



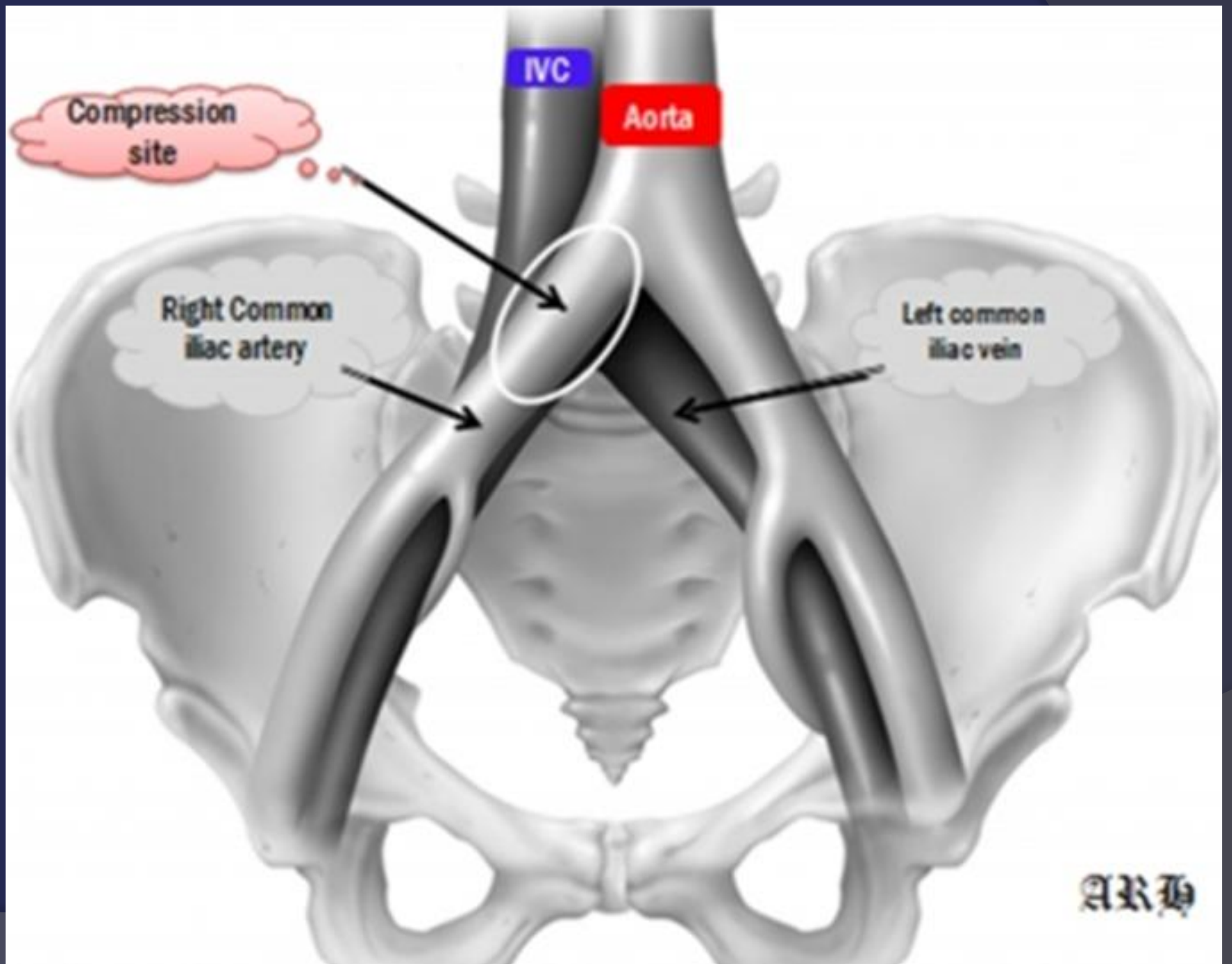
HỘI CHỨNG MAY - THURNER BÁO CÁO 2 CA LÂM SÀNG

Bs Nguyễn Nghiệp Văn
Medic Medical Center, HCMC



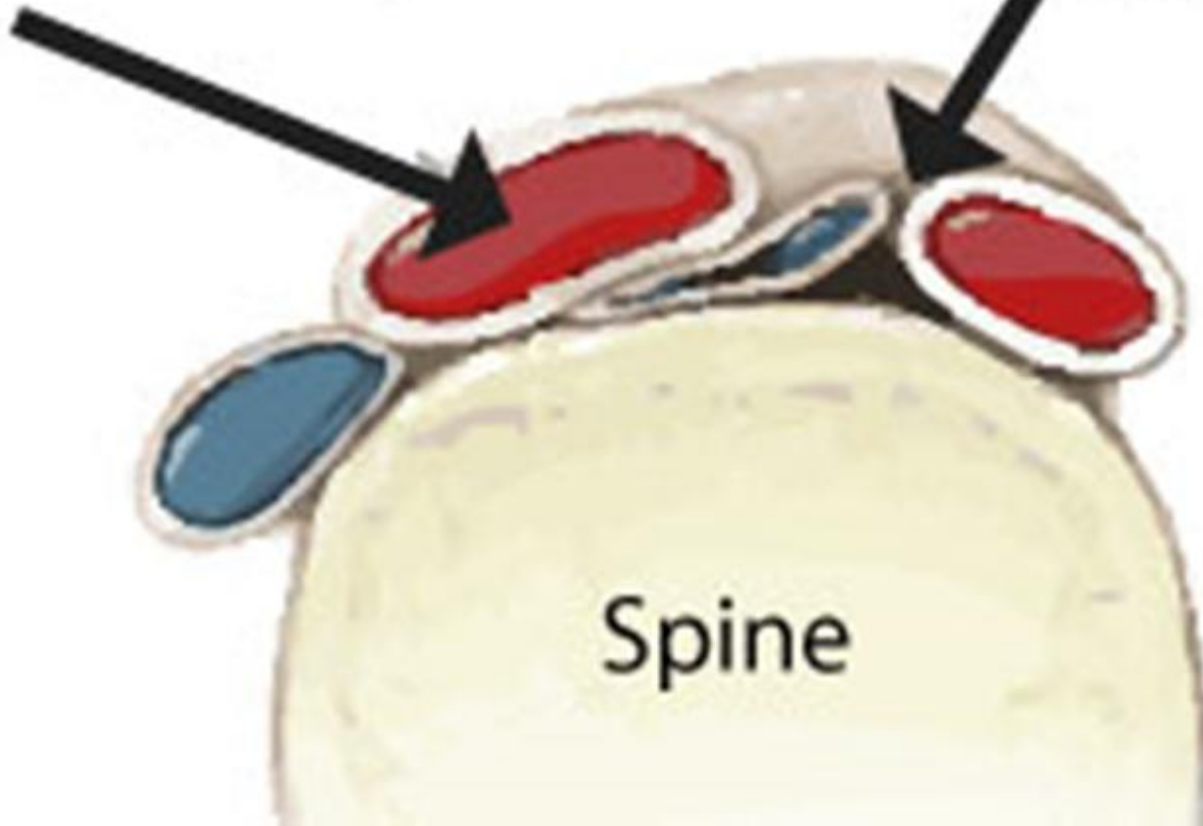
Hội chứng May- Thurner

- 1851: Virchow ghi nhận huyết khối TM sâu chân trái nhiều hơn chân phải.
- 1957: 2 tác giả May và Thurner mô tả chi tiết đặc tính GP và đặt tên HC này.
- Đm chậu chung (P) chèn ép tĩnh mạch chậu chung (T).
- Lâm sàng nghi ngờ khi: nữ trẻ tuổi, 20-40 t, không có yếu tố nguy cơ, sưng phù chân trái, huyết khối tĩnh mạch chân trái, hay tái phát nhiều lần.



Right common
iliac artery

Left common
iliac vein

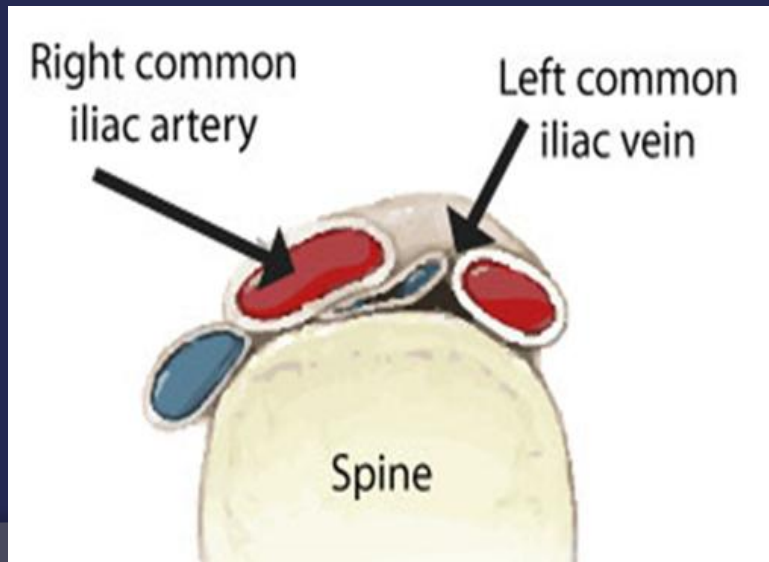
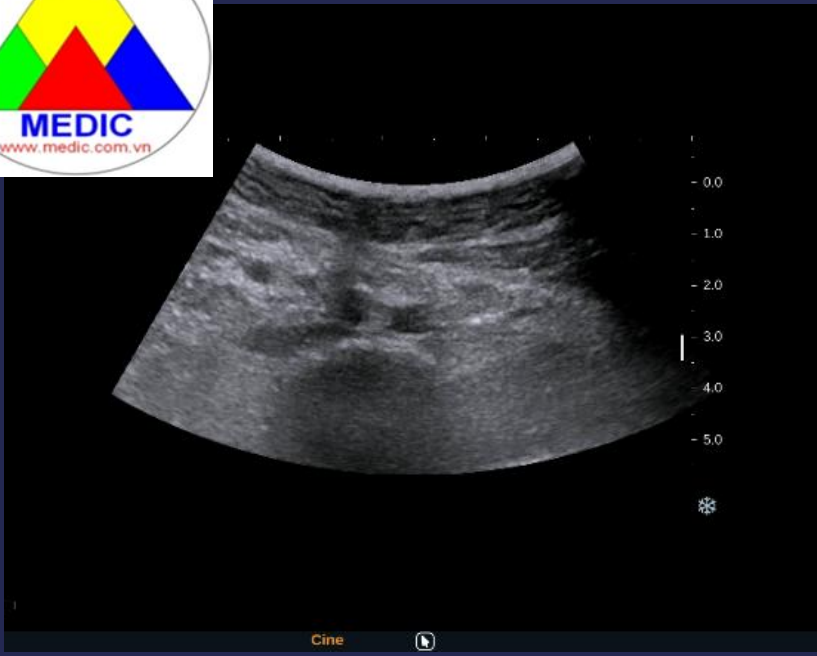




CA LÂM SÀNG 1

- . Bn nữ, 28t, Tp HCM
- . Sưng chân trái 1 tuần, đến khám BV Q1 → chuyên siêu âm Medic .
- . Xn D – dimer 4830 ng/mL







Bàng hệ tĩnh mạch thượng vị nông.

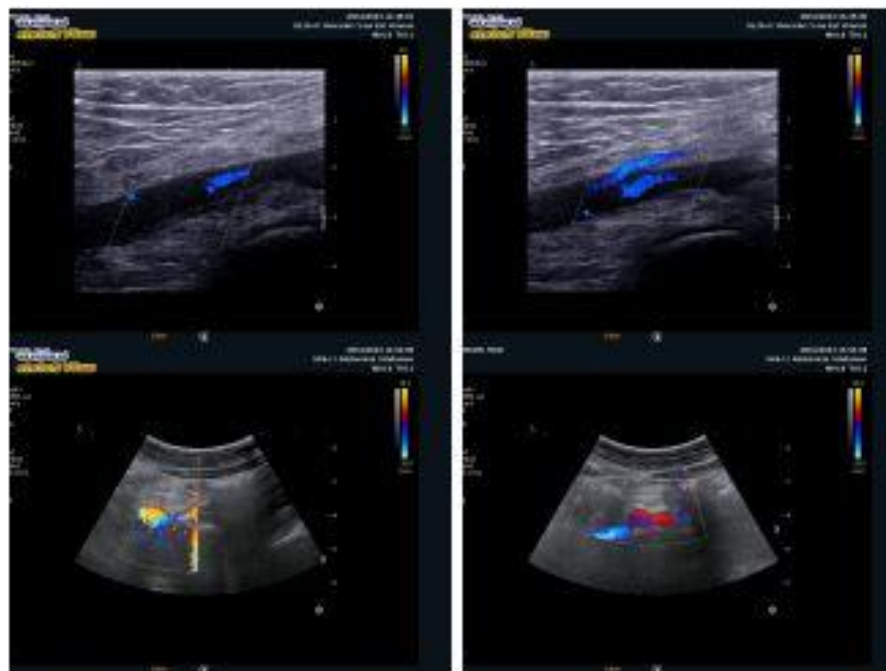


VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU AM DOPPLER MẠCH MÁU CHÂN

1. Hệ động mạch có dòng chảy từ động mạch chậu , xuống động mạch đùi , động mạch khoeo , động mạch chày sau và động mạch mu chân hai bên : thành mạch mềm mại , không hẹp , vận tốc dòng chảy bình thường.
2. CHÂN TRÁI : Huyết khối bít gần kín lòng tĩnh mạch chậu , tĩnh mạch đùi và tĩnh mạch khoeo trái. Tĩnh mạch chậu chung trái ở sau và bị ép dẹp bởi động mạch chậu chung phải .

Không huyết khối tm chủ dưới

CHÂN PHẢI : Hệ tĩnh mạch sâu hai chân từ tĩnh mạch chậu xuống tĩnh mạch đùi , tĩnh mạch khoeo , tĩnh mạch chày trước , tĩnh mạch chày sau hai bên không dẫn , không có dòng trào ngược qua van , đè xẹp hoàn toàn , không huyết khối.



KẾT LUẬN :

CHÂN TRÁI : Tđ Hội chứng May - Thurner .

Huyết khối bít gần kín lòng tĩnh mạch chậu , tĩnh mạch đùi và tĩnh mạch khoeo trái.



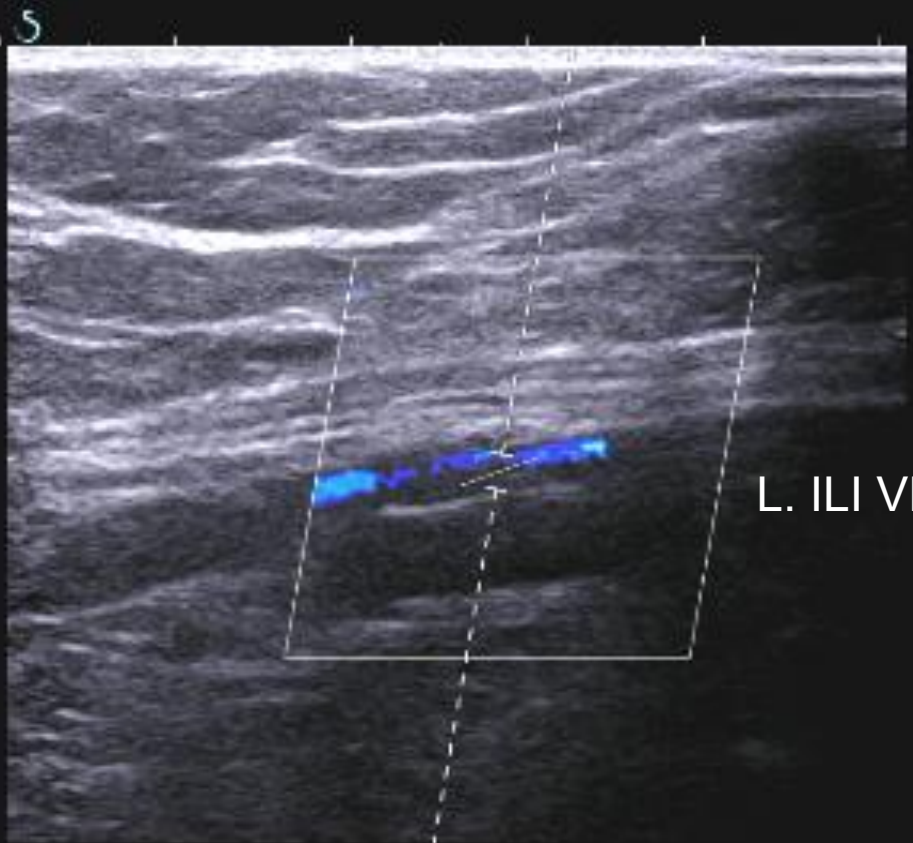
CA LÂM SÀNG 2

- Bn nữ, 22 tuổi, đ/c: Đồng nai.
- Sung chân 3 tuần , khám BV 115 chẩn đoán và điều trị huyết khối Tm sâu chân trái.
- D-dimer 3850 ng/mL.



ed
Med
Med
cm/s

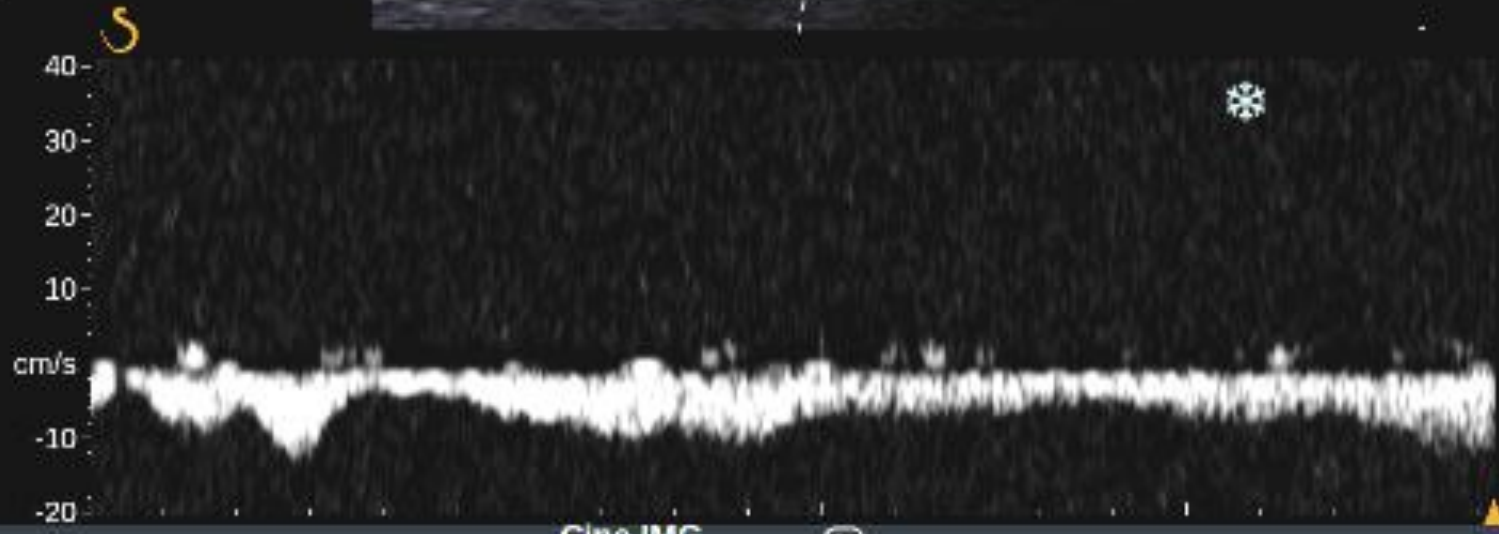
mm
0°/Corr -60°
High
MF Med
00 Hz
86 %



L
-1
2
-3
4



L. ILI VEIN



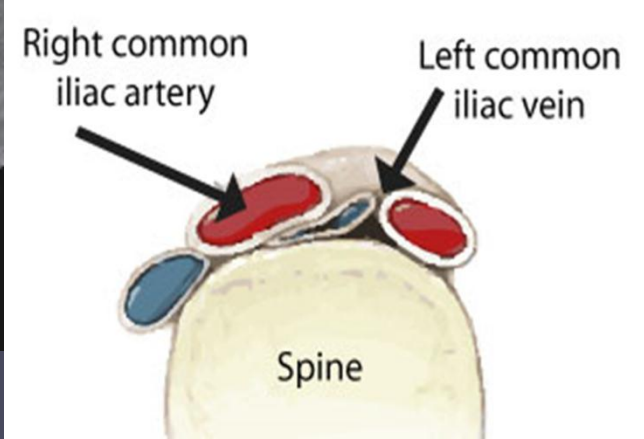
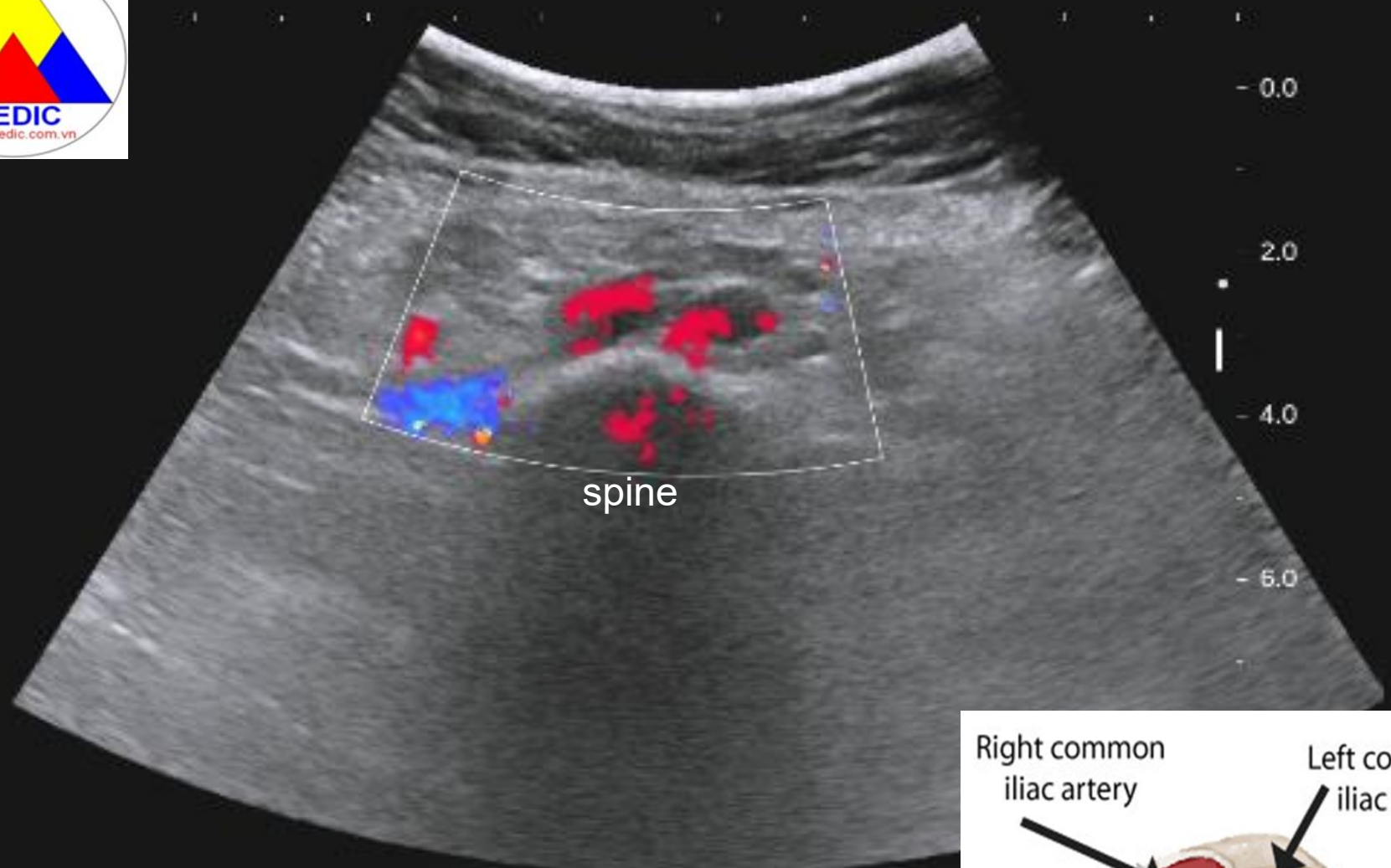
Cine IMG
Cine PW

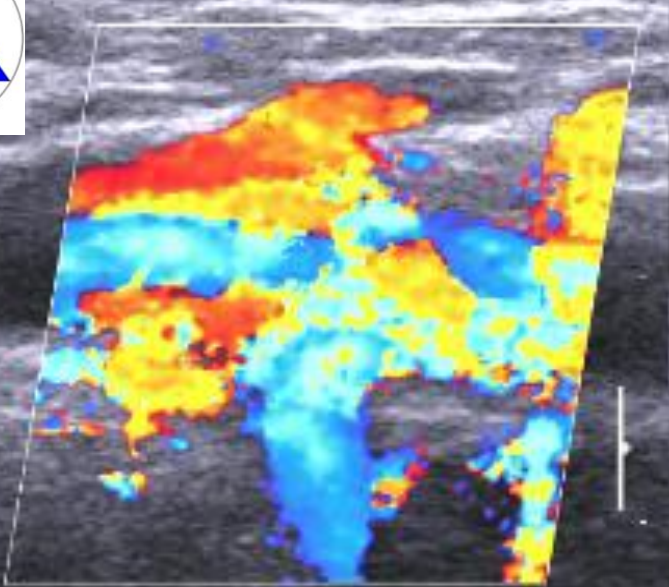


3.8sec



ed/H
Med
Med
5 cm/s





L. FEM VEIN

4.8 

4.8 



BS chỉ định : BS MAI YẾN

BV chỉ định : PK

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM DOPPLER MẠCH MÁU HAI CHÂN

1. Hệ động mạch có dòng chảy từ động mạch chậu , xuống động mạch đùi , động mạch khoeo , động mạch chày sau và động mạch mu chân hai bên : thành mạch mềm mại , không hẹp , vận tốc dòng chảy bình thường.

2. CHÂN PHẢI : Hệ tĩnh mạch sâu từ tĩnh mạch chậu xuống tĩnh mạch đùi , tĩnh mạch khoeo , tĩnh mạch chày trước , tĩnh mạch chày sau hai bên không dẫn , không có dòng trào ngược qua van , đờ xẹp hoàn toàn , không huyết khối.

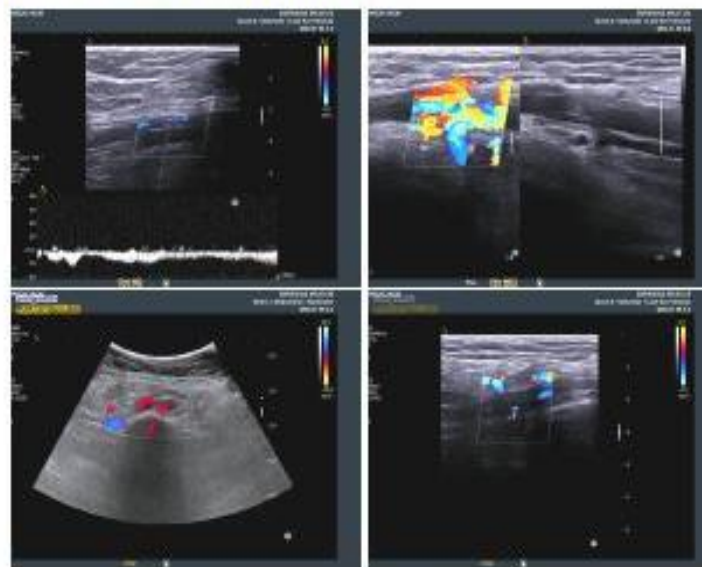
- Tĩnh mạch hiển lớn - bé hai bên không có dòng trào ngược , không huyết khối

- CHÂN TRÁI : Huyết khối cũ bít 60 % lòng tĩnh mạch chậu trái , thành viêm dày.

Không huyết khối tĩnh mạch đùi , tĩnh mạch khoeo , tĩnh mạch cẳng chân trái

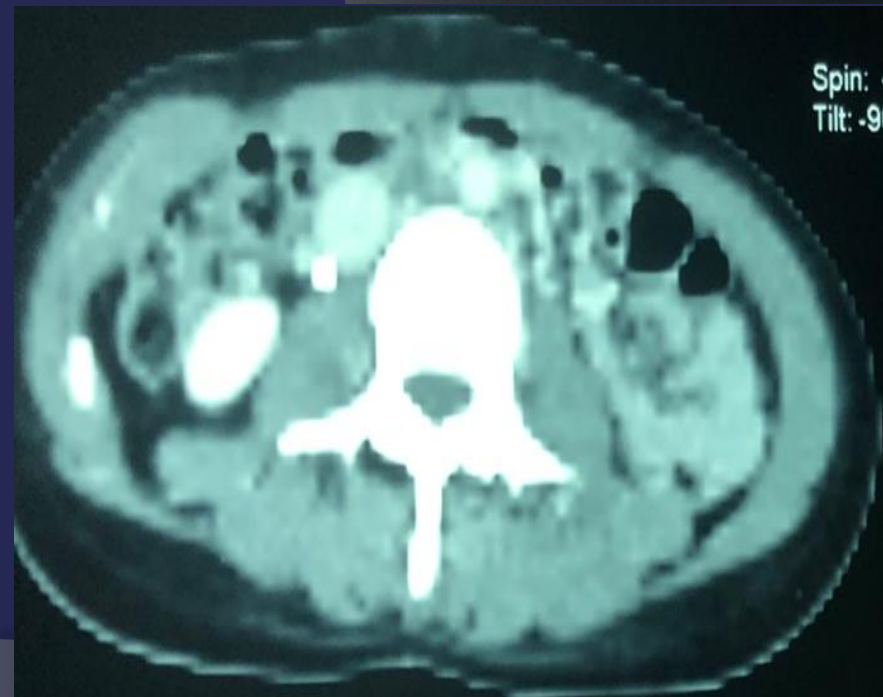
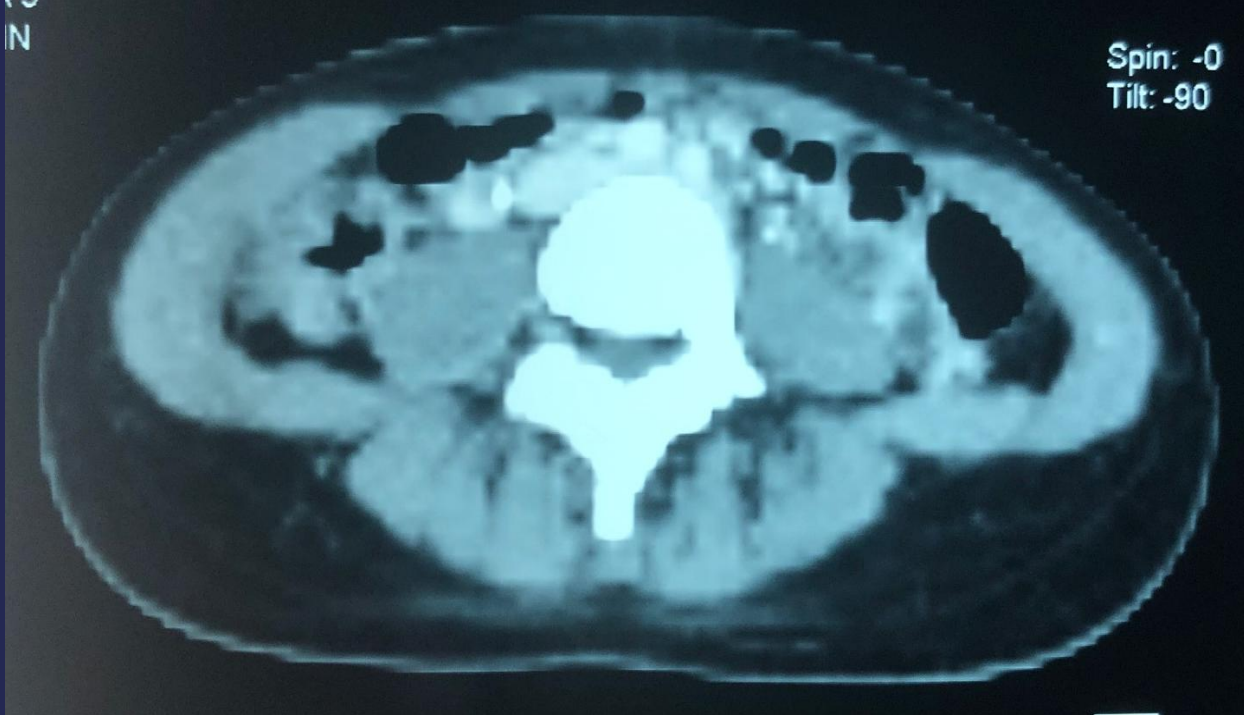
Không huyết khối tĩnh mạch chủ dưới

Động mạch chậu gối phải đờ xẹp tĩnh mạch chậu gối trái.

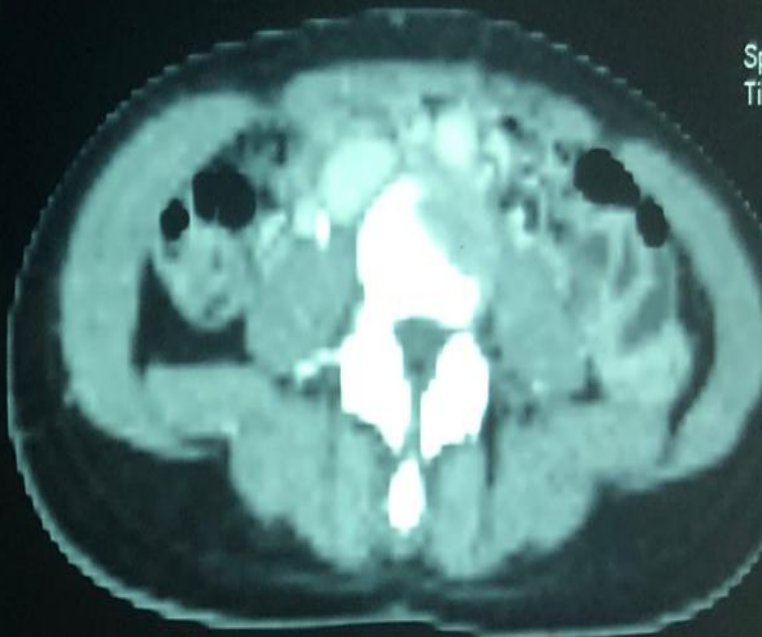


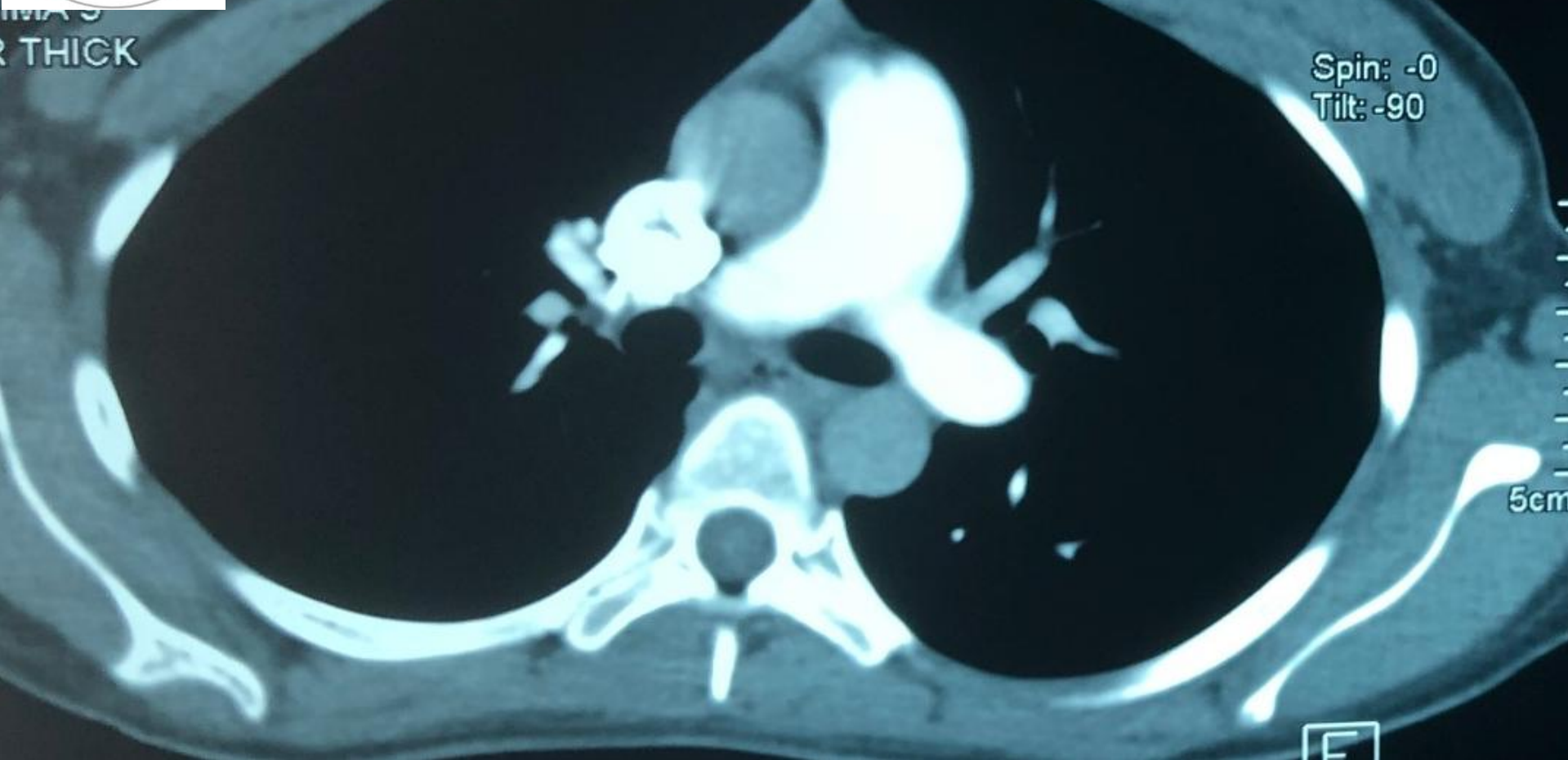
KẾT LUẬN:

Huyết khối cũ bít 60 % lòng tĩnh mạch chậu trái , thành viêm dày.
Tđ Hội chứng May - Thurner chân trái .



604 IMA 8
MIP THIN





MÔ TẢ HÌNH ẢNH

* Kỹ thuật:

- Chụp CLVT mạch máu chi dưới.
- DLP = 590 mGy.cm (ngực + mạch máu chi dưới).

* Mô tả:

- CT tĩnh mạch chi dưới:
 - * Chân (P): không thấy huyết khối.
 - * Chân (T):
 - Huyết khối lấp toàn bộ hệ tĩnh mạch sâu chi dưới bên (T), từ tĩnh mạch chày sau, tĩnh mạch khoeo, tĩnh mạch đùi nông-sâu, tĩnh mạch chậu ngoài, tĩnh mạch chậu trong, tĩnh mạch chậu chung + tĩnh mạch hiển lớn (T), gây dẫn tĩnh mạch, bắt thuốc viên, thâm nhiễm mỡ nhẹ xung quanh.
 - Tĩnh mạch chậu chung (T) ngay vị trí xuất phát đi sau động mạch chậu chung bên (P), khẩu kính #3-4mm.
 - Tĩnh mạch chủ dưới lòng rập nước cân quang bình thường.
 - Sưng + phù nề mô mềm toàn bộ chân (T).
 - * Ghi nhận khác:
 - Ít dịch hạ vị.



ĐIỀU TRỊ

- Kháng đông.
- Lấy huyết khối, đặt lưới lọc TMCD ngừa thuyên tắc phổi.
- Đặt stent tĩnh mạch chậu qua chỗ hẹp.



KẾT LUẬN

- ⊙ Bệnh lý ít gặp.
- ⊙ Cần hiểu rõ căn nguyên bất thường giải phẫu → điều trị đúng.

Tài liệu tham khảo

1. May R, Thurner J. The cause of the predominantly sinistral occurrence of thrombosis of the pelvic veins. *Angiology*. 1957;8(5):419–427. [PubMed] [Google Scholar]
2. Kibbe MR, Ujiki M, Goodwin AL, Eskandari M, Yao J, Matsumura J. Iliac vein compression in an asymptomatic patient population. *J Vasc Surg*. 2004;39(5):937–943. [PubMed] [Google Scholar]
3. O'Sullivan GJ, Semba CP, Bittner CA, Kee ST, Razavi MK, Sze DY, Dake MD. Endovascular management of iliac vein compression (May-Thurner) syndrome. *J Vasc Interv Radiol*. 2000;11(7):823–836. [PubMed] [Google Scholar]
4. Thijs W, Rabe KF, Rosendaal FR, Middeldorp S. Predominance of left-sided deep vein thrombosis and body weight. *J Thromb Haemost*. 2010;8(9):2083–2084. [PubMed] [Google Scholar]
5. Moudgill N, Hager E, Gonsalves C, Larson R, Lombardi J, DiMuzio P. May-Thurner syndrome: case report and review of the literature involving modern endovascular therapy. *Vascular*. 2009;17(6):330–335. [PubMed] [Google Scholar]
6. Kim JY, Choi D, Guk Ko Y, Park S, Jang Y, Lee do Y. Percutaneous treatment of deep vein thrombosis in May-Thurner syndrome. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2006;29(4):571–575. [PubMed] [Google Scholar]
7. Jiang J, Ding X, Zhang G, Su Q, Wang Z, Hu S. Spontaneous retroperitoneal hematoma associated with iliac vein rupture. *J Vasc Surg*. 2010;52(5):1278–1282. [PubMed] [Google Scholar]

