

# Řešení varixů DK se zaměřením na nesafénové zdroje

Petr Pták, Martin Holý

Chirurgické a interní oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

## Řešení varixů DK se zaměřením na nesafénové zdroje ??

Obtížné

Opakované – recidivy nepravé

Multioborové

Omezeně úspěšné

**Uváděné příčiny recidiv:** nízký podvaz VSM, neúplný stripping VSM, samostatný odstup VSAc, H varianta, insuficience perforátorů, insuficience hlubokého žilního systému, neovaskularizace ...

**Méně často uváděné příčiny:**

reflux z perforátorů pánve při pánevním žilním onemocnění– kongestivní syndrom

**Pánevní kongesce** je zvláštní forma chronického žilního onemocnění postihující ženy.

Definována je jako klinicko-anatomický syndrom charakterizovaný chronickou pánevní bolestí, perineálním dyskomfortem, mikčnými obtížemi a postkoitální bolestí, které jsou způsobeny ovariálním a/nebo pánevním žilním refluxem a/nebo obstrukcí.

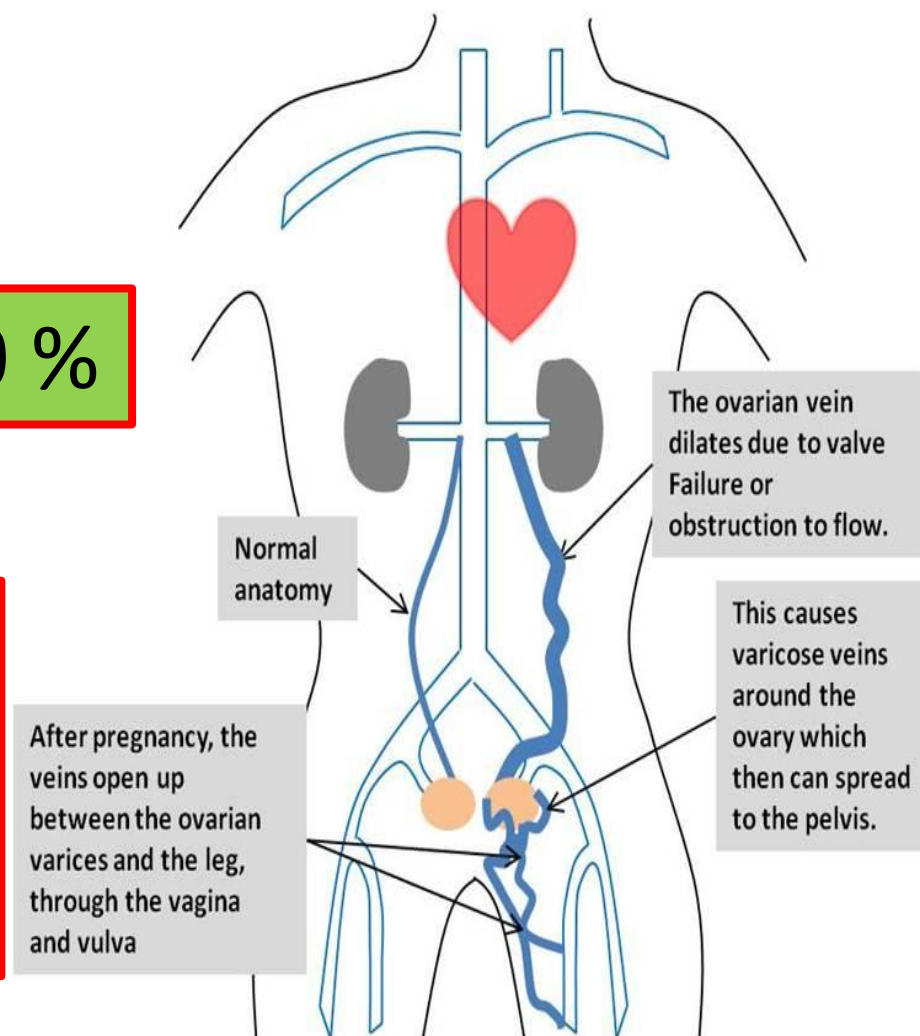
**Chronická venózní insuficience s přítomností funkčních a morfologických změn**

# Jak časté je pánevní žilní onemocnění ?

5 – 7 % žen

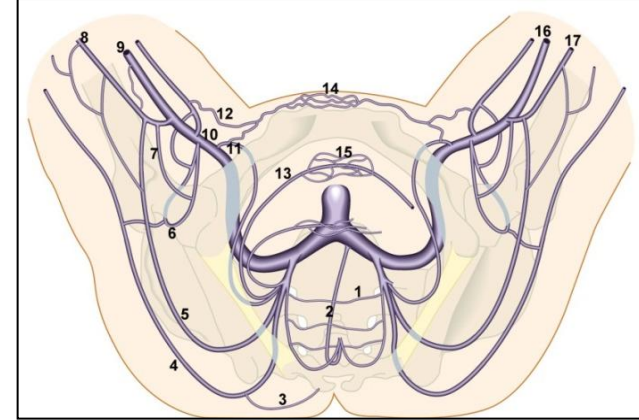
Nediagnostikováno > 70 %

30 % pánevních bolestí  
=  
pánevní varixy



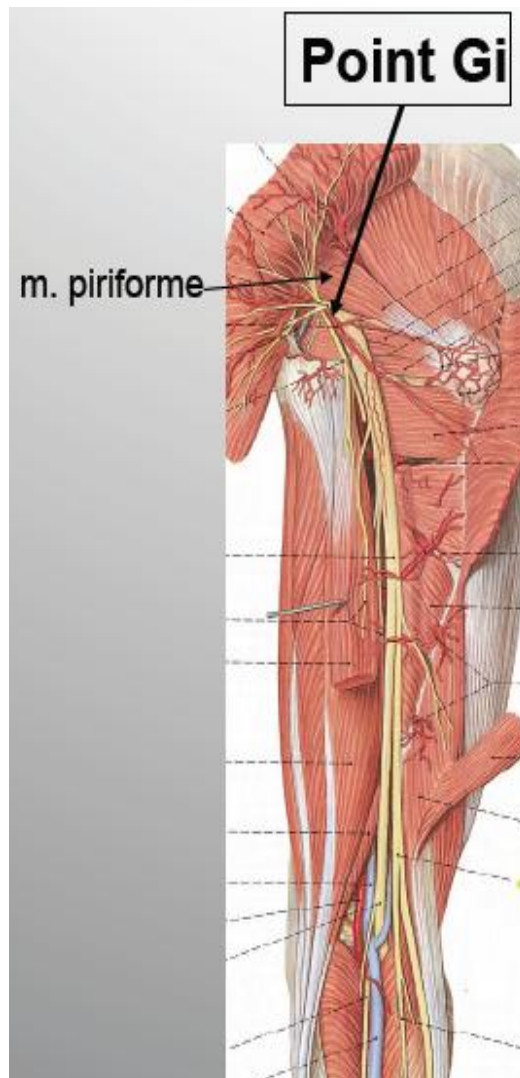
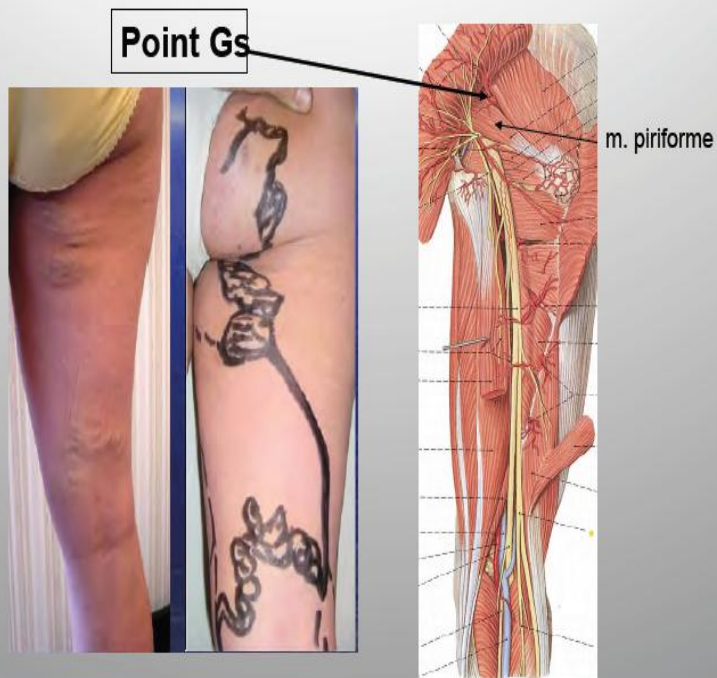
# Refluxní body - perforátory

Povodí vnitřní ilické žíly



- Gluteální horní perforátor – zdroj hýžděových varixů
- Gluteální dolní perforátor – zdroj hýžděových, ischiadických a zadních stehenních varixů
- Perineální perforátor – zdroj zadních perineálních varixů
- Inguinální perforátor - zdroj tříselných a labiálních varixů
- Obturatorní
- Klitoridální perforátor – zdroj vulvárních a předních perineálních varixů

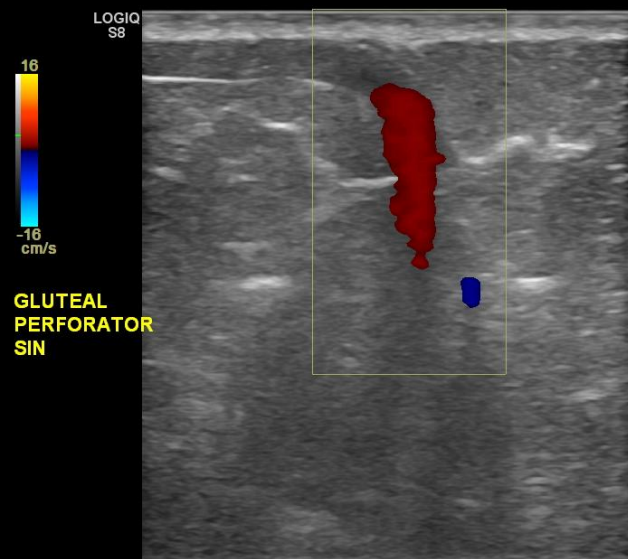
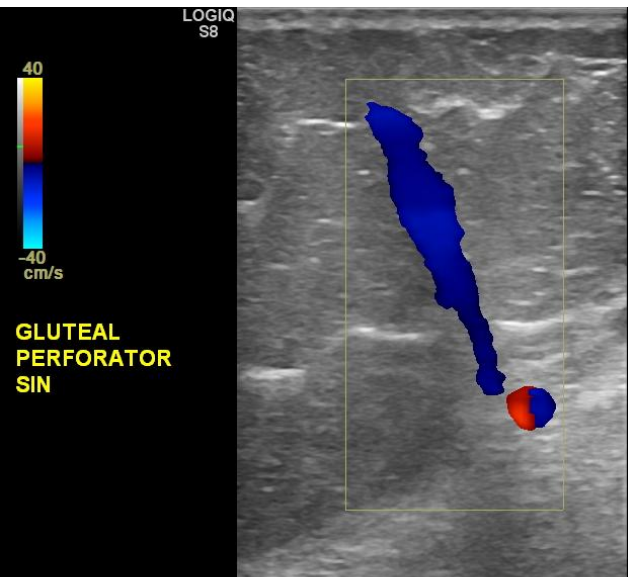
# Refluxní bod gluteální



**Ischiadické varixy**



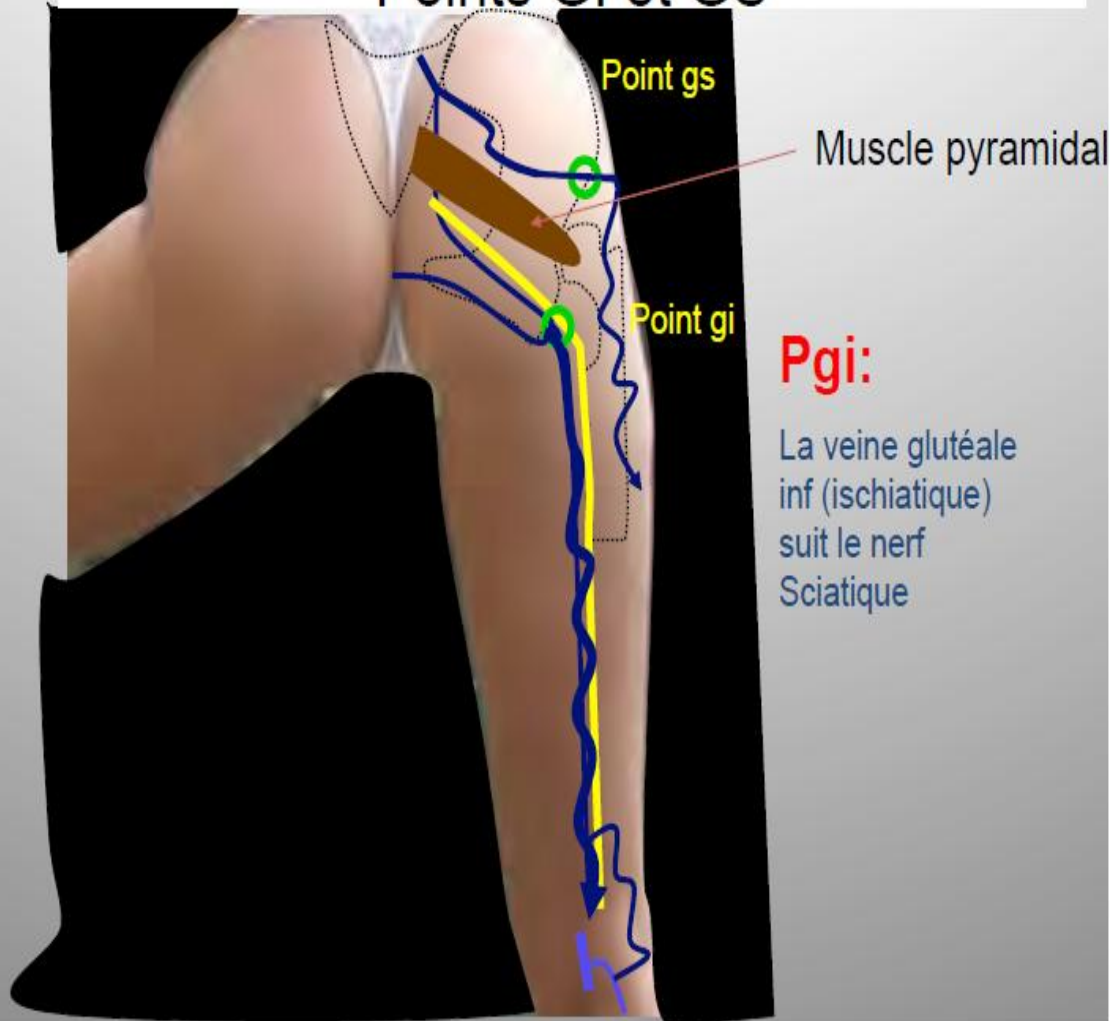
# Gluteální/kyčelní varixy



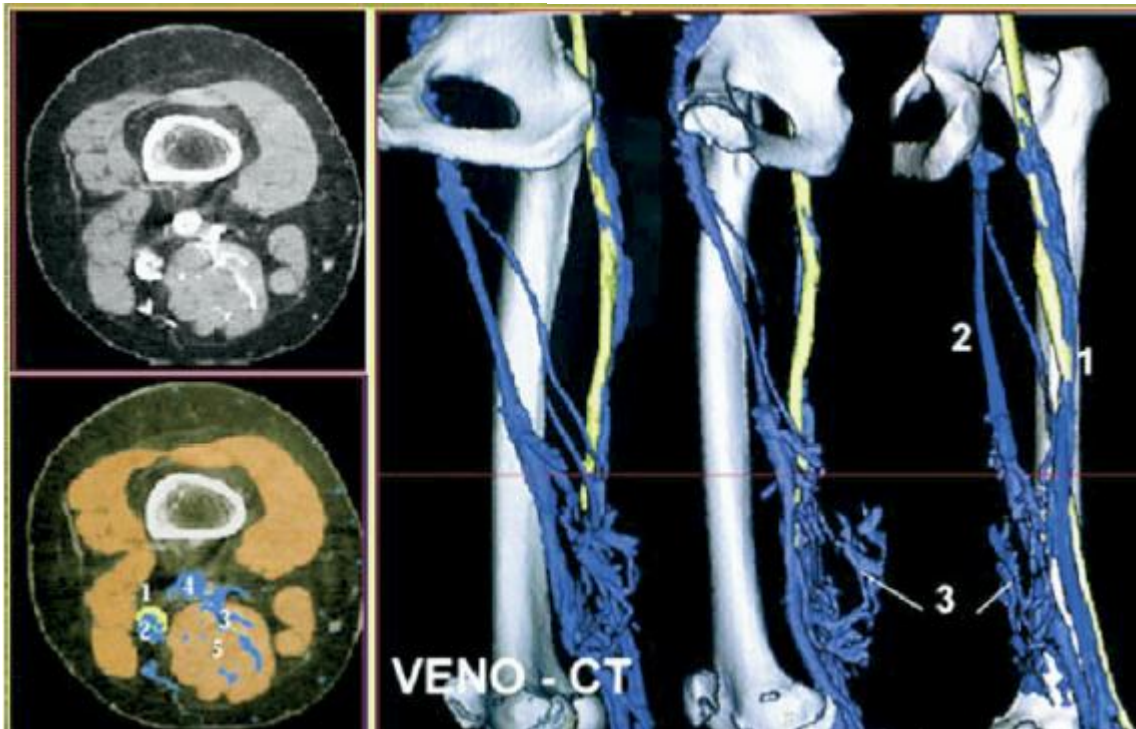
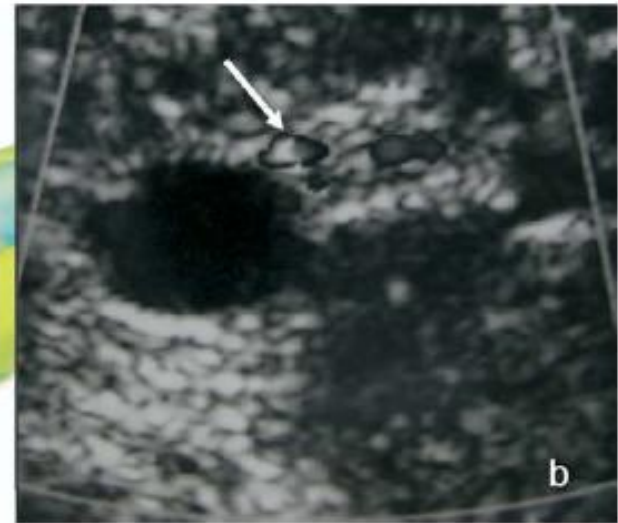
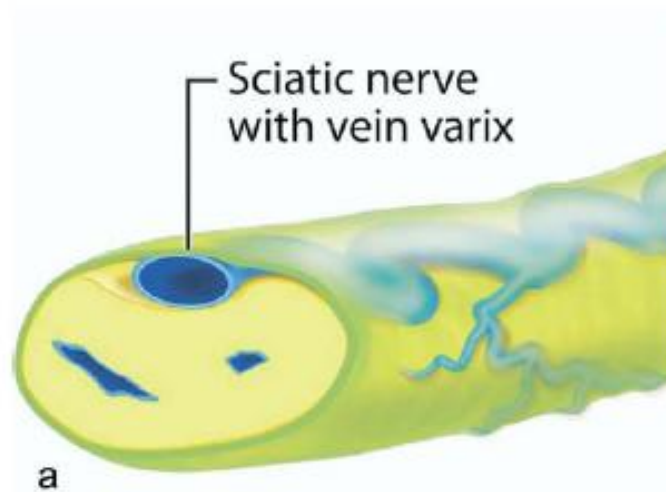
Horní gluteální  
perforátor



## Points GI et GS



# Varixy ischiadické



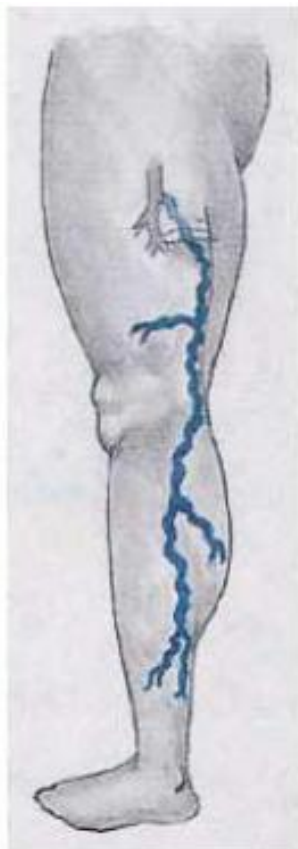
# Vznik refluxních segmentů

- V. glutea superior – v. cirkumflexa ilium superficialis
  - V. glutea infer. – v. intersafena femoris (Giacomini) – kraniální
  - extenze VSP
  - V. glutea infer. – perzistující v. ischiadica nebo v. femoris
  - dorzalis
  - V. pudenda int.- v. pudenda externa - VSM
  - V. obturatoria – v. profunda femoris
  - Vv. ligament. teres uteri – přítoky SFJ
- 
- *Varixy „typické“ pro pánevní žilní onemocnění, ale každý může mít jiný původ – jiný zdroj refluxu*
  - *Vulvární, obturatorní a hýžděvě varixy bývají skryté, bolestivost v premenstruačním období*
  - *Po lok. operačním řešení ev. sklerotizaci rychle recidivují*

# Refluxní segmenty DK



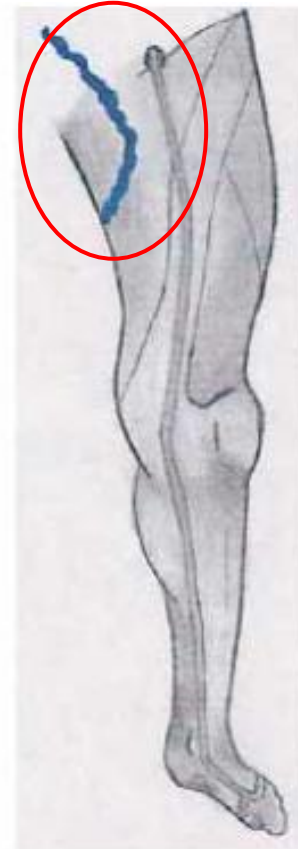
Gluteal V



Posterolateral  
thigh perforator V



Vulvar V



# Klinika – varixy

## **Varixy atypické nebo recidivující**

- Vulvární/perineální
- Hýžděové/ischiadické
- Hypogastrické/tříselné
- Safenové (*vzácně*)



# Terapie chirurgická

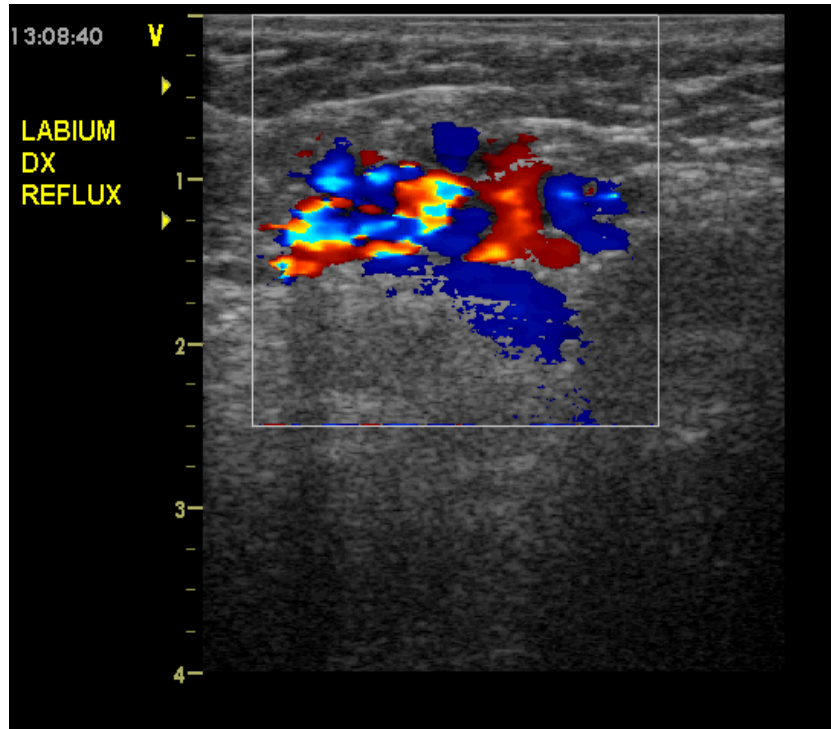
- Ligace ovarických žil popř. v. ilica int. (*OP nebo laparoskopicky*)
- Transpozice - dekomprese renální žíly
- Renokavální bypass (ovarikokavální anastomóza)
- Externí stentování v. renalis sin (*PTFE prstenec*)
- Flebektomie, ligace perforátorů – refluxních bodů
- Laparoskopická skleroterapie/ligace pánevních žil
- Chirurgické obvyklé výkony na varixech DK
- **Extrakce embolizačního materiálu**

## Vlastní zkušenosti

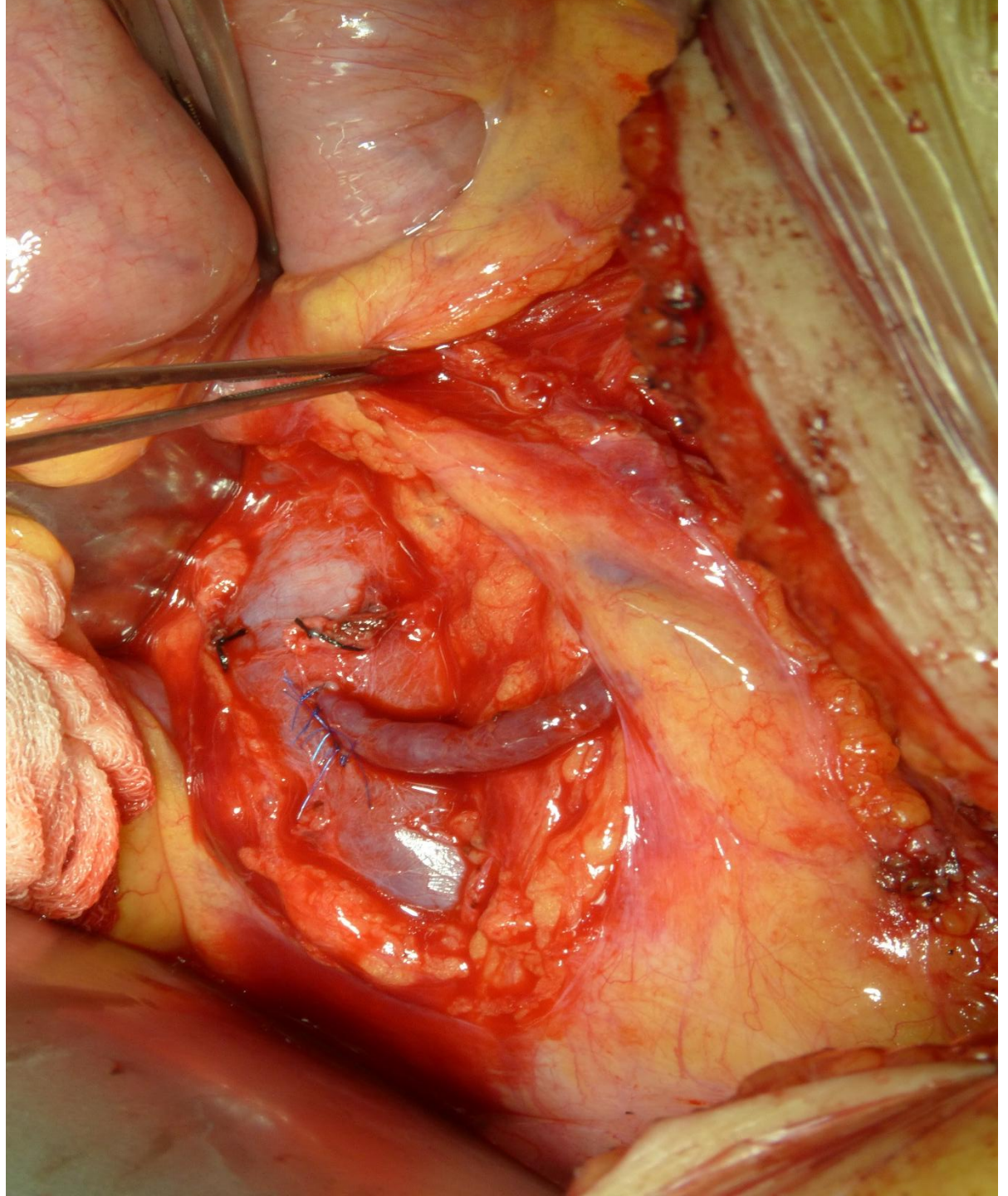
- dekomprese (eliberace) levé renální žíly - 1 x
- ligace ovarické žíly s eliberací v. renalis sin. -1x
- reno-kavální žilní bypass (ovarikokavální anastomóza) - 2 x
- ligace extrapelvických spojek - 2 x
- **extrakce embolizačního materiálu – 1x**

Nebyli jsme nuceni provést transpozici renální žíly

# Inguinální perforátor – ligace



Ovarikokavální bypass



# Kazuistika

KS, žena nar. 1999

## **Anamnéza:**

1. Klippel-Trénaunay sy. v.s.
2. Mayův-Thurnerův sy.
3. Difúzní retikulární varixy oboustranně
4. Ložisko v podkoží L stehna- hemangiom
5. Perzistující v. ischiadica vpravo s masivním refluxem do VSP
6. Těžce insuficientní stehenní perforátor vpravo (v.s. sekundární postižení jako distální insuf. bod pro drenáž ischiadického refluxu.)

2012

Věk: 13 let



Řešení ??

Chirurgicky ? Jak intenzivně ?

Endovaskulárně – EVLA ?, radiofrekvence ?, lepidlo ??

Embolizace ? Skleroterapie ?

O P E R A C E: 9/2013 - PDK

Preparace v. ischiadica podle zákresu  
kraniálně od popliteální jámy

Žíla je uložena subfasciálně, má průměr 4 - 5 mm.

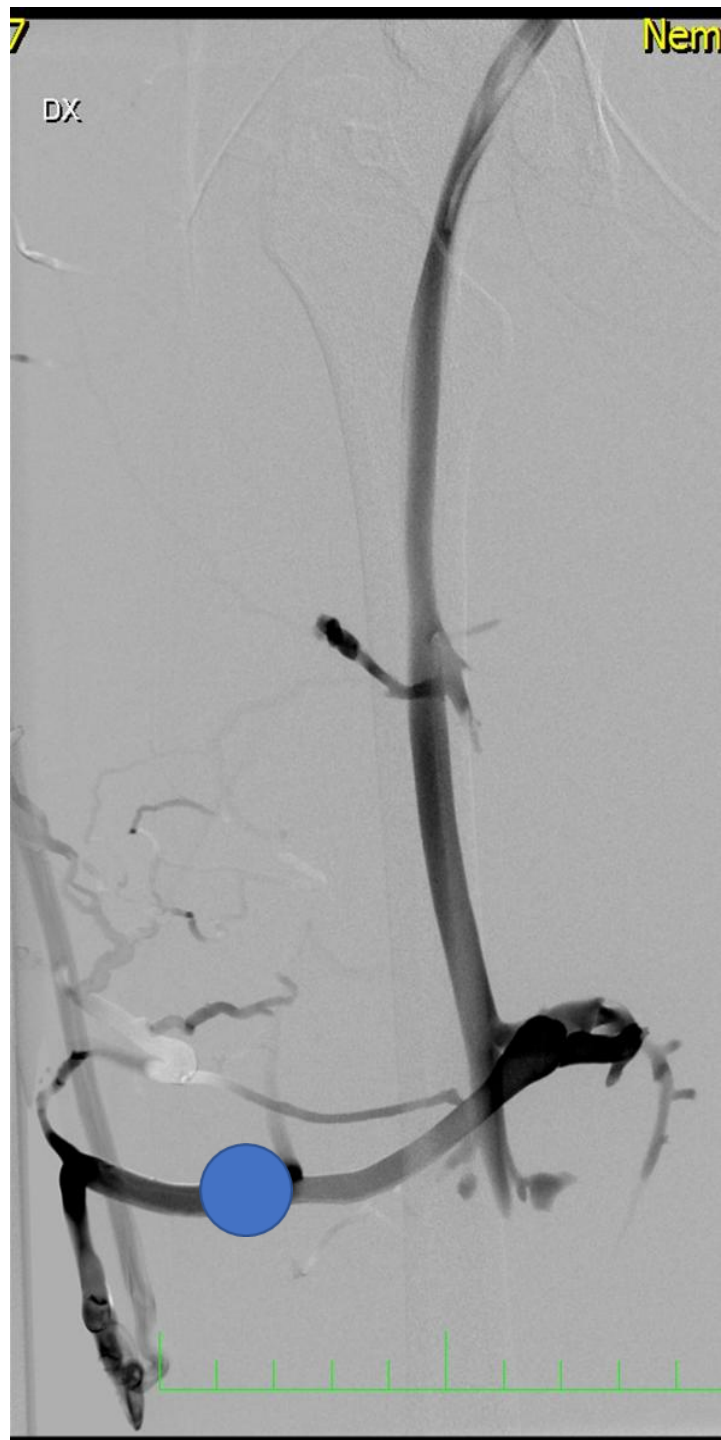
Ligujeme ve vstupu mezi stehenní svaly.  
Invaginační stripping do poloviny bérce

Dále ligujeme zakreslený  
gastroknemický perforátor. Flebectomie  
křehkých varixů v povodí VSP

5/2015 - LDK

Exstirpace benigního hemangiomu L stehna

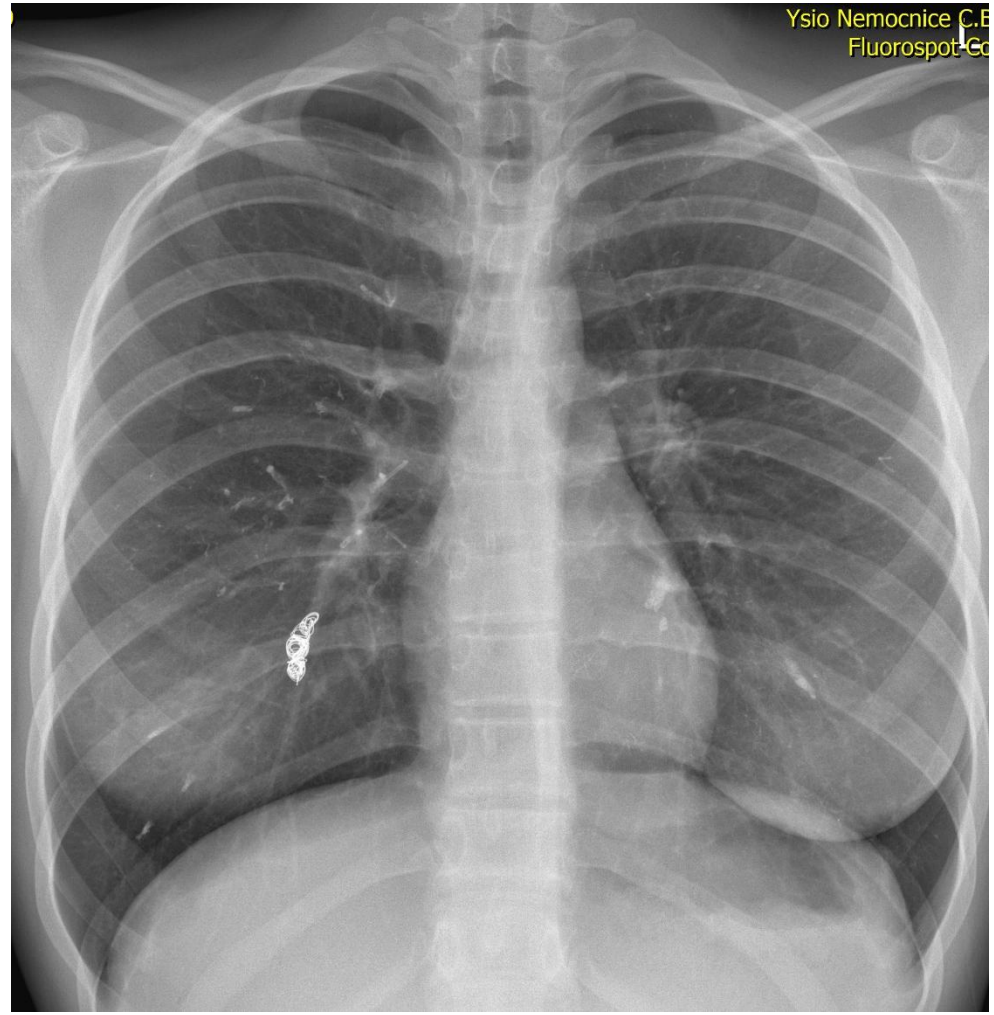
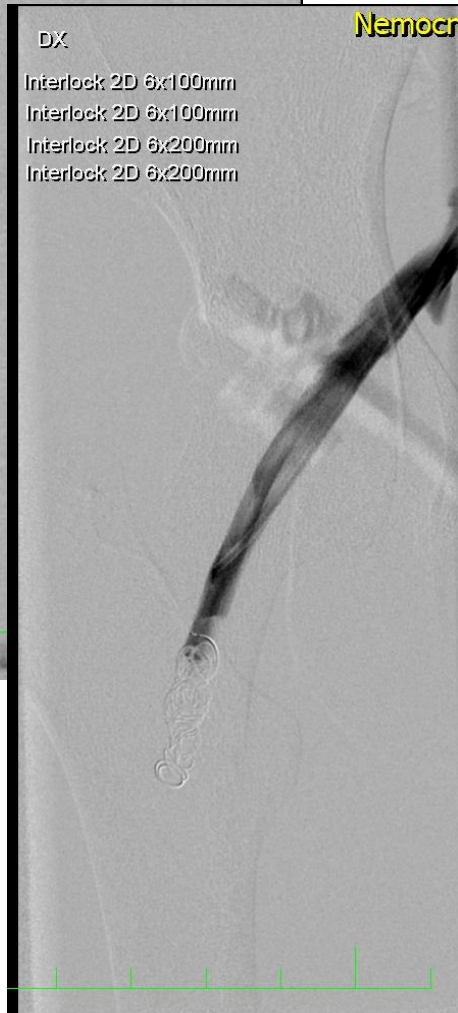
Gravidita, abortus... absence kontrol ze stany pacientky



3/2017 embolizace ischiadické žíly vpravo

– přechodné zlepšení

3/2018 druhá embolizace, reflux redukován,  
žilní proud přerušen v místě embolizace,  
kraniálně i distálně je žíla průchodná.



Kontrola 4/2022

Typické potíže venózní insuf. C 4a, regrese potíží  
vpravo

Nově - vlevo varikózní žíla zadní strany stehna a bérce

Cyclo 3 Fort 2-0-1

Gutron 2,5 mg dle potřeby (alfa-sympatomimetikum)

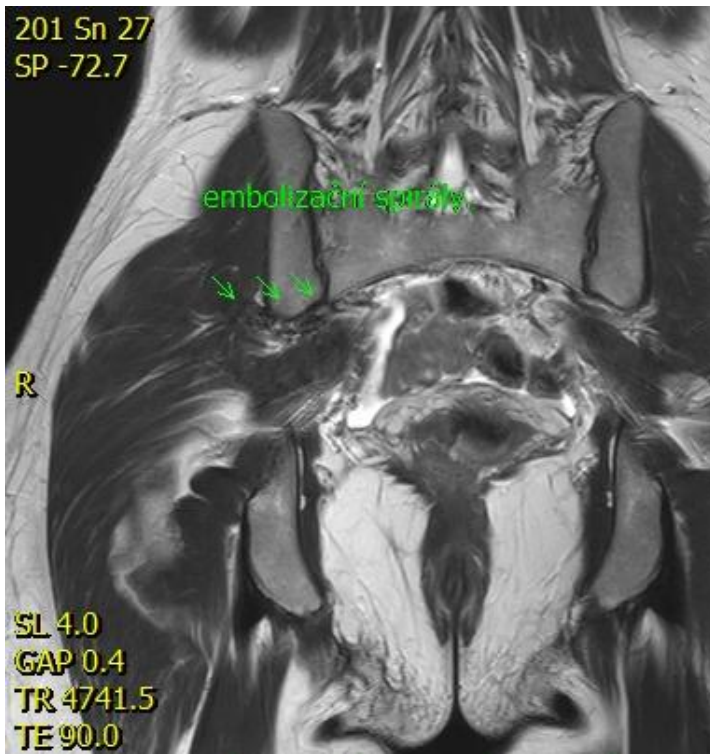
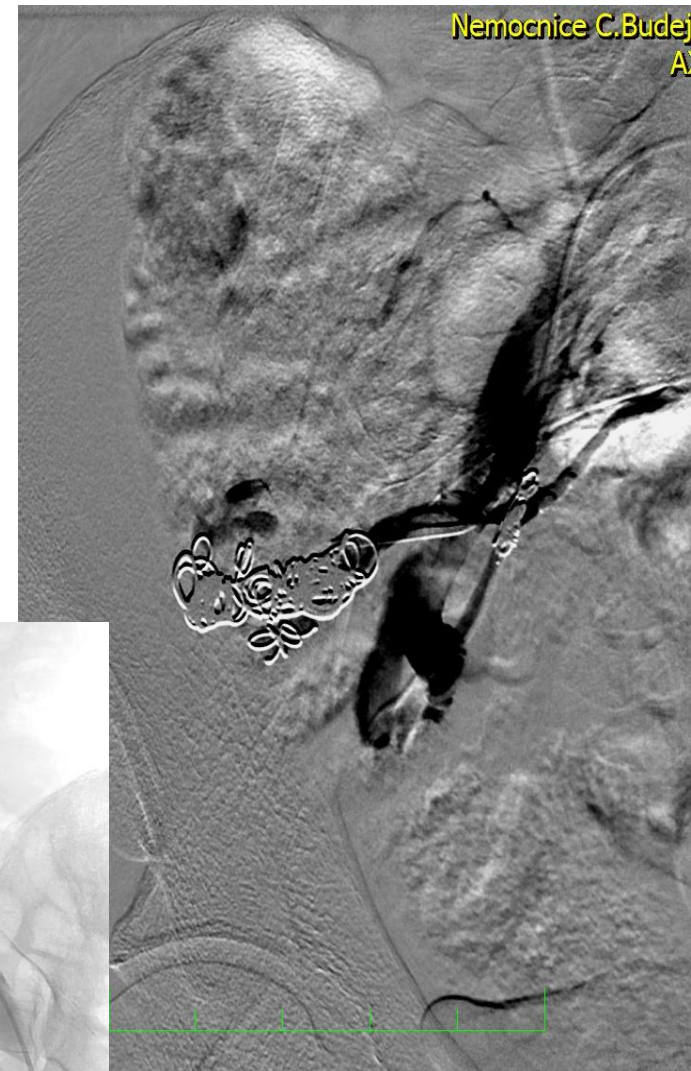
Komprese

**Pacientka J. L. \*1980 (39 let v době výkonu)**

Syndrom pánevní kongesce, atypický, bolesti  
páteřní/presakrální

Angiolog žádá invazivního radiologa o **aplikaci**  
embolizačního materiálu do varikózního venózního  
refluxu v. glutea infer. – dochází k vyřešení refluxu.  
(11/2018)

Neurovaskulární konflikt – tlak embolizačního  
materiálu na n. ischiadicus



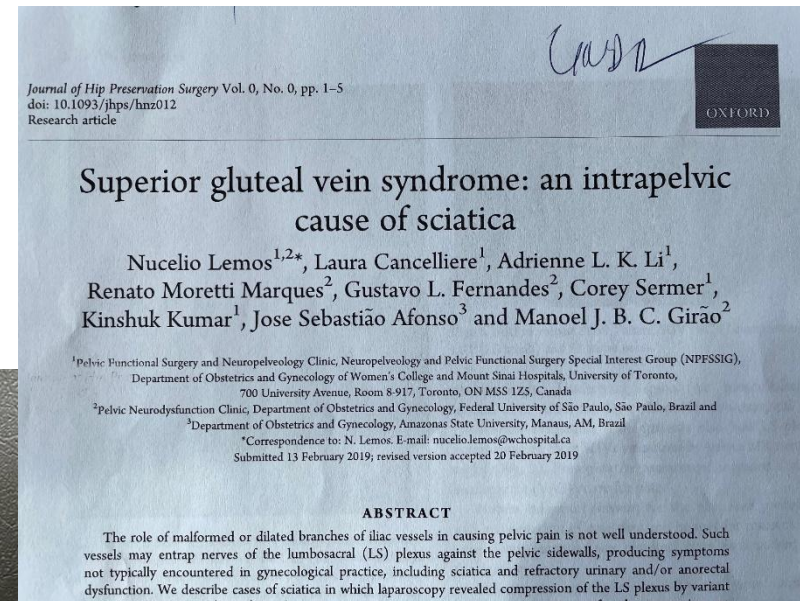
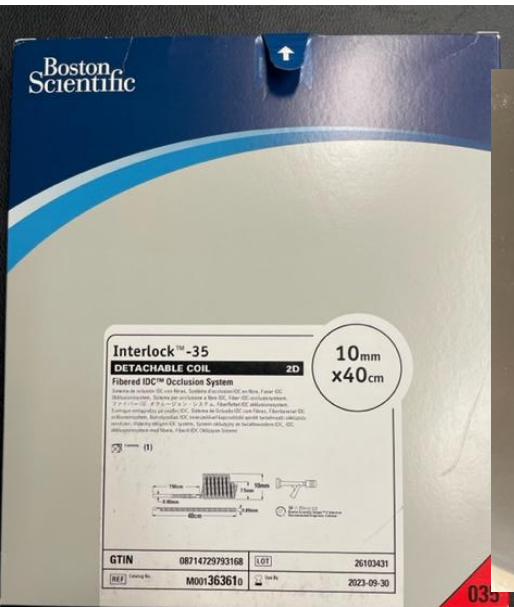
Angiolog žádá chirurga o **extrakci** embolizačního materiálu

Komplikace výkonu nebo vícevrstevné - vícedobé léčení pacientky ??

Lze očekávat více podobných nežádoucích efektů ?

Další možné komplikace sekundárně prováděných chirurgických výkonů v chirurgicky neobvyklých oblastech ??

Forenzní dopady ??



OPERACE 1.6. 2019



Pooperačně úleva od mechanického  
dráždění n. ischiadicus

## Další osud pacientky

---

Vyšetřena v Anglii a Německu – reflux obou v. ilica int.

10/2021 ligace vnitřní ilické žíly oboustranně FN Královské Vinohrady (P. Baláž)

Poslední kontrola 19. 1. 2022:

Subj.: páteřní a presakrální bolesti s propagací do L hýždě trvají s dočasnými remisemi po zmíněných výkonech. Endovaskulární intervence žil není již představitelná.

UZ: bez refluxu žilního. Není morfologické vysvětlení pro bolesti v L hýždě.  
Dále konzervativně.

# Závěr

- ❑ Významné % recidiv (s časem narůstá) při pánevním žilním onemocnění je chirurgem obtížně ovlivnitelné až kauzálně neovlivnitelné

Prevence ???? - informovanost pacientů již před výkonem

- ❑ Přístup k pacientům s recidivou – vstřícný, objektivní, reálný - ne přehnaně optimistický (re-rekurence)
- ❑ Nové chirurgické miniinvazivní metody vnesly do chirurgie varixů mnoho nového – nemohou významně zasáhnout do nesafénových „nepravých recidiv“ varixů DK (cca 10 %)
- ❑ Miniinvazivní endovenózní radiologické přístupy jsou schopné částečně řešit reflux pánevních žil



Děkuji za pozornost