

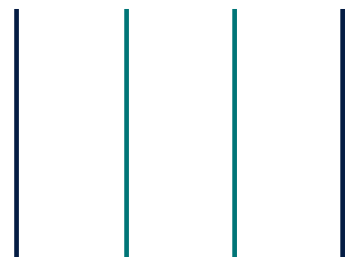


Sammenslutningen af Kræftafdelinger  
Co-operative Cancer Departments

# Vena Cava Superior Syndrom (Stokes krave)

Symptombehandling

December 2012



## Vena cava superior syndrom (Stokes krave)

### Definition

Vena cava superior syndrom (engelsk: *superior vena cava syndrome, SVCS*) er en klinisk tilstand karakteriseret ved dilatation af vener, der løber til vena cava superior, typisk med ødem af hals, ansigt, overekstremiteter og mammae, på grund af hæmmet returløb gennem vena cava superior.

### Ætologi

Syndromet skyldes hyppigst ekstern kompression af vena cava superior forårsaget af en malign tumor, men kan også skyldes trombosering af venen, f.eks. udløst af et centralt venekateter eller en port. I en serie på 337 tilfælde af SVCS + malign sygdom ved M.D. Anderson Hospital i 1992 var 65% forårsaget af lungecancer: 44% småcellede, 26% adenocarcinomer, 25% planocellulære og 5% storcellede. Statistikken afspejler, at SVCS især ses ved hastigt voksende tumorer med omfattende lymfeknude metastasering på diagnosetidspunktet. Blandt alle patienter med lungecancer udviklede dog kun 5% CVCS. Udover lungecancer kan SVCS ses ved andre primære tumorer i mediastinum superius: maligne lymfomer, germinalcelle tumorer og thymomer samt ved lymfeknudemetastaser og da hyppigst fra c. mammae.

Permanente centrale venekatetre som f.eks. *port-a-cat* til i.v. kemoterapi giver undertiden anledning til trombosering i vena axillaris dxt., som kun i forsømte tilfælde breder sig til vena cava superior med udvikling af SVCS.

### Symptomer

*Objektive:* Halsvenestase, dilaterede vener på thorax, ødem af ansigt og evt. af overekstremiteter og mammae. 'Fåret' udseende, læbecyanose. *Subjektive:* Trykken i bryst og hoved, dyspnoe, angst, tinnitus eller klappornemmelse, evt. dysphagi.

### Diagnose

Klinisk undersøgelse (har patienten port-a-cat?). CT scan af thorax med i.v. kontrast fulgt op af invasiv diagnostik, hvis patienten ikke har en allerede kendt malign tumor. Histo- eller cytologisk diagnose er en forudsætning for såvel kemo- som stråleterapi. Ved nydiagnosticeret malign tumor udføres der så vidt muligt regelret stadietinddeling, før der indledes behandling, idet SVCS ikke udelukker intenderet kurativ behandling af lokoregional hhv. lokal avanceret lungecancer, malignt lymfom, germinative tumorer og thymom. Invasiv diagnostik ved en mistænkt lungecancer omfatter bronkoskopi, suppleret med endobronkial ultralydsvejledt (EBUS) lymfeknudebiopsi. Transthoracal biopsi (perifer tumor), mediastinoskopi og eosophageal ultralydsvejledt lymfeknudebiopsi (EUL) vil sjældent blive aktuel ved sygdom lokaliseret centralt omkring vena cava superior. Hvis der ikke er begrundet håb om at cava superior kompressionen relativt hurtigt vil lette efter initiering af specifik behandling – og hvis patienten er forpint i betydelig grad – bør CT-skanningen forelægges en invasionsradiolog med henblik på stentning. Stenten indføres via vena femoralis. Den kan ikke lægges, hvis vena cava er tromboseret i betydelig grad. Der vil i givet fald være indikation for AK-behandling (lavmolekylært heparin), mens stentning af en vene uden tegn på tromboseringer ikke kræver efterfølgende AK-behandling.

## Differentialdiagnose

Quincke ødem, inkomenseret morbus cordis, pericardieexudat eller konstriktiv pericardit.

## Behandling

Afhænger af ætiologi - og af sygdomsstadie, hvis der er tale om en malign tumor. Kemoterapi er førstevalgsbehandling hos patienter med småcellet lungecancer, malignt lymfom, germinalcelletumorer. I alle tre tilfælde indtræder lindring prompte og objektivt respons kan dokumenteres inden for en uge. Stentning anvendes primært ved tumorformer, der er mindre følsomme for kemoterapi som f.eks. ikke-småcellet lungecancer. De fleste steder lægges stents subakut af røntgenafdelingens interventionsradiologer. Hvis det lykkes at ophæve kompressionen, kan patienten udredes efter sædvanlige retningslinier, typisk i pakkeforløb. Hvis stentning ikke er mulig indledes stråleterapi hurtigst muligt, men ikke akut. Også i denne situation er det vigtigt at gennemføre en så komplet stadieinddeling som muligt for at afklare, om sygdommen er i et potentielt kurabelt stadie. Er sygdommen fremskreden eller er der tale om lymfeknudemetastaser fra anden primær cancer, gives palliativ stråleterapi f.eks. 3 Gy x 10. Denne behandling resulterer i svind og lindring hos 70-80% i løbet af 2-3 uger. Såvel kemo- som stråleterapi bør indledes hurtigst muligt men SVCS indicerer ikke akut behandling. Der er ingen dokumentation for, at kortikosteroider i høj dosering (f.eks. prednisolon 100-150 mg dgl.) bedrer tilstanden, og steroid behandling bør ikke indledes, før der foreligger en diagnose.

Overlæge Kell Østerlind Onkologisk afdeling Rigshospitalet  
Revideret december 2012