

سندرم ورید اجوف فوقانی در زمینه ی آدنیت آهکی مדיاستینال

محمدکاظم طرزمنی: گروه رادیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
مهرنوش طوفان: گروه بیماریهای قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
بتول سیفی: دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران، نویسنده رابط:

E-mail: Dr.seifi_76@yahoo.com

دریافت: ۸۸/۸/۲۷، پذیرش: ۸۹/۴/۲

چکیده

سندرم ورید اجوف فوقانی (SVC Syndrome) در زمینه ی اثرات فشاری ضایعات اینتراتوراسیک روی ورید اجوف فوقانی و انسداد آن و اختلال در درناژ وریدهای سر و گردن و بازوها و قسمت فوقانی قفسه ی سینه ایجاد می شود که بسته به میزان درگیری هر یک از اجزای فوق، علائم بالینی متنوعی در بیماران ظهور می یابد. در این بررسی یک مورد سندرم ورید اجوف فوقانی در آقای ۵۴ ساله را معرفی می کنیم که در زمینه لنفادنیت آهکی شده که از علل نادر این سندرم به شمار می آید ایجاد شده است.

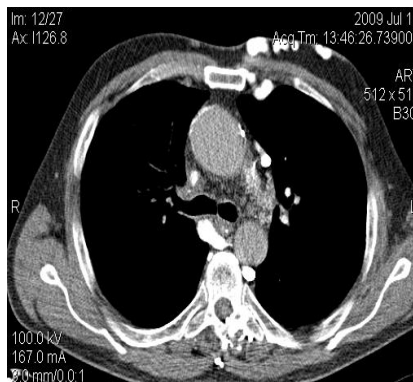
کلید واژه ها: ورید اجوف فوقانی، سندرم ورید اجوف فوقانی، لنفادنیت آهکی.

مقدمه

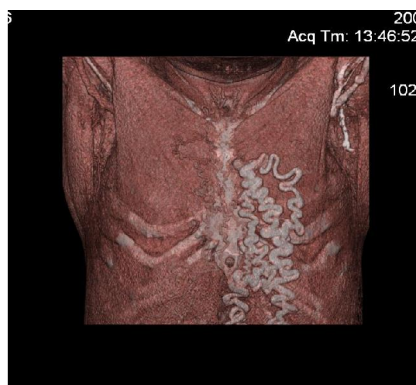
سندرم ورید اجوف فوقانی ۱۵۰۰۰ مورد در سال در ایالات متحده اتفاق می افتد، شامل مجموعه ای از علائم و نشانه هایی است که از انسداد ورید اجوف فوقانی ایجاد می شود. فشار وریدی افزایش یافته، منجر به ادم در سر و گردن و بازوها شده و سیانوز و پرخونی ایجاد می شود و عروق زیر جلدی نیز دیلاته می گردند. ادم باعث بروز اختلالات کارکردی در حلق و حنجره شده بصورت سرفه، گرفتگی صدا، تنگی نفس، استریدور و دیسفاژی تظاهر می کند. ادم مغزی ممکن است به سردرد، گیجی و کوما منجر شود. کاهش بازگشت وریدی می تواند باعث اختلالات همودینامیک نیز شود که نتیجه ی انسداد ورید اجوف فوقانی (توسط ضایعات داخل آن یا فشارهای خارجی) و یا فشار بر قلب (بوسیله ی یک توده ی بزرگ در قفسه ی سینه) می باشد (۵-۱).

گزارش مورد

بیمار آقای ۵۴ ساله اهل و ساکن یکی از شهرستانهای استان آذربایجان شرقی بدون سابقه قبلی با تابلوی درد در دست و بازوی چپ از حدود ۲ ماه قبل، به یکی از اساتید قلب و عروق مراجعه کرده اند که در معاینه بالینی تورم و پرخونی در جدار قفسه سینه داشته اند. متخصص قلب برای بیمار اکوکاردیوگرافی انجام داده اند که بجز حالت استازی در SVC یافته ی پاتولوژیک دیگری گزارش نشده است. که برای بررسی علت آن از بیمار CT scan با کنتراست وریدی انجام شده و کترالهای وسیع جلدی و دیواره ی قفسه ی سینه و چند لئف نود مדיاستینال کلسیفیه با اثر فشاری روی SVC دیده شده که باعث دیلاتاسیون آن در بالاتر از محل فشار شده است.



تصویر ۱: در برشهای عرضی و کرونال لنف نود آهکی مسدود کنندهی SVC در کناره ی راست آنورت صعودی رویت می گردد.



تصویر ۲: در بازسازی های حجمی از قفسه ی سینه نیز برجستگی عروق کترال زیرجلدی به خوبی نمایان است.

Syndrome یک حالت بحرانی است که فشار توده های ایتراوراسیک روی ورید اجوف فوقانی باعث ایجاد روندی می شود که بصورت تدریجی باعث ایجاد علائم می شود. علائم این سندرم در طی یک دوره ی زمانی حداقل دو هفته ای و معمولا در مدت زمان بیشتری (چندین ماه) به وجود آمده و وسعت می یابد (۶ و ۲). علائم بالینی آن بصورت ادم سر و صورت، بازوها، تنگی نفس، سرفه، استریدور، دیسفاژی، سردرد، اختلال هوشیاری، میگرن و کوما بروز می کند. افزایش فشار وریدی می تواند باعث ایجاد ادم و انسداد راه هوایی و نیاز به حمایت راه هوایی و اتصال به دستگاه تهویه ی مکانیکی شود و از همین روی یکی از اورژانسهای پزشکی محسوب می شود. سندرم ورید اجوف فوقانی بیشتر در مواردی دیده می شود که توده های ایتراوراسیک در سمت راست باشد، بطوریکه ۱۰٪ افراد با توده های سمت راست مدیاستن در نهایت دچار سندرم ورید اجوف فوقانی می شوند (۱ و ۶). علل ایجاد کننده ی این سندرم به دو دسته ی مالیگنانت و غیرمالیگنانت تقسیم می شوند که علل مالیگنانت ۹۰٪ و علل غیر مالیگنانت ۱۰٪ آن را تشکیل می دهند. سر دسته ی علل بدخیم، کانسرها خصوصا کانسره های ریه (small cell و non small cell) لنفوم، ژرم سل تومور و لوسمی است. علل خوش خیم شامل گواتر، آنوریسم آنورت، التهابات مدیاستن (مدیاستینیت فیبروزان) و ترومبوز وریدی (در زمینه ی

بیمار در بیمارستان قلب شهید مدنی تبریز بستری شده تحت درمان با هپارین قرار گرفته اند دو روز بعد از شروع هپارین تراپی بیمار دچار تب و لرزهای شدید شده است که در بررسیهای انجام شده حساسیت به هپارین برای بیمار مطرح شده و هپارین قطع شده است. در مشاوره ی جراحی انجام شده بیمار کاندید تعویبهی استنت داخل SVC شده، که بعلت نازک شدن دیواره و فیبروزه بودن آن در طی انسداد تدریجی و احتمال پارگی حین استنت گذاری انجام عمل جراحی بای پس SVC مد نظر قرار گرفته، که آنهم به علت روند تدریجی انسداد که باعث تشکیل عروق کولترال زیاد با قطرهای قابل توجه شده است، قابل انجام نبوده (احتمال مسدود شدن مجدد به علت جریان آرام خون در محل). چون بعد از بای پس به علت وجود کولترال، جریان خون کمتر از محل بای پس عبور کرده و به علت آزردهی دیواره در محل بای پس سرریعا ترومبوز تشکیل شده و باعث مسدود شدن آن خواهد شد. در حال حاضر بیمار تحت درمان با آسپرین و لوآرتان می باشد.

بحث

ورید اجوف فوقانی، ورید بزرگ درناژ کننده ی خون سر و گردن و قسمت فوقانی قفسه ی و بازوهاست که از بهم پیوستن وریدهای براکیوسفالیک راست و چپ تشکیل می شود. SVC

وریدی (تجمع مادهی کتتراست در وریدهای گردن و سینه و ایجاد وریدهای کتترال و دیده شدن عامل فشاری) و ونوگرافی صورت می گیرد (۳ و ۱). روشهای مختلفی برای درمان در دسترس است که شامل دارودرمانی (گلوکوکورتیکوئیدها مثل پردنیزولون و متیل پردنیزولون، دیورتیکها مثل فورسماید) و پرتودرمانی و بای پس وریدی SVC مسدود می باشد (۱۱).

پلی سیتمی ورا و کاتترهای داخل وریدی) می باشند. قبل از کشف آنتی بیوتیکهای مناسب بیماریهای عفونی از جمله سل و سیفلیس از جمله علل شایع آن به شمار می رفتند (۷).

برخی عوامل نیز به عنوان عللی نادر برای این سندرم گزارش شده اند از جمله پلورال افیوژن لوکوله (۸) کیستهای تیموس (۹) و کیستهای پریکاردیال (۱۰). تشخیص این عارضه با معاینات بالینی، عکسهای سینه (پهن شدگی مדיاستن)، CT scan با کتتراست

Reference

1. Michael L. Pearl, Ann Buhl, Paul A. Disilvestor, Fidel A. Vlea, Eva Chalas. Superior venacava syndrome. *Primary Care* 2002; **9** (5): 160-163.
2. Jan M. Longy-Boursier. Superior venacava syndrome. *La Revue de Medicine Interne* 2006; **27**(30): 400-440.
3. Burgdorff T, Douwes KE, Bogenrieder T. Superior venacava syndrome: an important differential diagnosis in patients with facial edema. *Acta Derm Venereol* 2001; **81**(3): 205-206.
4. Ostler PJ, Clarke DP, Watkinson AF, Gaze MN. Superior venacava obstruction: a modern management strategy. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 1997; **9**: 83-89.
5. Wilson LD, Detterbeck FC, Yahalom J. Superior vena cava syndrome with malignant causes. *N Engl J Med* 2008; **356**(18): 1862-1869.
6. Jansen T, Romiti R, Masser G, et al. Superior vena cava syndrome presenting as persistent erythematous edema of the face. *Clin Exp Dermatol* 2000; **25**(3): 198-200.
7. Rice TW, Rodriguez RM, Light RW. The Superior vena cava syndrome: clinical characteristics and evolving etiology. *Medicine. Baltimore* 2006; **85**: 37-42.
8. Lai C-L, Tsai T-T, Ko KY S-C, Yang R-P, Perng Y-M. Superior vena cava syndrome caused by encapsulated pleural effusion. *ESR Journals Ltd* 1997; **10**: 1675-1677.
9. Jeffrey S. Miller, Scott A. Lemaitre, Michael J. Reardon, Joseph S. Coselli, Rafael Espada. Intermittent brachiocephalic vein obstruction secondary to a thymic cyst. *The Annals of Thoracic Surgery* 2000; **70**(2): 662-663.
10. Pankaj Kaul, Kalyana Javangula and Shahme A Farook. Massive benign pericardial cyst presenting with simultaneous superior vena cava and middle lobe syndromes. *Journal of Cardiothoracic Surgery* 2008; **3**: 32.
11. Rowell NP, Gleeson FV. Steroids, radiotherapy, chemotherapy and stents for superior vena caval obstruction in carcinoma of the bronchus. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; **4**: 13-16.