

## OLGU SUNUMU

**Aynur Öztürk Özer  
Murat Ünalacak  
İlhami Ünlüoğlu**

Eskişehir Osmangazi  
Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile  
Hekimliği AD. Eskişehir

**İletişim Adresi:**

*Dr. Aynur Öztürk Özer  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD.  
Eskişehir  
E-mail: [aynuralaca06@mynet.com](mailto:aynuralaca06@mynet.com)*

**Konuralp Tıp Dergisi**

e-ISSN1309-3878

[konuralptipdergi@duzce.edu.tr](mailto:konuralptipdergi@duzce.edu.tr)

[konuralpgeneltip@gmail.com](mailto:konuralpgeneltip@gmail.com)

[www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr](http://www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr)

## Aile Hekimliği Polikliniğinde Multipl Miyelom Olgusu

### ÖZET

Multipl miyelom, kemik iliğinde plazma hücrelerinin malign proliferasyonu olup, klinik spektrumu sebebi bilinmeyen monoklonal gammopatiden plazma hücreli lösemiye kadar değişebilmektedir. Hastaların başvuru şikayeti genellikle kemik ağrıları, patolojik kırıklar ya da tekrarlayan enfeksiyonlardır. Bu olgu sunumunda amacımız, birinci basamakta tespit etmiş olduğumuz bir multipl miyelom olgusunu sunarak, toplumda nadir görülen hastalıkların da aile hekimleri tarafından tanınmasının ve ikinci veya üçüncü basamağa sevk kriterlerinin bilinmesinin önemini vurgulamaktır.

**Anahtar kelimeler:** Aile Hekimliği, Multipl Miyelom

## A Case of Multiple Myeloma at a Family Medicine Outpatient Clinic

### SUMMARY

Multiple myeloma, malignant proliferation of plasma cells in the bone marrow, has clinical spectrum varying from monoclonal gammopathy with unknown etiology to plasma cell leukemia. The presenting symptoms of the patients are usually bone pain, pathologic fractures or repeating infections. Our aim in this case report is, by reporting a multiple myeloma case at primary care, to emphasize the importance of recognition of either rare cases in the community and knowing the criteria of sending a patient to secondary or tertiary care settings.

**Keywords:** Family Medicine, Multiple Myeloma

## GİRİŞ

Plazma hücreleri vücut bağışıklık sisteminin kritik bir parçasıdır. Bunlar kemik iliğinde üretilir ve buradan kan dolaşımına karışır. Yetişkinlerde en aktif kemik iliği; pelvis, omurga, kafatası, kol ve bacakların uzun kemiklerinde yoğunlaşmıştır. Normalde plazma hücreleri kemik iliğindeki hücrelerin çok düşük bir oranını teşkil eder (%5'ten azı). Multipl miyelom (MM) terminal olarak diferansiye olmuş plazma hücrelerinin malign bir hastalığıdır ve lenfomadan sonra en sık görülen hematolojik neoplazmadır. MM hastalarının %35'i 65 yaşın altında, %28'i 65-74 yaş arasında, %37'si de 75 yaşın üzerindedir (2). MM'nin bilinen kesin bir nedeni yoktur (3). Ancak petrol ve kimyasal maddelerle uğraşanlarda ve radyoterapiye maruz kalanlarda hastalığın görülme sıklığı artar (4). Risk faktörleri; 65 yaş üstü olmak, siyah ırk, erkek cinsiyet, sebebi bilinmeyen monoklonal gammopati (MGUS) öyküsü, ailede MM öyküsü olmasıdır (5,6).

Multipl Miyelom hastalığının patofizyolojik mekanizmaları içerisinde anormal plazma hücrelerinin (miyelom hücreleri) kemik iliğini işgal etmesi, bu hücrelerin monoklonal immunoglobulin (M-protein, M-komponent, paraprotein) üretmesi ve diğer 'normal' "poliklonal" immunoglobulinlerin baskılanması ile artmış kemik yıkımı yer alır. Bunun sonucunda; kemik iliği yetmezliği, kemik ağrıları ve patolojik kırıklar, hiperkalsemi, böbrek yetmezliği, hiperviskozite bulguları ve enfeksiyona yatkınlık gibi miyelomun karakteristik klinik bulguları ortaya çıkar. Bu klinik bulgular miyelom tanısına götüren en önemli ipuçlarıdır (7). Sık karşılaşılan semptom ve bulguları arasında kemik ağrısı (genellikle sırt ve kaburgalarda), kemik kırıkları, halsizlik ve yorgunluk, aşırı susama, sık enfeksiyon geçirme ve ateş, kilo kaybı, bulantı, kabızlık, sık idrara çıkma ve kas güçsüzlüğü sayılabilir (5,8).

Laboratuvar bulgularında normositik normokrom anemi, eritrosit sedimentasyon hızında artış (ESH>100 mm/h), periferik yaymada rulo formasyonu, serum kalsiyum, BUN, kreatinin ve ürik asit düzeyleri yüksekliği, albümin düşüklüğü, serum ve idrar protein elektroforezinde M proteini varlığı olabilir.

Tüm bunlarla birlikte miyelom tanısında en önemli unsurun *klinik ön tanı* olduğu unutulmamalıdır (7). Hastalığın tedavisi bakteriyel enfeksiyonlardan ve ileri evrelerde patolojik kırıklardan korumak için verilen tedaviler ve ağrı önleyici tedaviden oluşan destek tedavisi, Evre 1'de gerekli görüldüğünde kemoterapi ve düzenli takip, Evre 2 ve 3'te ise indüksiyon tedavisi (kemoterapi, hedefe yönelik tedavi, steroid tedavisi) ve kemik iliği transplantasyonundan oluşur (5,9).

## OLGU

53 yaşında bayan hasta, polikliniğimize check-up için başvurdu. Hastanın başvuru anında çarpıntı,

ellerde ve ayaklarda oluşan morluklar ve dönem dönem olan sırt ağrısı şikayetleri vardı. Elleriindeki ve ayaklarındaki morarmaları 10-15 yıldır soğukta olmaktaydı. Hasta sıcaklığın şikayetlerine iyi geldiğini, ancak sıcakta da ellerinin ayaklarının şiştiğini ifade etti. Çarpıntı şikayeti sürekli vardı. Ayrıntılı anamnezden eforla gelen yorgunluk, göğüs ağrısı, ödem ve ara ara bel ağrısının da olduğu öğrenildi.

Özgeçmişini sorguladığımızda total abdominal histerektomi + bilateral salpingooferektomi operasyonu öyküsü ve hipotroidisi mevcuttu. Hipotroidi için ilaç kullanıyordu. İlaçları bittiği zaman yakınları gidip ilaçlarını alıyor fakat hasta herhangi bir hekime kontrole gitmiyordu. Bunun dışında hasta yakınları hastanın bir dönem psikiyatrik problemleri nedeniyle ilaç kullandığını ve 3 yıl önce bu ilaçları bıraktığını belirttiler.

Hastanın soygeçmişinde annede diyabetes mellitus olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde; vücut ağırlığı 113 kg, boy 155 cm, beden kitle indeksi 47 kg/m<sup>2</sup> idi. Hastanın genel durum iyi, bilinci açıktı. Ancak sürekli önüne bakan apatik görünümde ve obezdi. Kendisini çok iyi ifade edemiyordu. Fizik muayenede ayak tabanlarında yaklaşık 10 cm çapında mor lezyonlar dışında patolojik bir bulgu yoktu.

Laboratuvar bulgularında ise hemoglobin: 12,3 (11-16) g/dl, hematokrit: % 36,6 (37-54), beyaz küre: 6700 /mm<sup>3</sup> (4000-10000), kırmızı küre: 3810 /mm<sup>3</sup> (3500-5500), trombosit: 332000 /mm<sup>3</sup> (150000-400000), BUN: 15,5 (5-20) mg/dl, glukoz: 113 (70-110) mg/dl, kreatinin: 0,94 (0,5-1,2) mg/dl, albumin: 3,2 (3,5-5) g/dl, total protein: 10,1 (6-8,5) g/dl (yüksek), ürik asit 8,8 (3,5-7,0)mg/dl (yüksek), TSH: 7,33 (0,27-4,2) ufu (yüksek), serbest T3: 2,33 (2,0-4,4) pg/ml, serbest T4:0,825 (0,93- 1,7) ng/dl (düşük), ALT: 15 (0-41) U/l, AST: 14 (0-40) U/l, ESH: 144 mm /h (yüksek), idrar tetkikinde protein negatif, nitrit:++ idi, bol bakteri vardı.

Hastanın sedimantasyon değerinin bu derece yüksek olması nedeniyle MM ya da romatolojik ciddi bir patoloji olabileceği düşünülerek acil dahiliye konsültasyonu istendi. Dahiliye bölümünde Ig G, Ig A ve Ig M düzeyleri incelendi. Ig G seviyesi oldukça yüksek, Ig A seviyesi normal, Ig M seviyesi ise hafif düşük bulundu. MM düşünülerek hasta hematoloji servisine yatırıldı. Hastaya hematoloji servisinde kemik iliği biyopsisi ve aspirasyonu ile protein elektroforezi yapılarak monoklonal Ig G MM gamopatisi tanısı konuldu ve Vinkristin, Adriamisin, Dekametazon (VAD) kemoterapi başlandı. Üç kür VAD kemoterapisi sonrasında otolog kök hücre nakli yapıldı. Hasta halen hematoloji bölümü tarafından takip edilmektedir.

Bu olgu sunumunda amacımız toplumda nadir görülen hastalıkların da aile hekimleri tarafından

tanınmasının ve ikinci veya üçüncü basamağa sevk kriterlerinin bilinmesinin önemini vurgulamaktır.

#### **TARTIŞMA**

MM terminal olarak diferansiye olmuş plazma hücrelerinin malign bir hastalığı olup, lenfomadan sonra en sık görülen hematolojik neoplazmdır. Mevcut olgumuzda bizi uyarıcı en önemli laboratuvar bulgusu ESH'nin çok yüksek olmasıydı. Aşırı yüksek ESH nedenleri: Multipl miyelom, KML, Tüberküloz, Kalaazar, Hodgkin Hastalığı, Metastatik solid tümörlerdir (10). Görüldüğü gibi aile hekimliği disiplini hasta çeşitliliği açısından çok geniş bir yelpazeye sahiptir. Yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmadan

tüm hastalara bütüncül bir yaklaşım yapmak zorundadır. Bu olgumuz psikiyatrik problemleri nedeniyle kendini tam olarak ifade edemeyen, ayrıca vücut ağırlığının fazlalığı nedeniyle dönem dönem olan sırt ağrısının farklı şekilde yorumlanarak MM ön tanısı göz ardı edilebilecek bir hastaydı.

#### **SONUÇ**

Aile hekimliği uzmanlığımızı diğer branşlardan ayıran en önemli özelliklerimizden, hastayı her açıdan değerlendirmeyi bilmek, tüm semptom ve bulgularını önyargılı olmadan olabilecek tüm etyolojik faktörleri gözden geçirmek olması gerektiği inancındayız.

#### **KAYNAKLAR**

1. Erdogan FG, Tugrul B, Gurler A, Okçu Heper A. A case of multiple myeloma diagnosed by skin lesions. *Türkderm* 2010; 44(3): 170-3.
2. Türk Hematoloji Derneği. Multipl Myelom Tedavi Kılavuzu, 2011, <http://www.thd.org.tr/thdData/Books/77/multipl-miyelom-tedavi-kilavuzu.pdf> (erişim tarihi: 10.02.2013).
3. Enginyurt Ö. Aile Hekimliği polikliniğinde multiple myeloma tanısı almış bir olgu. *Smyrna Tıp Dergisi* 2011;1(1): 47-8.
4. Öztürk A. Multipl Myelom, 2012, <http://www.hematolojika.com/content3.asp?m1=1&m2=8&m3=13>, (erişim tarihi: 14.08.2012).
5. Multipl Myelom hasta kılavuzu, Türk Hematoloji Derneği. 2011 [http://www.thd.org.tr/THD\\_Halk/?sayfa=miyelom](http://www.thd.org.tr/THD_Halk/?sayfa=miyelom) (erişim tarihi: 05.02.2012).
6. X plain multiple myeloma. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/tutorials/multiplemyeloma/oc179104.pdf> Erişim tarihi 14.06.2013.
7. Ündar L. Multipl Miyelom Tanı, 35. Ulusal Hematoloji Kongresi Kitapçığı Antalya-2009;89-92. <http://www.thd.org.tr/thdData/Books/399/multipl-miyelom-tani-levent-undar.pdf>, erişim tarihi 19.03.2012.
8. Yale medical group. What is multiple myeloma? <http://www.yalemedicalgroup.org/stw/Page.asp?PageID=STW014574>, (erişim tarihi: 20.06.2013).
9. Sezer O. Multipl Miyelom: Güncel Tedavi. XXXI.Ulusal Hematoloji Kongresi VIII. Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu kitapçığı.2004;40-50. <http://www.thd.org.tr/thdData/userfiles/file/multipl2.pdf>, (erişim tarihi: 15.05.2012).
10. Kutlucan A, Erden M, Karataş Ö, Aydın Y. Eritrosit Sedimentasyon Hızı ve Klinik Kullanımı Konuralp Tıp Dergisi [Konuralp Medical Journal] 2012;4(3):73-6.