

# Sindrom Vena Kava Superior pada Pasien dengan Struma Intra Torakal

Zulkifli Amin

Divisi Respirologi dan Perawatn Penyakit Kritis, Departemen Ilmu Penyakit Dalam, FKUI/RSCM

## ABSTRAK

Sindrom vena kava superior (SVKS) merupakan kumpulan gejala akibat obstruksi aliran darah yang melewati vena kava superior. Obstruksi terjadi karena desakan massa intra torakal yang umumnya berupa massa mediastinum, massa paru, limfoma, atau penyebab non-maligna. Pada laporan kasus kali ini, obstruksi vena kava superior berlangsung perlahan dan disebabkan struma intra torakal yang terletak di mediastinum anterior superior. Kumpulan gejala klinis pada pasien menunjukkan SVKS namun pemeriksaan lanjutan diperlukan untuk menegakkan diagnosis pasti massa penyebab. Ct scan torak, *thyroid scan* dilakukan untuk membantu mengarahkan pelaksanaan biopsi. Keputusan untuk melakukan biopsi terhadap massa mediastinum perlu mempertimbangkan beberapa hal, yaitu (1) ada tidaknya gejala, (2) lokasi dan luasnya lesi, (3) ada tidaknya beberapa penanda tumor, dan (4) *gallium uptake* oleh massa. Modalitas terapi definitif akan ditentukan berdasarkan jenis massa penyebab.

Korespondensi:  
Dr. dr. Zulkifli Amin, SpPD-KP  
Email:  
zulkifliamin52@gmail.com

Indonesian Journal of  
**CHEST**  
Critical and Emergency Medicine

Vol. 1, No. 2  
June - August 2014

## ILUSTRASI KASUS

Pria, 37 tahun, datang dengan keluhan leher semakin membesar sejak 1 bulan sebelum masuk rumah sakit. Pasien mengeluh terasa mengganjal sewaktu menelan, rasa tercekik, dan sesak terutama saat berbaring. Pasien batuk berdahak sejak 4 hari sebelum masuk rumah sakit, tidak ada demam, tidak ada mual muntah, dan terasa nyeri di dada kanan yang hilang timbul. Terdapat riwayat merokok selama 20 tahun.

Pemeriksaan Fisik: Tekanan Darah 140/100 mmHg; frekuensi nadi 92 kali/menit; suhu 36,6°C; frekuensi napas 20 kali/menit. Mata: normal; Leher: **JVP 5+1 cmH<sub>2</sub>O, terdapat massa padat mengelilingi leher berukuran 10x15x3cm, keras, terfiksir, terdapat venektasi**; Torak: normal; Jantung: normal; Abdomen: nyeri tekan regio lumbal kanan, teraba massa dengan batas tidak jelas pada regio lumbal; Ekstremitas: normal.

Pemeriksaan Penunjang: Hb 13,8 g/dL; Leukosit 11800/uL; TSHs 0,772; T4 free 1,030; LDI 263;

Foto Torak: perselubungan homogen mediastinum superior;

Ekokardiografi: MR trivial dan P1 minimal; CT Scan Torak: massa padat homogen di mediastinum superior anterior yang berlanjut ke regio colli anterior, sugestif neoplasma tiroid intratorakal;

*Thyroid Scan: cold nodule* pada kedua lobus tiroid.

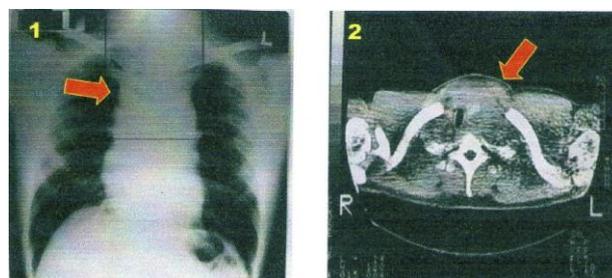


Figure 1 Foto Torak: perselubungan homogen mediastinum superior (1), CT Scan Torak: massa padat homogen di mediastinum superior anterior yang berlanjut ke regio colli anterior, sugestif neoplasma tiroid intratorakal (2)

Masalah: Sindrom Vena Kava Superior, Tumor mediastinum, hipertensi, dan dispnea.

Pasien diberikan Tramadol 3x1 tablet, Deksametason 3x1 ampul, Captopril 2x25 mg, Antasid 3x1, diet rendah garam II 2x25 mg. Dalam perawatan, pasien tampak semakin sesak, sehingga dilakukan radiasi colli 5x36 Gy.

---

## DISKUSI

---

Adanya massa difus di regio colli dapat berasal dari tiroid, kelenjar getah bening, maupun jaringan penunjang. Untuk mengetahui apakah massa berasal dari tiroid atau tidak, perlu dilakukan palpasi massa saat pasien menelan. Massa yang bergerak ke atas pada penelanan berarti berasal dari tiroid. Tidak adanya tanda radang sistemik dan lokal menyingkirkan kemungkinan infeksi, sehingga kemungkinan diagnosis terbesar adalah tumor tiroid. Konsistensi yang keras, terfiksir, dan terdapat venektasi menunjukkan massa tiroid tersebut kemungkinan besar bersifat ganas. Rasa mengganjal saat menelan, tercekik, sesak, dan nyeri di dada kanan adalah gejala yang timbul karena penekanan massa. Massa menekan dinding dada depan sehingga diperkirakan massa terletak di anterior. Sesak dapat disebabkan oleh hambatan pengembangan paru akibat desakan massa maupun oleh penekanan pada trakea. Desakan massa di regio colli menyebabkan rasa mengganjal saat menelan. Dari pemeriksaan fisik, hipertensi dan peningkatan tekanan vena jugularis menunjukkan adanya sumbatan atau penekanan vena jugularis. Hal ini semakin diperjelas oleh gambaran foto torak dan CT Scan torak yang menunjukkan adanya massa padat homogen di mediastinum superior anterior hingga ke regio colli anterior. Massa di mediastinum anterior superior dapat berasal dari timus, tiroid, paratiroid serta tumor sel germinal seperti limfoma, seminoma dan dermoid.<sup>1</sup> Untuk mengetahui dengan pasti, gejala klinis tidak dapat dijadikan patokan karena umumnya tidak spesifik. Standar diagnostik baku emas adalah dengan biopsi. Namun, kecurigaan terbesar mengarah pada keganasan tiroid, terutama didukung oleh scan tiroid yang menunjukkan *cold nodule* pada kedua lobus tiroid. Tekanan tumor secara langsung terhadap vena kava superior atau trombosis akibat desakan dan kerusakan tumor terhadap permukaan dalam pembuluh darah, menyebabkan timbulnya distensi vena servikal, edema dan plethora wajah, leher, dan lengan, serta keluhan neurologis seperti nyeri kepala dan gangguan penglihatan. Kumpulan gejala

ini disebut sindrom vena kava superior. Sindrom ini muncul perlahan, sehingga memberi kesempatan terbentuknya vena-vena kolateral superfisial di dinding dada yang memberikan dekompresi adekuat, sehingga sirkulasi tetap terjaga. Karena itu, sindrom ini tidak lagi dikategorikan sebagai komplikasi yang mengancam nyawa.<sup>2</sup> Dari perkembangan klinis pasien yang semakin sesak dan gambaran kompresi serta pendorongan trakea, perlu dilakukan tindakan segera sebagai upaya mencegah obstruksi total akibat desakan massa. Pasien langsung diberikan radiasi paliatif yang diharapkan mampu mengecilkan massa sehingga memperbaiki klinis pasien. Tindakan radiasi emergency tersebut hingga saat ini telah dilakukan sebanyak empat kali, dan sedang direncanakan radiasi kelima. Kondisi klinis pasien sudah lebih baik, namun diagnosis pasti belum ditegakkan. Tujuan melakukan biopsi adalah untuk mendapatkan diagnosis dimana reseksi bukan modalitas terapi utama, seperti pada limfoma, seminoma, atau kanker metastasis.<sup>3</sup>

Keputusan untuk melakukan biopsi terhadap massa mediastinum perlu mempertimbangkan beberapa hal, yaitu (1) ada tidaknya gejala, (2) lokasi dan luasnya lesi, (3) ada tidaknya beberapa penanda tumor, dan (4) *gallium uptake* oleh massa.

1. Massa yang asimtomatik dan terlokalisir, tidak perlu dibiopsi sebelum pengangkatannya selama massa tersebut tidak meluas hingga ke kompartemen mediastinum anterior, tidak menunjukkan peningkatan penanda tumor, dan tidak memperlihatkan adanya *gallium uptake*. Pada pasien dengan gejala invasi lokal seperti nyeri dada, dyspnea, disfagia, efusi pleura, dan obstruksi vena kava superior, biopsi aspirasi atau biopsi insisional sebelum pembedahan perlu dilakukan. Massa dapat bersifat ganas dan membutuhkan kemoterapi atau radioterapi sebagai terapi utama atau definitif, dibandingkan pembedahan.
2. Pada massa yang besar, selalu diperlukan biopsi karena pembedahan seringkali bukanlah terapi utama. Sebagian besar massa di mediastinum anterosuperior dapat dengan mudah dinilai dengan mediastinoskopi.
3. Pada pasien dengan peningkatan Alpha-fetoprotein (AFP), Beta-hCG, atau Carcinoembryonic antigen (CEA), biopsi harus dilakukan. Mereka seringkali membutuhkan kemoterapi diikuti

dengan pembedahan. Sebaliknya, peningkatan konsentrasi katekolamin pada serum atau urin merupakan kontraindikasi untuk biopsi, karena manipulasi feokromositoma atau paraganglioma sebelum persiapan dengan alfa dan beta blocker sangat berbahaya.

4. *Gallium uptake* berguna untuk membedakan limfoma dari timoma. Gallium di-uptake oleh limfoma dan proses inflamasi lain, sedangkan timoma biasanya tidak. Tumor sel germinal dan karsinoid tidak dapat diprediksi.<sup>4</sup>

Pengambilan spesimen jaringan pada massa akan menjadi semakin sulit seiring banyaknya radiasi yang diberikan. Maka diputuskan penundaan radioterapi kelima dan pasien dipersiapkan untuk biopsi. Karena hasil biopsi amat menentukan tatalaksana selanjutnya, pengambilan spesimen yang adekuat sangat dibutuhkan. Pada massa dengan ukuran lebih dari 4 cm seperti pada kasus ini dimana terdapat kecurigaan karsinoma tiroid anaplastik atau limfoma, pengambilan jaringan biopsi sebaiknya dilakukan dengan *cutting-needle biopsy*, agar spesimen lebih representatif. Pada kasus limfoma tiroid, biopsi aspirasi jarum halus (BAJAH) dapat menunjukkan gambaran tiroiditis, sedangkan *cutting-needle biopsy* biasanya memberikan diagnosis yang tepat.<sup>4</sup> Selain itu, BAJAH memiliki sensitivitas 90% untuk mendiagnosis keganasan, namun hanya 60-80% dalam menegakkan diagnosis jaringan secara tepat.<sup>3</sup> Dari biopsi, dapat diketahui apakah massa tersebut jinak, mencurigakan, atau ganas. Namun, pengambilan spesimen dari massa di regio colli selain kemungkinan besar tidak representatif akibat fibrosis radiasi, juga tidak menggambarkan sitologi massa di mediastinum. Apabila setelah *cutting-needle biopsy* diketahui bahwa massa tersebut adalah limfoma, diperlukan spesimen yang lebih banyak untuk mengidentifikasi subtipe, terutama untuk limfoma non-Hodgkin.<sup>4</sup> Torakotomi diperlukan untuk mendapatkan spesimen adekuat.

Berdasarkan pertimbangan tersebut, maka pengambilan spesimen biopsi sebaiknya dilakukan pada massa di mediastinum superior anterior dan langsung dengan cara invasif. Prosedur biopsi pada massa mediastinum meliputi mediastinoskopi servikal, mediastinoskopi servikal yang diperluas, mediastinotomi anterior (prosedur Chamberlain), mediastinoskopi subxifoid, dan videotorakoskopi.<sup>4</sup> Mediastinoskopi servikal dilakukan pada massa di

mediastinum superior, sedangkan pada massa di *aorticopulmonary window* dilakukan torakotomi anterior.<sup>3</sup> Prosedur yang akan kami lakukan adalah torakotomi. Panatalaksanaan pasien selanjutnya berdasarkan hasil biopsi tersebut.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Goldstraw P. Mediastinal Masses. In: Brewis RAL, Corrin B, Geddes DM, Gibson GJ. Respiratory Medicine. Second Edition. London: W.B. Saunders. 1995: 1580-1.
2. Spiro SG. Bronchial Tumours. In: Brewis RAL, Corrin B, Geddes DM, Gibson GJ. Respiratory Medicine. Second Edition. London: W.B. Saunders. 1995: 930-1.
3. Bradley SP. Mediastinal Mass. In: Bordow RA, Ries AL, Morris TA. Editors. Manual of Clinical Problems in Pulmonary Medicine, Sixth Edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2005: 607-10.
4. Roberts JR, Kaiser LR. Acquired Lesions of the Mediastinum: Benign and Malignant. In: Fishman AP, Elias JA, Fishman JA, Grippi MA, Kaiser LR, Senior RM. Third Edition. New York: McGraw Hill. 1998: 1515-6.

