



Kalça ağrısının nadir rastlanan bir nedeni: Pelviste granülositik sarkom

An unusual cause of hip pain: pelvic granulocytic sarcoma

Aksel SEYAHİ,¹ Ata Can ATALAR,² Okan SOYHAN,¹ Mahmut BERKMAN¹

¹VKV Amerikan Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü;

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Sağ kalçada ağrı yakınmasıyla başvuran 27 yaşındaki bir erkek hastanın manyetik rezonans görüntülemesinde, pelviste iliopsoas kası komşuluğunda büyük bir yumuşak doku kitlesi görüldü. Kan sayımında ileri derecede lökositoz saptanması üzerine periferik yayma yapıldı ve kronik miyeloid lösemi (KML) tanısı kondu. Pelvisteki kitle, KML zemininde gelişen granülositik sarkom olarak değerlendirildi. Kronik miyeloid lösemi gibi hematolojik hastalıkların granülositik sarkoma yol açarak kalça ağrısı ile kendini gösterebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar sözcükler: Kemik iliği neoplazileri; kalça/patoloji; lösemi, miyeloid, kronik/komplikasyon; sarkom, granülositik/komplikasyon.

A 27-year-old male patient presented with right-sided hip pain. Magnetic resonance imaging of the hip joint revealed an extensive intrapelvic mass adjacent to the iliopsoas muscle. Laboratory tests showed severe leukocytosis and a differential WBC count enabled the diagnosis of chronic myeloid leukemia (CML). The pelvic mass was then assessed as granulocytic sarcoma developing from CML. It should be kept in mind that the initial presenting feature of hematological diseases such as CML may be hip pain arising from CML-associated granulocytic sarcoma.

Key words: Bone marrow neoplasms; hip/pathology; leukemia, myeloid, chronic/complications; sarcoma, granulocytic/complications.

Kalça ağrısı öncelikle kırık, avasküler nekroz, artrit, bursit, tendinit veya lomber disk hastalığı gibi sık karşılaşılan etyolojileri akla getirmektedir. Bununla birlikte, enflamasyon veya bası ile psoas iritasyonuna yol açan rahatsızlıklar da kalça ağrısına neden olabilir.

Granülositik sarkom, genellikle miyeloproliferatif veya miyelodisplastik hastalıklarla birlikte görülür, olgunlaşmamış miyeloid hücrelerden oluşan ekstramedüller bir tümöral oluşumdur. En sık akut veya kronik miyeloid lösemi sırasında ortaya çıkar.^[1,2] Sıklıkla periorbital ve temporal bölgede görülmesine karşın, lenf nodları, larenks, bronşlar, meme, uterus tutulumu, vertebralarda ve sternumda kemik tutulumları da bildirilmiştir.^[2-5]

Bu yazıda, nadir görülen pelvis tutulumuna bağlı psoas iritasyonunun kalça ağrısına yol açtığı, kronik miyeloid lösemili (KML) bir olgu sunuldu.

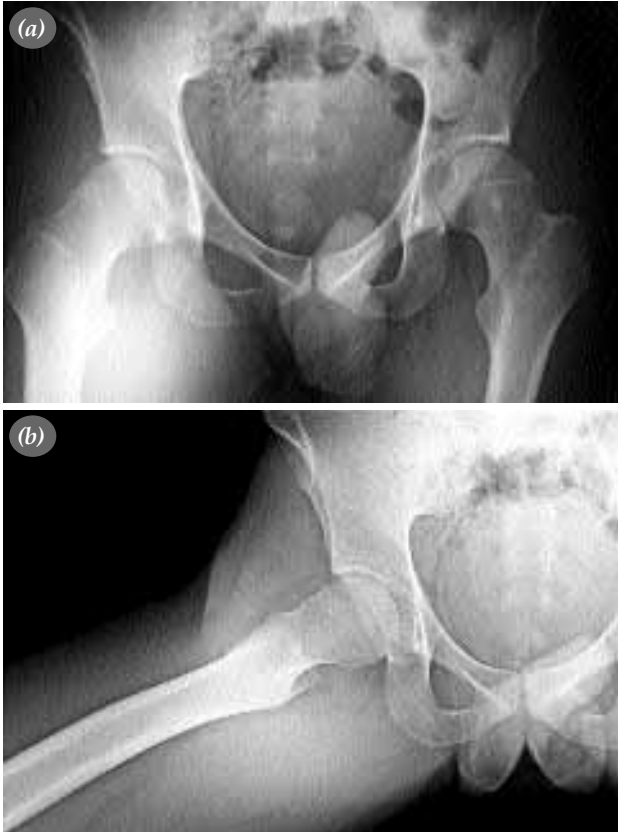
Olgu sunumu

Yirmi yedi yaşındaki erkek hasta, Şubat 2004 tarihinde, iki hafta önce başlayan sağ kalça ağrısı ve yürüyememe şikayetleriyle acil polikliniğine başvurdu. Son zamanlarda herhangi bir travma veya hastalık öyküsü bulunmayan hastada, iki hafta önce başlayıp yavaş yavaş artan ağrı bir hafta önce biraz azalmış; ancak, son 24 saat içinde üzerine basmasını engelleyecek derecede şiddetlenmişti.

Fizik muayenede sağ kalça hareketlerinde kısıtlılık vardı. Ağrıya bağlı olarak 40 derecelik fleksiyon

kontraktürü bulunan kalça eklemünde fleksiyon açıklığı 90°, abduksiyon açıklığı 10°, adduksiyon açıklığı 15°, iç rotasyon açıklığı 10°, dış rotasyon açıklığı 10° ölçüldü.

Pelvis ve kalça grafilerinde patolojik bir bulgu yoktu (Şekil 1). Öncelikle artrit veya sinovit gibi enflamatuvar bir süreç düşünülerek, kalça manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) ve laboratuvar incelemeleri yapıldı. Manyetik rezonans kesitlerinde kalça eklemünde sıvı artışı ve femur medullasında kemik ödemi bulguları görülmezken, sağ iliopsoas kası ve iliyak kemik komşuluğunda kalça eklemine dek uzanan, düzensiz konturlu, 20x5 cm boyutlarında büyük bir kitle görüntüsü vardı (Şekil 2). Eritrosit sedimentasyon hızı saatte 38 mm (normali 0-18 mm), iki saatte 76 mm; C-reaktif protein değeri 46.4 mg/l (normali <5 mg/l) bulunan hastanın hemogramında lökosit sayısının 196 500/mm³ olması hematolojik bir sorun düşündürdü. Hematoloji bölümüyle birlikte değerlendirilen hastanın sistemik muayenesinde traube alanı kapalı idi ve ileri derecede dalak büyümesi vardı. Periferik yaymada nötrofil çomak



Şekil 1. (a) Fleksiyon kontraktürüne bağlı olarak sağ kalçada opasite artışı dışında patolojik özellik göstermeyen pelvis ön-arka ve (b) sağ kalça yan grafileri.

%22, nötrofil %29, lenfosit %2, bazofil %4, metamiyelosit %16, promiyelosit %2, miyelosit %15, miyeloblast %4, blast %4, eritroblast %2 bulundu. Bu bulgularla KML tanısı kondu ve kitle KML zemininde oluşan granülositik sarkom olarak değerlendirildi. Lökostaz profilaksisine başlanarak (allopurinol 300 mg tb; 1x1) hasta ileri inceleme ve tedavi için hematoloji birimine yönlendirildi.

Tartışma

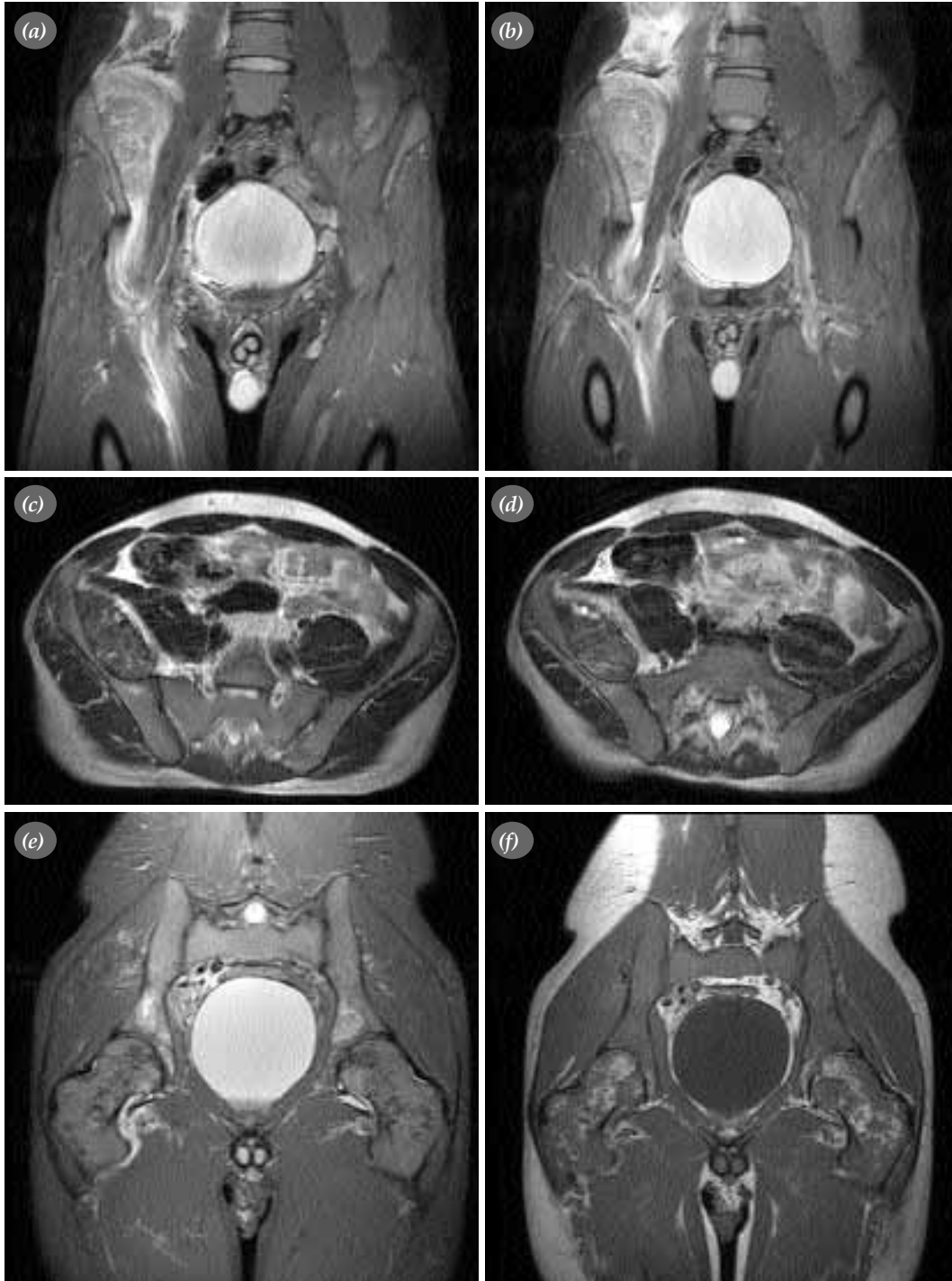
Miyeloblastoma ve kloroma olarak da adlandırılan granülositik sarkom, farklı derecelerde olgunlaşma gösteren granülositlerden oluşan solid bir tümöral oluşumdur.^[3] Vücutta herhangi bir organda ortaya çıkabilir. En sık çocukluk çağında ve baş-boyun bölgesinde görülür, özellikle periorbital ve temporal yerleşim göstermektedir.^[4,5] Cilt, ciltaltı, lenf nodları, larenks, bronşlar, plevra, meme, uterus, mesane, ince bağırsak, testis ve retroperitoneal bölgelerde yumuşak doku yerleşimleri de bildirilmiştir.^[2,3,6-8] İskelet sistemi tutulumu sıklıkla, orbita, sinüs, vertebra ve sternumda görülür; mandibula, skapula ve temporal kemik tutulumları da bildirilmiştir.^[1,3,9,10] Olgumuzda iliopsoas kası komşuluğunda intrapelvik bir yerleşim vardı.

Granülositik sarkom en sık akut veya kronik miyeloid lösemi ile birlikte görülmektedir.^[1,2] Nadiren polisitemia vera, miyeloid metaplazi gibi başka miyeloproliferatif hastalıklara da eşlik edebilir.^[2,4] Olgumuzda kitle KML'ye eşlik etmekteydi.

Kemik tutulumu varlığında grafilerde kötü sınırlı litik kemik lezyonları hakimdir.^[1] Sklerotik ve litik lezyonlar birlikte görülebilir; yalnızca sklerotik görünüm çok nadirdir. Olgumuzun pelvis ve kalça grafilerinde ve MRG'de kemik tutulumu bulguları görülmedi.

Granülositik sarkomun MRG'de özgün bir görüntüsü yoktur. T₁-ağırlıklı kesitlerde heterojen orta derecede, T₂-ağırlıklı kesitlerde ise yüksek sinyal yoğunluğu görülür. Bu bulgular herhangi bir kemik tümöründe veya osteomyelitte de görülebilir.^[9,11]

Psoas kası komşuluğundaki kitle ve enflamasyonlar fleksiyon kontraktürünün eşlik ettiği şiddetli kalça ağrısına neden olabilir (Cope veya psoas bulgusu).^[12] Olgumuzda KML zemininde gelişen atipik yerleşimli granülositik sarkom psoas iritasyonuna yol açmış, hasta da buna bağlı olarak kalça ağrısı ile başvurmuştu. Literatürde, kalça eklemi



Şekil 2. (a, b) T_2 -ağırlıklı koronal manyetik rezonans kesitlerinde sağ iliopsoas kası ve iliak kemik komşuluğunda, kalça eklemine dek uzanan, düzensiz konturlu, 20x5 cm boyutlarında büyük kitle. (c, d) Kitlenin T_1 -ağırlıklı transvers manyetik rezonans kesitleri. (e, f) Kalça eklemine eklem sıvısında hafif artış dışında eklemiçi patoloji göstermeyen koronal T_1 - ve T_2 -ağırlıklı kesitler.

veya iliopsoas kası komşuluğunda yerleşim gösteren granülositik sarkoma rastlamadık. Manyetik rezonans görüntüleme pelviste saptanan iri kitle için biyopsi ve patoloji ve kültür antibiyogram in-

celemeleri planlanmasına karşın, yüksek lökositoz ($196\ 500/\text{mm}^3$) nedeniyle hasta öncelikle hematolojik açıdan değerlendirildi ve periferik yayma ile KML tanısı kondu.

Sonuç olarak, kalça ağrısı semiyolojisinde kırık, avasküler nekroz ve artrit gibi sık karşılaşılan nedenler dışlandıktan sonra, psoas iritasyonuna yol açan enfektif ve hematolojik etkenler de akla getirilmeli; KML gibi granülositik sarkoma yol açan rahatsızlıkların kalça ağrısı ile ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Hermann G, Feldman F, Abdelwahab IF, Klein MJ. Skeletal manifestations of granulocytic sarcoma (chloroma). *Skeletal Radiol* 1991;20:509-12.
2. Barnett MJ, Zussman WV. Granulocytic sarcoma of the brain: a case report and review of the literature. *Radiology* 1986;160:223-5.
3. Meis JM, Butler JJ, Osborne BM, Manning JT. Granulocytic sarcoma in nonleukemic patients. *Cancer* 1986;58:2697-709.
4. Brooks HW, Evans AE, Glass RM, Pang EM. Chloromas of the head and neck in childhood. The initial manifestation of myeloid leukemia in three patients. *Arch Otolaryngol* 1974;100:306-8.
5. Fleming AF. Leukaemias in Africa. *Leukemia* 1993;7 Suppl 2:S138-41.
6. Pomeranz SJ, Hawkins HH, Towbin R, Lisberg WN, Clark RA. Granulocytic sarcoma (chloroma): CT manifestations. *Radiology* 1985;155:167-70.
7. Yenerel MN, Kalayoğlu-Beşişik S, Sanwara İ, Tabak L, Sargın D. Yoğun kemoterapi ünitesinde eşzamanda ortaya çıkan dört invazif pulmoner aspergilloz olgusu; *Toraks Dergisi* 2000;1:41-4.
8. Akün E, Soysal T, Ferhanoğlu B, Tüzüner N, Akman N. Granülositik sarkom: 3 olgu nedeniyle. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi* 1995;26:165-7.
9. Cho JS, Kim EE, Ro JH, Pinkel DP, Goepfert H. Mandibular chloroma demonstrated by magnetic resonance imaging. *Head Neck* 1990;12:507-11.
10. Levy R, Shvero J, Sandbank J. Granulocytic sarcoma (chloroma) of the temporal bone. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1989;18:163-9.
11. Freedy RM, Miller KD Jr. Granulocytic sarcoma (chloroma): sphenoidal sinus and paraspinal involvement as evaluated by CT and MR. *AJNR Am J Neuroradiol* 1991;12:259-62.
12. Dorland's Illustrated Medical Dictionary. 27th ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 1988. p. 1521.