

VENA CAVA SUPERİOR SENDROMUNA YOL AÇAN SUBSTERNAL GUATR (Vaka Takdimi)

Dr. Adnan KAYNAK *, Dr. Şükrü ÖZER *, Dr. Metin BELVİRANLI *,
Dr. Cevat ÖZPINAR **

* S.Ü.T.F. Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ** S.Ü.T.F. Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı

ÖZET

Vena Cava Superior sendromuna yol açan mediastinal kitlelerin %80-90'ı malign tümörlerdir. Selim tümörler ve bunlardan substernal guatr nadiren V.Cava Superior sendromuna yol açar. Burada seyrek görülmesi nedeniyle V.Cava Superior sendromuna yol açan bir substernal guatr olgusu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Substernal guatr, V. cava superior sendromu.

SUMMARY

Substernal Goiter Causes Superior Vena Caval Syndrome (Case report)

Among the mediastinal masses, malignant tumors are the main cause for superior vena cava syndrome at a rate of 80-90%. Benign tumors and one of them substernal goiter are unusual cases. In this report, a rare case of a substernal goiter which caused superior vena cava syndrome is presented.

Key Words: Substernal goiter, superior vena cava syndrome.

GİRİŞ

V. Cava superior obstruksiyonu klasik bir klinik tablo oluşturur. Etiyolojiden %80-90 malign tümörler sorumludur. Selim tümörlere bağlı vena cava superior sendromu nadirdir. Substernal guatr, büyük benign mediastinal kitleler, atrial myxoma, fibrosisle seyreden mediastinit, torasik aort anevrizması, idiyomatik veya polisitemi ile beraber olan trombotik hadiseler, kateterler ve travma selim nedenlerdir.

Bu bildiride nadir görülmesi nedeniyle V.cava superior sendromuna yol açan bir substernal guatr hastası irdelendi ve ilgili literatür gözden geçirildi.

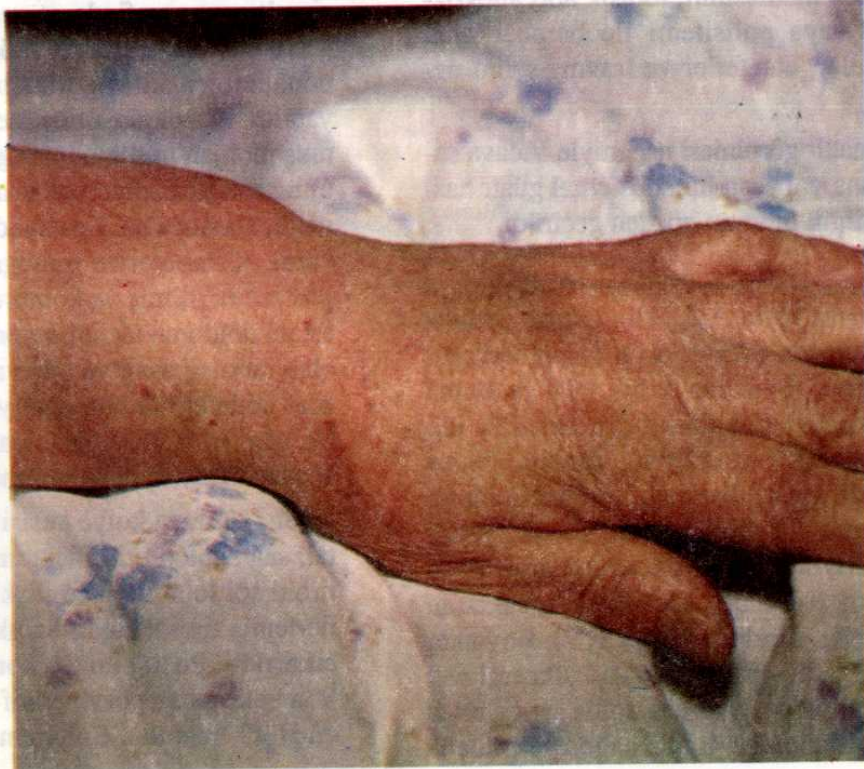
VAKA

60 yaşında bayan hasta A.G., kliniğimize noduler guatr tanısı ile yatırıldı. Şikayetleri 6 aydan beri artış gösteren baş ağrısı, boyunda kitle, yüz ve kolda şişlik, baş dönmesi, nefes darlığı ve öksürük idi. Yapılan muayenede TA: 120/80 mmHg, Nabız sayısı: 80/dak. idi. Hasta dispneik, ortopneik idi ve solunum hırıltılıydı. Öksürüğü vardı. Bu şikayetler yattığı zaman artıyordu. El, yüz ve kollarda gode bırakmayan ödem, özellikle el bileği ve yanaklarda kırmızı, mor lekeler görüldü (Resim 1, 2). Boyunda venöz dolgunluk vardı, ancak göğüste kollateral ven görülmedi. Boyun palpasyonunda solda retrosternal devam eden multinoduler guatr, sağda tek küçük

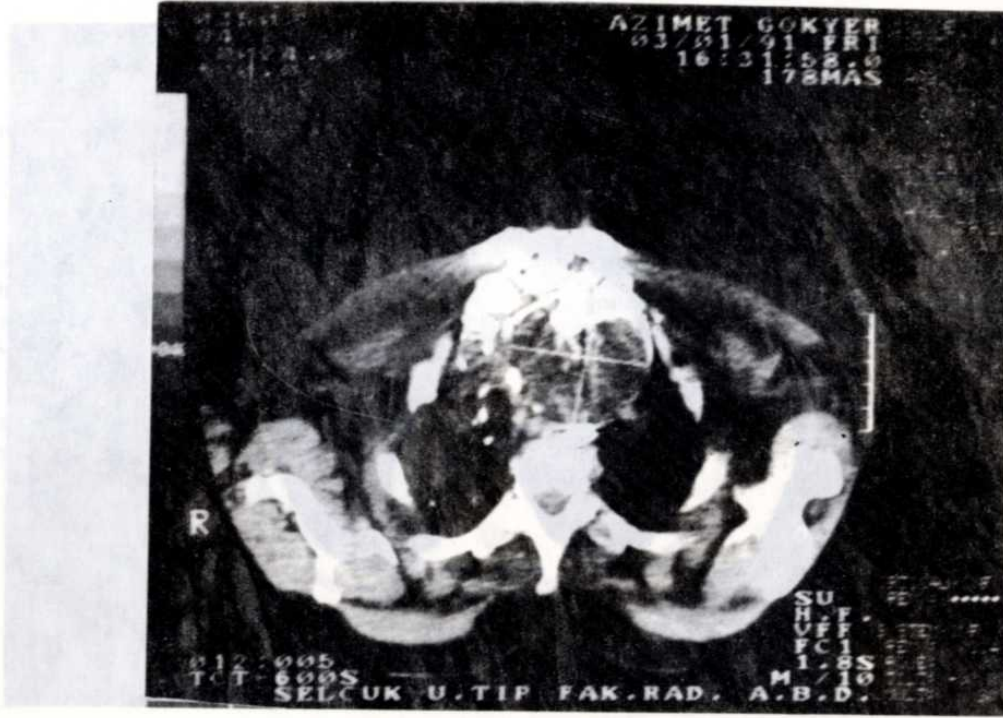
nodül palpe edildi. Göğüs muayenesinde kaba raller vardı, ekspiryum uzamıştı. Labolatuar muayeneleri, tam kan, idrar, T₃, T₄, TSH, Cushingoid görünüm nedeniyle istenen kan ve idrar kortizol, 17-OH Ketosteroid düzeyleri elektrolitler normaldi. Sella grafisi, ultrasonografi de surrenaller normaldi. Göğüs grafisinde sağa itilmiş trakea, üst ön mediastende nonhomojen kitle görünümü vardı. Tirolenfografi yapıldı. Klavikula altına inen üst mediasteni doldurmuş plonjan multinodüler guatr tesbit edildi. Boyun ultrasonografisinde solda multinodüler mikst guatr vardı, alt sınırı belirlenemedi. Sağda tek kistik nodül vardı. Komputerize tomografide trakeanın sağa ve posteriora itilmiş ve komprese olduğu, üst ön mediasteni dolduran alt sınırı aort arkusu ile yakın komşu olan, arkusu aşağıya arkaya iten birbiriyle ilişkili 3 adet noduler nonhomojen yapı olduğu tesbit edildi (Resim 3, 4, 5) V. brachialisten konulan kateterle V.subclavia'dan ölçülen venöz basınç 22 cmH₂O bulundu. Hastaya kolye kesisi ve sternotomi ile sol total, sağ subtotal tiroidektomi yapıldı. Mediastenden tiroid sol lobu ile ince ilişkileri bulunan sağa doğru ilerlemiş tiroidle aynı karakterde 3 adet nodül total çıkarıldı. Postoperatif komplikasyon görülmedi. V.subclaviadan postoperatif 5. gün ölçülen basınç 14 cmH₂O bulundu. Solunum rahatladı. Üst taraftaki



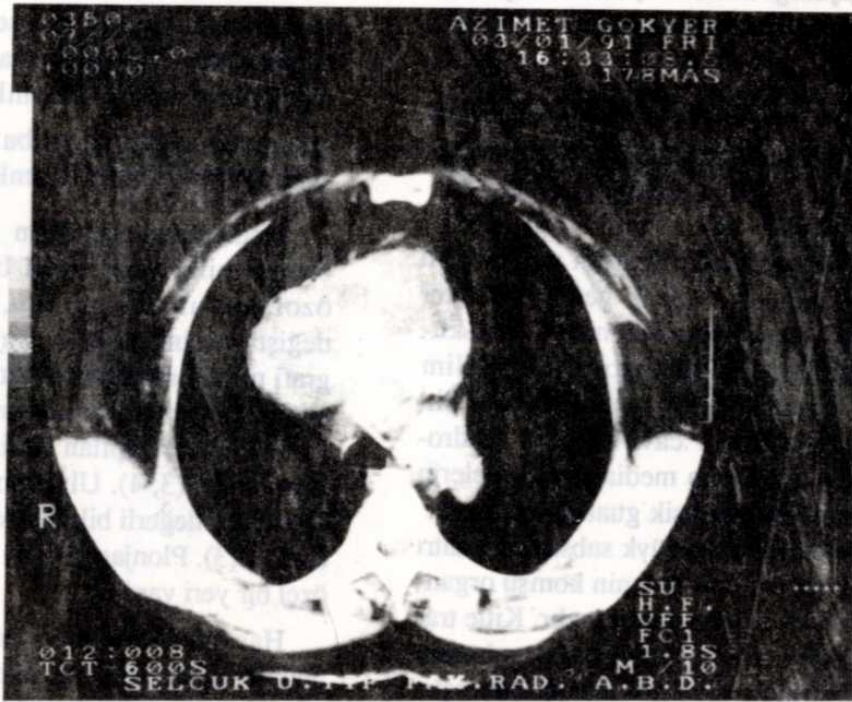
Resim 1: V.Cava superior sendromuna bağlı yüzde ödem ve hiperemi



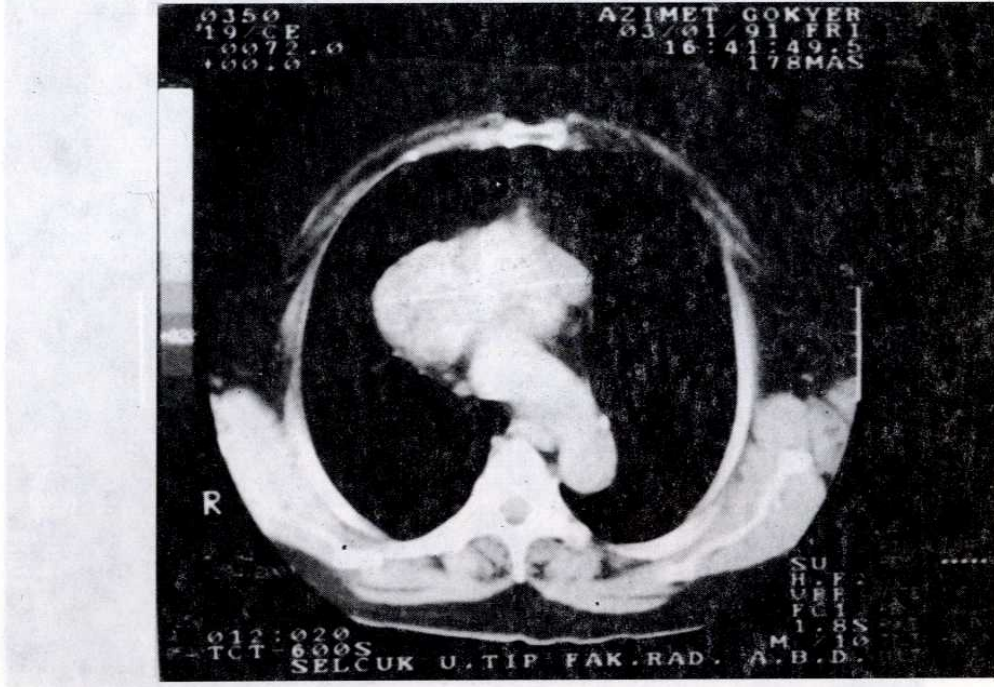
Resim 2: V.Cava superior sendromuna bağlı el bileğinde ödem, kırmızı-mor lekeler.



Resim 3: Trakeayı sağa ve arkaya iten, ön mediasteni dolduran keskin sınırlı tiroide ait doku görünmektedir.



Resim 4: Daha alt kesitlerde kitlenin sağa doğru uzandığı görülmektedir.



Resim 5: Plonjan guatrın alt uzantısı ön ve sağ mediastende, aort arkusunu, aortayı arkaya doğru itmiş olarak görülmektedir.

ödem ve renk değişikliği azaldı. Piyesin histopatolojik tetkikinde multinodüler kistik guatr tesbit edildi.

TARTIŞMA

V.cava superior sendromuna yol açan mediastinal kitlelerin %80-90'ından malign tümörler sorumludur (1). Bu kitlelerin %85'i bronkojenik karsinomdur (2). Mediastinal kitleler semptomatik veya asemptomatik olabilir. Semptomatik olmayan mediastinal kitlelerin %90'ı benignidir. Ancak geniş bir asker grubunda tesbit edilen asemptomatik mediastinal kitlelerin %90'ı malign bulunmuştur (3). Selim tümörlere bağlı V.cava superior sendromu nadirdir. Substernal guatr da nadiren V.cava superior sendromuna yol açar (1, 4, 5). Selim mediastinal kitlelerin önemli bir bölümünü intratorasik guatrlar oluşturur (6). Burada takdim edilen vaka büyük substernal guatrı olan ve semptomların tamamı kitlenin komşu organlara basısına bağlı ortaya çıkan bir hastadır. Kitle trakeayı sağa ve arkaya itmiş, buna bağlı solunum sıkıntısı- dispne, stridor, öksürük ortaya çıkmıştı. Özofagusu baskıya bağlı hafif disfajisi vardı.

V.cava superior sendromunda ortaya çıkan klinik tablo başlangıcın aniliğine, baskının veya obstrüksiyonun yerine, kollateral gelişimine bağlıdır. Kolda

veya boyunda ölçülen venöz basınç 200-500 mmH₂O olabilir ve yüksekliği semptomların şiddeti ile bağlantılıdır (1). Bizim hastamızda V.subclaviadan ölçtüğümüz basınç 22 cmH₂O idi. V.cava superior sendromunu doğrulayan bu basınç yüksekliği postoperatif dönemde hızla 14 cmH₂O'ya düştü.

Mediastinal kitlelerin tanısında göğüs grafileri önemli bilgi verir. Oral baryumla çekilen grafiler özofagus'un invazyonu, kompresyonu ve yer değiştirmesini gösterir. Anjiyografi ve torasik arteriografi primer mediastinal kitlelerin kardiyak ve vasküler anormalliklerden ayrılmasını sağlar. Değişik radyoaktif maddelerle yapılan sintigrafilerle hastalığın tanısı konulabilir (3, 4). Ultrasonografi tanıda yardımcıdır. Tanıda en değerli bilgileri kompüterize tomografi verecektir (3). Plonjan guatrın tanısında tirolenfografinin özel bir yeri vardır.

Hastamız kompresyon semptomları ve multinodüler guatr tanısı ile ameliyat edildi. Ameliyat sonrası V.cava superior sendromuna ait semptomlarda hızla gerileme görüldü.

V.cava superior sendromunda intratorasik guatr nadir etyolojik faktörlerden biri olup ayırıcı tanıda düşünülmesi gerekir.

SERTOLİ LEYDIG HÜCRELİ TÜMÖRLER

KAYNAKLAR

1. Turley K. Thoracic Wall, Pleura, Mediastinum and lung. In: Way L W, eds. Current Surgical Diagnosis and Treatment. USA: Prentice Hall International Inc, 1988: 276-316.
2. King TC, Smith CR. Chest wall, pleura, lung and mediastinum. In: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, eds. Principles of Surgery. Singapore: McGraw-Hill Book Co, 1988: 627-764.
3. Neville WE. Topography of the mediastinum, thymectomy, and excision of primary mediastinal masses. In: Nyhus LH, Baker RI, eds. Mastery of surgery. USA: Little, Brown and Company Boston/Toronto, 1984: 289-98.
4. Sy WM, Lao RS, Seo IS. Scintigraphic features of superior vena caval obstruction due to substernal nontoxic goiter. Br J Radiol 1982; 55: 301-303.
5. Cengiz K, Aykin A, Demirci A, Diren B. Intrathoracic goiter with hyperthyroidism, tracheal compression, superior vena cava syndrome, and Horner's syndrome. Ches 1990; 97: 1005-1006.
6. Katlie MR, Wang CA, Grillo HC. Substernal goiter. Ann Thorac Surg 1985; 39: 391-99.

GİRİŞ

Sertoli Leydig hücreli tümörler (Androblastoma, Arrhenoblastoma) tüm over tümörlerinin %0.1-0.5'ni oluşturan nadir tümörlerdir. Genellikle gençlerde görülür, çocuklarda ve menopozdan sonra ender rastlanılır (1, 2, 3, 4, 5). Çoğunlukla unilateraldir, %2-5 oranında bilateral tutulum bildirilmiştir (4, 5). Bu tümörlerin %54'ü hormonal aktif ve %38'i malignandır (1). Benign %51'inde belirginlikte bulunmaktadırlar (2, 4). Bu tümörlerin %10-34'ü malign tabiidir. Gebelikte birlikte tümör bulguları vakalarda malignite oranı %44'e çıkmaktadır (2). Sertoli Leydig hücreli tümörler çoğunlukla androjen salgılamasına rağmen, bir kısmı östrojen salgılar, bazıları da nonfonksiyondur (5, 6). Virilizasyon az diferansiyasyonlarda daha fazladır (7, 8). Tümörün ekstrapulmoner tabii virilizasyon bulguları görülmektedir (2, 4, 3, 7). Östrojen salgılayan tümörler sento-metrotiki ve postmenopozal kısımlarına neden olmaktadır (5-8). Sertoli Leydig hücreli tümörlerin bir kısmı alfa fetoprotein salgılamaktadır, alfa fetoprotein salgısı benign tümörlerde az, malign tipe fazla olmaktadır (1, 3, 7). Bu tümörler embriyonal hayatındaki gonadların enzimler kodlarından ve submaksiller kaynaklanmaktadır (2, 4, 7, 8). Tümör hücrelerinin dışı gonadik yapıda oldukları gösterilmiştir (1, 4, 6).

VAKA TAKDİMİ

K.K. 15 yaşında öğrenci.

Şikayeti ve Hikayesi: Hasta kliniğimize 14.3.1991'de karında şişlik ve ağrı, balanta, kusma ve yüksek ses şikayeti ile başvurmuştu. Şikayetleri iki aydır mevcuttur. İlk adetini bir yıl önce görmeye başlamış, son iki aydır adet yetersizdir.

Muayene Bulguları: Başında üssü ve pelvisi deşilerek palpasyona kadar uzanan semi-solid kitle tespit edildi.

Laboratuvar Bulguları: Hemogloblin 7,4, hematokrit %24, lökosit 3000, sedimentasyon 15-147, kan biyokimyası ve periferik yayma, steroid ve gonadotropin hormonları, kadim embriyonik marjinal ve beta-HCG serumal düzeyleri, Alfa fetoprotein seviyesi 6000 ng/ml (N.C.14 ng/ml) bulundu. Paranasal sinüsünde paranasal sinüs (prot. 1194/91) normaldi, ultrasonografide (prot. 1734/91) sağında yaygın anovül, pelvisinde diyalizasyon altına kadar uzanan solid, yer yer kistik özellikler gösteren nodülerden overa kayanmış kitle varlığı belirtilmiştir.

Hastaya 19.3.1991 günü pelvik kitle tanısıyla laparotomi yapıldı. Laparotomide sağında 3500 ml. semi mayiye suture edildi. Sağda görüleninde sağ adneksal kaynaklı 25x20x20 cm. eladında, püranöz matür ve pariyetal peritonea yapışık, kapsüllü, yer yer yumuşamalar gösteren solid kitle görüldü. Uterus ve sol adneksa normal görünümünde bulundu. Kitle eksize edilerek pariyetal omektomi yapıldı.