



## OLGU BİLDİRİSİ

# Vena Kava Süperior Sendromu

Doç. Dr. Esra Adışen,<sup>1</sup> Uzm. Dr. İlkay Özer,<sup>2</sup> Prof. Dr. Mehmet Ali Gürer,<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Beşevler Ankara

<sup>2</sup>Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Konya

**Yazışma Adresi:** Dr. Esra Adışen, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, 06500-Beşevler, Ankara  
E-posta: eozsoy@gazi.edu.tr

### Özet

#### Vena Kava Süperior Sendromu

Vena kava süperior sendromu ilk olarak 1757 yılında Wiliam Hunter tarafından sifilitik aortik anevrizmalı bir olguda tanımlanan yüz, gövde ön yüzü ve bilateral üst ekstremitede ödem ile karakterize bir tablodur. Vena kava superior sendromu tipik olarak primer intratorasik ya da metastatik tümörlerden kaynaklanır ancak son yıllarda santral venöz katater ve kalp pili benzeri intravasküler cihazlarla ilişkili vena kava superior sendromlu olguların sayısında artış tanımlanmıştır. Bu bildiride rektum kanseri nedeniyle santral venöz kataterden kemoterapi alan ve yüz, boyun, gövdede üst kısmı ve üst ekstremiteye yayılan eritem ve ödem ve yer yer telenjiyektaziler gelişen ve vena kava superior sendromu tanısı alan 36 yaşındaki kadın hasta sunulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Vena kava superior sendromu, yüzde ödem, santral venöz katater

### Abstract

#### Vena Cava Superior Syndrome

Vena cava superior syndrome was firstly described by William Hunter in 1757 in a patient with syphilitic aneurysm with characteristic swelling affecting the head, neck, upper extremities, and upper chest. The most common cause of vena cava superior syndrome is typically primary intrathoracic or metastatic tumors. However, more recently the incidence of vena cava superior syndrome secondary to intravascular devices such as central venous catheter and other pace makers, has increased. In this case report, we present a 36-year-old female patient who was currently undergoing chemotherapy for rectum carcinoma and attended to our department with erythema and swelling in her face, neck, upper extremities and upper trunk and was diagnosed with vena cava superior syndrome.

**Keywords:** Vena cava superior syndrome, facial swelling, central venous catheter

### Giriş

Vena kava süperior sendromu (VKSS) ilk olarak 1757 yılında Wiliam Hunter tarafından sifilitik aortik anevrizmalı bir olguda tanımlanan ve vena kava superiora kan akımının bozulması sonucu yüz, gövde ön yüzü ve bilateral üst ekstremitede ödem ile karakterize olan bir tablodur (1,2). Enfeksiyonlar ve maligniteler VKSS etyolojisinde ilk sırada yer alırlarken, son yıllarda intravasküler cihazlar ve kardiyak pacemakerlarla ilişkili vakaların sıklığında artış vardır (3,4,5,6,7,8,9,10).

Bu bildiride rektum kanseri nedeniyle santral venöz kataterden kemoterapi alan, yüz, boyun, üst ekstremitede ve gövde üst kısmında şişlik nedeniyle başvuran ve VKSS tanısı alan 36 yaşındaki kadın hasta sunulmakta ve VKSS'nin benign etyolojilerine dikkat çekmek amaçlanmaktadır.

### Olgu

Otuz altı yaşındaki kadın hasta beş gündür giderek artan yüzde şişme şikayetiyle başvurdu. Öyküsünden iyi differansiye rektal adenokarsinom nedeniyle 12 yıl önce opere olduğu ve nükseden hastalığı nedeniyle kemoterapi almak için iki yıl önce santral venöz katater takıldığı öğrenildi. Katater en son beş gün önce kullanılmıştı. Hastanın yüzündeki şişliğe ek olarak belirgin olmayan bir yutkunma güçlüğü ve yatar pozisyonda dispne de tarif etmekteydi. Bilinci açık, oryante, vitabilleri stabil olan hastanın dermatolojik muayenesinde yüz, boyun, gövde üst yarısında, kollara yayılan, basmakla solan soluk eritemli gode bırakmayan ödem, sternum ön yüzünde telenjiyektaziler ve belirginleşmiş yüzeyel vasküler dallanmalar belirlendi (Resimler 1, 2). Dudakları, gözkapakları ödemli olan hastanın uvulası ve dili doğal görünümdeydi. Ödemli alanlarda palpasyonla hassasiyet, ısı artışı veya krepitasyon belirlenmedi. Alt ekstremitelerde ödem bulunmuyordu. Fizik muayenesi ve sistem sorgusu ek özellik içermeyen hastanın tam kan sayımı, biyokimyasal parametreleri doğaldı. Göğüs hastalıkları bölümü dispne şi-



**Resim 1.** Yüz, boyun, gövde üst kısmında ve üst ekstremitelerde eritem ve palpasyonla solan, göde bırakmayan ödem

kayeti olan hastayı fizik muayene, akciğer grafisi ve arteriyel kan gazları ile değerlendirmiş, pulmoner sisteme ait bir patoloji düşünülmemişti. D-dimer ve fibrinojen düzeyleri, protrombin zamanı, aktive parsiyel tromboplastin zamanı doğal sınırlardaydı. VKSS ön tanısıyla yapılan bilgisayarlı tomografi anjiyografide (BTA) her iki brakiosefalik venlerin sağda total, solda ise tama yakın tıkalı görünümde olduğu ve lümeninde trombüs materyalleri olduğu belirlendi. Vena cava süperiorun normalden geniş ve lümeninde tama yakın tıkalı olduğu aynı şekilde azigoz ven distal kesiminin de tıkanma olduğu görüldü. Sol üst ekstremitte veni aracılığıyla verilen opak maddenin yoğun kollateral vasküler yapılar aracılığıyla ağırlıklı inferior vena kavaya drene olduğu belirlendi. Mediastinal adenopati ya da solid tümör bulguları izlenmedi. Santral venöz kateterin trombozuyla gelişen VKSS tanısı alan hasta, heparinize edilerek kateterin çıkarılması amacıyla Kardiyovasküler Cerrahi Bölümü'nce opere edildi. Takipte hastanın tablosu belirgin olarak geriledi.

## Tartışma

Vena kava superior, baş boyun ve gövde üst kısmında venöz kanın kalbe dönüşünü sağlayan ana vendir. Vena kava superior kan akımının bozulmasının benign ve malign nedenleri olabilir. Intratorasik



**Resim 2.** Göğüs ön yüzünde kollateral damarlar

sik tümörler direkt bası veya invazyon yoluyla, diğer organ tümörleri de intratorasik metastaz yoluyla, komşu lenf nodları ise genişleyerek dışarıdan bası yoluyla VKSS'a neden olabilirler. Daha az bilinen ancak nadir olmayan benign etyolojik faktörler arasında ise paratrakial lenf nodları, mediastinal fibrozis, intratorasik guatr, aort anevrizması, pulmoner amibiazis ve aktinomikoz benzeri enfeksiyöz tablolar vardır (2,3,4,6,9). Son yıllarda santral venöz kateter ve pacemaker benzeri intravasküler uygulamaların yaygınlaşması benign etyolojili VKSS sıklığını belirgin olarak etkileyerek oranını %40'lara kadar yükseltmiştir (3,4,5,6,9,10). Santral venöz kateter esas olarak hemodiyaliz sırasında son yıllarda ise kemoterapotiklerin verilmesi amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır (3). Venler daha ince duvarlı oldukları için kanın düşük basıncı nedeniyle trombozlara daha yatkındırlar, kateter yerleştirilirken oluşturulan endotel hasarı, yanlış yerleştirme, kateterin ven içerisindeki kan akımını bozması ve hiperkoagülabilitate gibi ek faktörler de santral venöz kateterde tromboza yatkınlığa neden olmaktadır (2,6).

Belirtiler yüzde sınırlı ödemden, baş boyun ve gövde üst kısmında eritem, ödem, siyanotik değişiklikler, gövde üst kısmında telenjiyektatik damarlar ve kollateral oluşumlarına kadar değişen şekillerde olabilir. Yatar pozisyonda artan nefes darlığı, öksürük, bulanık görme, ortopne, ses kısıklığı, mide bulantısı, baş ağrısı, göğüs ağrısı baş dönmesi veya bayılma eşlik edebilir. Şiddetli tablolarda stridor ve konfüzyon şeklinde bulgular gelişebilir. Bu tür durumların ayırıcı tanısında diğer pulmoner, kardiyolo-

vasküler ve metabolik bozukluklar da yer almaktadır (2).

Vena kava süperior sendromu gelişim hızı da alta yatan faktörle ilişkilidir. Malignitelerle ilişkili olanlarda tıkanıklık kademeli olarak geliştiği için boyun ve üst hemitoraksta kollateral venöz sistemi kollateraller gelişir ve klinik bulgular daha yavaş ortaya çıkarlar. Trombotik olaylarda ise tablo akut olarak karşımıza çıkar (2,3,6). Bizim olgumuzda santral venöz kateter ilişkili bir tablo olmasına karşın hastada kollateraller geliştiği için tromboz dışı nedenler de akla gelmekteydi. Öte yandan kolorektal kanserlerin VKSS'e neden olabilmesi için öncelikle mediastinal lenf nodu metastazı yapmaları gerekmektedir (10). Olgumuzda bilgisayarlı tomografi ve BT anjiyografi hem tablonun trombozdan kaynaklandığını ortaya koyarken hem de intratorasik kitle etkisini dışlamaktaydı. Hastamızda vena kava superiorunda oklüzyonun tam yerine kısmen olması, bazı hastalarda kollateral gelişiminin tam tıkanıklık olmadan önce de başlayabileceğine işaret ediyor olabilir. Klinik bulguları VKSS'i düşündüren hastalarda ultrason, kontrast venografi, magnetik rezonans anjiyografi ya da bizim hastamızda olduğu gibi BTA tanıda kullanılabilir (2,3,6). Magnetik rezonans anjiyografi ve BTA ile kollaterallerin izlenmesiyle VKSS tanısı %96 sensitivite, %92 spesifite ile konulabilir (6).

Vena kava süperior sendromu tedavisi etyolojiyle ilişkilidir. Neoplazilerden kaynaklanan olgularda amaç tümörlerin de tedavisidir. Radyoterapi, safen venin otolog bypass cerrahisi, eksizyonel, endovasküler tedaviler uygulanabilir (3,4,6,9,10). Kateter ilişkili VKSS tedavisinde kateter çıkarılmalı ve sistemik antikoagülan uygulanmalıdır. Rekürren veya tedaviye direnen olgularda ise farmakolojik tromboliz ve mekanik trombektomi yapılmalıdır (3).

Tanı almış intratorasik tümörü olan hastada baş boyun ve üst ekstremiteler lokalizasyonlu eritem ve ödem varlığında VKSS kolaylıkla akla gelebilir. Öte yandan bizim olgumuzda olduğu gibi yüzde eritem,

ödem ve yutma güçlüğü ile başvuran hastalarda anjiyoödem ilk aklımıza gelen tablodur. Akut tabloda ödemin gövde üst kısmı ve boyun ile ekstremitelere yayılması, varsa siyanoz, kronik tabloda vasküler obstrüksiyona ikincil olarak gelişen yüzeysel vasküler genişlemeler klinik tanı için önemli ipuçlarını oluşturmaktadır. Etiyolojide maligniteler önemli yer tutsa da bizim vakamız da olduğu gibi VKSS'nun kemoterapötik ajan uygulaması için kullanılan venöz kateterin trombozuna ikincil olarak gelişebileceği de unutulmamalıdır.

### Kaynaklar

1. Wudel LJ, Nesbitt JC. Superior vena cava syndrome. *Curr Treat Options Oncol* 2001; 2: 77-91.
2. Yıldızeli B. Vena kava superior sendromu ve cerrahisi. *Toraks Cerrahisi Bulteni* 2011; 2: 147-158.
3. Cui J, Kawai T, Irani Z. Catheter-directed Thrombolysis in Acute Superior Vena Cava Syndrome Caused by Central Venous Catheters. *Semin Dial* 2015; 28: 548-551.
4. Santos PK, Fernandes AM, Figueiredo V, Janeiro S. Superior vena cava syndrome associated with longstanding implantable central venous port. *BMJ Case Rep* 2015; doi: 10.1136/bcr-2014-206643.
5. Herscovici R, Szyper-Kravitz M, Altman A, Eshet Y, Nevo M, Agmon-Levin N, ve ark. Superior vena cava syndrome-changing etiology in the third millennium. *Lupus* 2012; 21: 93-96.
6. Shaikh I, Berg K, Kman N. Thrombogenic catheter-associated superior vena cava syndrome. *Case Rep Emerg Med* 2013; 2013: 793054.
7. Espirito Santo J, Coutinho I, Pimentel A, Garcia R, Marques Dos Santos R. Superior vena cava syndrome and colon carcinoma: a report of a multifactorial association. *Case Rep Oncol Med*; 2015; 2015: 345804.
8. Saeed AI, Schwartz AP, Limsukon A. Superior vena cava syndrome (SVC syndrome): a rare cause of conjunctival suffusion. *Mt Sinai J Med* 2006; 73: 1082-1085.
9. Fu HX, Huang XM, Zhong L, Osborn MJ, Bjarnason H, Mulpuru S, ve ark. Outcome and management of pacemaker-induced superior vena cava syndrome. *Pacing Clin Electrophysiol* 2014; 37: 1470-1476.
10. Lanciego C, Rodriguez M, Rodriguez A, Carbonell MA, García LG. Permanent pacemaker-induced superior vena cava syndrome: successful treatment by endovascular stent. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2003; 26: 576-579.