

Persitan Sol Superior Vena Cava Anomalisinde Geçici Diyaliz Katateri Yerleştirilmesi

Implantation of Transient Hemodialysis Catheter in Patient with Persistent Left Superior Vena Cava

Muhammed Bilal Çeğin

Van Yüksek İhtisas Hastanesi, Van

Özet

Üç yıldır hemodiyalize giren 44 yaşında kadın hastanın fistül yerinde ağrı şikâyeti olması üzerine fistül yeri yüzeysel ultrasonografi ile kontrol edildi. Renkli doppler ile fistül yerinde akım olmadığı saptandı. Hastanın geçici diyaliz kateteri ile diyalize girmesine karar verildi. Sol juguler venden kateter ilerletildi. Kontrol telekardiyografisinde kateter mal pozisyonu olduğu saptandı. Negatif basınç ile venöz vasıfta kan geldiği gözlemlendi. Kateterin yerinin kontrolü için yapılan anjiyografide, kateterin persistan sol süperiyor vena kava aracılığı ile koroner sinüse ulaştığı gözlemlendi.

Anahtar kelimeler: Persistan sol superior vena kava-santral venöz kateter

Abstract

A 44 years old woman who having hemodialysis for three years had a complaint of pain in the fistular area. Ultrasonographic examination was done to the fistular area. There was no flow by color doppler imagings. Transient dialysis catheter for hemodialysis was suggested to the patient. Catheter was advanced to the left jugular vein. When control telecardiography examination was done, catheter malposition was detected. Venous type blood was seen when negative pressure applied. Anjiography was applied to detect the catheter localisation. Catheter was seen in coronary sinus via the route of persistant left superior vena cava.

Key words: Persistent Left Superior Venae cavae-central venous catheter.

GİRİŞ

Persistan sol süperiyor vena kava (PSSVC) sol anterior ve sol ortak venlerin kapanmaması ile karakterizedir (1). Toplumdaki insidansı % 0,5 olup izole veya diğer konjenital kalp anomalilerine eşlik edebilir. PSSVC genellikle koroner sinüs aracılığı ile sağ atriuma dökülür. Sağ atriuma açılan olguların çoğu asemptomatiktir (1).

OLGU

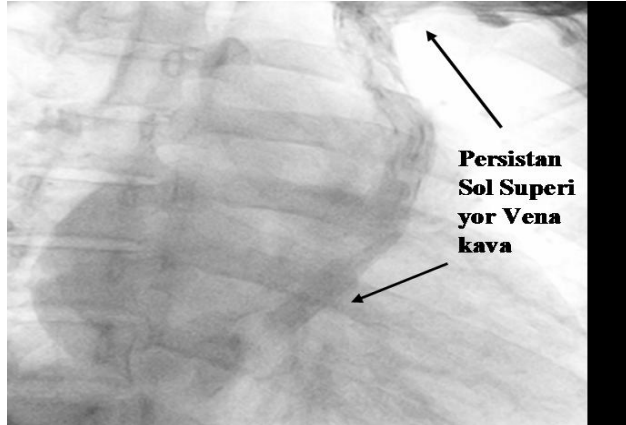
Kırk dört yaşında kadın hasta 4 yıldır diyabete bağlı kronik böbrek yetersizliği nedeniyle hemodiyalize girmekteydi. Hasta Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma hastanesi nefroloji bölümünde takipte olup, elektif şartlarda sağ kolunda arteriyovenöz fistül açılmıştı. Sağ kolundaki fistül ile Van Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde diyalize giren hastanın son 1 haftadır fistül yerinde ağrı olması üzerine hastaya yüzeysel ultrasonografi yapıldı. Renkli doppler ultrasonografide fistüldeki akımın çok zayıfladığı görüldü. Nefroloji tarafından geçici diyaliz kateteri ile diyalize alınması planlanan hastaya sol juguler venden kateter takılmaya çalışılmış fakat başarılı olunamamış. Hasta diyaliz kateterinin yerleştirilebilmesi için anesteziyoloji ile

konsülte edildi.

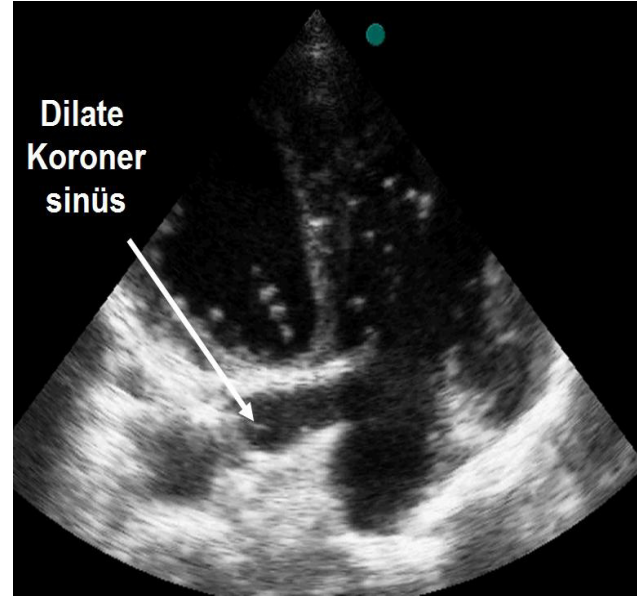
Hastaya tarafımızca sol juguler venden geçici diyaliz kateteri takıldı. Çekilen kontrol telekardiyogramda kateter malpozisyonu saptandı. Negatif basınç ile kateterden venöz vasıflı kan geldiği görüldü. Kateterin yerini belirlemek için skopi altında kateterden 10 cc kontrast ajan verildi. Kateterin persistan sol süperiyor vena kava aracılığı ile koroner sinüse ulaştığı gözlemlendi (Resim 1). Eşlik edebilecek kardiyak anomaliler için hastaya ekokardiyografi yapıldı ve koroner sinüsün dilate olduğu görüldü (Resim 2). Hastaya kardiyak ve arteryel anomaliyi tam aydınlatılabilmek için tomografik anjiyografi önerildi. Fakat hasta kabul etmedi.

TARTIŞMA

Sol anterior kardinal venin kaudal kısmı embriyolojik gelişimin ilk dönemlerinde ortaya çıkar ve ileri dönemlerinde kaybolur. Bu venin kapanmadığı durumlarda PSSVK olur (2). PSSVK en sık koroner sinüs, daha az sıklıkta da sol atriyauma boşalır. Koroner sinüse (KS) boşaldığında hacim yüklenmesine bağlı olarak KS dilate olur ve transtorasik ekokardiyog rafide kolayca fark edilir (3). Çok nadir görülmekle beraber PSSVK olgularına sağ süperiyor vena kavanın yokluğu da eşlik



Resim 1. Skopi altında persistan sol süperiyor vena kavanın görüntüsü



Resim 2. Ekokardiyografide koroner sinüs dilatasyonu

edebilir (4) Bu durumda sağ koldan gelen venöz kan PSSVK yoluyla kalbe ulaşır ve artan hacim yükü nedeniyle KS daha da dilate olur.

Normalde PSSVK semptomatik değildir ve hemodinamik bozukluğa yol açmaz. Ancak bazı santral venöz kateter yerleştirilmesi veya kalıcı kalp pili takılması gibi kardiyak girişimler sırasında problem yaratabileceği için rutin ekokardiyografik incelemede koroner sinüs dilatasyonu tesbit edilirse mutlaka PSSVK araştırılmalıdır (5). Bizim olgumuzda geçici santral kateteri takılmadan önce ekokardiyografi yapılmamıştı. Kateter malpozisyonu olması üzerine yapılan araştırma sonucu PSSVC ve koroner sinüs dilatasyonu saptandı.

Persistan sol süperiyor vena kava anatomik olarak sağ atriya, koroner sinüse, pulmoner venlere açılabilir (1). Bu anatomik lokalizasyonlar içinde en sık karşılaşılanı koroner sinüs aracılığı ile sağ atriya direne olmasıdır (1). Koroner sinüse direne olan PSSVC aracılığı ile hemodiyalize giren hastalarda koroner damarları normal olduğu halde göğüs ağrısı, aritmiler ile karşılaşabileceği rapor edilmiştir (6,7).

PSSVK sağlıklı bireylere göre konjenital kalp hastalarında daha sık görülür. Özellikle Glenn anastomozu, Fontan ameliyatı veya bidirectional kavopulmoner bağlantı yapılması planlanan hastalarda PSSVK varsa preoperatif dönemde tanınması ameliyatın başarılı olması açısından gereklidir (8). Ayrıca sağ ventriküle yerleştirilmesi planlanan pacemaker elektrodu veya pulmoner artere yerleştirilmeye çalışılan kateterler de yanlışlıkla PSSVK'ya girebilir ve işlemi zorlaştırabilir (9).

SONUÇ

Bu vakada da görüldüğü gibi, santral venöz kateter takılacak hastalarda venöz anomalilerin bulunabileceği akılda tutulmalıdır. Kateter yerleştirildikten sonra kontrol telekardiyografinin bu anomalileri tanısında ne kadar kıymetli olduğunu bir kez daha vurgulamak istedik.

KAYNAKLAR

1. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB: From Congenital heart disease. In Nelson textbook of Pediatrics 16th edition. Edited by: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Philadelphia: Harcourt Asia Pvt Ltd; 2000:1362-63
2. Allan LD, Sharland GK. The echocardiographic diagnosis of totally anomalous pulmonary venous connection in the fetus. Heart 2001;85:433-7.
3. D'Cruz IA, Shala MB, Johns C. Echocardiography of the coronary sinüs in adults. Clin Cardiol 2000;23:149-54
4. Mooney DP, Snyder CL, Holder TM. An absent right and persistent left superior vena cava in an infant requiring extracorporeal membrane oxygenation therapy. J Pediatr Surg 1993;28:1633-4.
5. Göktekin Ö, Melek M. Persistan sol süperiyor vena kava ve sağ süperiyor vena kava total atrezisinin birlikte olduğu bir olguda kalıcı pacemaker implantasyonu. Ana Kar Der 2002;1:73-4
6. Kim YO, Choi EJ, Jeon HK, Han CH, Song HC, Yoon SA, Bang BK: Persistent Left Superior Vena cava Detected by Hemodialysis Catheterization. Nephron 1999;83:87-8
7. Jang YS, Kim SH, Lee DH, Kim DH, Seo AY. Hemodialysis catheter placement via a persistent left superior vena cava. Clin Nephrol. 2009 Apr;71(4):448-50.
8. Lai YC, Goh JC, Lim SH, Seah TG. Difficult pulmonary artery catheterization in a patient with persistent left superior vena cava. Anaesth Intensive Care 1998;26:671-3.
9. Hiao HC, Chang HY, Kong CW. Single-lead VDD pacemaker implantation via persistent left superior vena cava: an improved technique and a new modality. Adv Ther 1998;15:185-93.