

MİYELOMATÖZ PLEVRAL SIVI: OLGU SUNUMU

MYELOMATOUS PLEURAL EFFUSION: CASE REPORT

Melih BÜYÜKŞİRİN

Gülru POLAT

Zehra AŞUK

Gülcan ÜRPEK

Nur YÜCEL

Sadık YALDIZ

Gültekin TİBET

Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Anahtar sözcükler: Multipıl miyelom, plevral sıvı

Key words: Multiple myeloma, pleural effusion

ÖZET

Maliğn plevral sıvı, multipıl miyelomda (MM) oldukça nadir görülmektedir. Genellikle hastalığın geç dönemlerinde görülmekte ve kötü prognoza işaret etmektedir. MM nedeniyle 6 kür kemoterapi sonrası takipleri sırasında dispne gelişen 62 yaşındaki erkek hasta kliniğimize gönderildi. Sağda massif plevral sıvı tespit edildi. Yapılan ponksiyonda alınan sıvıda, atipik plazma hücreleri görüldü. Dispneik olan hastada semptomatik rahatlama sağlamak için talk plöredes uygulandı. Miyelomatöz plevral sıvıların nadir görülmesi nedeniyle sunuldu.

GİRİŞ

Multipıl miyelom (MM), plazma hücrelerinin maliğn proliferasyonudur. Genellikle kemik iliğini tutmakta ancak diğer organlar ve toraks da tutulmaktadır. En sık torasik tutulum şekli, kosta ve vertabralarda osteolitik lezyonlardır. İntramedüller ve ekstramedüller plazmasitomlar (iyi sınırlı yumuşak doku kitleleri şeklinde), pulmoner infiltratlar ve plevral sıvı görülebilmektedir (1).

Plevral sıvı, MM olgularının %6'sında görülmektedir. Bunların çoğunluğu kalp yetmezliği, pulmoner emboli, renal yetmezlik gibi pek çok nedenlerin oluşturduğu nonmiyeloma-

SUMMARY

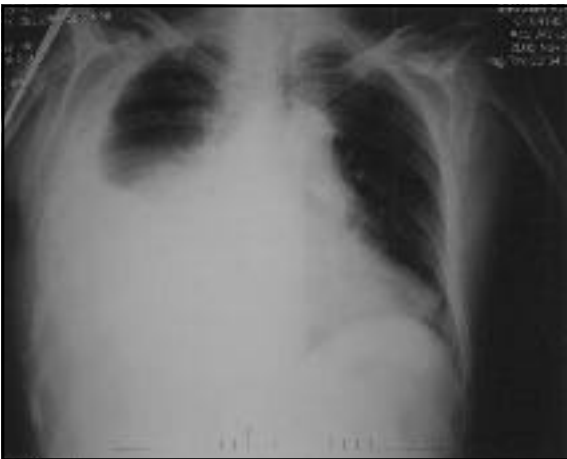
Malign pleural effusion in multiple myeloma (MM) is relatively infrequent. It is generally seen at later stages of the disease and related with poor prognose. 62 years old male patient referred to our clinic because of dyspnea after 6 cyclus of chemotherapy for MM. Massive pleural effusion was found on the right side. Atypical plasma cells seen in effusion after thoracentesis. Talc pleurodesis performed for symptomatic relief of the patient who was dyspneic. We reported the case because myelomatous pleural effusions seen relatively rare.

matöz plevral sıvılardır. Plevral miyelomatoz tutulumu bağılı olarak miyelomatoz plevral sıvılar (MPS) ise daha nadir olarak (< %1) görülmektedir (2).

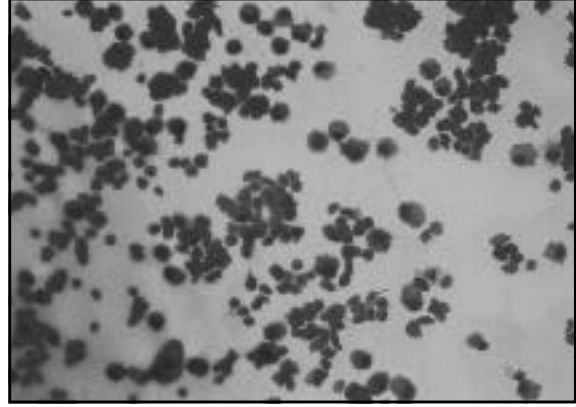
OLGU

11 ay önce kemik iliği aspirasyon biyopsisi, protein elektroforezi ve immunglobülin analizleri ile IgG - lambda Multipl miyelom tanısı alan ve 6 kür VAD (Vincristine, adriamicine ve dexamethasone) tedavisi gören, 62 yaşındaki erkek olgu, artan nefes darlığı ve öksürük yakınmaları ile kliniğimize gönderildi (Tanıda torakal ve lomber BT'de tüm seviye-

lerde litik lezyonlar. IgG 3007.1 mg/dl, IgA 59.2 mg/dl, IgM 29.4 mg/dl). Fizik muayenesinde, hasta dispneik idi. Solunum sesleri, sağ akciğer orta ve alt zonlarda alınmıyordu. Rutin laboratuvar incelemesinde, AKŞ 69 mg/dl, BUN 18 mg/dl, kreatin 0.9 g/dl, AST 17 U/L, ALT 13, U/L, Alkalen fosfataz 331 U/L, total bilirubin 0.52 mg/dl, total protein 7.1 g/dl, Hemoglobin 7.6 g/dl, hematokrit %21.8, beyaz küre 6400/mL, trombosit ise 312000/mL idi. Akciğer grafisinde sağda 3. kot hizasına kadar yükselen açıklığı yukarı bakan homojen dansite artımı izlendi (Resim 1). Ponksiyon ile alınan sıvı, serofibrinöz özellikte idi. Sıvıda total protein 5.9 g/dl, laktat dehidrogenaz 210 U/L, glikoz 127 mg/dl olarak bulundu. Sitolojik incelemede bulgular MM ile uyumlu olarak değerlendirildi (Resim 2). Toraks tomografisinde, sağ hemitoraksta massif plevral sıvı, 7-8-9. kostalar seviyesinde idi, yumuşak doku kitlesi ile kemik yapılarında litik lezyonlar izlendi (Resim 3). Sıvının bir kez boşaltıldıktan sonra kısa bir sürede tekrarlaması ve uzun süreli palyasyon sağlamak amacı ile hastaya talk plöredex uygulandı. Semptomatik olarak rahatlayan hasta, Hematoloji kliniği ile konsülte edilerek 2.seri kemoterapi almak üzere taburcu edildi.



Resim 1. Olgunun akciğer grafisi.



Resim 2. (H-E 400X) Plevral sıvıda atipik plazma hücreleri izlenmektedir.



Resim 3. Olgunun Toraks BT'si.

TARTIŞMA

MM da miyelomatoz plevral sıvı tanısı 3 kriterden biri ile yapılmaktadır: 1. Plevral sıvı elektroforezinde monoklonal proteinlerin gösterilmesi 2. Plevral sıvıda atipik plazma hücrelerinin belirlenmesi 3. Plevra biyopsisi ile histolojik kanıtların gösterilmesi. Lezyonların plevrada diffüz bir tutulum göstermesi nedeniyle plevra biyopsisinin tanısal verimliliği düşük olabilmektedir (2). Bizim olgumuzda da tanı plevral sıvının sitolojik incelemesi ile yapılmıştır.

Maliğn sıvı, komşu kemik lezyonlarından miyelom hücrelerinin invazyonu, göğüs duvarı

plazmositomlarından yayılma ve direkt plevral hastalığın infiltrasyonu ile gelişmektedir. Miyelomatoz plevral sıvıların %80'i IgA tipi MM da görülmektedir (3). Bunun nedeninin de, bu tiplerin ekstraösöz dokuları invaze etmeye daha çok eğilimli olduklarına bağlanmıştır (1,2). Malign plazma hücrelerinin mediastinal tutulumu ile trakeaya dıştan basya neden olan miyelomatoz plevral sıvılı MM olgusu bildirilmiştir (4). Mediastinal lenf nodu infiltrasyonu da lenfatik obstrüksiyona neden olarak miyelomatoz sıvıya neden olabilmektedir (1).

Miyelomatoz sıvı olarak bildirilen olgularda, sıvı özelliği, serofibrinöz veya serohemorajik olabilmektedir. Bildirilen olguların plevral sıvılarında, laktat dehidrogenaz enzimi (LDH) 221 U/L-1257 U/L, total protein 4.8 gr/dl-52 gr/dl, glikoz ise 157 mg/dl-117 mg/dl değerleri arasında bulunmuştur (3.-5). Bizim olgumuzda da sıvı; serofibrinöz özellikte olup, LDH 210 U/L, total protein 5.9 mg/ dl, glikoz 127 mg/ dl düzeyle-

rindedir. Sıvılarda, beklenildiği gibi, protein düzeyleri yüksek bulunmuştur. Miyelomatoz sıvılarda, adenozin deaminaz (ADA) düzeylerinin nadiren yükselebileceği ve sıvının eozinofilik olabileceği de belirtilmiştir (2). Olgumuzda ise; ADA düzeyi 28 U/ml bulunmuştur.

Miyelomatoz sıvı genellikle hastalığın ilerlemiş olduğu dönemlerde, ortalama olarak, tanıdan 12 ay sonra ortaya çıkmaktadır. Lokal ve sistemik tedaviye rağmen prognoz kötüdür (6). Bildirilen olgularda sıvı geliştikten sonra yaşam süresi 6 hafta - 11 ay arasındadır (2-5).

Massif sıvı gelişen hastalarda, nefes darlığını ve hastaneye yatışı azaltmak için paliyatif amaçla plöredex uygulanmaktadır. Bildirilen olgulardan 2'sine talk plöredex (3,4), bir olguya ise oksitetrasiklin (5) uygulanmıştır. Bizim olgumuzda da talk plöredex uygulandı. Parsiyel yanıt alınan hasta, ikinci seri kemoterapisine devam için hematoloji kliniğine sevk edildi.

KAYNAKLAR

1. Alexandrakis MG, Passam FH, Kyriakou DS, Bouros D. Pleural effusion in hematologic malignancies. *Chest* 2004; 125:1546-52.
2. Rodriges JN, Pereira A, Martinez JC, et al. Pleural effusion in multiple myeloma. *Chest* 1994;105: 622-4.
3. Rowe SM. Myelomatous pleural effusion and airway compression complicating multiple myeloma. *Chest* 2005; 128(4): 429-30.
4. Niscola P, Scaramucci L, Morabito F, et al. Pleural effusion by malignant plasma cell in advanced multiple myeloma: Report of three cases with a brief overview. *Haema* 2004; 7 (4): 516-9.
5. Ulubay G, Eyüboğlu FÖ, Şimşek A, et al. Multiple myeloma with pleural involvement:

A case report. *Am J Clin Oncol* 2005; 28 (4): 429-30.

6. Kamble R, Wilson CS, Fassas A, et al. Malignant pleural effusion of multiple myeloma: Prognostic factors and outcome. *Leuk Lymphoma* 2005; 46 (8):1137-42 (abstract).

Yazışma Adresi:

Dr. Melih BÜYÜKŞİRİN
İzmir Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Yenişehir/İZMİR