

Kolon Kanserli Hastada Santral Venöz Kateter ile İlişkili Tromboza Bağlı Vena Kava Süperior Sendromu

Yasemin Benderli Cihan¹, Halil Dönmez²

¹Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkoloji, Kayseri, Türkiye

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Bölümü, Kayseri, Türkiye

Özet:

Santral venöz kateter (SVK) günümüzde önemli bir yere ve yaygın kullanım alanına sahiptir. SVK, kanser hastalarında uygulama kolaylığı nedeniyle destek tedavisinde ve kemoterapi uygulanmasında güvenilir bir venöz yol olarak kullanılmaktadır. Santral vene bağlı trombüs sık olarak görülmekle birlikte, trombüse bağlı vena kava süperior sendromuyla (VKSS) daha az karşılaşılmaktadır. Bu yazıda, sol subklaviyan vene port kateteri yerleştirilmesinden sonra tromboza bağlı semptomatik VKSS'na yol açan 49 yaşında kolon kanserli bir kadın hasta sunuldu. Sonuç olarak, SVK uygulanan hastalarda sık görülen trombozlar nadir olarak yaşamı tehdit eden VKSS şeklinde karşımıza çıkabileceğinden hastaların kateter bakımını düzenli yaptırması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Kanser, santral ven kateteri, tromboz, vena kava süperior sendromu

A Colon Cancer Patient of a Vena Cava Superior Syndrome Secondary to Catheter Related Thrombosis: A Case Report

Summary:

Central venous catheterization plays an important role in cancer patients. Central venous catheterization and port placement are essential practices for high dose chemotherapy applications or palliative therapy. Thrombosis is one of the most frequent complications of

port catheter but vena cava superior syndrome secondary to related thrombosis has been reported as a very rare complication. We present a 49 years female patient with colon cancer who developed thrombosis causing vena cava superior syndrome after a left subclavian vein port catheter. In conclusion, we suggest that cancer patients with central venous catheter should be regularly followed up, because a life-threatening complication such as vena cava superior syndrome may be seen.

Key words: Cancer, central venous catheter, thrombosis, vena cava superior syndrome

Giriş:

Onkoloji hastalarında damar yolunun açılması ve sürdürülebilmesi önemli bir sorundur. Bu amaçla kullanılan subkutan venöz portlar, uzun süreli ve güvenilir venöz giriş sağlayarak kanser hastalarının tedavisinde çok önemli bir yere sahiptir. Kateter yerleştirilmesi esnasında gelişen pnömonotoraks, hemoraji gibi komplikasyonların yanı sıra geç dönemde enfeksiyon ve tromboz gibi komplikasyonlar da görülebilir. Santral ven kateterizasyonuna ilişkili semptomatik tromboz % 0-28, asemptomatik tromboz % 12-66 ve kateter oklüzyonu %10 oranında görülmekle birlikte, semptomatik tam tıkaçıcı venöz tromboz gelişimi nadir olup önemli bir komplikasyondur. Kateter ile ilişkili tromboz nedeniyle gelişen semptomatik VKSS ise literatürde çok nadir olarak bildirilmektedir (1-4).

Bu yazıda kateterdeki tromboza sekonder oluşan VKSS'li hastanın sunulması ve tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu sunumu:

49 yaşındaki bayan hasta nefes darlığı, sol boyun ve yüzde şişlik ve kızarıklık, baş ağrısı şikayeti ile kliniğe kabul edildi. Hasta 15 ay önce splenik fleksurada kitle nedeniyle opere

edildi. Operasyon sonrası Evre III kolon kanseri tanısı konulan hastaya, sol subklaviyan vene port kateteri yerleştirildi. 6 kür adjuvan FOLFOX kemoterapisi alan hasta takibe alındı. Tedavi bittikten sonra heparin eklenmiş izotonik solüsyon ile düzenli olarak kateter yıkanmış ve periyodik port bakımı uygulanmıştı. Tedaviden yaklaşık 15 ay sonra hastada giderek artan nefes darlığı, sol boyun ve yüzde şişlik ve kızarıklık şikâyeti ile polikliniğimize başvuran hasta servise yatırıldı. Soy geçmişinde özellik yoktu. Öz geçmişinde 3 yıl önce guatr ameliyatı olmuştu. Sistem sorgulamasında öksürük, ara sıra da beyaz renkte balgam çıkarması vardı. Fizik muayenede bilinç açık ve koopereydi. Performans statüsü ECOG'a göre 2 idi. Ateş 37 °C, kan basıncı 130/80 mm Hg, nabız 86 atım/dakika, solunum sayısı 32 idi. Sol akciğerde solunum sesleri azalmış, göğüs duvarında dilate venler görülmekteydi. Sol üst ekstremité, boyun ve yüzde belirgin ödem vardı. Hastanın hemoglobin, hematokrit, trombosit sayısı normaldi. Biyokimya değerlerinde ise LDH yüksek (384 U/L) bulunurken diğerleri normaldi. Protein C, S, antirombin III, faktör V, VII, IX, XI ve XII aktiviteleri normal sınırlar içindeydi. Hastanın abdominal ultrasonoğrafisi normaldi. Çekilen toraks bilgisayarlı tomoğrafisinde sol subklavyan venden süperior vena kavaya uzanan tam tıkaçıcı tromboz görüldü (Resim 1). BT anjiyografide sol subklaviyan venden süperior vena kavaya uzanan tromboz ve toraks duvarından inferior vena kavaya kadar uzanan kolleteral damarlarda belirginleşme görüldü. Olguya günde iki defa olmak üzere toplam 10.000 ünite deltaparin sodyum başlandı ve 5 gün boyunca devam edildi. Yapılan tetkiklerinde VKSS'na port kateterine bağlanması üzerine kateteri çıkarıldı. Daha sonra Coumadin tedavisine başlandı. Bulgular, kateterin çıkarılmasından 15 gün sonra gerilemeye başladı. Tedaviden yaklaşık bir yıl sonra yapılan son değerlendirmede VKSS ve trombozla ilgili hiçbir klinik bulgu görülmedi (Resim 2).

Tartışma:

SVK, kalbe direkt katılan bir vene, çeşitli özelliklerde kateter yerleştirilmesi işlemi olup, yüksek doz kemoterapilerin uygulamaların artmasıyla onkoloji ünitelerinde daha çok tercih edilir hale gelmiştir. Bu kateter ile sitotoksik tedavi, antineoplastik, iv sıvıları, kan ürünleri, anti-mikrobiyal tedaviler verilmektedir. Olgumuzda takılan kateterden kemoterapi ilacı verilmiştir. Onkoloji hastalarında damar yolunu açmak uzun ve zahmetli bir iş olduğundan, SVK'lar düşük enfeksiyon oranları, uzun kullanım süreleri ve hastanın günlük aktivitelerini kısıtlamamaları nedeniyle çok tercih edilmektedir (1,2). SVK'ların çok yararlı olmasına rağmen son yıllardaki yaygın kullanılması bazı akut ve kronik komplikasyonların görülme oranını artırmıştır. Akut olarak SVK işlemi ve takılma sırasında arter ponksiyonu, sinir hasarı, enfeksiyon, hematoma, emboli, hemotoraks, kardiyak tamponant gibi komplikasyonlar var iken geç dönemde ise; venöz tromboz, vena kava superior sendrom, sepsis, endokardit gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir (1-3). En sık görülen komplikasyon ise enfeksiyon ve tromboz olarak bildirilmektedir. Asemptomatik tromboz % 12-66 oranında görülmesine rağmen, semptomatik tam tıkaçıcı venöz tromboz gelişimi nadir olup, önemli bir komplikasyondur (1-4). Kateter ile ilişkili tromboz nedeniyle gelişen semptomatik VKSS ise literatürde çok nadir olarak bildirilmektedir. Olgumuzda kateter takılmasından 15 ay sonra, yani geç dönemde beklenen komplikasyon biri olan VKSS görülmüştür.

Yaş, cinsiyet, eşlik eden hastalıklar (DM, karaciğer, otoimmün hastalıklar gibi), heparinizasyon uygulanıp uygulanmaması, kateter cinsi, kalış süresi, şok, dehidratasyon, polisitemi, vasküler hastalıklar gibi faktörler venöz tromboza zemin hazırlamaktadır (4-6). Tüm hematolojik tetkikleri normal bulunan hastanın klinik tablosu santral venöz kateterizasyon sonrası gelişen tam tıkaçıcı venöz tromboz ve buna bağlı VKSS olarak kabul edildi. Ayrıca VKSS oluşumunu tetikleyen herhangi bir bulguya rastlanmamıştır. Hasta yaşı orta yaş grubunda, eşlik eden başka hastalık saptanmamış, düzenli kateter bakımını yaptırmış, herhangi bir ilaç almadığı anamnezinde öğrenilmiştir.

VKSS, bu venin lümen dışından basısına veya lümen içinde gelişen bir patolojinin yarattığı darlığa bağlı olarak baş, boyun, üst extremitelere gelen kanın sol atriuma dönüşünün engellenmesi sonucu gelişir. Özellikle subklavian ve internal juguler ven kateterlerine bağlı yüksek oranda vena kava süperior sendromu riski vardır. Travma, enfeksiyonlar, kitle, tromboz gibi nedenlerden dolayı oluşur (6). Olgumuzda da santral vende oluşan ve tamamen lümen içini tıkayan tromboz VKSS neden olmuştur. SVK uygulanan hastalarda trombüs ve VKSS'ü tanısında fizik muayene en basit yöntemdir. Yüz, boyun ve kollarda ödem, nefes darlığı, baş ağrısı, yüzde hiperemi göğüs venlerinde genişleme ve öksürük en sık karşılaşılan ve uyarıcı klinik bulgu ve belirtilerdir (6). Bu hastalarda, ödem ve kızarıklık gibi gözle görünen belirtilere dikkat edilmelidir. Olgumuzda da yüzün sol yarısı, boyun ve göğsün sol yarısı kadar uzanan şişlik ve kızarıklık uyarıcıydı.

Tanı ultrasonografik inceleme, MR veya BT anjiyografi, kontrastlı toraks tomografisi ile konulur. Renkli dopler ultrasonografik incelemede ven çapında artış, kan akımında kesinti ve trombüs ile uyumlu görünüm izlenir. Tomografi, santral venlere dıştan basıya neden olan oluşumların değerlendirilmesinde faydalıdır. Kesin tanı MR anjiyografi ile konur (7, 8). Olgumuzda kontrastlı toraks tomografisi ve BT anjiyografi yapıldı. Sol subklavyan venden süperior vena kavaya uzanan tromboz ve kolleteral damarların belirginleştiği görüldü.

VKSS yaşamı tehdit eden bir sorundur. Kateter ile ilişkili trombozlara sekonder geliştiğinden dolayı, tedavi yaklaşımı açısından önce kateter çıkarılır. Ayrıca pıhtının cerrahi çıkarılması, trombolitik ve antikoagulan tedavi uygulanması gerekir. Trombozun klinik seyri iyi değerlendirilmeli ve intravasküler trombolitik tedavi verilemeyen hastalarda uzun süreli, antikoagulan tedavi verilmelidir. Ancak bu ilaçların tedavideki yeri tartışmalıdır (8, 9). Olgumuzda kateteri çıkarılmadan önce heparin tedavisi başlandı. Daha sonra Coumadin tedavisine başlandı. Klinik bulguları zamanla tamamen düzeldi.

Sonuç: Santral venöz kateter uygulamasında önemli komplikasyonların da ortaya çıkabileceği konusunda duyarlı olunmalıdır. SVK uygulanan kanser hastalarında özellikle trombozla birlikte nadir de olsa vena kava süperior sendromu gelişebileceği unutulmamalıdır.

Kaynaklar:

1. Vescia S, Baumgarther AK, Jacops VR et al. Management of venous port systems in oncology: a review of current evidence. *Ann Oncol* 2008;19:9-15.
2. Klerk CP, Smorenburg SM, Buller HR. Thrombosis prophylaxis in patients populations with a central venous catheter: a systematic review. *Arch Intern Med* 2003;163:1913-1921.
3. Verso M, Agnelli G. Venous thromboembolism associated with long-term use of central venous catheters in cancer patients. *J Clin Oncol* 2003;21:3665-3575.
4. Orak M, Üstündağ M, Gülođlu C ve ark. Santral venöz kateter takılan hastalarda komplikasyon gelişimi üzerinde etkili faktörler. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2006; 6: 51–55.
5. Sanchez JD, Battle JF, Fejio JB. Catheter-related thrombosis: A critical review. *Support Cancer Ther* 2007; 4: 145–151.
6. Rice TW, Rodriquez RM, Light RW. The süperior vena cava syndrome: clinical charecteristics and evolving etiology. *Medicine* 2006; 85: 37–42.
7. Beheshti MV, Protzer WR, Tomlinson TL, Martinek E, Baatz LA, Collins MS. Longterm results of radiologic placement of central vein access device. *Am J Roentgenol* 1998; 170: 731–734.
8. Omary RA, Bettmann MA, Cardella JF, et al. Quality Improvement Guidelines for the Reporting and Archiving of Interventional Radiology Procedures. *J Vasc Inter Radiol* 2003; 14: s293-5.

9. Kock HJ, Pietsch M, Krause U, Wilke H, Eigler FW. Implantable vascular Access systems: Experience in 1500 patients with totally implanted central venous port system. World J Surg 1998; 22: 12-16.

Resim 1: Toraks BT'de mediastende toraks ön ve arka duvarında çok sayıda kolleteraller (VKSS) (a), sol subklaviyan vende kateter (b), süperior vena kava da hipodens trombüs (c).

Resim 2: Normal toraks BT bulguları (a, b, c).