

- VENA CAVA SUPERİOR SENDROMU
Dr.Serdar Onat
- VENA CAVA SUPERİOR SENDROMU
- Vena Cava Superior da kan akımının tıkanıklığa uğraması sonucu gelişen klinik tablodur.
- Acil olarak tanısal değerlendirme ve tedaviyi gerektirir.
- Vena Cava Superior, baş, boyun, üst ekstremiteler ve toraksın üst bölümünün venöz drenajını sağlayan ana venöz damardır.
- Orta ve üst mediastende yer alır. Etrafında sternum, trakea, ana bronş, aorta, pulmoner arter, perihiler ve paratrakeal lenf nodları bulunur.
- Sağ ve sol brakiosefalik venlerin birleşim yerinden başlar-sağ birinci kosta kıkırdak hizasında-sağ atriumda -3. interkostal alan seviyesinde- sonlanır. Uzunluğu 6- 8 cm arasında değişir.
- Son 1.5cm lik bölümü perikard içinde bulunur. İnceduarlı, düşük basınçlı kapak bulundurmayan bir damarsal yapıdır.
- Ortalama 2 cm çapındadır.
- VCS tıkanıklığında vücudun üst yarısının kalbe venöz akımının sağlanması için oluşan ana 4 kollateral yol vardır
- 1-Azigos sistemi
- 2-internal mammarian venöz sistem
- 3-Torasik venöz sistem

- 4-Kolumna vertebralis venleri
- Etyoloji
- Benign, veya malign hastalıklara bağlı olarak ekstrinsik kompresyon, lümen içi trombüs,direk invazyon yada ven duvarının infiltrasyonu veya bunların kombinasyonları sebep olur.
- Malign sebep%88(78-97)
- Benign sebep%4-13
- Malign Nedenler
- 1-Akciğer kanserleri(%67-82)
Akciğer kanserli olgularda VCSS kesin insidansı bilinmemekle beraber % 2.5-4 arasında değişmektedir.
A-Küçük hücreli ca % 40
B-Epidermoid tip %18
C-Adeno ca %9
D-Büyük hücreli % 7
- 2-Lenfomalar % 7-10 .Hızlı büyür ve bulky mediastinal lenf nodlarına sebep olur
Lenfoblastik lenfoma ve diffüz büyük hücreli lenfoma en sık görülen patolojilerdir.
Lenfoblastik lenfomadaVCSS görülme olasılığı %21 kadardır.
Hodgkin hastalığı büyük lenf nodlarına sebep olmasına rağmen düşük hızla büyümesi nedeniyle VCSS ye neden olmaz. .
- 3-Metastazlar.%4
- Akciğer veya mediastene olan metastazlar VCSS oluşturabilir.
- En sık internal mammaryan lenf nodlarına metastaz yapan meme ca metastazlarına bağlı olarak gelişir.
- 4- Germ hücreli tümörler %2

- Primer mediastinal germ hücreli tümörü olan hastalarda % 20 VCSS gelişir.
- 5-Timik Tümörler % 2
- İnvazyondan çok tümörün dıştan baskısına bağlı gelişir.En sık sebep timomadır.
- Diğerler;lökemik infiltratlar granulositik sarkomlar,plasmasitomlar.
- Benign Nedenler
 - 1-Enfeksiyöz nedenler,
Histoplasmosis,TBC, Nokardiosis
 - 2-Sarkoidozis
 - 3-Aortik pseudoanevrizma
 - 4-Subclavian anevrizma
 - 5-intravaskuler papiller hiperplazi
 - 6-Behçet hst
 - 7-idiopatik tromboz-
- 8-Septik tromboz
- 9-Pacemakera bağlı tromboz
- 10-Santral venöz kateter
- 11-Peritonovenöz şant
- 12-Transvenöz şant
- 13-Bronkojenik kist
- 14-Perikardial hematoma
- 15-Substernal guatr
- 16-Anjio immunoblastik lenfadenopati
- 17-Radyasyon fibrozisi
- 18-Superior vena cava stenozu

- 19-Sistemik lupus eritematozis
- KLİNİK
- Malign nedenler daha çok erkeklerde görülürken benign nedenlerde cinsiyet farkı yok
- Malign 40-60 yaş
- Benign 30-40 yaş arasında sık görülür
- Erken dönemlerde semptom olmayabilir
- Malignensi veya katetere bağlı trombozda akut ve hızlı gelişir
- Malignensi durumunda ilk semptom ile klinik arasında ortalama 6 hafta varken benign sebeplerde 60-168 haftadır
- SEMPTOMLAR
- Dispne, en sık görülür.%63
- Sürekli oturur
- Öksürük,göğüs ve boyun venlerinde genişleme
- Bulantı,göğüs ağrısı,seskısıklığı
- Yutma güçlüğü,hemoptizi, başta dolgunluk hissi
- Baş boyun ve üst extremitelerde progressif ödem ve siyanoz
- Baş ağrısı ,baş dönmesi,uyuklama,
- TANI
- Görüntüleme Araçları
- Akciğer grafisi;mediastinal genişleme. Hiler kitle, plevral eff,bilateral infiltrat,,kalsifiye parakardiyal lenf nodları
- BT;Özellikle kontrastlı çekim gerekir
- MR

- Transöseafagel echo faydalı olabilir
- Single photon emisyon tomografisi
- Venografi
- Radyonükleid venografi

● HİSTOLOJİK TANI

- Balgam sitolojisi Kemikiliği biopsisi
- Bronkoskopi
- Torasentez
- Transtorasik biopsi
- Lenf nodu biopsisi
- Mediastinoskopi
- Torakoskopi -VATS
- Torakotomi

● TEDAVİ AMAÇ

- Semptomların giderilmesi
- Neden olan hastalığın tedavisi
- Morbidite ve mortalitenin azaltılması
- Konservatif Tedavi
- Yatak istirahati

- Baş elevasyonu
- Oksijen tedavisi
- ACİL!!!!
- Beyin ödemi
- Azalmış kardıakoutput
- Üst hava yolunda ödem
- Steroid ve Diüretik tedavisi tartışmalı
- RADYOTERAPİ? KEMOTERAPİ?
- RADYOTERAPİ
- En fazla kullanılır
- Hemen mi ? Yoksa tanıdan sonra mı?
- Klinik kötüye gidiyorsa hemen.
- AC ca da%70 lenfomada %100 palyasyon sađlar
- KEMOTERAPİ
- Kemosensitif tmlerde özellikle Küçük Hücreli Akciğer Ca da etkilidir.
- Histolojik tanı sonrası tedavi başlanır.
- ANTIKOAGULANLAR
- Trombozun ön planda olduđu durumlarda önerilir.
- KHAK de tedaviye heparın eklendiğinde daha iyi sonuçlar alındığına dair gözlemler var.

- TROMBOLİTİK TEDAVİ
- Kateter kullanımına bağlı trombozda
- Ürokinaz
- Streptokinaz
- TPA kullanılabilir
- ANJIOPLASTİ :Tek başına uzun dönemde palyasyon sağlamaz
- SELF-EXPANDABLE STENTLER:Tekrar tromboz oluşma riski %4-45 arasındadır.
- CERRAHİ
- OTOGREFTLER:safen , sol innominate ven,internal juguler ven, femoral ven, azigoz ven.umbilikal ven
- HOMOGREFT
- YAPAY GREFTLER ;Dacron ,Gore-tex ile bypass
-
- En sık ve en başarılı sonuçlar safen greftlerle alınmıştır.
- Semptomatik iyileşme benign hastalarda yüksek oranda beklenirken malign hastalarda da %50-70 oranında beklenir.