

Tổng quan

HỘI CHỨNG MAY-THURNER: CẦN ĐÁNH GIÁ NHỮNG GÌ TRÊN HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH?

Bùi Thị Thanh Tâm¹, Đỗ Võ Công Nguyên¹, Trần Thanh Phong¹, Huỳnh Nguyên Thuận¹

1. Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

*Tác giả liên hệ: Bùi Thị Thanh Tâm ✉ buihithanhtam13021989@gmail.com

TÓM TẮT: Hội chứng May-Thurner là hội chứng chèn ép mạch máu trong đó tĩnh mạch chậu chung bên trái bị chèn ép giữa cột sống thắt lưng thấp và động mạch chậu chung bên phải. Tình trạng này có thể gây ra huyết khối tĩnh mạch chi dưới, đặc biệt là huyết khối tĩnh mạch sâu, dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm. Việc điều trị hội chứng May-Thurner có nhiều điểm khác biệt so với các tình trạng huyết khối chi dưới không chèn ép. Vì vậy, các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh cần phát hiện nhanh chóng tình trạng này để giúp bệnh nhân được điều trị chính xác và kịp thời. Trong các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, cắt lớp vi tính (CLVT) là phương tiện hình ảnh ưu việt, cung cấp nhiều thông tin hữu ích cho việc chẩn đoán và điều trị hội chứng May-Thurner. Bài viết này xin trình bày kỹ thuật chụp cũng như các vấn đề cần đánh giá trên hình ảnh CLVT đối với một trường hợp mắc hội chứng May-Thurner.

Từ khóa: Hội chứng May-Thurner, huyết khối tĩnh mạch sâu, Cắt lớp vi tính.

MAY-THURNER SYNDROME: WHAT RADIOLOGISTS NEED TO EVALUATE ON COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGING?

Bui Thi Thanh Tam, Do Vo Cong Nguyen, Tran Thanh Phong, Huynh Nguyen Thuan

ABSTRACT: May-Thurner syndrome is a vascular compression syndrome in which the left common iliac vein is compressed between the lower lumbar spine and the right common iliac artery. This condition can cause lower extremity venous thrombosis, and profound venous thrombosis, leading to life-threatening complications. The treatment of May-Thurner syndrome differs from other causes of non-compressive lower extremity thrombosis. Therefore, radiologists must recognize this condition to help patients receive accurate and timely treatment. Among diagnostic imaging methods, computed tomography is the superior imaging method, providing useful information for the treatment of May-Thurner syndrome. This essay aims to assist radiologists in maximizing the advantages of MDCT, from protocol to image interpretation, in a comprehensive examination of a patient with suspected May-Thurner syndrome.

Keywords: May-Thurner syndrome, deep venous thrombosis, computed tomography.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giải phẫu May-Thurner được tìm thấy ở khoảng 30% dân số trong các nghiên cứu tử thi và hình ảnh học [1]. Nó được định nghĩa đơn thuần là tình trạng tĩnh mạch chậu chung trái bị chèn ép giữa động mạch chậu chung phải ở phía trước và thân đốt sống thắt lưng (thường là L5) ở phía sau. Trong phần lớn các trường hợp, sự chèn ép này không gây ra triệu chứng và không có ý nghĩa huyết động, do đó không cần điều trị. Tuy nhiên, khi sự chèn ép này gây ra các hậu quả lâm sàng và huyết động rõ rệt ta gọi đây là hội chứng May-Thurner (HCMT). Hội chứng May-Thurner còn gọi là hội chứng Cockett gây ra tình trạng sung huyết chi dưới, phù nề chi dưới bên trái mạn tính có thể kèm theo huyết khối tĩnh mạch chậu hoặc tĩnh mạch đùi bên trái [2].

Bên cạnh đó, một số biến thể không điển hình vốn chiếm khoảng 5.8% các trường hợp mắc hội chứng May-Thurner có triệu chứng không thể bỏ qua như: HCMT bên phải; HCMT chèn ép bởi động mạch chậu trong trái; Đoạn xa của tĩnh mạch chủ dưới bị chèn ép bởi động mạch chậu chung phải, gây ra triệu chứng ở cả hai chân; chèn ép do nguyên nhân từ xương (gai xương) ở người lớn tuổi [3].

Dựa trên sự hiện diện của huyết khối, HCMT có thể được phân thành hai thể lâm sàng chính với các biểu hiện và cách tiếp cận khác nhau [4]:

HCMT không huyết khối: Thể bệnh này thường bị bỏ sót và chiếm một phần đáng kể các trường hợp MTS có triệu chứng. Bệnh nhân không có huyết khối tĩnh mạch sâu (HKTMS) cấp tính mà biểu hiện bằng các dấu hiệu và triệu chứng của suy tĩnh mạch mạn tính một bên chân trái, bao gồm: đau tức và nặng chân, đặc biệt khi đi lại hoặc đứng lâu; phù chân tăng về cuối ngày và giảm khi nghỉ ngơi, gác cao chân; giãn các tĩnh mạch nông; thay đổi sắc tố da vùng cổ chân và trong các trường hợp nặng là loét tĩnh mạch khó lành. Việc nhận biết thể bệnh này là cực kỳ quan trọng vì nó có thể là nguyên nhân cơ bản của các trường hợp "suy tĩnh mạch nguyên phát" một bên chân trái không đáp ứng với các phương pháp điều trị thông thường như mang vớ áp lực hay can thiệp tĩnh mạch nông.

HCMT có huyết khối: Đây là thể bệnh kinh điển và dễ nhận biết hơn, biểu hiện bằng một đợt HKTMS cấp tính ở chi dưới bên trái với các triệu chứng khởi phát đột ngột như sưng to, nóng, đỏ và đau toàn bộ chân. Huyết khối thường lan rộng từ các tĩnh mạch cẳng chân lên đến tĩnh mạch đùi và chậu.

Việc phát hiện và điều trị sớm tình trạng này có thể ngăn ngừa các biến chứng do tăng áp tĩnh mạch mạn tính gây ra, đặc biệt là tình trạng huyết khối tĩnh mạch sâu [5]. Theo Hướng dẫn thực hành lâm sàng của Hiệp hội Phẫu thuật Mạch máu Châu Âu (ESVS) năm 2022 về Quản lý Bệnh lý Tĩnh mạch Mạn tính [6], siêu âm là một lựa đầu tay trong chẩn đoán HKTMS chi dưới, gợi ý tắc nghẽn đoạn gần, nhưng độ chính xác của nó phụ thuộc vào người thực hiện và bị hạn chế ở những bệnh nhân béo phì. Chụp cộng hưởng từ (CHT) tĩnh mạch là một lựa chọn khác nhưng có nhược điểm là chi phí cao hơn và ít khả dụng. So với các phương thức chẩn đoán hình ảnh trên, Cắt lớp vi tính (CLVT) là phương tiện phổ biến, không xâm lấn, giúp đánh giá nhanh chính xác tình trạng chèn ép tĩnh mạch chậu trái do động mạch chậu phải gây ra với độ nhạy trên 95%, khả năng xử lý hậu kỳ giúp thu thập thông tin khác cho quá trình điều trị, loại trừ các nguyên nhân khác gây ra hẹp tĩnh mạch chậu, chẳng hạn như hạch phì đại hay u trong ổ bụng [7, 8]. Mặc dù chụp tĩnh mạch qua catheter (Venography) được coi là tiêu chuẩn vàng lịch sử và siêu âm nội mạch (IVUS) được xem như là tiêu chuẩn vàng hiện đại, đây là các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh đánh giá chính xác lòng mạch, thành mạch nhưng đây là các kỹ thuật có tính xâm lấn và không cung cấp thông tin ngoại mạch. Bài viết này trình bày kỹ thuật chụp cũng như các vấn đề cần đánh giá trên hình ảnh CLVT đối với một trường hợp mắc hội chứng May-Thurner.

Bảng 1. So sánh các Phương tiện Chẩn đoán Hình ảnh trong Hội chứng May-Thurner

	Ưu điểm	Nhược điểm	Vai trò
Siêu âm Doppler	Không xâm lấn, không nhiễm xạ, chi phí thấp, sẵn có, sàng lọc huyết khối tĩnh mạch ngoại biên tốt.	Phụ thuộc người làm, hạn chế ở vùng chậu và bệnh nhân béo phì, không thấy rõ nguyên nhân chèn ép.	Sàng lọc ban đầu: Chẩn đoán HKTMS chi dưới, gợi ý tắc nghẽn đoạn gần
Chụp CLVT	Nhanh, độ phân giải không gian cao, sẵn có, đánh giá toàn diện nội và ngoại mạch, độ nhạy/đặc hiệu >95% với tĩnh mạch chậu.	Nhiễm xạ ion hóa, nguy cơ từ thuốc cản quang, có thể đánh giá quá mức độ hẹp khi mất nước.	Chẩn đoán xác định không xâm lấn: Xác định vị trí, nguyên nhân, mức độ chèn ép, lập kế hoạch can thiệp.
Chụp CHT tĩnh mạch	Không nhiễm xạ, an toàn cho thai phụ, tương phản mô mềm tốt, có thể đánh giá chức năng/dòng chảy.	Chi phí cao, thời gian chụp lâu, ít sẵn có, độ hẹp có thể thay đổi theo tình trạng thể tích.	Giải pháp thay thế CLVT: Ở bệnh nhân trẻ, thai phụ, hoặc có chống chỉ định với thuốc cản quang iod.
Chụp tĩnh mạch qua catheter	“Tiêu chuẩn vàng” lịch sử, đo được chênh áp, cho phép can thiệp đồng thời.	Xâm lấn, nhiễm xạ, nguy cơ từ thuốc cản quang, không thấy cấu trúc ngoại mạch.	Tích hợp trong can thiệp: Xác định ý nghĩa huyết động và hướng dẫn can thiệp khi các phương pháp khác không rõ ràng.
Siêu âm nội mạch	“Tiêu chuẩn vàng” hiện đại, đánh giá chính xác lòng mạch và thành mạch, hướng dẫn can thiệp tối ưu.	Xâm lấn cao, chỉ thực hiện được trong phòng can thiệp, chi phí cao.	Hướng dẫn can thiệp: Lựa chọn và định vị stent, đánh giá kết quả ngay lập tức.

2. KỸ THUẬT CHỤP CLVT ĐÁNH GIÁ TĨNH MẠCH CHI DƯỚI

2.1. Chụp tĩnh mạch gián tiếp

Đây là kỹ thuật được sử dụng phổ biến nhất trong thực hành lâm sàng để đánh giá HCMT. Kỹ thuật này bao gồm việc tiêm thuốc cản quang vào một tĩnh mạch ở chi trên (thường là tĩnh mạch nền ở khuỷu tay) và thực hiện quét ở thì tĩnh mạch muộn, thường là từ 2 đến 4 phút sau khi bắt đầu tiêm [7].

Ưu điểm: Kỹ thuật này cho phép đánh giá đồng thời nhiều hệ thống mạch máu. Nó thường được thực hiện ngay sau khi chụp CT động mạch phổi, tạo thành một quy trình “triple rule-out” (loại trừ thuyên tắc phổi, bóc tách động mạch chủ và huyết khối tĩnh mạch sâu) chỉ trong một lần tiêm thuốc cản quang. Nó khảo sát được toàn bộ hệ tĩnh mạch từ chi dưới lên đến tĩnh mạch chủ dưới một cách hệ thống.

Nhược điểm: Nhược điểm chính là độ cản quang của các tĩnh mạch sâu có thể không cao và không đồng nhất. Do thuốc phải đi qua tuần hoàn phổi và hệ thống trước khi trở về tĩnh mạch chi dưới, nồng độ thuốc bị pha loãng, và thời gian thuốc đến đỉnh có thể khác nhau giữa các bệnh nhân, đôi khi làm giảm chất lượng hình ảnh.Bảng 2. Protocol chụp tĩnh mạch gián tiếp trong hội chứng May-Thurner

Bảng 2. Protocol chụp tĩnh mạch gián tiếp trong hội chứng May-Thurner

Thông số	Giá trị khuyến nghị	Ghi chú
Loại máy	Máy CLVT đa dây đầu dò (≥64 dây)	Cho phép quét nhanh và tái tạo hình ảnh chất lượng cao.

Thông số	Giá trị khuyến nghị	Ghi chú
Chuẩn bị BN	Nhịn ăn 4-6 giờ trước chụp, uống đủ nước (trừ khi có chống chỉ định)	Chuẩn bị chung cho chụp CT có tiêm thuốc cản quang.
Đường tiêm	Tĩnh mạch nền ở khuỷu tay phải, kim lườn 18-20G	Tiêm ở tay phải giúp tránh giả ảnh do thuốc cản quang nồng độ cao ở tĩnh mạch chủ trên và tĩnh mạch tay-đầu trái.
Thuốc cản quang	Nồng độ iod cao (≥ 350 mgI/mL)	Nồng độ cao giúp tăng cường độ cản quang tĩnh mạch ở thì muộn.
Liều lượng	2 mL/kg trọng lượng cơ thể	Đảm bảo đủ lượng thuốc để lấp đầy hệ tĩnh mạch sau khi qua tuần hoàn hệ thống.
Tốc độ tiêm	2.5 - 3.0 mL/giây, theo sau là tiêm nước muối (saline chaser)	Tốc độ vừa phải, giúp thuốc đi vào tuần hoàn một cách ổn định. Saline chaser giúp đẩy hết thuốc trong đường truyền và giảm giả ảnh.
Thời gian trễ (Scan Delay)	120 - 240 giây (2-4 phút) sau khi bắt đầu tiêm	Đây là khoảng thời gian tối ưu để thuốc cản quang từ tay đi qua tim, phổi, hệ động mạch và trở về hệ tĩnh mạch chi dưới.
Phạm vi quét	Từ ngang mức đốt sống L3 (qua tĩnh mạch thận) xuống đến hết bàn chân	Bao phủ toàn bộ tĩnh mạch chủ dưới, hệ tĩnh mạch chậu và chi dưới.
Điện áp ống (kVp)	120 kVp (tiêu chuẩn) hoặc 100 kVp (để tăng độ tương phản iod)	100 kVp có thể được sử dụng ở bệnh nhân gầy để tăng độ cản quang của iod mà không cần tăng liều thuốc, nhưng sẽ làm tăng nhiễu ảnh.
Cường độ dòng (mAs)	Sử dụng kỹ thuật điều biến liều tự động (Automatic Exposure Control)	Tối ưu hóa liều tia cho từng bệnh nhân dựa trên kích thước cơ thể.
Độ dày lớp cắt	Tái tạo lớp cắt mỏng ≤ 1.5 mm	Cần thiết cho việc tái tạo hình ảnh đa mặt phẳng và 3D chất lượng cao.
Kỹ thuật tái tạo	Tái tạo đa mặt phẳng (MPR), Cường độ tối đa (MIP), Tái tạo thể tích (VRT)	MPR (đặc biệt là axial, coronal, sagittal) là công cụ chính để chẩn đoán. MIP và VRT rất hữu ích để minh họa tổng quan giải phẫu và lập kế hoạch can thiệp.
Chụp CTA Phổi (tùy chọn)	Thì động mạch, sử dụng bolus tracking (ROI ở thân ĐM phổi, ngưỡng ~ 150 HU)	Thực hiện ngay trước thì tĩnh mạch nếu có nghi ngờ lâm sàng về thuyên tắc phổi.

2.2. Chụp tĩnh mạch trực tiếp

Kỹ thuật này liên quan đến việc đặt một kim lườn vào tĩnh mạch mu bàn chân của bên chi bị ảnh hưởng và tiêm trực tiếp thuốc cản quang (thường được pha loãng) vào đó [9] .

Ưu điểm: Tạo ra hình ảnh có độ cản quang rất cao và rõ nét của hệ tĩnh mạch sâu của chi đó, tương tự như chụp venography kinh điển.

Nhược điểm: Xâm lấn hơn do yêu cầu đặt đường truyền tĩnh mạch ở chân, có thể khó khăn hoặc gây khó chịu cho bệnh nhân. Có nguy cơ gây ra các giả ảnh do dòng chảy hoặc do sự pha trộn giữa máu không cản quang và máu có cản quang. Nếu có tắc nghẽn hoàn toàn, thuốc cản quang có thể không đi qua được chỗ tắc để làm hiện hình các đoạn tĩnh mạch trung tâm, và các tuần hoàn bàng hệ có thể không được thể hiện rõ [9].

2.3. Chụp tĩnh mạch kết hợp

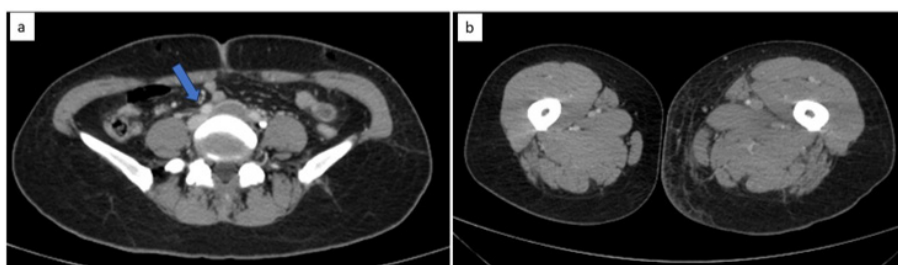
Một số trung tâm đã phát triển các kỹ thuật kết hợp, ví dụ như tiêm đồng thời thuốc

cản quang đậm đặc vào tĩnh mạch tay và thuốc cản quang pha loãng vào tĩnh mạch chân, nhằm tận dụng ưu điểm của cả hai phương pháp [9]. Tuy nhiên, kỹ thuật này phức tạp hơn và chưa được áp dụng rộng rãi.

3. CÁC VẤN ĐỀ CẦN ĐÁNH GIÁ TRÊN HÌNH ẢNH CLVT

3.1. Có thật sự là hội chứng May-Thurner ?

Chèn ép tĩnh mạch chậu chung bên trái bởi động mạch chậu chung bên phải là một biến thể giải phẫu thường gặp, phần lớn các trường hợp chèn ép vẫn ở mức dưới lâm sàng và không cần điều trị. Hội chứng May-Thurner chỉ nên được đưa ra với các trường hợp có ứ trệ tĩnh mạch do chèn ép gây dẫn tĩnh mạch chi dưới hay huyết khối tĩnh mạch chi dưới [7](2). Bác sĩ chẩn đoán hình ảnh phải chủ động tìm kiếm các dấu hiệu của hậu quả huyết động. Sự hiện diện của tuần hoàn bàng hệ là bằng chứng mạnh mẽ nhất cho thấy một điểm hẹp có ý nghĩa lâm sàng. Các đường bàng hệ điển hình cần tìm kiếm bao gồm các tĩnh mạch bàng hệ xuyên khung chậu (nối hai hệ tĩnh mạch hạ vị), các tĩnh mạch thất lưng lên, các tĩnh mạch cạnh cột sống, và các tĩnh mạch nông vùng trên vệ và thành bụng trước.

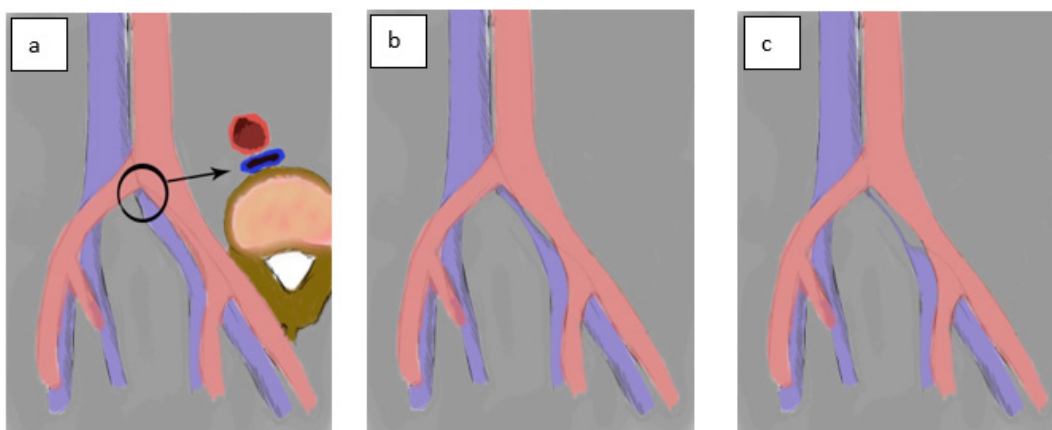


Hình 1. Hình ảnh CLVT hội chứng May-Thurner: a. Tĩnh mạch chậu chung bên trái bị chèn ép bởi động mạch chậu chung bên phải và mặt trước thân sống L4(mũi tên), b. Huyết khối lan rộng từ tĩnh mạch chậu chung bên trái đến tĩnh mạch khoeo bên trái, chi bên trái phù nề.

Nguồn: Bệnh viện Thống Nhất

3.2. Hình thái của tổn thương là gì?

Có ba loại hình thái của hội chứng May-Thurner: chèn ép khu trú, teo lan tỏa, và chít hẹp "dạng dây". Chèn ép khu trú là tổn thương ban đầu. Theo thời gian, tình trạng ứ trệ và viêm mạn tính có thể dẫn đến huyết khối và xơ hóa, gây ra tình trạng teo lan tỏa hoặc tắc nghẽn hoàn toàn dạng dây. Việc xác định hình thái này có ý nghĩa tiên lượng quan trọng: một tổn thương xơ hóa, dạng dây mạn tính sẽ khó khăn hơn nhiều để nong và đặt stent thành công so với một tổn thương chèn ép khu trú đơn thuần [10].



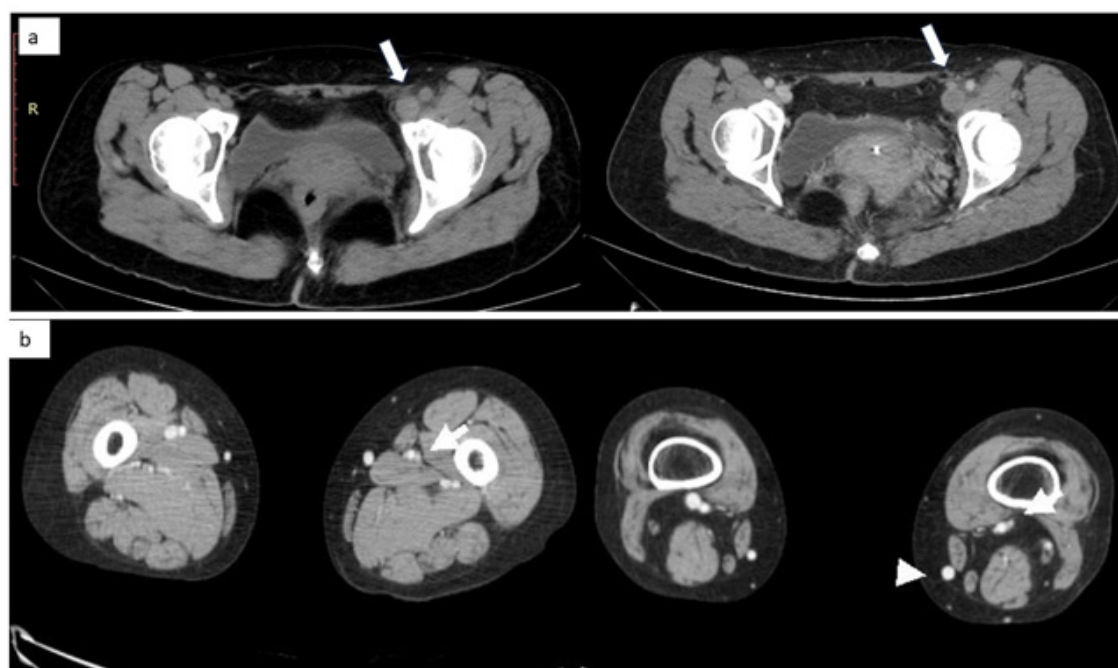
Hình 2. Các loại hình thái trong hội chứng May-Thurner: a. chèn ép khu trú, b. Teo lan tỏa tĩnh mạch chậu trái, c. Chít hẹp dạng "dây thừng". *Nguồn: Narese et al, 2015[11]*

3.3. Bệnh nhân có bị huyết khối tĩnh mạch sâu không? Là cấp tính hay mạn tính?

Hội chứng May-Thurner làm tăng nguy cơ bị huyết khối tĩnh mạch sâu. Nếu có HKTMS, bệnh nhân thường cần lấy huyết khối trước khi đặt stent. Chỉ dùng thuốc chống đông hiếm khi đủ ở nhóm bệnh nhân này. CLVT giúp đánh giá chính xác vị trí và mức độ liên quan của cục máu đông để điều trị nội mạch bằng ống thông. Việc phân biệt HKTMS cấp tính và mạn tính cũng cần thiết nhằm mục đích tiên lượng vì HKTMS mạn tính có tiên lượng xấu hơn HKTMS cấp tính [7, 12].

HKTMS cấp tính: Biểu hiện bằng hình ảnh khuyết thuốc cản quang (filling defect) có đậm độ tương đối thấp (khoảng 30–50 HU) trong lòng tĩnh mạch. Tĩnh mạch thường giãn to hơn so với bên đối diện. Thành tĩnh mạch có thể tăng quang sau tiêm, và thường có hình ảnh thâm nhiễm mỡ, phù nề các mô mềm xung quanh.

HKTMS mạn tính: Tĩnh mạch thường có kích thước bình thường hoặc teo nhỏ. Huyết khối bên trong không đồng nhất, có thể ngấm thuốc hoặc có vôi hóa. Dấu hiệu quan trọng nhất của HKTMS mạn tính là thành tĩnh mạch dày, không đều và sự hiện diện của các tuần hoàn bàng hệ phát triển rõ rệt.

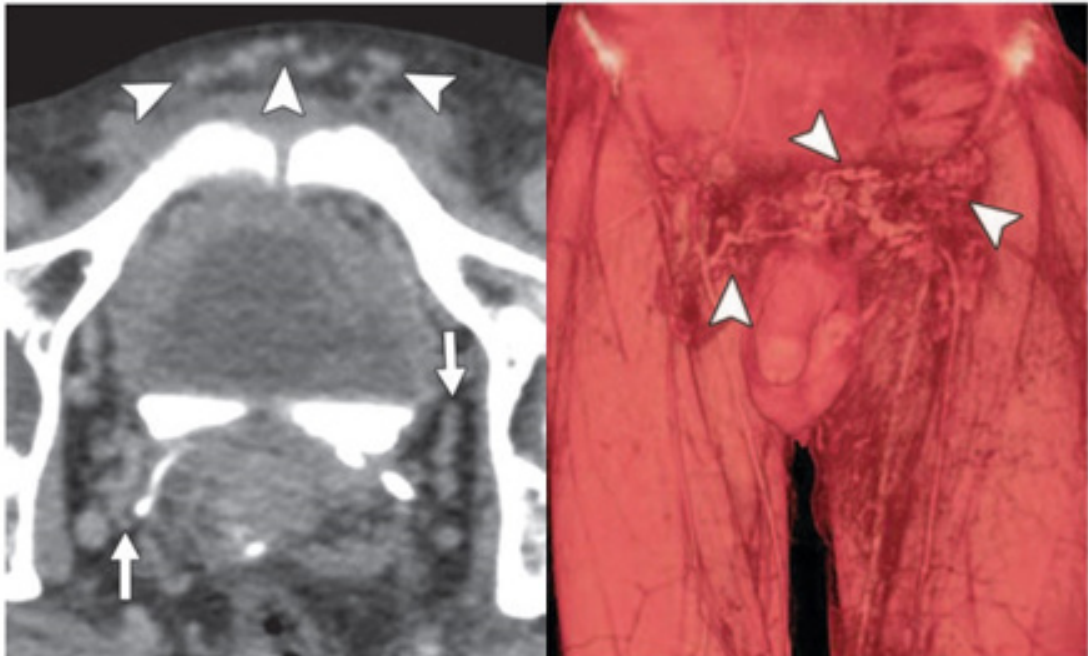


Hình 3. Đặc điểm hình ảnh HK cấp và mạn tính trên CLVT: a. Huyết khối cấp tính tĩnh mạch chậu bên trái (mũi tên), gây tăng kích thước tĩnh mạch, đậm độ huyết khối tăng, thành tĩnh mạch bắt thuốc sau tiêm, kèm phù nề xung quanh, b. Huyết khối tĩnh mạch sâu bên trái mạn tính (mũi tên), kích thước tĩnh mạch khỏe bên trái nhỏ hơn bên phải, kèm tuần hoàn bàng hệ nông (đầu mũi tên) ở mô dưới da chân trái.

Nguồn: Bệnh viện Thống Nhất

3.4. Bệnh nhân có bị dẫn tĩnh mạch hay có tuần hoàn bàng hệ không?

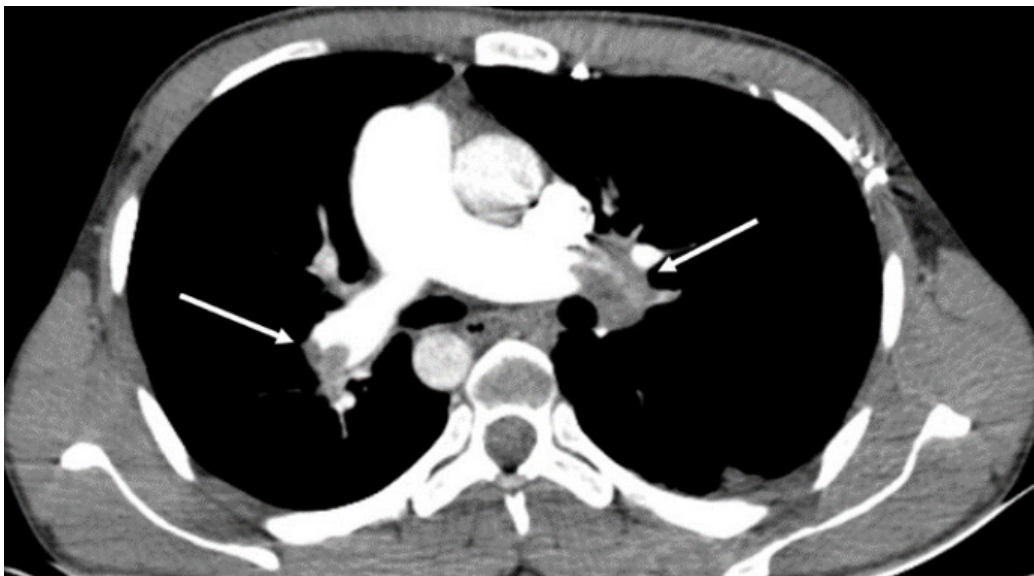
Hội chứng May-Thurner cũng là một nguyên nhân gây ra tình trạng giãn tĩnh mạch. Hội chứng May-Thurner cũng có thể gây ra sự phát triển của các tĩnh mạch phụ bằng hệ sau phúc mạc và vùng chậu sinh dục, dẫn lưu hệ thống tĩnh mạch chậu đùi xa đến các mạch máu tĩnh mạch sâu đối diện. Cả hai tình trạng này đều tạo ra hệ thống dẫn lưu tĩnh mạch thay thế để chống lại tình trạng ứ trệ tĩnh mạch, ngăn ngừa tắc nghẽn tĩnh mạch quá mức [11].



Hình 4. Hình ảnh tuần hoàn bàng hệ gồm các tĩnh mạch chậu nông (đầu mũi tên) và tĩnh mạch sau phúc mạc (mũi tên) do tình trạng chèn ép tĩnh mạch chậu chung bên trái. Nguồn: Wu et al, 2012 [7]

3.5. Bệnh nhân có kèm theo thuyên tắc phổi không?

Hội chứng May-Thurner làm tăng nguy cơ HKTMS, do đó làm tăng nguy cơ thuyên tắc phổi. CTA động mạch phổi nên được thực hiện nếu có bất kỳ nghi ngờ nào về tình trạng nguy hiểm này. Đôi khi có thể thấy di chứng của thuyên tắc phổi, chẳng hạn như nhồi máu phổi và tăng huyết áp phổi, khi chụp CTA động mạch phổi [11].

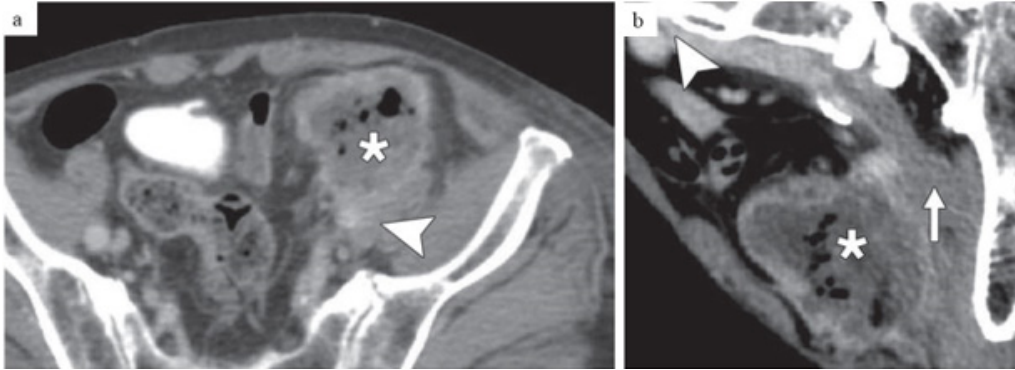


Hình 5. Hình ảnh CTA động mạch phổi ghi nhận tình trạng huyết khối thân động mạch chính hai bên.

Nguồn: Bệnh viện Thống Nhất

3.6. Có chẩn đoán phân biệt nào không?

CLVT rất hữu ích trong việc chẩn đoán các nguyên nhân khác gây sưng chi dưới bên trái một bên. Ba nguyên nhân có biểu hiện giống với hội chứng May-Thurner thường gặp là tắc nghẽn tĩnh mạch do bệnh lý hạch bạch huyết di căn liên quan đến ung thư, tụ máu và viêm mô tế bào Thỉnh thoảng, những tình trạng này cùng tồn tại với hội chứng May-Thurner, góp phần tăng tình trạng ứ trệ tĩnh mạch chi dưới bên trái. Do đó việc nhận biết tất cả các yếu tố gây ra tình trạng ứ trệ hệ tĩnh mạch chi dưới sẽ giúp đưa ra phương hướng điều trị hiệu quả và nhanh chóng [7, 11].



Hình 6. a. Bệnh nhân có tình trạng ung thư đại tràng sigma (dấu hoa thị) xâm lấn tĩnh mạch chậu chung bên trái (đầu mũi tên), b. Hội chứng May-Thurner (đầu mũi tên) cũng được ghi nhận cùng gây ra tình trạng huyết khối tĩnh mạch chậu chung bên trái (mũi tên).

Nguồn: Wu et al, 2012(2)

4. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

Trong thập kỷ qua, can thiệp nội mạch đã trở thành phương pháp điều trị chủ đạo và được ưu tiên hàng đầu cho các bệnh nhân mắc hội chứng May-Thurner có triệu chứng [13]. Các nghiên cứu lớn đã chứng minh tính an toàn và hiệu quả của phương pháp này, với tỷ lệ thành công kỹ thuật và tỷ lệ duy trì thông suốt của stent sau 1 năm và 5 năm đều rất cao, thường trên 90% [14]. Quy trình can thiệp chuẩn thường bao gồm [14]:

Lấy huyết khối: Nếu có HKTMS cấp tính, bước đầu tiên là loại bỏ cục máu đông bằng các phương pháp như tiêu sợi huyết qua catheter hoặc lấy huyết khối cơ học.

Nong mạch và Đặt stent: Sau khi lòng mạch đã sạch huyết khối, chỗ hẹp do chèn ép sẽ được nong rộng bằng bóng và sau đó đặt một stent tự bung chuyên dụng cho tĩnh mạch để giữ cho lòng mạch không bị tái hẹp.

Các phương pháp phẫu thuật mở kinh điển như phẫu thuật bắc cầu tĩnh mạch (ví dụ, bắc cầu nối Palma-Dale sử dụng tĩnh mạch hiển đối bên để tạo cầu nối từ tĩnh mạch đùi bên bệnh sang tĩnh mạch đùi bên lành), chuyển vị động mạch chậu chung phải ra sau tĩnh mạch chậu chung trái hoặc tạo một lớp đệm mô giữa động mạch và tĩnh mạch, hiện nay được coi là "lỗi thời" hoặc chỉ được dành riêng cho một số ít trường hợp rất đặc biệt như thất bại trong can thiệp nội mạch, bệnh nhân có chống chỉ định stent hoặc chống chỉ định với thuốc tiêu sợi huyết [2]

5. KẾT LUẬN

Hội chứng May-Thurner là một bệnh lý chèn ép tĩnh mạch quan trọng, có phổ lâm sàng đa dạng từ suy tĩnh mạch mạn tính không huyết khối đến huyết khối tĩnh mạch sâu cấp tính. Việc chẩn đoán chính xác đòi hỏi sự phân biệt rõ ràng giữa biến thể giải phẫu không triệu chứng và hội chứng bệnh lý có ý nghĩa huyết động. Chụp cắt lớp vi tính nổi lên như một phương tiện chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn ưu việt. Bằng cách tuân thủ một giao thức chụp tối ưu và áp dụng một khung phân tích hình ảnh có hệ thống sẽ giúp đánh giá toàn diện những bệnh nhân nghi ngờ mắc hội chứng May-Thurner, từ đó đề ra được phương hướng chẩn đoán điều trị nhanh chóng và phù hợp, giúp bệnh nhân tránh được các biến chứng nguy hiểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Al-Otaibi M, Vaidy A, Vaidya A, Zlotshewer B, Oliveros E, Zhao H, et al. May-Thurner Anatomy in Patients With Chronic Thromboembolic Pulmonary Hypertension. *JACC: Cardiovascular Interventions*. 2021;14(17):1940–6. doi: doi:10.1016/j.jcin.2021.06.042.
- [2] Poyyamoli S, Mehta P, Cherian M, Anand RR, Patil SB, Kalva S, et al. May-Thurner syndrome. *Cardiovasc Diagn Ther*. 2021;11(5):1104–11. doi: 10.21037/cdt.2020.03.07. PubMed PMID: 34815961; PubMed Central PMCID: PMC8569277.
- [3] Park JY, Park KM, Cho SG, Hong KC, Jeon YS. Atypical iliac vein compression in patients with symptomatic May-Thurner syndrome. *Diagn Interv Radiol*. 2021;27(3):372–7. doi: 10.5152/dir.2021.20183. PubMed PMID: 34003124; PubMed Central PMCID: PMC8136541.
- [4] Mangla A, Hamad H. May-Thurner Syndrome. *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing LLC; 2024.
- [5] Lugo-Fagundo C, Nance JW, Johnson PT, Fishman EK. May-Thurner syndrome: MDCT findings and clinical correlates. *Abdom Radiol (NY)*. 2016;41(10):2026–30. doi: 10.1007/s00261-016-0793-9. PubMed PMID: 27271358.
- [6] De Maeseneer MG, Kakkos SK, Aherne T, Baekgaard N, Black S, Blomgren L, et al. Editor's Choice – European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 2022;63(2):184–267. doi: 10.1016/j.ejvs.2021.12.024.
- [7] Wu WL, Tzeng WS, Wu RH, Tsai WL, Chen MC, Lin PC, et al. Comprehensive MDCT evaluation of patients with suspected May-Thurner syndrome. *AJR Am J Roentgenol*. 2012;199(5):W638–45. doi: 10.2214/ajr.11.8040. PubMed PMID: 23096209.
- [8] Lamba R, Tanner DT, Sekhon S, McGahan JP, Corwin MT, Lall CG. Multidetector CT of vascular compression syndromes in the abdomen and pelvis. *Radiographics*. 2014;34(1):93–115. doi: 10.1148/rgr.341125010. PubMed PMID: 24428284.
- [9] Shi WY, Wang LW, Wang SJ, Yin XD, Gu JP. Combined Direct and Indirect CT Venography (Combined CTV) in Detecting Lower Extremity Deep Vein Thrombosis. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(11):e3010. doi: 10.1097/md.0000000000003010. PubMed PMID: 26986113; PubMed Central PMCID: PMC4839894.
- [10] Dwivedi A, Singh SN, Sharma A, Sharma R, Mishra T. A Systematic Review of Radiological Diagnosis and Management of May–Thurner Syndrome. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences*. 2024;16(Suppl 2).
- [11] Narese D, Bracale UM, Vitale G, Porcellini M, Midiri M, Bracale G. What the young physician should know about May-Thurner syndrome. *Transl Med UniSa*. 2015;12:19–28. Epub 20160131. PubMed PMID: 28845392; PubMed Central PMCID: PMC4592040.
- [12] Al Sinani A, Al Saadi W, Al Harthi S, Al Hajriy M. May-Thurner Syndrome: A Case Report and a Concise Review. *Cureus*. 2021;13(7):e16256. Epub 20210708. doi: 10.7759/cureus.16256. PubMed PMID: 34373817; PubMed Central PMCID: PMC8346263.
- [13] Cohen CT, Kirk S, Desai SB, Kukreja KU, Srivaths L. Diagnosis, Clinical Characteristics, and Treatment Modalities of Adolescent May-Thurner Syndrome–associated Deep Venous Thrombosis. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*. 2021;43(3).
- [14] Pang Y, Li K, Li X, Jin Y, Cai H, Shao F, et al. Long-term outcomes of endovascular treatment of acute lower limb deep-vein thrombosis combined with May–Thurner syndrome: A single-center retrospective cohort study. *Vascular Investigation and Therapy*. 2023;6(3).