

# TİMOMALI BİR OLGUDA VENA KAVA SÜPERİOR SENDROMU VE CERRAHİ YAKLAŞIM (OLGU SUNUMU)

Dr. Faruk CİNGÖZ (\*), Dr. Celalettin GÜNAY (\*), Dr. Ufuk DEMİRKILIÇ (\*),  
Dr. Mehmet ARSLAN (\*), Dr. Harun TATAR (\*)

Gülhane Tıp Dergisi 46 (3) : 245 - 247 (2004)

## ÖZET

*Metastatik, pulmoner veya mediastinel kitleler, vena kava süperior sendromunun en sık nedenleri arasındadır. Kliniğimize timoma rezeksiyonu sonrası, vena kava süperior sendromlu hastaya sağ subklavyan ven, sağ internal juguler ven ile vena kava süperior arasına dakron tüp greft interpoze edildi. Timoma invazyonuna bağlı vena kava süperior sendromu olgusu literatürlerle incelenerek sunulmuştur.*

**Anahtar Kelimeler:** Vena Kava Süperior Sendromu, Timoma.

## SUMMARY

**Vena Cava Süperior Syndrome Due to Tymoma and Surgical Therapy**

*Mediastinal, pulmonary and metastatic masses are among the common causes are frequently caused vena of cava superior syndrome. A patient with resected tymoma was admitted to our clinic. We performed right subclavian vein and right internal jugular vein through the vena cava superior with dacron graft. The patient was evaluated and discussed in the view of literature knowledge.*

**Key Words:** Vena Cava Superior Syndrome, Tymoma.

## GİRİŞ

Metastatik pulmoner veya mediastinal kitleler, vena kava süperior sendromunun en sık nedenleri arasındadır. Mediastinal yerleşimli en sık, nörojenik tümör görülürken (%20); ikinci sıklıkta timoma (%19) görülmektedir (1). Timomada başı semptomları yanında, nörohümorale salgılara bağlı sistemik semptomlar görülürken, %50 olgu asemptomatik seyretmektedir (1,2). Kliniğimize timoma rezeksiyonu ve radyoterapi uygulanmış; postoperatif dönemde

vena kava süperior sendromu gelişen bir hasta başvurdu. Hastaya, elektif şartlarda sağ subklavyan ven, sağ internal juguler ven ile vena kava süperior arasına dakron tüp greft interpoze edildi ve geniş timoma kitlesi rezeksiyon edildi. Timoma invazyonuna bağlı vena kava süperior sendromu olgusu, literatürlerle incelenerek sunuldu.

## OLGU SUNUMU

Hastaya 1993 yılında anterosüperior mediastende kitle tanısı konularak, median sternotomi yaklaşımı ile timektomi uygulanmış. Kitlenin patolojisinde, malign invaziv timoma saptanması üzerine, hastaya radyoterapi ve kemoterapi uygulanmış. Semptomları kaybolan hastanın, postoperatif 6. yılındayken hafif göğüs ağrısı, dispne şikayetleri ile birlikte boyun venlerinde dolgunluk başlamış. Kliniğimize yatırılan hastanın muayenesinde, median sternotomi insizyon skarı ile boyun venlerinde dolgunluk saptandı. Kontrastlı toraks tomografisinde, üst mediastende patolojik boyutta olmayan lenf nodları ile süperior vena kavada duvarda lokalize oluşumlar saptandı. Kavagrafisinde, vena kava süperior üst kesiminde konsantrik lokalize daralma saptandı (Resim - 1). Subklavyan venden yaygın kollateraller gözlemlendi. Hasta, elektif şartlarda operasyona alındı. Sağ anterolateral torakotomi yapıldı. Aortanın ön ve lateral kısmından itibaren başlayan, sağ akciğer apeksine kadar uzanan yaygın fibrozis görüldü. Vena kava süperior diseksiyonunda mediyal kısmında 1x1.5 santimetre ebatlarında, kenarları düzensiz ve süperior vena kavaya infiltrat olmuş kitle saptandı. Sağ subklavyan ven ve internal juguler ven serbestleştirildi. Proksimalde vena kava süperior serbestleştirildi. Venotomi sonrasında vena kava süperior iç kısmının tümörle dolu olduğu görüldü. Kitlenin innominate ve subklavyan vene kadar uzandığı saptandı. Sağlam dokulara kadar diseksiyon yapılarak sağ subklavyan ven, internal juguler ven ve süperior vena kava arasına 14 numara dacron tüp greft interpozisyonu yapıldı. Cerrahi sırasında, innominate ven bütünlüğü ve devamlılığı korundu. Böylelikle sol internal juguler sistemin venöz dönüşü korunmuş oldu. Alınan kitleden yapılan patolojik çalışmada lenfositlerden zengin malign

(\* ) GATA Kalp ve Damar Cerrahisi ABD.  
Reprint Request: Dr. Faruk CİNGÖZ, GATA Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, 06018, Etlik/ANKARA  
Kabul Tarihi: 31.05.2004

(invaziv) timoma saptandı. Hastaya 10 gün süre ile radyoterapi uygulandı. Antikoagülan tedavi ile taburcu edilen hastanın, 1 yıl sonunda yapılan kontrolünde şikayeti yoktu. Kontrastlı tomografisinde mediastinal bölge normal olarak değerlendirildi. Yapılan kavagrafisinde, süperior vena kavaya konulan greftin açık olduğu saptandı.



Resim-1: Vena kava süperiora dışardan bası yapan kitle

## TARTIŞMA

Vena kava süperior sendromunun etyolojisinde en sık neden metastatik pulmoner tümörler ile mediastinal malignitelere dir. Süperior vena kava sendromu bulunan hastaların %85'inde, metastatik pulmoner tümör ve malign mediastinal kitle olduğu saptanmıştır (1). Akciğerin primer adenokarsinomu, sıklıkla lokal invazyon ile obstrüksiyona yol açmaktadır. Mediastinal kitleler arasında, tiroid karsinomu, mediastinal lenfoma, timoma, teratoma, anjiyokarsinoma sayılabilir (1,2).

Timoma süperior mediasten yerleşimli en sık görülen tümördür. Mediastinal tümörlerde ikinci sıklıkla görülmektedir. % 50 oranında asemptomatik seyrederken, lokal bası semptomları veya nörohumoral salgılar vasıtası ile sistemik belirtilerle seyredebilir. Lokal bası semptomları arasında, göğüs ağrısı, dispne, hemoptizi, öksürük ve vena kava süperior sendromu sayılabilir. Nörohumoral semptomlar arasında, miyestania gravis, aplastik anemi, Cushing sendromu, dermatomyositis, sistemik lupus eritematosus (SLE), romatoid artrit görülebilir. Timomali hastaların %30 kadarında miyestania gravis bulunmaktadır (1). Timoma histopatolojik olarak, epiteliyal ve lenfosit hücrelerden zengin olmasına göre sınıflandırılmaktadır. Lenfositten zengin timomalarda yaşam süresi daha iyi olarak bildirilmektedir.

Kliniğimize 1993 yılında timektomi uygulanmış hasta vena kava süperior sendromu ile başvurdu. 1993 yılındaki ameliyat notundan vena kava süperiora invazyonun olmadığı ve ven duvarının intakt olduğu anlaşıldı. Yapılan tetkiklerde, vena kava süperiora lokal invazyon varlığına karar verildi.

Vena kava süperior sendromunda, endovasküler girişimler ve cerrahi tedaviler uygulanmaktadır (2). Endovasküler girişimin, tümörün tamamen çıkartılmayacağı durumlarda kullanılması gerektiği bildirilmektedir (2,3). Bizim hastamızda şikayetlerin yeni başlaması, tümoral kitlenin subklaviyan vene kadar geniş bir alana yayılması, pulmoner emboli şüphesi nedeni ile cerrahi tedaviye karar verildi. Vena kava süperior sendromunda vena kava süperior rekonstrüksiyonu, ekstra anatomik (Juguler ven-femoral ven) bypass, juguler venler ile vena kava süperior arasına greft interpozisyonu, subklaviyan ven-vena kava süperior arasına bypass gibi değişik teknikler kullanılmaktadır (3,4).

Vena kava süperior sendromunda cerrahi rekonstrüksiyonda asıl amaç, beyin venöz dönüşünün sağlanmasıdır (4). Bu işlem için özellikle, sol ve sağ internal juguler ven ile vena kava süperior arasına venöz bypass yapılabilir (5). Timoma olgularında lokal invazyon ile juguler venler, innominate ven, vena kava süperior bütünlüğü bozulmaktadır. Bu olgularda, tümör dokusu ne kadar eksize edilirse edilsin, bir kısım tümoral doku kalmaktadır. Bu durumlarda cerrahi sonrası tedavi amaçlı radyoterapi kullanılmaktadır. Radyoterapi uygulaması, cerrahi sahada fibrozisi arttırdığı gibi anastomozların bulunduğu segmentlerde de artırmaktadır. Bu nedenle, konulan greftin erken ve geç dönem açıklık oranını etkilemektedir. Bazı klinisyenler özellikle, beyin venöz dönüşün sol torakotomi ile sol internal juguler ven kullanılarak, cerrahi saha dışında bypassları önermektedir. Ancak timoma olgularında malign karakter düşünüldüğünde tümör kitlesinin tamamen çıkartılması tümörün küratif tedavisinde gerekmektedir. Bu durumda, sağ torakotomi uygun bir görüş alanı sağlanması açısından gereklidir. Bu işlemde, beyin venöz dönüşünün korunması ve devamı için innominate ven bütünlüğü önem kazanmaktadır.

Bizim olgumuzda, hastanın yaşının genç olması ve tümoral kitlenin tamamen çıkartılması düşünülerek sağ torakotomi planlanmıştır. İlerleyen yıllarda, greft tıkandığı takdirde sol torakotomi ikinci aşama için korunmuştur. Hastanın 1 yıllık takibinde, greftin açık olması vena kava süperior sendromunun kaybolması, operasyon stratejisi açısından sağ torakotomi ile tümoral kitlenin çıkartılarak, venöz dönüşün devamlılığının sağlanmasının uygun olacağı kanaatindeyiz.

**KAYNAKLAR**

1. Markman, M.: *Diagnosis and management of superior vena cava syndrome. Cleve Clin J Med.* 66:59-61, 1999.
2. Varrichio, C.: *Clinical management of superior vena cava syndrome. Heart Lung.* 14(4):411-6, 1985.
3. Ostler, P.J., Clarke, D.P., Watkinson, A.F., et al.: *Superior vena cava obstruction: a modern management strategy. Clin Oncol (R Coll Radiol).* 9(2):83-9, 1997.
4. Singh, S., Sherif, H., Reul, G.J.: *Reconstruction of the superior vena cava with the aid of an extraluminal venovenous jugulo-atrial shunt. Tex Heart Inst J.* 27(1):38-42, 2000.
5. Calderon, M.C., Lozano, V.M., Jaquez, A., et al.: *Surgical repair of superior vena cava syndrome. Ann Thorac Surg.* 71:1351-3, 2001.