

ENDER LOKALİZASYONDA BİR SOLİTER PLAZMASİTOM OLGUSU

Alpay Sarper*

Şevket Kavukçu**

Yener Sağlık***

Murat Kara*

Soliter plazmasitom, plazma hücrelerinden köken alan nadir görülen bir tümördür. Kemığın soliter plazmasitomu (SPB, solitary plasmacytomas of bone) ve ekstrapedüller plazmasitom (EMP, extramedullary plasmacytomas) olmak üzere iki şekilde görülür (1,6). EMP üst solunum yolunda, deride ve daha az sıklıkla lenf nodlarında, sindirim sisteminde, akciğerde, troid bezinde görülmektedir. SPB ise yarıdan fazlası vertebrada görülür. Bunun pelvisde, toraks kafesinde ve uzun kemiklerde rastlanır. Sunduğumuz vaka SPB'nun ender rastlanan lokalizasyon olan sternoklavikuler SPB'dır.

VAKA :

63 yaşındaki erkek hasta kliniğimize sol klavikula lokalizasyonunda ağrı ve şişlik şikayeti ile başvurdu. Bu şikayetleri 4 aydır mevcutmuş. Direkt radyografisinde sol sternoklavikular eklem bölgesinde dekstriktif lezyon görülmekteydi (Resim 1). CT de sol klavikula medial uç ve sternoklavikular eklemde çevre kemik yapıları dekstrükte eden yumuşak doku kitlesi izlenmekteydi (Resim 2). Çevre vasküler yapıyla olan ilişkisinin tam değerlendirilmesi için yapılan MRI incelemesinde sol klavikula medialinde ve sternoklavikular eklemi oblitere eden 4x4x7 cm boyutlarındaki tümöral kitlenin vasküler yapıya infiltrasyonu olmadığı görüldü (Resim 3). Kafa grafilerinde ve tüm vücut kemik sintigrafisinde klavikular lezyon dışında patolojik bir bulgu saptanmadı. Hastanın protein elektroforezi, kan biokimyası ve immünglobülinleri normal düzeylerdeydi. Kemik iliği incelemesinde % 4 oranında plazma hücresi saptandı. İdrarda Bence Jones proteini görülmedi.

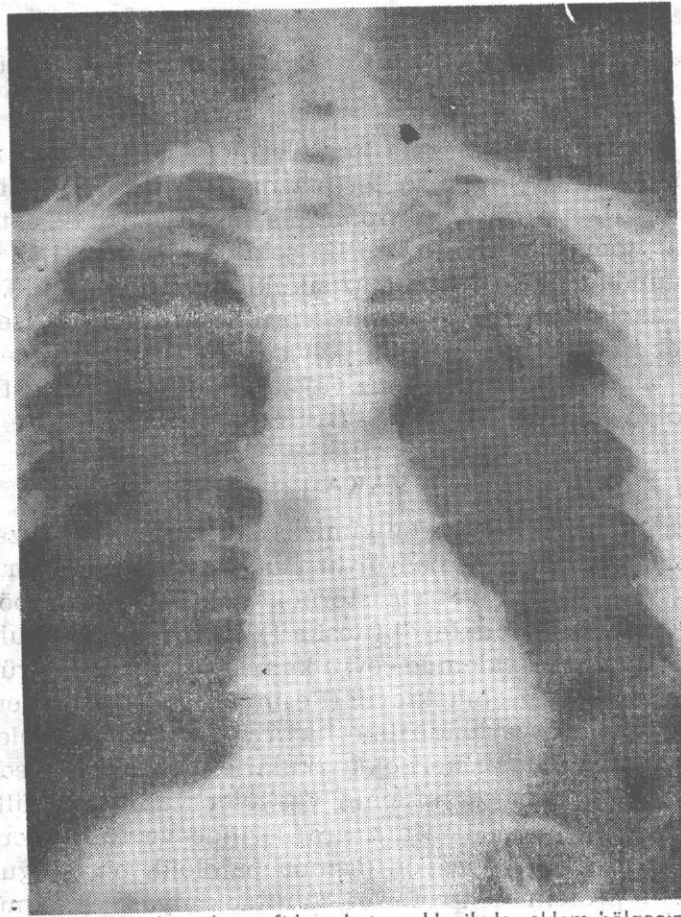
* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Kliniği Asistanı

** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Kliniği Doçenti

*** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi Kliniği Doçenti

Geliş Tarihi : Haziran 28, 1994

Kabul Tarihi : Mart 30, 1995



Sekil 1 : Direkt radyografide sol sternoklavikular eklem bölgesinde dekrüktif lezyon görülmektedir.

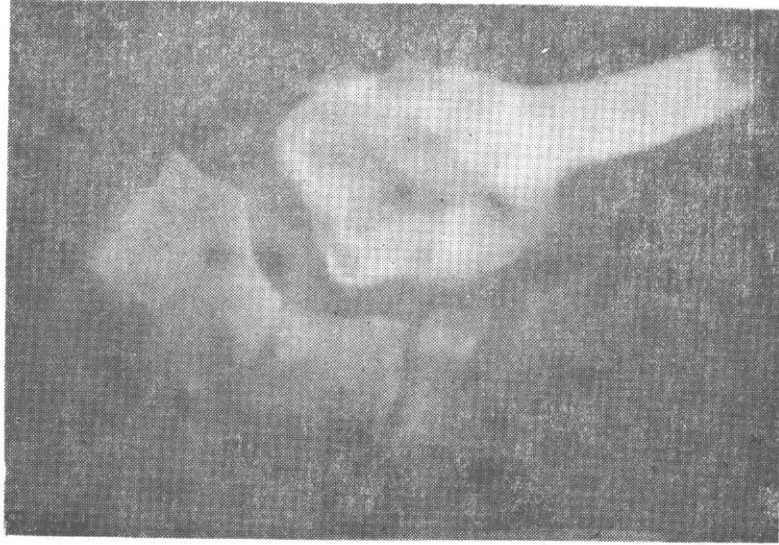


Şekil 2 : Lezyon CT'deki görünümü.

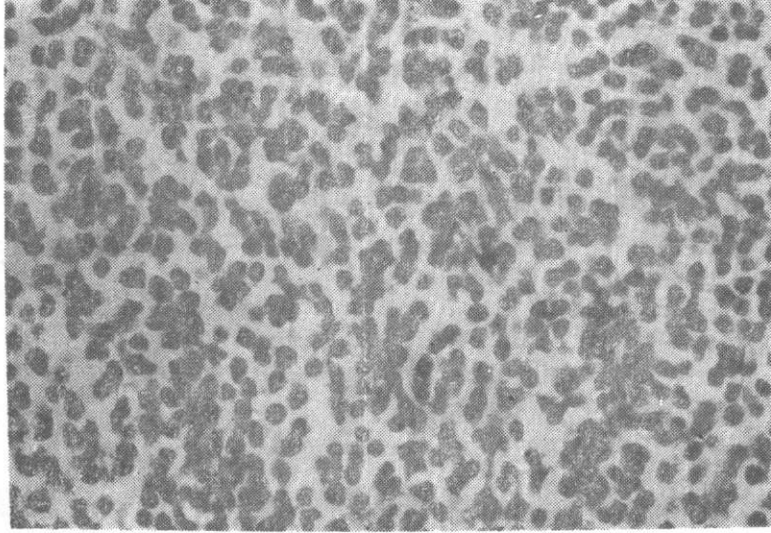
Lezyon bölgesinden alınan biopside immatür plazma hücrelerinden yapıli neoplastik bir doku izlenmekteydi. Tüm bu bulguların ışığı altında mevcut plazmasitonun SPB olduğu düşünöldü ve operasyona alındı. Klavikula kaynaklı tümöral dokunun sternoklavikular ekleme ve 1. kota infiltre olduğu göröldü. Parsiyel manibrium rezeksiyonu, 1 kot parsiyel rezeksiyonu, parsiyel klavikula rezeksiyonu ile tümöral doku total olarak rezekte edildi (Resim 4). Histopatolojik incelemede SPB'u desteklemekteydi (Resim 5). Postoperatif periyotda bir sorun çıkmadı ve hasta 13 gün sonra taburcu edildi.



Şekil 3 : Lezyon MRI'daki görünümü.



Şekil 4 : Rezeksiyon materyalinin direkt radyolojik görünümü.



Şekil 5 : Diffüz olarak bulunan, koyu ekzantrik nükleuslu, geniş stoplazmalı plazmositoid hücreler. (HE. 200x)

TARTIŞMA

Plazma hücrelerinden köken alan soliter plazmasitoma tüm plazma hücreli neoplazmların % 10'unundan daha azını oluşturmaktadır (1,3,6). EMP daha çok baş ve boyun bölgesinde görülmektedir. SPB'a ise en sık vertebrada rastlanmaktadır. Toraks duvarında görülme oranı yaklaşık % 15 den daha azdır ve büyük bölümü kostalardadır (1,3, 4,6,7,9). Toraks duvarı tümörlerinde de plazmasitom oranı ortalama % 3 dür (9). Klavikula tüm SPB vakaları arasında ender görülen bir lokalizasyondur.

SPB da ortalama yaş 30 - 50 dir (5,7,10). En sık rastlanan semptom lezyon bölgesinde sürekli olan ağrıdır. Bataille ve arkadaşlarına göre SPB'de tanı kriterleri lezyon bölgesinden alınan biopsiden yapılan histolojik çalışmada plazma hücrelerinin görülmesi ve kemik iliğinde myeloma hücrelerinin olmamasıdır (1). Anemi, hiperkalsemi ve böbrek bulguları yoktur. Soliter plazmasitomada monoklonal komponent yoktur veya düşük düzeydedir ve operasyondan veya radyoterapiden sonra ortadan kaybolur. İmmüoglobülinler normal düzeydedir, veya düşük düzeyde ise yine tedaviden sonra normal seviyesine ulaşır (1,7, 10). Bizim vakamızda da lezyondan yapılan biopsinin histopatolojik in-

celemesinde plazma hücreleri görüldü ve kemik iliği incelendiğinde miyelom hücreleri bulunmuyordu. İmmüoglobülinler normal düzeydeydi.

Radyolojik olarak SPB iki şekilde görülür (8). Birincisi multiloküler sabun köpüğü gibi veya giant cell tümöre benzer şekilde trabeküller lezyon şeklindedir. Daha çok pelvis ve ekstremitelerde bu tarzda görülür. İkinci olarak da daha çok SPB nin spinal prezantasyonunda, kostalarda ve sternumda görülen kenarları iyi sınırlanmış dekstrüktif lezyon şeklindedir (7,9). Korteks sağlam olabilir. Fakat incelmış ve ekspansedir veya lokal olarak dekstrüktedir. Yumuşak doku kitlesi var veya yoktur. Ayırıcı tanıda metastatik karsinomalar, fibrosarkom gibi litik primer kemik sarkomları ve Brodie apsesi düşünülmelidir. Bizim vakamızda da dekstrüktif lezyon şeklindeydi.

Ortalama yaşam süresi SPB de 86,4 ay, EMP de ise 100,8 aydır (6). Soliter plazmaşitomalı hastalarda prognoz sistemik hastalığa bağlıdır. SPB vakalarının yaklaşık % 50 si 3 yıl içerisinde multiple myelomaya dönüşmektedir (3,5,6,7). MM'ye dönüşmesinde lezyonun büyüklüğünün, serum protein düzeylerinin ve protein elektroforezinde monoklonal komponentlerin değerlerinin etkisi vardır (4,5). EMP ise bu oran daha düşüktür. Bundan sonra artık vaka multiple myelom gibi değerlendirilir. Prognozuda MM gibidir ve ortalama yaşam süresi 24 - 36 aydır (4,5).

SPB da tedavi yöntemi cerrahi veya radyoterapidir. Lokalize vakalarda ve kosta, fibula, mandibula, skapula veya klavikula gibi fonksiyonları bozmayacak yerlerde, önceden radyoterapi veya tek başına cerrahi olarak geniş eksizyon veya en-blok rezeksiyon tercih edilmelidir. Özellikle vertebra gibi cerrahi risk taşıyan yerlerde 3000 - 4000 rad. radyoterapi uygulanması diğer bir tedavi yöntemidir (7,10). Literatürde tedavi sonuçları arasında bir fark olmadığını belirtip lokal radyoterapiyi savunanlar da vardır (2,3,4). Biz kendi vakamızda cerrahi rezeksiyonu terci ettik. Parsiyel klavikula, manibrium ve 1. kot rezeksiyonları ile tümörü total olarak rezeke ettik. Onkoloji Kürsüsü tarafından yapılan konsültasyon sonucu postoperatif adjuvan tedaviye gerek görülmedi. Hastaların MM dönüşme riskini göz önüne alarak periyodik laboratuvar testleri ve dikkatli klinik gözlemlerle lokal ve sistemik rekürensiz izlemek gerekir.

ÖZET

Çok nadir rastlanan bir sternoklavikuler soliter plazmasitom vakası takdim edildi. İskelet sisteminin diğer bölgelerinde bir lezyon yoktu. İmmunglobulinler normal düzeydeydi ve monoklonal komponentler yoktu. Biopsi ile plazmasitom tanısı kondu ve cerrahi olarak eksizyon uygulandı. Postoperatif dönemde bir sorun çıkmadı.

Anahtar Kelimeler : Plazmasitoma, Kemik Soliter Plazmasitomu.

SUMMARY

Sternal - clavicular Solitary Plasmacytoma

A rare case of sternal-clavicular plasmacytoma have been presented. Roentgenograms of the other bones were normal. Immunoglobulins were normal and monoclonal components were absence. A biopsy specimen of the left clavicle bone showed a plasmacytoma and total tumor resection was done successfully. No problem was observed in the postoperative period.

Key Words : Plasmacytoma, Solitary Plasmacytomas of Bone.

KAYNAKLAR

1. Bataille R San J Solitary myeloma : Clinical and prognostic features of a review of 114 cases. *Cancer* 1981; 48 : 845-51.
2. Burt M Karpeh M Ukoha O Bains MS Martini N McCormack PM Rusch VW Ginsberg RJ Medical tumours of the chest wall : Solitary plasmacytoma and Ewing's sarcoma. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1993; 105 : 89-96.
3. Frassica DA Frassica FJ Schary MF Sim FH Kyle RA Solitary plasmacytoma of bone : Mayo Clinic experience. *Int J Radiat Oncol Bios Phys* 1989; 16 : 43-8.
4. Holland J Trenkner DA Wasseman TH Fineberg B Plasmacytoma : treatment result and conversion to myeloma. *Cancer* 1992; 69 : 1513-7.
5. Jeanne M Mes James J Butler Solitary Plasmacytomas of Bone and Extramedullary Plasmacytomas. A clinicopathologic and immunohistochemical study. *Cancer* 1987; 59 : 1475-1485.
6. Knowling MA Harword AR Bergsagel DE : Cocparison of extramedullary plasmacytomas with solitary and multiple plasma cell tumours of bone. *J Clin Oncol* 1983; 1 : 255-62.
7. Mirra JM : Bone Tumors. Clinical radiologic, and pathologic correlations. Lea and Fabiger, Philadelphia, 1989; Vol. 2, 1120-1144.
8. Paul LW Pohle EA : Solitary myeloma of bone. *Radiology* 1940; 35 : 651-66.
9. Sabanathan S Salama FD Morgan WE Harvey JA : Primary chest wall tumours. *Ann Thorac Surg* 1985; 39 (1) : 4-25.
10. Schajowicz F Tumors and Tumorlike Lesions of Bone and Joints. Springer-Verlag. New York, 1981; 296-298.