εικόνα 7). Η κλινική βελτίωση ήταν άμεση, με πλήρη υποχώρηση του οιδήματος. Βέβαια, η αιτιολογία του έλκους, παρότι πιθανότατα ήταν μόνο φλεβική προ 30ετίας, έγινε και αρτηριακή τα τελευταία χρόνια, λόγω αθηροσκληρωτικής απόφραξης της ιγνυακής αρτηρίας. Κλασική παρακαμπτήριος μηροϊγνυακή παράκαμψη θα έπρεπε να γίνει σε ένα δυνητικά σπητικό περιβάλλον,

με χρήση της μείζονος σαφηνούς, αν ήταν κατάλληλη. Κλασική ενδαγγειακή αποκατάσταση ήταν αδύνατη, διότι η απόφραξη της κεντρικής ιγνυακής αρτηρίας ήταν πλήρης. Έτσι, επελέγη η υπενδοθηλιακή αγγειοπλαστική, της οποίας τα αποτελέσματα ήταν ικανοποιητικά τόσο ακτινολογικά όσο και κλινικά (εικόνα 5).

Η τεχνική της υπενδοθηλιακής αγγειοπλαστικής εισήχθη από τον Bolia το 1989¹ και συνιστάται κυρίως σε ασθενείς όπου δεν μπορούν ή δεν ενδείκνυται να εφαρμοστούν οι «κλασικές» χειρουργικές ή ενδαγγειακές μέθοδοι. Σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες μελέτες, σε ασθενείς με κρίσιμη ισχαιμία η πρωτογενής βατότητα ήταν 45-55% στους 12 μήνες και 25-40% στους 36



Εικόνα 6. Διεγχειρητική φλεβογραφία που αναδεικνύει τη δακτυλιοειδή στένωση της αριστεράς κοινής λαγονίου φλέβας και παράπλευρο δίκτυο.



Εικόνα 7. Διεγχειρητική φλεβογραφία που αναδεικνύει τη διάνοιξη της αριστεράς κοινής λαγονίου φλέβας, μετά από αγγειοδιαστολή και τοποθέτηση ενδονάρθηκος (stent) και την «εξαφάνιση» του παράπλευρου δικτύου.

μήνες. Η δευτερογενής βατότητα ήταν 66-76% στους 12 μήνες και 50-66% στους 36 μήνες. Διάσωση σκέλους επιτεύχθηκε στο 75% των ασθενών με μέση παρακολούθηση 36 μηνών²⁻³.

Συμπερασματικά, χάρη στις νεότερες ενδαγγειακές παρεμβάσεις τόσο στις αρτηρίες όσο και στις φλέβες επιτεύχθηκε ένα καλό θεραπευτικό αποτέλεσμα με ελάχιστη επιβάρυνση μιας παχύσαρκης ηλικιωμένης ασθενούς.

ABSTRACT

Endovascular treatment of leg ulcers due to arterial and venous disease in a high risk patient

Christopoulos D, Pitoulias G, Tachtsi M, Vlachakis G, Fykatas P, Papadimitriou D

B' Surgical Department, Vascular Unit, University of Thessaloniki, "G. Gennimatas" General Hospital, Thessaloniki, Greece.

The left iliac vein compression syndrome, or May-Thurner/Cockett syndrome, is a relatively rare condition expressed with symptoms of venous stasis or thrombosis.

We present a case of a 72 years old overweight and hypertensive patient admitted with extensive leg ulcers after bilateral acute cellulitis not responding to outpatient treatment. There was history of recurrent

leg ulcers since 30 years, treated conservatively and with skin transplants several times. Complete occlusion of the left popliteal artery and compression of the left common iliac vein was revealed. The occlusion of the popliteal artery was treated successfully with subintimal angioplasty and the common iliac vein compression with angioplasty and stenting. Edema recovered, the condition of the ulcers improved and complete healing was achieved after skin autotransplantations.

Key words: Left Iliac vein compression syndrome, endovascular treatment, subintimal angioplasty.

Διεύθυνση αλληλογραφίας

Δ. Χριστόπουλος
Μητροπόλεως 18, 59 624 Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 2310-344891, 6945-973255
E-mail: dechrist@otenet.gr

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Bolia A, Brennan J, Bell PR. Recanalisation of femoro-popliteal occlusions: improving success rate by subintimal recanalisation. *Clin Radiol* 1989; 40(3):325.
2. Scott EC, Biuckians A, Light RE, Burgess J, Meier GH, Panneton JM. Subintimal angioplasty: our experience in the treatment of 506 infrainguinal arterial occlusions. *J Vasc Surg* 2008; 48:878-84.
3. Alexandrescu V, Humbermont G, Phillips Y, Guillaumie

- B, et al. Combined primary subintimal and endoluminal angioplasty for ischemic inferior limb ulcers in diabetic patients: 5-year practice in a multidisciplinary "diabetic-foot" service. Eur J Vasc Endovasc Surg 2009. In press.
4. Neglen P, Hollis KC, Olivier J, Raju S. Stenting of the venous outflow in chronic venous disease: Long term stent related outcome, clinical and hemodynamic result. J Vasc Surg 2007; 46:979-90.
 5. Mc Murrich JP. The occurrence of congenital adhesions in the common iliac vein and their relation to thrombosis of the femoral and iliac veins. Am J Med Sci 1908; 135:342-26.
 6. May R, Thurner J. The cause of the predominantly sinistral occurrence of thrombosis of the pelvic veins. Angiology 1957; 8:419-28.
 7. Cockett FB, Thomas ML. The iliac compression syndrome. Br J Surg 1965; 52:816-21.
 8. Neglen P, Raju S. Endovascular treatment of chronic occlusions of the iliac veins and the inferior vena cava. In Rutherford RR: Vascular Surgery, Elsevier Saunders 2005; 2321-32.
 9. Negus D, Fletcher EWL, Cockett FB, Thomas ML. Compression and band formation at the mouth of the left common iliac vein. Br J Surg 1968; 55:369-74.
 10. Neglen P, Berry MA, Raju S. Endovascular surgery in the treatment of chronic primary and post-thrombotic iliac vein obstruction. Eur J Vasc Endovasc Surg 2000; 20:560-71.
 11. Glovinszki P, Cho JS. Surgical treatment of chronic deep venous obstruction. In Rutherford RR: Vascular Surgery, Elsevier Saunders, 2005; 2303-2320.
 12. Dale A. The swollen leg. Current problems in Surgery. September 1973.
 13. Akers DL, Creado B, Hewitt RL. Iliac vein compression syndrome: Case report and review of the literature. J Vasc Surg 1996; 24:477-81.
 14. Alimi VS, Di Mauro P, Fabre D, Juhan C. Iliac vein reconstruction to treat acute and chronic venous occlusive disease. J Vasc Surg 1997; 25:673-81.
 15. Raju S, Owen S, Neglen P. The impact of iliac venous stents in the management of chronic venous insufficiency. J Vasc Surg 2002; 35:8-15.



Βασιλείου Σπύρος
(1902-1985)
«Το Γαλαξίδι», 1951,
15,4x12,4 εκ.
ΞΥΛΟΓΡΑΦΙΑ