

SOLİTER PLAZMOSİTOMUN İLGİNÇ BİR GİDİŞİ

S. Kemal EROL*

ÖZET

Kötü huylu tümörlerden olan plazmositomun soliter lokalizasyonunda omur cismi bozulup çökünce nörolojik komplikasyonlar gelişebilir. 1964 yılından 1976 a kadar gözetlediğimiz bir olguda, tümör lokalizasyonu gösteren 3 cü lomber vertebra tüm olarak kayba uğradığı halde, nörolojik semptomlar ortaya çıkmamıştır.

Bu çalışmada ayrıca, plazmositomların operatif tedavi endikasyonları yanında postoperatif devredeki Röntgen ışınları uygulanmasının ve sitostatik ilaçların önemi dile getirilmiştir.

GİRİŞ :

KAHLER hastalığı veya Morbus KAHLER deyimleri plazmositom için ilk olarak BOZZOLO tarafından 1889 yılında kullanıldı. V. RUS-TİTZKY 1873 yılında "mütipl myelom" deyimini kullanmıştır (23).

Kötü huylu tümörlerden olan plazmositomlarda, çoğunlukla omurga da hastalık sürecine katılmaktadır (10). Omurgada oturan afeksiyonun genişlemesi omur cisimlerinin çökme nedeni olur ve bunun sonucu olarak da omuriliğin bası komplikasyonları ortaya çıkabilir (12), (32).

Plazmositomlar iskelet bölümlerinde a) soliter ve b) mütipl olarak lokalizasyonlar gösterebilirler. Plazmositomun 19 cu yüzyıl sonundaki ilk anatomo-patolojik ve klinik araştırılmasından bu yana, *soliter* veya *mütipl* lokalizasyonunu esas alan iki ayrı görüş gelişmiştir. Bunlardan 1 ci görüşe göre gövdedeki soliter bir plazmositomun ekstirpasyonu yinelenmeyi önler ve bunlarda prognoz iyi olarak kabul edilir. Diğer gurubun g mütipl lokalizasyon primer olarak vardır. Bunlarda BICHEL et al. sternal ponksiyon yaparak bir mikroskop araştırmasını salık verirler, çünkü görünüşte soliter plazmositoma benzeyen iki olguda bu otörler kemik iliği araştırması yapmışlar ve hastalığın mütipl iskelet le-

* Doz. Dr. med. S. K. EROL, Orthop. Landesklinik, 406 Viersen 12, Horionstr. 2, W. Germany.

kalizasyonları ile jeneralize duruma geldiğini saptamışlardır (2). Gerçi kemik iliği araştırma sonucunun negatif olması mültipl lokalizasyonun var olmadığına dair bir kanıt olarak kullanılamaz, buna karşılık kemik iliği araştırma sonucunun pozitif gelmesi durumunda, scliter bir plazmositomdan söz açılmaz (13).

PASTERNAK et ol. scliter bir plazmositomun varlığı için şu kriterlerin gerekliliğini ileri sürerler :

1. — Histolojik olarak saptama,
2. — Bütün iskeletin Röntgenle araştırılması sonucu saptama,
3. — Ölen hastada yapılacak otopsi ile saptama (29).

Örneğin WALTHARD 7 ci servikal ve 1 ci torakal omurda lokalizasyon gösteren bir plazmositom olgusunun otopsisinde başka hastalık odaklarına rastlanmamıştır (41).

Plazmositom yerleşme yönünden daha çok ileriki yaşlara ulaşmış organizmaları sever. Hastalığın büyük çoğunluğu 40 yaşın üstündeki kimselerdir (32). Hastalığa yokolonmada maksimum yaş 60 ve 70 arasındadır (4), (13), (26), (35), (40). Buna rağmen DENKER et ol. bir 15 yaşındaki kız hastada bir plazmositom lokalizasyonundan söz açmışlardır (5). Hatta PASTERNAK et ol. 19 aylık bir kız çocuğunun plazmositomunu açıklamışlardır (29).

Erkekler hastalığa 2 kere daha çok yakalanırlar (13), (29), (32), (35).

CLARKE (4) araştırmalarında plazmositom hastalarının yalnız % 16 sında bir travma anamnezi saptadığı halde PASTERNAK et ol. (29) hemen hemen olguların yarısında bir travma geçmişi bulmuşlardır. DEUTSCHLAENDER (6) bir olgunun anamnezinde, karakteristik olmayan romatizmol ağrıların başlamasından üç çeyrek yıl sonra bir travmanın geçirilmiş olduğuna rastlamıştır, yani bu hastada travmadan önce ağrı semptomları ortaya çıkmış bulunuyordu. Hastanın geçirdiği bu travmadan sonra 1 3/4 yıl geçince, Röntgende birçok iskelet bölümünde büyük boşluklu gölge açıklıkları görülmüş, hasta hastaneye yatırılmasından kısa bir süre sonra do ölmüştür. Bu hastanın yapılan otopsi omurganın jeneralize bir myelomatozisini göstermiştir. CLARKE'a göre önceden travma sonucu yaralanmış bir kemikte plazmositom gelişebilir (4).

Hastaların kliniğinde genellikle karakteristik olmayan ağrılar ve yakınmalar vardır. Ağrılar göğüs bölgesinde radiküler ağrılar şeklinde ortaya çıkabilirler. Bozan da ağrıların lokalize edilebilmeleri oldukça güçtür. Doğrudan doğruya omurga bölgesinde duyulan ağrılar hastalığın ilk semptomu olabilirler ve bozan geceleyin şiddetlenme gösterebilirler. Bozan da ağrılar göğüs kafesi arkasında veya

retrosternal olarak duyulabilirler. Ağrıların öksürük ve tinsirikle şiddetlendiği de olur (5), (21), (37). Lomber bölge ağrıları zorlanmalarla şiddetlenme gösterebilirler.

Ağrıların ortaya çıkmaları DURMAN et al. a göre kemikte genişleme gösteren tümörün peroitsta bir tahriş yaratmasıdır (7). Kosta ve skapulaların tümoral süreçte katılmaları ile ağrılar tüm göğüs kafesini tutarlar ve bazan da skapulalar arasında lokalize olurlar (4,5).

Ağrılar bazan geceleyin gövde ısısı arttığında daha şiddetli olarak duyulabilirler (21), (31). Bazan da klinikteki ilk semptomlar hastanın duyduğu abdominal bölge ağrılarıdır (20). Hastaların bu şekilde abdominal bölgeden yakınmaları ön plana geçince, bazan yanlışlıkla yapılarak kolesistopati veya apandisit tanıları konulabilir (20), hatta bir keresinde bir plazmositom olgusunda yanlışlıkla kolesistektomi yapılmıştır.

Nörolojik görünümünün ortaya çıkışı doğal olarak hastalığın gidişinin kötüleştiğini düşündürür. Omur cisimlerinde yerleşen plazmositom değişik omurilik ve kök bası semptomlarının nedeni olabilir.

CLARKE'a göre bir plazmositom hastalığının gidişinde omurilik basısı % 20 oranında kendini gösterir ve bunların da % 6 sında bir cerrahi işlem gerekmektedir (4). SILVERSTEIN et al. (59) plazmositom hastalarının % 10 unda kauda ekvina ve omurilik kompresyonu bulgularına rastladılar. SVIEN et al. plazmositom hastalarının yalnızca % 6 da omurilik bası semptomları ile parapleji saptamışlardır.

Sübjektif ve objektif olan bulgular gibi Röntgen semptomları da plazmositom sürecinde oldukça değişken ve kandırıcıdır. Röntgenle tam bir plazmositom tanısı koymak çok kere olanak dışıdır. Hastalığın Röntgen grafisinde görüntü verebilmesi için, kemikte bir belirli bölge strüktürünün tüm olarak bozulmuş olması gerekir.

LINDEMANN et al. (26) destrüksiyon gösteren omurga süreçlerinde tanı koymanın tomografi yöntemiyle bile çok güç olduğunu yazdılar.

Röntgende plazmositom için tipik olan, hiç bir zaman osteolitik kemik odaklarının görülmemesidir (37).

Omurgada yerleşen plazmositom Röntgende temel olarak kendini 3 şekilde belli eder :

1. — Osteolitik odaklar,
2. — Kistik kemik değişiklikleri,
3. — Osteoporoz.

Röntgen görünümünde ön planda osteolitik değişiklikler vardır (4), (26). Bu osteolitik odaklar küçük ve sınırlı olabilirler (32). Ba-

zı olgularda omur cismi çerçevesi bozulmadığı halde bazan örtü plakları iyi bir sınırlılık göstermezler ve defektler belli ederler (3), (22). Çok sıklıkla da tüm omur cisminin ağır bozulmaları göze çarpabilir (13), (15), (19), (28), (37). Bazan omur cismi tümü ile çökmüş veya kama gibi deforme olmuştur (7), (9), (22), (25). Bazan da omur cismi tümü ile kaybolmuştur (31). Tüm olarak madde kaybı omurlar arası disklerde de görülebilir (5), (6), (25).

Kendilerini bu şekilde gösteren osteolitik değişikliklerde ilk planda ayırıcı tanı yönünden metastazlar akla gelebilir, bu metastazların primer tümörleri de bronş, meme, prostat ve uterus kanserleri olabilir (26).

Kötü huylu tümörlerden osteojen tümörler ve EWING sarkomu da ayırıcı tanıda göz önünde tutulmalıdır. Ayrıca osteomyelit, aktinomikoz, ve sifiliz de akla gelmelidir (37).

Eğer proses omurgadan taşıp erekto spine adelesi içine doğru ilerleyen bir gölge verirse tüberküloz da akla gelebilir (9). DURMAN (7) bir hastanın radyografisinde 11 ci omurun yanında abseye benzeyen bir gölge saptamıştır.

Bazan kistik değişiklikler omur cisminin ince strüktürünü kaplayabilir. CLARKE (4) kemiğin trabekülasyon sistemi içinde böyle kistik bir şekilde yayılmış gölge açıklıklarından söz açar. DEUTSCHLANDER (6) parçalı bulut görünümündeki gölge açıklıklarını yazar ve bunların yer yer gölge koyuluğu artması ile yer değiştirdiklerini bildirir.

Özellikle soliter plazmositom Röntgende kistik bir form gösterir ve bir dev hücreli tümör veya hemanjioma ile karıştırılabilir (13), (19), (29).

Doğrudan doğruya kendini gösteren osteoporoz bir myelom bulgusu olabilir. Bu bir tek omur cismini veya tüm omurgayı ilgilendirebilir (11). Bir kaç otörün görüşüne göre bu osteoporoz yerini bir süre sonra osteolitik odaklara bırakır (8), (26). Yaşlı kimselerin osteoporozunda bir envolüsyon veya postklimakterik hormonal faktörler yer aldıklarından, böyle osteoporoz görünümleri çok kere ciddiye alınıp ayırıcı tanı yönünden titizlikle değerlendirilmezler ve plazmositom için bir gözden kaçma olasılığı ortaya çıkar.

Plazmositomda kan tablosundaki değişiklikler, tümör dokusunun kan yapıcı kemik iliğini ne derecede basınç altında tuttuğuna bağlıdır. Genel olarak kan tablosu karakteristik olmayan değişiklikler göstermektedir. Sıklıkla bir hipokrom anemi ve çok ender olarak da bir hiperkrom anemi gelişebilir (11). RIVA'ya göre tedaviye yanıt vermeyen bir normokrom anemi vardır (30). Çok kere de kan tablosu normal

olabilir. Plazmositom hastalarında ara sıra bir lökositoz görülebilir (33).

Sedimentasyon çok bakılan bir serum labilite reaksiyonudur, ama plazmositom için spesifik değildir. Hızlı bir sedimentasyon daima kanın albümin değer değişimleri ile sıkı sıkıya ilişkilidir. Bu albümin değer değişimleri ne kadar şiddetli ise sedimentasyon hızı da o kadar fazla olur. JAHNKE'ye göre kandaki albümin miktarı ile sedimentasyon hızı arasında bir bağlantı vardır (17). Plazmositomonun klasik gidiş gösteren mültipl lokalizasyonlu olgularında sedimentasyon hızı şiddetlenmiş veya ekstrem bir şekilde artmıştır, bu 1 ci saatte 100 mm nin üstüne çıkar ve hatta 20-30 dak. gibi bir süre içinde maksimal değerlere ulaşır.

JAHNKE'ye göre normal veya az değişme gösteren serum albümin tablosu çok enderdir (17). Bazı otörler bu görüşe katılmazlar (14), (27). *Elektroforez*'de albümin fraksiyonunun azalması ile paralel giden bir hiperglobulnemi görülür, albumin-globulin kvosienti tersine döner. Bir çok olguda az veya çok belirli bir duruma gelen bir disproteinemi vardır. Elektroforez diagramında gamma globülin fraksiyonu karakteristik olarak yükselme gösterir (40).

Klasik bilgilere dayanarak serumdaki alkalin fosfataz değerlerinin normalden bir sapma göstermediğini söyleyebiliriz.

İdrarda BENCE-JONES albüminürisi plazmositom için o kadar karakteristik bir bulgu değildir. İlk olarak 1848 de açıklanmış olan (18) idrardaki bu albümin cisimciklerinin görülmesi olayı, uzun süre myelom hastalığı için patognomonik olarak kabul edilmiştir (24).

Herhangi bir hastada bir plazmositom tanısı konursa bugünkü modern iyileştirme olanaklarına rağmen bunun prognozu kötü olarak düşünülür. Ama hastalığın hangi devrede bulunduğu bilinmesi gerek çek prognoz yönünden önem kazanır. Burada genellikle ilgimizi çeken soliter plazmositomdaki prognoz daha iyi olduğunun bilinmesidir. Bu soliter lokalizasyonda hastanın yaşama şansı mültipl olan şekline oranla daha yüksektir, ama yapılan yayınlarda plazmositomonun soliter olan şeklinde de çok hızlı ve kötü gidişli olgulardan da söz açılmıştır (19). Plazmositomda hastanın gelecekteki yaşama şansı kesinlikle saptanamaz, çünkü burada kesinlikle bilinmeyen hastalığın ne zaman başlamış olduğudur. Genel klasik bilgilerden ortaya çıkan gerçek, hastalığın tanınmasından eksitusa kadar geçen sürenin ortalama olarak 4-10 yıl kadar olduğudur.

Plazmositom hastasında bir omurilik kesi bulgusu, yani bir parapleji ortaya çıkarsa hemen operatif bir tedavi gerekir.

Plazmositom olgularında ayrıca Röntgen ışınları ve sitostatik ilaç-

larla da iyileştirme olanakları göz önünde bulundurulur. Omurgadaki tümör lokalizasyonuna göre (servikal, torakal veya lomber) konvansiyonel Röntgen ışınlama tedavisi değişik dozlarla uygulanır. Sitostatik ilaçlar ilk olarak 1942

kullanılan Endoxan (Asta Werke-B. Almanya) tümör tedavisinde bir ilerleme ve yenilik getirmiştir. Endoxan tümör hücre proliferasyonunu durdurmaktadır (1). Endoxan uygulanması sonucu kemikteki ağrılar gerilemekte ve belirli bir iyileşme kendini göstermektedir (16), (38). Endoxan tedavisinde toksik sınırlara varılabilir, bu toksik sınırları tanıma indikatörü kanda gelişecek bir lökopenidir. Endoxan verilmesine bağlı olan bu lökopeni ilacı kesmekle çabucak geriler, yani reversiblidir. Bu durumda bu tedaviyi uygularken günlük olarak yapılacak lökosit sayı kontrolü kaçınılmaz bir uygulama olacaktır. Endoxan bir lökopeniden başka ayrıca kusma, bulantı ve saç dökülmesinin nedeni olabilir.

KAZUİSTİK :

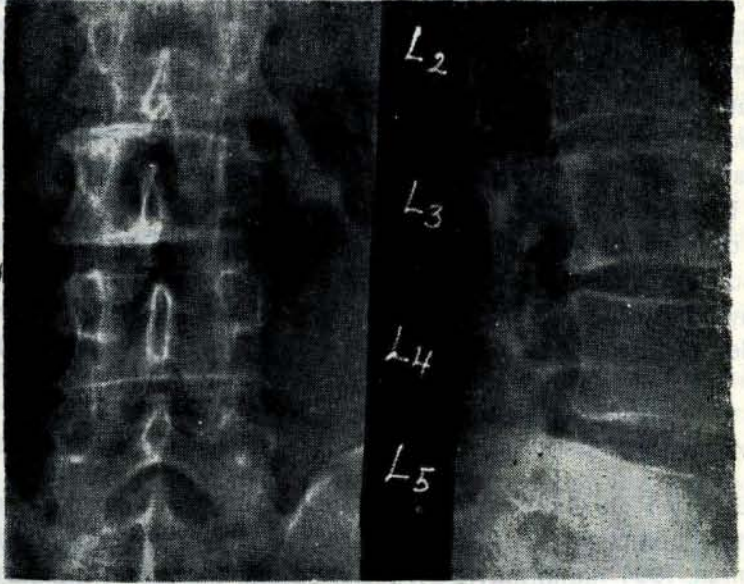
B. H., 7.10.1914 doğumlu erkek hasta, 1963 yılının ri lomber bölgede ağrıları olmuş ve bu ağrılar zorlanmalarla şiddetleniyormuş, 1964 yılının mayıs ayı sonunda ağrıları daha da şiddetlenince Röntgen muayenesi yapılmış ve tüberküloz şüphesini uyandıracak bir omurga afeksiyonu saptandığından kliniğe yatırılmasına karar verilmiş. Kesin tanıya varabilmek için biopsi ve ameliyatına karar verilen hasta 3.7.1964 tarihinde kliniğe yatırıldı. Hastaneye ilk kabulünde 49 yaşında bulunan hasta genel görünümü ile memnunluk uyandıracak bir sağlık durumundaydı. Hastanın klinik muayenesinde omurga eksenini frontal ve sagittal düzlemlerde göze çarpacek bir anormal durum göstermiyordu, basmakla ve vurmakla spinal çıkıntılar ağırlı değıllerdi. Gövdenin antefleksiyonu biraz sınırlı olarak bulundu. Refleks bozukluğu veya anormal nörolojik semptomlar yoktu.

Laboratuar bulguları : Sedim. : 1 sa. : 12 mm/2 sa. : 30 mm; Kan tablosu: Hb. : % 85; Erit. : 4,2 m.l. ; renk indeksi: 1,01; lökosit : 7500; çomak. : % 2; parçalı : % 43; eozinofil : % 3; lenfosit : % 44 monosit : % 8; alkalen ve asit fosfatazlar : normal.

Elektroforez (11.7.1964) : Total albümin : % 51,1; alfa 1-globülin % 3,1; alfa 2- globülin : % 11,8; beta-globülin : % 12,4; gamma-globülin : % 21,6.

Hastanın beraberinde getirdiğı 25.6.1964 tarihli Röntgen grafisinde 3 cü lomber vertebrada bir kurşun kalem kalınlığında dekalsifikas-

yon bölgesi göze çarpmakta. Adı geçen lomber vertebranın tümü strüktürel olarak gölge açıklığı gösteriyor, lomber 2 ci vertebra ile olan komşulukta intervertebral aralık daralmış (Resim : 1).

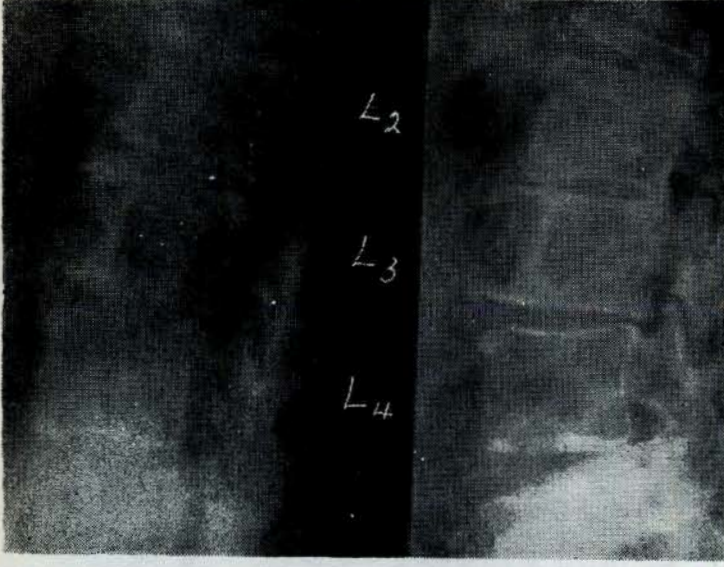


Resim: 1 — Hastanın 25.6.64 te çekilen Röntgen grafisinde tümöre bağlı gölge açıklığı

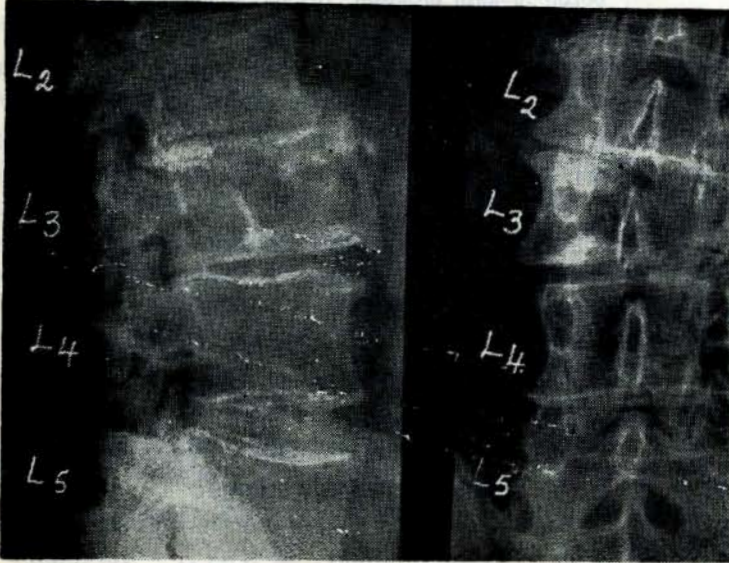
7.7.1964 tarihinde genel anestezi altında vertebrotomi ile alınan kemik parçalarının histolojik muayenesi normal kemik dokusu sonucunu verdi. Ameliyat yarası primer olarak kapanan hastaya ilkin alçı korsesi uygulandı ve sonradan bir destekleyici korse verildi ve 6.8.1964 tarihinde taburcu edildi.

11.11.1964 tarihinde hastanın yapılan klinik muayenesinde ağrı yakınmaları olmasa da, omurga lomber bölgesinin hareketlerinin daha da sınırlı bir duruma geldiği görüldü. 30.11.1964 tarihinde radyolojik olarak 3 cü lomber vertebrada strüktürel bozulma ve boşluk yaratan hastalık sürecinin yayılma gösterdiği saptandı ve hasta ameliyat edilmek üzere yeniden kliniğe yatırıldı. Genel anestezi altında 1.12.1964 tarihinde yapılan vertebrotomide hastalıklı doku parçaları kürete edildi. Bu süngerimsi bir görünüm veren frajil doku parçalarının histolojik muayenesi tanı yönünden "plazmositom" sonucunu verdi. Hastada hemen Endoxan (sitostatik) tedavisine başlandı ve 17.12.1964 tarihinde operasyon yarasının iyileşmesinden sonra Röntgen ışın lama tedavisine geçildi. Hastada toplam olarak 14.000 R konvansiyonel Röntgen ışınlaması yapıldı (günde 500 R, 20 mA, Cu 0,4, ince ras-

ter süzgeci). 29.1.1965 tarihinde Röntgen ışınlaması sona erdiğinde, lomber bölge derisinde aşırı bir hiperpigmentasyon yanında kabuklu ülserasyonlarla kendini gösteren, Röntgen yanıkları saptandı. Hastada Endoxan tedavisine devam edildi.

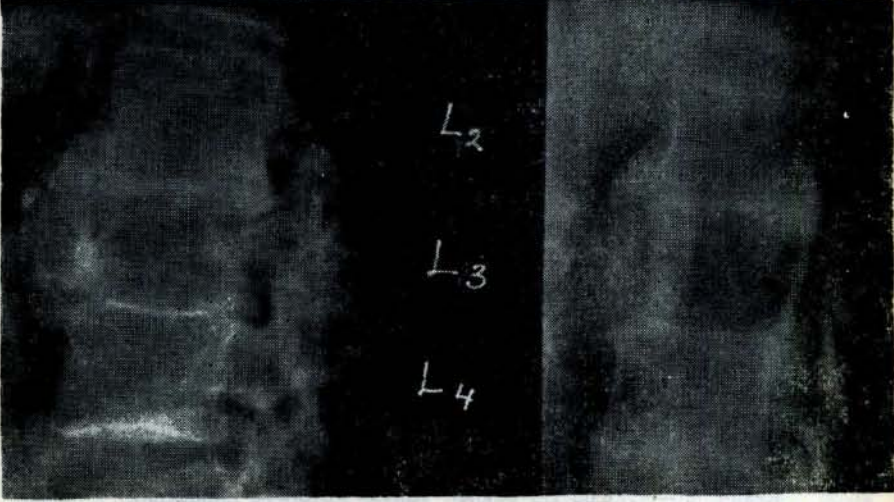


Resim: 2 — 11.8.66 da çekilen yan grafi ve tomogram.



Resim : 3 — 28.4.72 de L2/L3 aralığının ileri derecede daralması, L3 de üst örtü plağının gölge koyuluğunun artması ve vertebra korpusunun ventro-dorsal uzaması.

19.2.1965 de tedavisi sona erdirilen hastada sübjektif olarak hiçbir yakınma kalmamıştı, lomber vertebra bölümü fonksiyonel olarak memnuniyet verici bir hareketlilik gösteriyordu. Kompresyon, vurma ve basma ile lomber vertebralar ağrılı değildi. Hasta bir destekleyici korse ile taburcu edildi. 1966 yılı ağustos ayına kadar ayakta kontroileri yapılan hasta 1972 yılına kadar bir daha görünmedi.

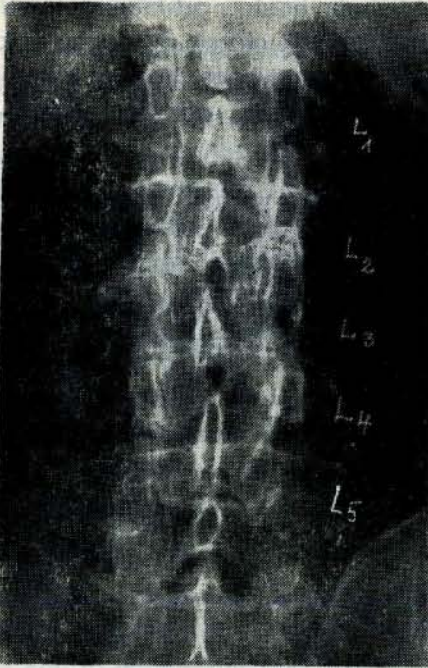


Resim: 4 — 19.3.75 de, travmadan sonraki yan grafide, vertebra korpusunu bozan tümöral prosesin yayılma göstermesi.

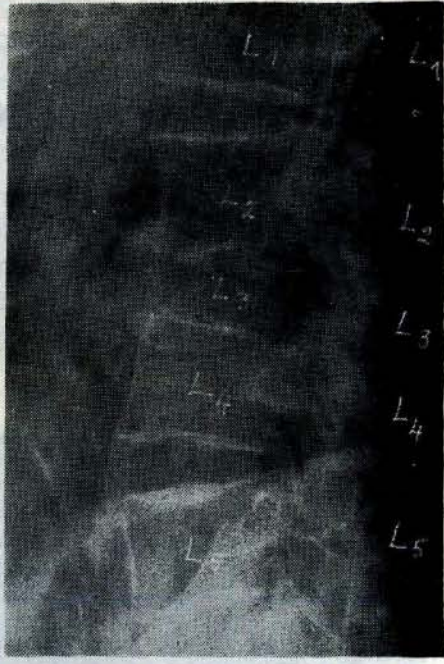
28.4.1972 tarihinde kontrol için kliniğe çağırılan hasta "hiçbir şikâyeti kalmadığından verilen destekleyici korseyi 1966 yılındanberi taşımadığını ve özel bir tedavi de görmediğini, başka hiçbir yerde de muayene olmadığını" bildirdi. Fonksiyonel yönden lomber vertebra bölgesi aşırı bir sınırlılık göstermediği gibi radyolojik yönden de 1966 yılındaki son muayenesine oranla çok fazla tümöral bir değişme vermedi. Laboratuvar muayene sonuçları normale göre fazla bir sapma göstermedikleri halde, hastaya destekleyici korseyi taşımaması önerildi.

14.3.1975 de kendiliğinden lomber bölge ağrıları ile kliniğe başvuran hasta "3 hafta önce ayağı kayarak pelvisi üstüne düştüğünü" bildirdi. Bir dış yaralanma bulgusu olmayan hastada, klinik olarak vurma ve basma ağrısı saptanamamasına karşılık, lomber bölgede oldukça ilerlemiş bir hareket sınırlılığı bulundu.

Laboratuvar: Sedim.: 6 mm/29 mm; Alkalem ve asit fosfatazlar: Normal; Elektroforez: Total albümin: % 8,55 g.; albümin: % 65,2 g.; alfa 1 - globulin: % 2,4; alfa 2 - globülin: % 8,5; beta-globulin: % 8,6; gamma-globülin: % 15,3.



Resim: 5 — 21.7.76 da ön-arka grafi:
L3 ün yüksekliği normale oranla
hemen hemen 1/2 azalmış görünüyor.



Resim: 6 — 21.7.76 da lomber yan
grafide L3 ün korpusunda tüm madde
kaybı ve tam çökme.

8.4.1975 tarihinde sternal ponksiyonla elde edilen kemik iliğinin spesifik muayenesi hiçbir patolojik sonuç vermedi.

Hastanın 14.3.1975 tarihli Röntgen grafisinde 3 cü lomber vertebranın madde kaybında artma, yani strüktürel olarak önceden de kendini göstermiş olan kistik boşluklarda daha da büyüme görüldü. Tümöral sürecin 3 cü lomber vertebrayı yıkmaya devam ettiği saplandı. Röntgenologlar ilerleyen tümöral vertebral süreçte yeniden yapılacak bir Röntgen şulamasını, eski Röntgen yanıklarının nedbe leri yüzünden uygun bulmadılar. Hastanın kendisi önerilen sitostatik tedaviyi yan etkimleri yüzünden (saç dökülmesi, bulantı v.b.) kabul etmedi. Hastaya ortolenden (yüksek moleküllü polietilen) yapılmış bir destekleyici korse verildi ve bunu devamlı olarak taşıması önerildi, paraparezi yönünden dikkati çekildi.

Bir yıldan fazla bir süre kontrole gelmeyen hasta yeniden 21.7.1976 tarihinde kliniğe çağırıldı. Hasta "verilen destekleyici korseyi çok sıkıcı ve esasen çok yararlı bulmadığı için hiç taşımadığını ve beraberinde de getiremediğini" bildirdi. Ara sıra duyduğu ağrılar scl bacağı yayılma göstermesine rağmen, hasta tarafından bunlar "önemsiz ağrılar" olarak tanımlandı. Lomber bölgede hareketler

ileri derecede sınırlı bir duruma geldiğinde hasta artık çoraplarını kendisi giyip çıkaramıyordu. Hastada nörolojik olarak ne duyu yok sunluğu, ne refleks bozukluğu ve ne de fonksiyonel bozukluk kendini gösteriyordu. Fonksiyonel bozukluk yalnızca hareket sisteminin lomber bölgesinde vardı.

Laboratuar : Sedim. : 30/58 mm; Alkalemi ve asit fosfatazlar : normal; Kan tablosu : Hb. : % 98-15,7 g. ; Eritrosit : 4,7 milyon; Renk indeksi : 1,04; Lökosit : 8200; Çomak : % 1 ; Parçalı : % 60; Lenfosit % 38. Elektroforez : Albümin : % 52,9 ; alfa 1 - Globülin : % 3,1; alfa 2 - - globülin : % 8,9; beta - globülin : % 10,5; gamma - globülin : % 24,6.



Resim: 7 — 21.7.76 da lomber yan tomogram.

Röntgen muayenesi (lomber bölgenin tomogram ve sumasyonu): Tümöral prosesin yıkması sonucu büyük madde kaybına uğrayan 3 cü lomber vertebranın korpusu artık hemen hemen hiç görünmüyor, adeta arada bir vertebra hiç var olmamışçasına 2 nci vertebranın bazal örtü plağı 4 cü lomber vertebranın üst örtü plağına yaklaşmış. Bu değindiğimiz komşu vertebra korpusları neoplastik procese katılma yönünden dikkati çekecek bir strüktürel değişme göstermiyorlar (Resim: 5 ve 6).

TARTIŞMA :

İskelet bölümlerinde soliter ve mültipl olarak lokalizasyon gösteren plasmositolar tanı ve tedavi yönünden ilginç problemler yaratmaktadırlar. Burada aklımıza değişik sorular gelmektedir: Acaba soliter plazmositom bir primer tümür müdür ve bu primer tümörün sonraki metastazları bir sistem hastalığı mı yaratmaktadır, yani mültipl myeloma organizmada soliter plazmositomun metastazlar yaratmış bir şekli midir? Eğer böyle bir durum varsa, soliter plasmositonda erkenden yapılacak bir temizleme yani ekstirpasyon başarı getirecek ve doğal olarak teorik yönden bu olguların prognozları da iyi olacaktır. Demek ki soliter veya mültipl lokalizasyonlu olsun, bu plazmositomlarda iyileştirme yönünden yapılacak işlem de ayrıca önem kazanmaktadır (40). Tedavide 1 ci şekilde operatif uygulama ve 2 ci şekilde sitostatik ilaçların kullanılması ve ayrıca her iki lokalizasyon şeklinde de Röntgen ışınlanması önem kazanmaktadır.

Plazmositomlarda tanı kolay değildir, patognomonik olan bir laboratuvar araştırma yöntemi yoktur. Mültipl olan lokalizasyon şeklinde plazmositolar sedimentasyonun hızlanma nedeni olurlar, 1 ci saatte sedimentasyon 100 mm nin üstüne çıkabilir. Soliter plazmositom şeklinde sedimentasyon hızlanması karakteristik değildir. Bizim hastamızda hastalığın kötüleşme devrelerine uyan orta derecede bir sedimentasyon hızlanması dikkati çekmiştir. Alkalin fosfatlar genellikle normal sınırdadır, gamma-globülin fraksiyonu elektroforezde artma gösterebilir, BENCE-JONES albüminürisi karakteristik değildir.

LINDEMANN et al. (26) destrüksiyon gösteren omurga süreçlerinde, tanı koymanın Röntgen tomografi yöntemiyle bile çok güç olduğunu yazarlar.

BICHEL et al. bir sternal ponksiyon yaparak mikroskop araştırmasını salık verirler, çünkü görünüşte soliter plazmositoma benzeyen iki olguda kemik iliği araştırması yapmışlar ve bir çok iskelet lokalizasyonları ile hastalığın jeneralizasyonunu saptamışlardır (2).

Bizim sunduğumuz hastada, plazmositomun yapılan vertebratomisi ile histolojik olarak kesinlik kazanan tanısından 11 yıl sonra, kemik iliği araştırması negatif sonuç vermiştir.

Omur cisimlerinde yerleşen plazmositom değişik omurilik ve sinir kökü bası semptomlarının nedeni olabilir. SILVERSTEIN et al. vertebral plazmositomun lokalizasyonunda omurilik kompresyon nedenlerini şöyle sıralarlar (36):

1. — Bir omur cismi spongiozısından gelişen plazmositomun spinal kanal içine doğru büyüme göstermesi,
2. — Omurların bozulup çökmesi sonucu omurilik üstüne omur cisimlerinin doğrudan kompresyonu,
3. — Amiloid tümör kompresyonu,
4. — Omur cismi kendisi süreçlere katılmadığı halde, epidural dokudan gelişen bir plazmositomun spinal kanal içinde büyümesi Bu sonuncu olasılık CLARKE'a göre sıklıkla kendini gösterir (4). CLARKE 20 olgunun 4 ünde epidural bir plazmositom bulmuştur.

SERFLING et al. omurilik fonksiyonlarını sınırlı duruma sokan nedenler arasında ayrıca yerel sirkülasyonun bozulmasını da bir olasılık olarak kabul ederler (34). Bazan da nedeni bilinmeyen nöropatiler ortaya çıkmaktadır, örneğin VICTOR et al. verdikleri 5 plazmositom olgusunda periferik sinir sistemi afeksiyonları görüldüğü halde, ne nöral strüktürlerde bir kompresyon ve ne de omur cisimlerinde bir deformite saptanabilmiştir, ayrıca mikroskopik olarak sinir ve sinir köklerinde hiç bir plazma hücresine rastlanamamıştır (39). Acaba burada ayrıca toksik nedenler mi bir rol oynamaktadır?

Tümörün omurgada yayılma göstermesi ile bazan omur cismi Röntgende tümü ile çökmüş veya kama gibi deforme olmuştur (7), (9), (22), (25). Bazan da omur cismi tümü ile kaybolmuştur (31). Tüm olarak madde kaybı omurlar arası disklerde de görülebilir. (5), (6), (25).

Bizim hastamızda ilginç olan yön hastalığın tanınmasından 12 yıl sonra bile, 3. lomber vertebranın korpusu tüm madde kaybına uğradığı halde, nörolojik komplikasyonların ortaya çıkmamasıdır. Esasen artiküler da belirli tümöral bir dejenerasyona uğramadığından, yalnızca korpusun kaybı ve çökmesi belki akut ağırlı tablonun nedeni olmamıştır.

PASTERNAK et al. (29) plazmositom olgularının hemen hemen yarısında bir geçirilmiş travma öyküsü bulmuşlardır. Bizim hastamız 14.3.1975 de kliniğe başvurduğunda "3 hafta önce ayağı kayarak pelvisi üstüne düştüğünü" bildirmiştir. Burada dikkatimizi çeken bu travmadan sonra akut radiküler semptomlar kendini göstermedikleri halde 3. lomber vertebranın tüm olarak madde kaybına uğramasıdır. Ayrıca burada yine ilginç olan hastalık sürecinin ilerleme ve kötüleşme gösterdiği devrelerde hastada fazla subjektif yakınmalar olmasa bile, lomber vertebra bölümünde saptanan belirli fonksiyon kaybıdır. Yani bizim sunduğumuz olguda hastalık pro-

çesinin ilerlemesi ile o vertebra bölümünde ağrıdan çok fonksiyon kaybı ön plana geçmiştir.

1964 yılından 1976 a kadar gözetlediğimiz bu olguda yapılan operatif küretaj ile konvansiyonel bir Röntgen ışınlaması ve sitostatik ilaç (Endoxan) tedavisi belirli değer kazanmıştır.

CLARKE'a göre yalnız Röntgen ışın tedavisi uygulanan olgularda yaşama şansı, yalnızca operatif tedavi gören hastalara oranla daha yüksek olmuştur (4).

SILVERSTEIN et al. da (36) 8 plazmositom hastasının 4 ünde nörolojik olarak ortaya çıkan fonksiyon kaybı bulgularının yalnız Röntgen ışınlama tedavisi ile gerilediğini görmüşlerdir. MARTIN et al. (28) Röntgen ışınlama tedavisini laminektomi değerinde tutarlar. Bu otörler de yine Röntgen ışınlaması sonucu nörolojik komplikasyonları gerileyen olgulardan söz açmışlardır.

Özellikle tümör dokusunun bir operatif uygulama ile radikal bir şekilde gövdeden uzaklaştırılmayan olgularda Röntgen ışın tedavisi yararlı olacaktır. Omurgadaki tümör lokalizasyonuna göre (servikal, torakal ve lumbal) konvansiyonel Röntgen ışınlama tedavisi değişik dozlarla uygulanır.

CLARKE (4) radikal bir tümör ekstirpasyonu ve arkadan uygulanacak bir Röntgen ışın tedavisini önerir, medulla spinalis ile köklerde bası semptomlarının ilerlediği olgularda ve tanının çok geç olarak konulduğu hastalarda operatif uygulamaları yad sayar (red deder).

Bazı otörler de cerrahi bir uygulamanın yalnız bir soliter plazmositom için geçerli olacağını öne sürerler (34), (36).. BÖHLER (3) bir hastada çok şiddetli ağrılar yaratan bir plazmositomun 2 ci lomber vertebradaki lokalizasyonunda, küretaj ve spondilodezle tam iyileşme sağlamıştır.

SONUÇ :

1. — Plazmositomların soliter veya multipl lokalizasyonlu olup olamayacaklarına dair değişik tartışmalı görüşler bulunsa bile, biz sunduğumuz olgunun 12 yıllık klinik gidişine dayanarak soliter plazmositomların varlığına inanmak istiyoruz.

2. — Belki soliter plazmositomlar primer bir tümördür ve multipl myeloma bunun metastazlı jeneralize bir şeklidir.

3. — Soliter plazmositomlarda tanı koymak kolay değildir, yalnızca Röntgen araştırması kesin tanıya götürmez, laboratuvar yöntemlerinin pozitif sonuçları patognomonik değildir. Kesin tanıya götürecektir olan, küretajla alınan hastalıklı kemik dokusunun histolojik muayenesidir.

4. — Vertebraanın tümöral proçesle yıkılıp çökmesi her zaman ağırların ve nörolojik komplikasyonların nedeni olmayabilir. kötüleş me devrelerinde hastalıklı vertebra bölümü fonksiyon bozukluğuna uğrar.

5. — Travmalar vertebradaki tümöral proçesin hızla yayılması nı provoke edebilir.

6. — Soliter plazmositomların radikal operatif tedavisi yani küretajı prognoz yönünden önem kazanır.

7. — Plazmositomların tedavisinde Röntgen ışınlaması ve sitostatik ilaçların uygulanması operatif yöntemler kadar değerlidir. En iyisi bunları kombine olarak uygulamaktır.

SUMMARY

An interesting course of solitary plasmocytom

Neurologic complications are usually expected in the cases of vertebral body destruction due to malign plasmocytoma. In our case which we followed between 1964-1976 neurologic complications did not occur despite of total destruction of L₃ vertebra.

In this study indications of surgical treatment X-ray radiation and cystostatic treatment are discussed.

ZUSAMMENFASSUNG

Ein interessanter verlauf bei einem solitären plasmocytom

Bei der solitären Lokalisation des Plasmocytoms, welches zu den bösartigen Tumoren gezählt wird, können sich neurologische Komplikationen entwickeln, wenn der Wirbelkörper durch die Zerstörung zusammensinkt. Bei einem Fall, den wir von 1964 bis 1976 beobachtet haben, traten die neurologischen Komplikationen nicht auf, obwohl der 3. Lendenwirbelkörper durch eine Tumoralisation ganz zum Schwund gekommen war.

Bei dieser Arbeit wurde ferner, neben den operativen Therapieindikationen, die Wichtigkeit der Anwendung der postoperativen Röntgenbestrahlung und der Zytostatika zum Ausdruck gebracht.

LITERATUR

- 1 — BAER, I. : Klinische Erfahrungen mit Endoxan, Folia Haemat., 82, 40-44, 1964.
- 2 — BICHEL, JORGEN, KIRKETERP, Poul. : Notes on Myeloma, Acta Radiol. 19, 487-503, 1938.
- 3 — BÖHLER, J. : Solitäres Myelom der Wirbelsäule, Zbl. für Chir., 83, 1199-1201, 1958 .
- 4 — CLARKE, Edwin : Spinal Cord Involvement in Multiple Myelomatosis, Brain 79, 332 - 348, 1956.
- 5 — DENKER, Peter G., BROCK, S.: The Generalized and Vertebral Forms of Myeloma. Their Cerebral and Spinal Complications, Brain 57, 291-306, 1934.

- 6 — DEUTSCHLAENDER, CARL : Myelom der Wirbelsaeule und Unfall. Monatschrift für Unfallheilkunde, 38, 506-518, 1931.
- 7 — DURMANN, Donald C. : Myeloma of the Spine., Ann. Surg., 88, 975-984, 1928.
- 8 — ENGELHARDT, K. : Schnelle Entwicklung eines Plasmozytoms aus einer rudimentären Paraproteinaemie. Med. Klin., 59, 819-820, 1964.
- 9 — GAUBE, K. : Ein Fall von multiplem Myelom unter dem Bilde einer Querschnittsmyelitis. Med. Klin. Vol. 21, 244-245, 1925.
- 10 — HAMPERL, H. : Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der patholog. Anatomie, Springer Verlag Berlin, 1960.
- 11 — HEILMEYER-BEGEMANN : Handbuch der Inneren Medizin, Band II, Springer Verlag Berlin, 1951.
- 12 — HELLNER, H. : Lehrbuch der Chirurgie (HELLNER-NISSEN-VOSSSCHULTE) Georg Thieme Verlag Stuttgart, 1964.
- 13 — HELLNER, H. : Die Knochenschwülste, Springer Verlag Berlin, 1950.
- 14 — HITZIG, Walter H. : Die Plasmaproteine in der klinischen Medizin, Springer Verlag Berlin, 1963.
- 15 — JACOX, Harold W.; KAHN, Edgar, A. : Multiple Myeloma with Spinal Cord Involvement, Am. J. Roentgen. a. Rad. Ther., 30, 201-205, 1933.
- 16 — JAEGERHOFER, H. : Das atypische Myelom, Wien. Klin. Wsch. 72, 553-556, 1960
- 17 — JAHNKE, Karl : Abnorme Serumproteine, Habilitationsschrift, 1957.
- 18 — JONES, Henry Beuce On a new substance occurring in the urine of a patient with mollities ossium. Philos. Trans. 138, 55-62, 1848.
- 19 — KING, Byron, B. : Solitary plasma-cell myeloma of bone as an initial stage of multiple myeloma. J. A. M. A. 115, 36-38, 1940.
- 20 — KÖNIGSTEIN, R.P., MAEHR, G. : Anamnese von Myelomkranken. Wien. Z. Inn. Med. 43, 357-360, 1962.
- 21 — KREUZER, H. : Plasmazelluläeres Myelom mit multipler, teilweise haemorrhagischer Herdmyelose der Medulla spinalis, Dtsch. Zsch. f. Nervenheilkunde 90, 224-236, 1926.
- 22 — LEGER, W. : Zur Probevertebrotomie, Arch. Orthop. Unfall-Chir. 56,1-6, 1964.
- 23 — LEIBER-OLBRICH : Die klinischen Syndrome Band 1, Urban Schwarzenberg, München, 1966.
- 24 — LEIBER-OLBERT : Die klinischen Eponyme, Urban Schwarzenberg München-Wien, 1968.
- 25 — LENHARDT, A., CZITOBER, H. : Zur Frage des atypischen Plasmozytoms, Wien. Med. Wschr. 38, 782-784, 1965.
- 26 — LINDEMANN, Kurt; KUHLENDAHL, Hans : Die Erkrankungen der Wirbelsaeule, Ferd. Enke Verlag Stuttgart, 1953.
- 27 — MAERKI, H.H., WUHRMANN, F. : Rudimentaere Paraproteinaemie. Eine Frühform des multiplen Myeloms? Schweiz. Med. Wschr. 93, 1381-1387, 1963.
- 28 — MARTIN, W.E., HELLER, P. : Radiation Therapy for Paraplegia due to Multiple Myeloma, J.A.M.A. 191, 247-249, 1965.
- 29 — PASTERNAK, Joseph, G., WAUGH, Richey, L. : Solitary Myeloma of Bone, A Clinical and Pathological Entity, Ann. Surg. 110, 427-435, 1939.
- 30 — RIVA, GUIDO : Das Serumeiweissbild, Verlag Hans Huber, Bern-Stuttgart, 1957.

- 31 — ROGERS, Lambert. Plasmocytomas producing Paraplegia. Brit. J. Surg. 41, 54-56, 1953/54.
- 32 — SAPHIR, Otto: Spezielle Pathologie für die klinische und pathologische Praxis, Band I, Georg Thieme Verlag Stuttgart 1961.
- 33 — SCHULTEN, H.: Lehrbuch der Inneren Medizin, Band I, Georg Thieme Verlag Stuttgart. 1964.
- 34 — SERFLING, H.J., UNGER, R.R.: Anzeigestellung zur chirurgischen Intervention bei Erkrankungen des Wirbelkanals. Zbl.f.Chir., 86, Heft 1,9-26, 1961.
- 35 — SHENKIN, Henry, A., HORN, Robert, C., GRANT, Francis, C.: Lesions of the Spinal epidural Space Producing Cord Compression, Arch. Surg. 51, 125-146, 1945.
- 36 — SILVERSTEIN, Allen; DONIGER, D. E.: Neurological Complications of Myelomatosis, Arch. Neurol. 9, 534-542, 1963.
- 37 — SVIEN, H.J., PRICIE, R.D., BAYRD, E.D.: Neurosurgical Treatment of Compression of the Spinal Cord caused by Myeloma, J. A. M. A. 153, 784-786, 1953.
- 38 — TEUSCHER, G.: Plasmozytom und Endoxanbehandlung, Hippokrates, 33, 818-819, 1962.
- 39 — VICTOR, M., BANKER, B.Q., ADAMS, R.D.: Die Neuropathy of multiple Myeloma. J. Neurol. Neurosurg. a. Psychiat. 21, 73-88, 1958.
- 40 — WADENSTRÖM, J.: Die Myelomkrankheit. Vorkommen und Verlauf in einer Stadtbevölkerung, Med. Klin. 59, 413-416, 1964.
- 41 — WALTHARD, B.: Zirkumskriptes myelogenes Plasmozytom der Wirbelsäule, Schweiz. med. Wschr. 55, 285-288, 1924.