

SUBKLAVYEN VEN TIKANIKLIĞI: MALİGN MEZOTELYOMADA NADİR BİR KOMPLİKASYON

Subclavian vein obstruction: A rare complication in malignant mesothelioma

H Şenol COŞKUN¹, Özlem ER¹, Mustafa ALTINBAŞ², Bülent ESER³,
Nevzat ÖZCAN⁴, Mustafa ÇETİN⁵, Ali ÜNAL⁶,

Özet: Toraks içerisinde yerleşen malign hastalıklarda karşılaşılan en sık vasküler komplikasyon, vena kava superiyor sendromudur. Diğer vasküler yapıların tutulması oldukça azdır. Burada sağ subklavyen ven tikanıklığı saptanan malign mezotelyomalı 48 yaşındaki kadın hasta sunuldu. Tek taraflı tikanıklık bulguları olan hastalar, vena kava superiyor düzeyinin üstündeki tikanıklıklar için değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Mezotelyoma, Subklavyen ven

Abstract: The most common vascular complication due to thoracic malignancies is superior vena cava syndrome. Other vascular complications are very rare. We present a 48-years-old female patient with malignant mesothelioma and subclavian vein obstruction. Patients with unilateral obstruction signs must be evaluated for any obstruction proximal to superior vena cava.

Key Words: Mesothelioma, Subclavian vein

Toraks malignitelerinde görülen en sık vasküler tutulum vena kava superiyor sendromudur (VKSS). Subklavyen ven tikanıklıkları çok daha az sıklıkla görülmektedir. VKSS'u en sık akciğer kanserlerinde, sonra lenfoma ve diğer malign hastalıklara bağlı olarak gelişir. Nadiren benign olaylarda etiolojiden sorumlu olabilir. Her iki ekstremitte, baş ve boyunda ödem, nefes darlığı, baş ağrısı, yüzde hiperemi en sık karşılaşılan bulgu ve belirtilerdir. Vena kava superiyor seviyesinin üstündeki tikanıklıklarda bulgular tutulan tarafa lokalizedir (1-3).

OLGU SUNUMU

Kayseri il merkezinde yaşayan kırk sekiz yaşındaki kadın hasta sağ kol ve sağ memede şişlik ve ağrı yakınması ile kliniğe kabul edildi. Hastaya 14 ay önce torokotomi ile malign mezotelyoma tanısı

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi 38039 KAYSERİ
Tıbbi Onkoloji. Y.Doç.Dr.¹, Doç.Dr.²,
Hematoloji. Y.Doç.Dr.³, Doç.Dr.⁵, Prof.Dr.⁶,
Radyodiagnostik. Doç.Dr.⁴.

Geliş tarihi: 13 Ağustos 2001

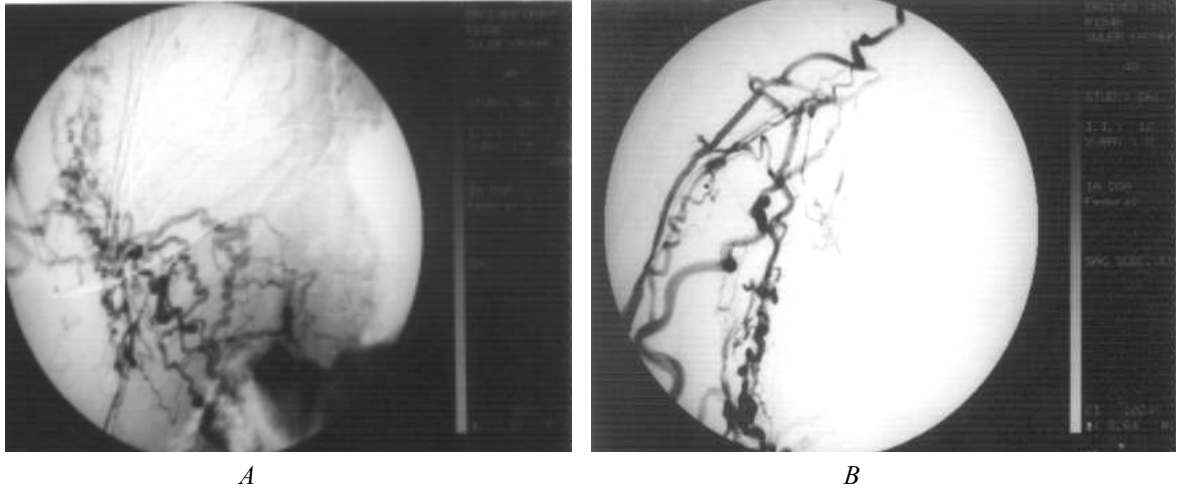
konulmuştu. Torakotomi sırasında hastalığın yaygınlığı nedeni ile mezotelyomaya yönelik tanısal biyopsi dışında ek cerrahi işlem uygulanmadı. Hastaya 6 kür ifosfamid (2 gr/m² 3 gün), mesna (2 gr/m² 3 gün) interferon alfa 2a (4.5 x10⁶ ünite haftada 3 gün subkutan) tedavisi verildi. Kemoterapi sonrasında stabil hastalık olarak takip edilen hastaya ağrısı için epidural kateter takıldı; fakat hastanın tolere edememesi üzerine çıkarıldı. Hasta sağ meme ve sağ kolda 2 aydır giderek artan şişlik ve ağrı yakınması nedeni ile hastaneye yatırıldı. Sistem sorgulamasında öksürük ve ara sıra beyaz ve sarı balgam çıkarması vardı. Soy geçmişinde babası mesane kanserinden kaybedilmişti. Yirmi yıldır günde iki adet sigara içme hikayesi vardı. Fizik muayenede bilinç açık ve koopereydi. Performans statusu ECOG'a göre 2'idi. Ateş 36.2°C, kan basıncı 120/70 mmHg, nabız 80 atım/dakika, solunum sayısı dakikada 24'dü. Sağ akciğerde solunum sesleri azalmıştı ve perkusyonda matite alınmaktaydı. Göğüs duvarı ve karın üst kadranda dilate venler görülmekteydi. Sağ meme sola göre belirgin büyük, ödemli ve palpasyonla ağrılı idi. Belirgin bir kitle saptanmadı. Sağ üst ekstremitede belirgin ödem vardı. Tam kan

sayımında 10 gr/dl düzeyinde anemisi vardı. Periferik yaymada eritrositler normokrom normositerdi. Biyokimyasal incelemelerde LDH 643 U/L bulundu. Serum demiri 64 mg/ml, serum demir bağlama kapasitesi 236 mg'di. Folik asit ve vitamin B12 normal olarak bulundu. Ön-arka akciğer grafisinde sağda yaygın dansite artışı vardı (Resim 1). Toraks bilgisayarlı tomografide sağ hemitoraksta belirgin volüm kaybı, plevral kalınlaşma ve nodüllerle uyumlu dansite artışları vardı. Hastanın abdominal ultrasonografisi (USG) normaldi. Yapılan mammografi ve meme USG'de sağ meme cildinde yaygın ödem dışında patolojik bulgu saptanmadı. Portal ve hepatik ven dopler USG'de damar çapları akım yönleri ve hızları normal olarak değerlendirildi. Hastaya üst ekstremitate venografisi yaptırıldı. Sol üst ekstremitede venöz yapısı normal değerlendirilirken sağda aksiller ven seviyesinden vena kava

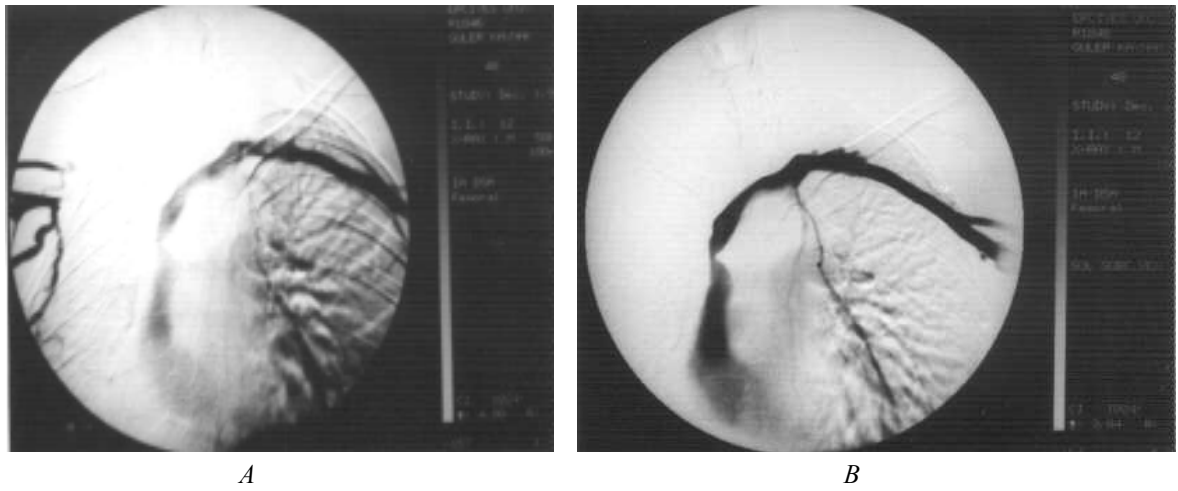
superiyor seviyesine kadar uzanan tıkalı segment saptandı. O bölgede interkostal ven ağının inferiyor vena kava sistemine drene olduğu görüldü (Resim 2). Subklavyen ven tıkanıklığı dışında vena cava superiyorda da dar bir segment izlenmekteydi (Resim 3). Hastada cerrahi girişimin uygun olmadığı düşünüldü. Damar içine stent konması işlemi segmentin çok uzun olması nedeni ile yapılmadı. Hastaya deltaparin sodyum 5000 ünite başlandı. Hastaya, şiddetli göğüs duvarına lokalize ağrının kontrolü amacı ile tıkanıklığın saptanmasının üçüncü ayında palyatif radyoterapi başlandı. Tedavinin ilk haftası sonrasında ağrı ve şişliklerinde artma oldu ve hastanın kendi isteği ile tedaviye son verildi. Antikoagulan tedaviden bir fayda gözlenmedi. Hasta halen tanı konulmasının 28. ve subklavyen ven tıkanıklığının 14. ayında ağrı palyasyonu ile izlenmektedir. Hastada tıkanıklık bulguları devam etmektedir.



Resim 1. Posteroanterior akciğer grafisinde sağ hemitoraksta difüz heterojen dansite artımı izlenmektedir



Resim 2. Sağ üst ekstremitte venografisinde aksiller ven seviyesinden başlayan tıkanıklık (A) ve bunların interkostal anastomozlar aracılığı ile vena cava inferior sistemine döküldüğü (B) görülmektedir.



Resim 3. Bilateral üst ekstremitte venografisinde sağ venöz sistemin aksiller venden itibaren tıkalı olduğu (A), sol venöz sistemin normal olarak VKS drene olduğu ve VKS'da dar bir segmentin varlığı (B) izlenmektedir.

TARTIŞMA

Toraksa yerleşen tümörler sık olarak büyük damar tutulumuna yol açabilir. En sık VKSS ile karşılaşırken diğer vasküler tutulumlar çok daha az görülmektedir. VKSS'unda her iki ekstremitte, baş ve boyunda ödem, nefes darlığı, baş ağrısı, yüzde hiperemi en sık karşılaşılan bulgu ve belirtilerdir (1, 4). VKSS'un %80'den fazlasının nedeni malign hastalıklardır (1, 5). Etiyolojide küçük hücreli akciğer kanseri küçük hücreli dışı akciğer kanserleri ve lenfomalar önemli rol alır. Diğer maligniteler ve benign hastalıklar daha az sıklıkla VKSS'na yol açar (1, 5)

Malign mezotelyoma seröz zarların malign tümörü olup en sık olarak plevradan kaynaklanır. Çok daha az sıklıkla periton ve perikard tutulumu da söz konusudur. Etiyolojisinde fibröz mineraller rol almaktadır. Asbest en iyi tanımlanan etyolojik ajandır. Kliniğinde genellikle plevral efüzyona bağlı nefes darlığı ve ağrı mevcuttur (6). Plevral mezotelyoma akciğer, perikard gibi komşu dokuları invaze edebilmektedir (7). Uzak organ metastazlarına (kemik, karaciğer, akciğer) seyrek olarak rastlanılmaktadır. Vasküler semptomlara nadiren yol açabilir (3, 8, 9). Subkavyen ven tıkanıklığının yayınlandığı bir makalede 12 hastadan sadece 1 tanesi malign mezotelyoma vakası olarak bildirilmiştir (3).

Malign mezotelyoma tedaviye oldukça dirençli bir kanser türüdür. Erken evrede ve nodüler tutulumu olan hastalarda cerrahi tedavi mümkündür. İleri evre hastalarda tedavi palyatif amaçlıdır. Radyoterapi ağrı palyasyonu gibi amaçlar için sınırlı endikasyonda kullanılmaktadır. Kemoterapi etkinliği de oldukça düşüktür. Doksorubisin, sisplatin, siklofosfamid, mitomisin C, 5 fluourasil ve ifosfamid tek ajan olarak veya bunların kombinasyonu kullanılabilir. Bu ajanlarla elde edilen tedavi başarısı %10-20 civarındadır. İfosfamid, mesna tek başına veya interferon ile kombine olarak kullanılabilir. Beraber etkinliği sınırlıdır (10, 11).

VKSS dışındaki vasküler komplikasyonlar oldukça az görülmektedir. Subkavyen ven tıkanıklığı az görülen ve kliniği VKSS'u göre daha silik olan bir vasküler tutulumdur. Kliniği daha sesiz olması nedeni ile tanısı güç olmaktadır. VKSS'unun aksine tek taraflı tıkanıklık bulguları ile karşımıza çıkmaktadır. Bir kolda ödem ve ağrı en sık karşılaşılan bulgudur. Kadın hastalarda o taraf memede şişlik sıklıkla görülmektedir. Yayınlanan 12 subkavyen ven tıkanıklığı vakasının 11'i akciğer kanseri (10 küçük hücreli, 1 küçük hücreli dışı) sadece biri malign melazotelyoma olarak rapor edildi (3). Bazen vasküler komplikasyonlar hastalığın başlangıç bulgularını oluşturabilir. Bu şekilde başlangıçta subkavyen ven tıkanıklığı ile saptanan bir akciğer epidermoid kanseri vakası literatürde yer almıştır (12).

Bizim hastamız malign mezotelyomalı bir hastaydı ve kliniği tek kol ve memede ödem ve ağrıydı. Hastanın tanısı bilateral venografi ile konuldu. Subkavyen vende ki tam tıkanıklık yanında vena kava superiyorda da dar bir segment saptandı.

VKSS acil tedavisine medikal antiödem tedavisi ile başlanır. Acil radyoterapi küratif ve palyatif amaçlı olarak kullanılır. Küçük hücreli akciğer kanseri ve lenfoma gibi kemoterapiye duyarlı kanserlerde başlangıçta tedaviye kemoterapi ile başlanabilir (2, 4, 13). Vena kava superiyora stent koymak tıkanıklığı açmakta başarılı olabilmektedir (14). Bizim hastamız kemoterapi ve radyoterapiye dirençli olan malign mezotelyoma olgusu idi. Primer olarak ifosfamid ve interferon kullanılmıştı ve cevap elde edilememişti. Vasküler komplikasyon tedavinin tamamlanmasından sonra saptandı. Mevcut tıkanık damar segmentinin uzunluğu nedeni ile hastaya stent konulması düşünülmeydi. Tıkanıklığın tanınmasından 3 ay sonra ağrı palyasyonu için radyoterapi başlandı fakat ödem ve ağrıların artması üzerine kesildi. Hasta destek tedavisi ile izlenmektedir.

KAYNAKLAR

1. Yahalom J. Superior Vena Cava Syndrome. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA (eds). *Cancer Principles and Practice of Oncology*. 5th ed. Lippincott-Raven, Philadelphia 1997, pp 2469-2486.
2. Sculier JP, Feld R. Superior vena cava obstruction syndrome: recommendations for management. *Cancer Treat Rev* 1985; 12: 209-218.
3. Mason BA. Axillary-subclavian Vein Occlusion in patients with lung neoplasms. *Cancer* 1981; 48: 1886-1889.
4. Haskell CM, Sadeghi A. Superior vena cava syndrome. In: Haskell CM (ed). *Cancer treatment*. 4th ed. W.B. Saunders Company, Philadelphia 1995, pp 1159-1162.
5. Tayade BO, Salvi SS, Agarwal IR. Study of superior vena cava syndrome--aetiopathology, diagnosis and management. *J Assoc Physicians India* 1994; 42:609-11.
6. Antman KH, Schiff PB, Pass HI. Benign and malignant mesothelioma. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA (eds). *Cancer Principles and Practice of Oncology*. 5th ed. Lippincott-Raven, Philadelphia 1997, pp 1853-1878.
7. Mustafa Çetin, Bülent Eser, Ali Ünal, ve ark. ST segment yükselmesi ile seyreden diffüz malign plevral mezotelyomanın perikard invazyonu. *Erciyes Tıp Dergisi* 1999 21: 229-234.
8. Ragalie GF, Varkey B, Choi H. Malignant pleural mesothelioma presenting as superior vena cava syndrome. *Can Med Assoc J* 1983, 128: 689-691.
9. Martin AA, Sitton JE, Daroca PJ Jr, Moulder PV, Shepard DL. Superior vena cava syndrome associated with malignant mesothelioma. *J La State Med Soc* 1991; 143:33-35.
10. Rusch VW, Figlin RA. Pleural mesothelioma. In: Haskell CM (ed). *Cancer treatment*. 4th ed.. W.B. Saunders Company, Philadelphia 1995, pp 421-425.
11. İçli F, Karaoguz H, Hastürk S, et al. Two dose levels of ifosfamide in malignant mesothelioma. *Lung Cancer* 1996; 15:207-213.
12. Martinez-Albaladejo M, Garcia-Lopez B, Alguacil-Garcia G, Paco-Moya M. Thrombosis of the axillary vein as initial manifestation of epidermoid carcinoma of the lung. *An Med Interna* 1994; 11: 618-619.
13. Stewart IE. Superior vena cava syndrome: an oncologic complication. *Semin Oncol Nurs* 1996; 12: 312-317.
14. Tanigawa N, Sawada S, Mishima K, et al. Clinical outcome of stenting in superior vena cava syndrome associated with malignant tumors. Comparisons with conventional treatment. *Acta Radiol* 1998; 39: 669-674.