

متلازمة الوريد الأجوف العلوي

SUPERIOR VENA CAVA SYNDROME

سين غروندين، مايكل ر. جونستون

Sean Grondin, Michael R. Johnston

يتوضع الوريد الأجوف العلوي في أعلى المنصف الأيمن، وينشأ من الاتصال بين الوريد العضدي الرأسي الأيمن والأيسر (خلف الغضروف الضلعي الأول الأيمن)، وينتهي في الأذين اليمنى في (الحيز الوريي الأيمن الثالث). وهذا الوريد يصرف الدم الوريدي من أعلى الصدر، ومن كلا الطرفين العلويين، ومن الرأس والرقبة. وهو يتألف من بنية كبيرة القطر، رقيقة الجدار، محاط بشكل جزئي بالعقد اللمفاوية المنصفية. إن انضغاط هذا الوعاء بورم أو عقد لمفاوية سوف يؤدي إلى انسداد الجريان الوريدي، مما ينتج عنه علامات سريرية وشعاعية والتي يشار إليها بمتلازمة انسداد الوريد الأجوف العلوي (SVC). إن متلازمة انسداد الوريد الأجوف العلوي هي عادة علامة على وجود أورام خبيثة متقدمة ونادرا ما يستطع التداخل الجراحي، بخلاف أخذ عينات فقط من أجل التشخيص.

السبب

Etiology

إن طيف الاضطرابات المترافقة مع متلازمة انسداد الوريد الأجوف العلوي قد تغير حاليا بشكل كبير. حيث إنه السابق، كانت الأسباب السليمة هي الغالبة (مثال: أم الدم الأبهرية، التدرن أو السل، أو التهاب المنصف الزهري أو الفطري، أو التهاب المنصف المليف مجهول السبب).

أما حاليا فإن الأمراض الصدرية الخبيثة تشكل معظم الحالات المسببة لهذه المتلازمة، والنسبة الغالبة هي سرطانات الرئة حيث تشكل حوالي (70-80٪). تتطور هذه المتلازمة (متلازمة انسداد الوريد الأجوف العلوي (SVCO) بنسبة حوالي 10٪ عند المرضى المصابين بسرطان الرئة صغير الخلايا، وبنسبة 3٪ من المرضى المصابين بسرطان الرئة غير صغير الخلايا. وهذا من الممكن تفسيره بالتوضع المركزي الأكثر مشاهدة وبنسبة أعلى في الانتقالات الورمية للعقد البلغمية والتي تشاهد أكثر في سرطانات الرئة صغير الخلايا. أما الأسباب الخبيثة

الأخرى فتتضمن اللمفومات (بنسبة ٥-١٥٪)، وأورام المنصف (مثال: أورام الخلايا المنتشة أو الخلايا الجنسية Germ cell tumor، أو الأورام الخبيثة للغدة الصعترية)، وكذلك الانتقالات الورمية وبشكل نادر الصمامة الورمية أو الساركوما الوعائية أو الغرن الوعائي. أما الأمراض الحميدة مثل التهاب المنصف المليف أو الغدة الدرقية خلف القص أو أمهات الدم للأوعية الكبيرة فهي مسؤولة عن نسبة حوالي ٥٪ من الحالات.

أما الأسباب علاجية المنشأ (مثال: خثار ثانوي لوجود خط ناظم الخطى عبر الوريد أو خثار ثانوي لاستعمال الوريد المركزي لإعطاء السوائل) فتكون مسؤولة عن حوالي ٥٪ من الحالات. يقدر حدوث الخثار الوريدي المرافق لتناذر انسداد للوريد الأجوف العلوي الخبيث أو الحميد المنشأ بـ ٥٠٪.

التظاهرات السريرية

Clinical Presentation

يتطور بشكل عام تناذر الوريد الأجوف العلوي بشكل مختل، بالرغم من إمكانية حصول تدهور مفاجئ لأعراض المريض (كما في الحالات التي تلي الانسداد الخثاري الحاد).

١- الأعراض. زلة وضيق تنفس (٥٠٪)، سعال (٣٠٪)، تورم في الذراع أو الوجه (٢٠٪). وهناك أعراض غير شائعة والتي تتضمن الألم الصدري، أو الغشي أو الإغماء، أو الصداع أو التشوش.

٢- العلامات. الوذمة ووجود أوردة بارزة نموذجية على الرأس والعنق والجذع العلوي والذراعين والتي توجد في أكثر من نصف حالات المرضى؛ مع وجود زرقة واحتقان (نسبة ٢٠٪)، ووذمة حليلة العصب البصري، أما متلازمة هورنور Horner's syndrome وخذل الحبال الصوتية فإنها تشاهد بشكل أقل تواتراً.

التشخيص

Diagnosis

- من الممكن لصورة الصدر الشعاعية البسيطة أن تظهر كتلة منصفية أمامية.
- التصوير الطبقي المحوري للصدر مع مادة ظليلة عن طريق الوريد سوف يظهر مستوى الانسداد للوريد الأجوف العلوي، ومدى تقدم المرض المنصفي وكذلك سوف يظهر الأوعية الجانبية الوريدية الرافدة.
- التصوير بالرنين المغناطيسي هو مفيد وذلك لتحديد أكثر دقة للتشريح الوعائي المنصفي.
- التصوير الوريدي الظليل وذلك لإظهار مكان الانسداد، وكذلك لإظهار وجود الخثار داخل الوعاء وإظهار أشكال الأوعية المحيطة الرافدة. يستخدم تصوير الأوعية السنمائي بالنيوكليتيديدات المشعة بشكل متزايد حالياً، ولكن هذا الفحص لا يسمح بتقييم صحيح للتشريح الوعائي.
- العلامات (الواصمات) المصلية: مثل β -HCG أو ألفا فيتوبروتين عند الشك بورم الخلايا المنتشة (الجنسية).

• إن التشخيص النسجي هو مهم من أجل المعالجة النهائية. والإجراءات أو العمليات التي تستخدم حالياً وبشكل شائع تتضمن: أخذ عينة بالإبرة عن طريق الجلد، منظار القصبات، تنظير المنصف، فتح المنصف أو جراحة تنظير الصدر بالاستعانة بالفيديو، أو بشكل نادر فتح الصدر الاستقصائي. في الممارسة الطبية الحديثة فإن مثل هذه الدراسات التشخيصية لا تترافق بشكل خاص مع زيادة في الإراضية.

التدبير

Management

اعتبر سابقاً حالة طبية إسعافية، حيث إن متلازمة انسداد الوريد الأجوف العلوي عولجت بشكل ما معالجة تجريبية ولكن حالياً إدراك التغير السببي لهذه الإراضية وكذلك إمكانية تطبيق الإجراءات التشخيصية الراضة بشكل آمن، وكذلك الحاجة لمعرفة التشخيص النسجي قبل المعالجة النهائية، كل هذا أثر حديثاً في منهج التدبير لمتلازمة انسداد الوريد الأجوف العلوي. إن الهدف في المعالجة بشكل عام هو تلطيف لأعراض.

١- طبي: وهو يتضمن إجراءات غير نوعية مثل رفع رأس المريض، وإعطاء الأكسجين والمدرات البولية، وتحديد تناول الملح. يجب المحافظة على الحجم الدموي داخل الأوعية وذلك لتقليل خطر الخثار. من الممكن أن يفيد إعطاء الستيروئيدات عند المرضى المصابين بوذمة حنجرة مرافقة أو انتقالات ورمية للدماغ. تعطى الأدوية المضادة للتخثر عند ظهور الخثار الوريدي المرافق، على الرغم من عدم إثبات فوائد نهائية لها.

٢- المعالجة الشعاعية: وهذه تشكل الدعامة الأساسية لمعالجة الأورام الخبيثة الصدرية. على كل حال، فإن الجرعة الشعاعية أو تجزئتها أو مساحة المنطقة أو الحقل المعرض للإشعاع يبقى ماثراً للجدل.

٣- المعالجة الكيماوية: من الممكن استخدامها وحدها عندما يكون سبب متلازمة انسداد الوريد الأجوف العلوي ناتجاً عن اللمفوما أو سرطان الرئة صغير الخلايا، وبشكل متزايد من الممكن إعطاء هذه المعالجة للدمج مع المعالجة الشعاعية. أو عادة ما تشاهد الاستجابة خلال أسبوع واحد من بداية المعالجة.

٤- العلاج باستخدام الأشعة التداخلية: أصبح يستخدم هذه الأيام وضع الدعامات داخل الأوعية بشكل أكثر تواتراً (وأكثر نجاحاً) من أجل تلطيف الأعراض الناجمة عن متلازمة انسداد الوريد الأجوف العلوي الناتجة عن أسباب مرضية حميدة أو خبيثة.

٥- الجراحة: يحتفظ بالجراحة المجازة (الالتفافية) بشكل عام للمرضى المصابين بأمراض سليمة، وكذلك عند بعض المرضى المنتقنين بدقة والمصابين بأورام خبيثة، والذين قد تفيد الجراحة عندهم في تحسين فترة البقاء على قيد الحياة. وصفت عدة أساليب وتقنيات جراحية، ويبدو أن استخدام الطعم الذاتي الوريدي قد حسن معدل سلوكية الطعم. يستطب إجراء الاستئصال الجراحي (وإعادة البناء الوعائي) في الأورام الموضعة المسؤولة عن الإصابة.

للمزيد من القراءات

Further Reading

- Ahmann FR. A reassessment of the clinical implications of the superior vena caval syndrome. *Journal of Clinical Oncology*, 1984; 2: 961.
- Callejas MA, Rami R, Catalan M. Mediastinoscopy as an emergency diagnostic procedure in superior vena cava syndrome. *Scandinavian Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 1991; 25: 137.
- Chen JC, Bongard F, Klein SR. A contemporary perspective on superior vena cava syndrome. *American Journal of Surgery*, 1990; 160: 207.
- Dartevelle P, Chapelier A, Navajas M. Replacement of the superior vena cava with poly tetra- fluoroethylene grafts combined with resection of mediastinal-pulmonary malignancy. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 1987; 94: 361.
- Irving JD, Dondelinger RF, Reidy JF. Gianturco self-expanding stents: clinical experience in the vena cava and large veins. *Cardiovascular Interventional Radiology*, 1992; 15: 319.