



Bahar Sevimli  
Dikicier, Nurcan  
Metin, Berna Kılıç,  
Mustafa Teoman  
Erdem

## Anjiyoödem Kliniğiyle Ortaya Çıkan Vena Kava Superior Sendromlu İki Olgu: Olgu sunumu

Superior Vena Cava Syndrome Appearing Like Angioedema: Report of Two Cases

### Özet

Vena kava superior sendromu (VCSS) erken dönemde anjiyoödem kliniğinde olduğu gibi periorbital ve fasyal ödemle seyredebilir. Sıklıkla da akciğer kanseri ve lenfoma gibi malignensilerin neden olduğu bu tablo gözden kaçarak, hastalar anjiyoödem gibi değerlendirilip tedavi edilebilir ve altta yatan asıl hastalık atlanabilir. Olgularımız da anjiyoödem gibi değerlendirilirken altta yatan malignensilere bağlı VCSS tanısı almışlardır.

**Anahtar kelimeler:** Vena cava superior sendromu, anjiyoödem, akciğer kanseri, non hodgkin lenfoma, tanı, tedavi

### Abstract

SVCS may present with periorbital and facial edema just like angioedema, especially at early stages. SVCS, which is frequently associated with malignancies like lung cancer and lymphoma, may be overlooked, patients may be diagnosed and treated as angioedema and the underlying disease is omitted. Our patients were referred to dermatology department as having angioedema but the diagnosis turned out to be SVCS associated with underlying malignancies.

**Key words:** Superior vena cava syndrome, angioedema, lung cancer, non hodgkin lymphoma, diagnosis, treatment

Sakarya Üniversitesi Tıp  
Fakültesi Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi, Deri ve Zührevi  
Hastalıkları Anabilim Dalı,  
Sakarya, Türkiye

### Yazışma Adresi/ Correspondence:

Bahar Sevimli Dikicier,  
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Deri ve Zührevi Hastalıkları  
Anabilim Dalı, Sakarya, Türkiye  
E-posta: bsevimlidikicier@gmail.com  
Geliş Tarihi/Submitted: 16.04.2013  
Kabul Tarihi/Accepted: 18.04.2013

9-13 Ekim 2012 tarihlerinde  
Gaziantep'de gerçekleşen XXIV.  
Ulusal Dermatoloji Kongresi'nde  
sunulmuştur.

@Telif Hakkı 2014 Türk Dermatoloji  
Derneği Makale metnine www.  
turkdermatolojidergisi.com web  
sayfasından ulaşılabilir.

@Copyright 2014 by Turkish Society  
of Dermatology - Available on-line  
at www.turkdermatolojidergisi.com

### Giriş

Vena kava süperior sendromu (VKSS) baş, üst ekstremiteler, toraks ve sağ atriümden normal venöz dönüş kesildiğinde oluşur. Herhangi bir dış bası, tümör, lenf bezi, anevrizma veya tromboza neden olan intravenöz kateterler gibi nedenlerle vena kava süperior tıkanabilir. Basının erken döneminde hastalar karşımıza anjiyoödemdeki gibi periorbital ve fasyal ödemle gelebilir (1). Bu bildiride periorbital ödemle acil servise başvurup anjiyoödem tedavisi verilip polikliniğimize yönlendirilen, yapılan tetkikler sonucu mediastende mevcut kitle basısı sonucu vena kava süperior sendromu nedeniyle periorbital ödem kliniği sergileyen iki olgu sunmaktayız.

### Olgu Sunumları

#### Olgu 1

Polikliniğimize göz kapaklarında şişlik nedeniyle acilden yönlendirilen 63 yaşındaki bayan hastanın bilateral periorbital ödem

dışında patolojik dermatolojik bulgusu yoktu (Resim 1). Şişliğin son 2 gündür başladığını söyleyen hastanın öz ve soygeçmişinde kayda değer özellik yoktu. Rutin kan sayımı ve biyokimyasal parametrelerinde herhangi bir bozukluk yoktu. Tetkik ve tedavi amacıyla kliniğimize yatışı planlanan hastanın kardiyoloji polikliniğinde yapılan kardiyak muayenesinde herhangi bir yetmezlik bulgusuna rastlanmadığı bildirildi. Kliniğimize yatışı yapılan hastaya 40 mg/gün metilprednizolon başlandı. Takiplerinde bu tedaviyle ödeminde hiçbir gerileme olmayan hastanın rutin posteroanterior akciğer grafisinde üst mediastende genişleme saptanması (Resim 2) üzerine bilgisayarlı toraks tomografisi ve boyun ultrasonu da yapıldı. Boyun ultrasonunda sağda inferior servikalde en büyüğü 22x17 mm boyutlarında, sağ supraklavikular bölgede 12x14 mm boyutlarında korteks kalınlığı artmış patolojik görünümde lenf nodları izlendi. Toraks bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüsü; üst mediastende brakiosefalik arteriyel ve venöz trunkusu,

azigos venini çevreleyerek lümenlerini daraltan, sol kısmı arcus aorta anterior kesimine dayanan, sağ üst-alt paratrakeal alanı doldurarak inferiorda aortopulmoner yağlı planlar komşuluğuna ve karina superioruna dek uzanan 6x5 cm çapında lobule konturlu heterojen dansitede malign izlenimi veren kitle izlenmiş, trakea hava kolonu sola itilmiş, toraks ön duvarda deri altı kollateral vasküler yapılar görülmüş ve sağ akciğer üst lob anterior segmentte 8 mm çaplı nodül izlenmiştir şeklinde raporlandı. Kanda üre (49,2 mg/dl), ürik asit (6,1 mg/dl), sedimentasyon (59 mm/saat) ve CRP (13,1 mg/l) yüksekliği, saptanan diğer bozukluklardı. Hastamız bu bulgularla göğüs cerrahi bölümüne konsulte edilerek devredildi. Nonhodgkin lenfoma ön tanısıyla yapılan mediastinoskopik biyopsi sonucu için göğüs cerrahi bölümü tarafından takibe alındı.

## Olgu 2

İkinci olgumuz 61 yaşında erkek hasta, yaklaşık 1 aydır olan göz kapaklarında, yüzde ve boyun bölgesindeki şişlikler ve son 10 gündür olan göğüs ön bölgesindeki damarlarda belirginleşme şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu (Resim 3, 4). Yutma güçlüğü, nefes darlığı, baş ağrısı ve görme



**Resim 1. Bilateral periorbital ödem ve eritem**



**Resim 2. Posteroanterior akciğer grafisinde üst mediastende genişleme**

bozukluğu gibi ek şikayetlerde tarifleyen hastaya daha önce bu şikayetlerle acil polikliniğinde birkaç kez sistemik steroid tedavisi verilmiş, ancak yüz ödeminde kısmi gerileme dışında şikayetlerinde düzelme olmamış. Yapılan dermatolojik muayenesinde bilateral periorbital, fasyal bölgede ve boyunda eritem ödem, göğüs ön yüzde damarlarda variköz dilatasyonlar saptandı. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Rutin hemogram ve biyokimya parametreleri normaldi. Özgeçmişinde benign prostat hipertrofisi ve 20 paket/yıl sigara kullanma öyküsü dışında bir özellik yoktu. Prostat hipertrofisi için 2 yıldır Dutasteride ve Alfuzosinhidroklorür kullanmaktaydı. Soygeçmişinde özellik yoktu. Posteroanterior akciğer grafisinde mediastinal genişleme saptanması üzerine (Resim 5) hastadan boyun ultrasonu, boyun ve toraks



**Resim 3. Bilateral periorbital, fasyal bölgede ve boyunda ödem**



**Resim 4. Göğüs ön bölgesindeki yüzeysel venlerde belirginleşme**

bilgisayarlı tomografi istendi. Boyun ultrasonunda boyun sağ tarafta belirgin olmak üzere deri ve deri altı dokularda ödem, boyun BT'sinde sağ juguler vende ektazi saptandı. Toraks BT'sinde ise mediastinal sağ hiler lenfadenopati (LAP), sağ hilus süperiorunda komşu mediastinal LAP'lardan sınırı ayırt edilemeyen kitle, vena cava oklüzyonu, sağ plevralefüzyon saptanması üzerine hasta göğüs cerrahisi bölümüne konsulte edildi. Ön tanıda akciğer kanseri düşünülerek biyopsi planlanan hasta göğüs cerrahisi takibine alındı.

## Tartışma

Anjiyoödem derin dermis, subkutan veya submukozal dokunun vasküler sızıntıya bağlı şişliğidir (2,3). Anjiyoödem klinik olarak gode bırakmaz ve kaşıntısızdır. Etkilenen bölgeler deri renginde veya hafif eritematöz olabilir. Yüz, genital bölge ve ekstremiteler en sık etkilenen yerlerdir. Muayeneye keskin sınırlı olmayan eritemli veya eritemsiz şişlikler kolayca tanı alır. Anjiyoödem ürtikerle sık birliktelik gösterir, aslında ürtikerli hastaların %50'sinde anjiyoödem de vardır (4).

Anjiyoödem ayırıcı tanısında alerjik kontakt dermatit, kollajen doku hastalıkları, endokrin bozukluklar, parazitik hastalıklar, tümöral kitleler akla gelmelidir. Ürtikersiz anjiyoödem subkutan şişmeye neden olan birçok değişik hastalığın semptomu olarak ortaya çıkıp anjiyoödem sanılabilir (5).

Süperior mediastinal yapıları veya lenfatikleri sıkıştıran herhangi benign ya da malign patolojinin ince duvarlı vena kava süperiora (VKSS) bası yapmak suretiyle kalbe venöz dönüşü engel olması Vena kava süperior sendromu (VKSS) olarak bilinir. VKSS'nin kompresyonu, invazyonu veya trombozu sonucu oluşur. Sıklıkla santral yerleşiminden dolayı en sık küçük hücreli akciğer kanserinde rastlanır. Lenfomalar VKSS olgularının %4-%10'undan sorumludur. Hodgkin hastalığında VKSS nadir iken nonhodgkin lenfomalardan



**Resim 5. Posteroanterior akciğer grafisinde mediastinal genişleme**

diffüz büyük hücreli ve lenfoblastik lenfomalarda en siktir (6,7). Literatürde en çok bildirilen akciğer kanseri ve nonhodgkin lenfomaya bağlı VKSS olgularıdır. Nadiren pulmoner emboli, Antifosfolipit sendromu, kronik lenfositik lösemi, merkel hücreli kanser ve torasik aktinomiçez gibi hastalıklara bağlı bildiren VKSS olguları da bulunmaktadır. Ayrıca venöz kateter takılması işlemine bağlı iyatrojenik ve metastatik kanserin ilk bulgusu olarak bildirilen VKSS olguları vardır (8). VKSS genellikle sinsi bir başlangıç gösterir. En sık şikayet nefes darlığı, yüzde, boyunda ve üst ekstremitelerde şişliklerdir. Nadir olgularda, laringeal ödem, stridor, artmış intrakranial basınç, sagittal sinüs trombozu ve serebral ödem klinikte izlenebilir (6,7).

Rutin tanı metodları akciğer grafisi, toraksın BT ve üst ekstremitte venografisidir. Sonuçlar genellikle bronkoskopi, biyolojik belirteçler (CEA, AFP, HCG) veya mediastinoskopi ile konur (9,10).

Anjiyoödem özellikle periorbital olduğunda başlangıç zamanı, eşlik eden diğer durumlar (ürtiker gibi), hastanın öyküsü ve tedaviye verilen cevap bize yol gösterici olabilir. Anjiyoödem kendisi gibi akut başlangıçlı klinik tablolarda bile ödeme neden olabilecek nedenler açısından dikkatli olunmalı ve tetkikler bu yönde incelenmelidir. Bizim olgularımızda da olduğu gibi basit rutin bir tetkikle bile görünen klinik tablonun arkasındaki asıl patolojiye ulaşılabilir. Olgularımızın anjiyoödem şeklinde yaklaşılırken altta yatan kitle basısına bağlı vena kava süperior tanısı almasını dikkat çekici bulduğumuz için sunmayı uygun bulduk.

## Kaynaklar

1. Yıldızeli B, Vena Kava Superior Sendromu ve Cerrahisi. Toraks Cerrahisi Bülteni, Türk Toraks Derneği, (www.toraks.org.tr). 2011;2:147-158.
2. Scheirey CD, Scholz FJ, Shortsleeve MJ, Katz DS. Angiotensin-converting enzyme inhibitor-induced small-bowel angioedema: clinical and imaging findings in 20 patients. AJR Am J Roentgenol 2011;197:393-8.
3. Wakisaka M, Shuto M, Abe H, et al. Computed tomography of the gastrointestinal manifestation of hereditary angioedema. Radiat Med 2008;26:618-21.
4. Bork K, Barnstedt SE. Laryngeal edema and death from asphyxiation after tooth extraction in four patients with hereditary angioedema. J Am Dent Assoc 2003;134:1088-94.
5. Charlesworth EN. Differential diagnosis of angioedema. Allergy Asthma Proc 2002;23:337-9.
6. Macchiarini P. Superior Vena Cava Obstruction In: Patterson AG, Pearson G, Cooper JD, Deslauriers J, Rice TW, Luketich JD et al. 3rd edition Pearson's Thoracic and Esophageal Surgery, Churchill Living stone Elsevier Philadelphia, 2008;1684-90.
7. Wan JF, Bezjak A. Superior vena cava syndrome. Hematol Oncol Clin North Am 2010;24:501-13.
8. Ratnarathorn M, Craig E. Cutaneous findings leading to a diagnosis of superior vena cava syndrome: A case report and review of the literature. Dermatol Online J 2011;17:4.
9. Porte H, Metois D, Finzi L, et al. Superior vena cava syndrome of malignant origin. Which surgical procedure for which diagnosis? Eur J Cardiothorac Surg 2000;17:384-8.
10. Selcuk ZT, Firat P. The diagnostic yield of transbronchial needle aspiration in superior vena cava syndrome. Lung Cancer 2003;42:183-8.