

Vertebra Lokalizasyonlu Soliter Plazmasitom Akut Parapleji Nedeni Olabilir

Vertebra Localized Solitary Plasmacytoma May Be The Cause Of Acute Paraplegia

Selin Cilli¹, Hayal Ahmetoğlu¹, Nurdan Kotevoğlu¹

¹Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Fizik tedavi ve Rehabilitasyon ABD

İletişim: Selin Cilli, Feyzullah Caddesi No:39 Maltepe/İstanbul, selincilli@hotmail.com.tr

ÖZET

Plazma hücre neoplazileri plazma hücre miyelomu, plazmasitom, immunglobulin depo hastalıkları, POEMS sendromu (osteoklastik myelom) ve hafif zincir hastalıkları olmak üzere sınıflandırılır. Soliter plazmasitom plazma hücre neoplazilerinin % 10 unu oluşturan, malign plazma hücrelerinden oluşan lokal primer kemik tümörüdür.

Olgumuz nadir görülen vertebra lokalizasyonlu plazmasitomun akut paraplejiye yol açması açısından önem arz ediyordu.

80 yaşında erkek hasta acil servise alt ekstremitelerde ani başlayan güçsüzlük ile başvurdu. Travma tanımlamayan hastanın 20 yıl önce kostal soliter plazmasitom tanısı olmakla birlikte takiplerinde şikayeti yoktu. Komorbiditesi de bulunmuyordu. Bilinç açık, oryante, koopereydi. T6 vertebra seviyeli ASIA A spinalkord hasarı tespit edildi. Ön tanıda aort diseksiyonu düşünülmeydi. Kranyal BT normal olarak bulundu. Servikal, torasik ve lomber MR görüntülemelerde T2 sekansında T6 vertebra bölgesinde spinal korda posteriordan bası yapan intradural ekstrapedüller izointens kitle saptandı.

Kitle eksize edildi. Patoloji sonucu plazmasitoid diffüz tümöral proliferasyon olarak rapor edildi. Çekilen PET-BT de multipl lokalizasyonlu, BT karşılıkları izlenmeyen, normalden yoğun artmış FDG tutulum odakları saptandı.

Sırt ağrısı, ekstremitelerde güçsüzlük durumunda etyolojide çok uzun yıllara uzanan ve şifa bildirilen tümöral nedenler de göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Parapleji, plazmasitom, spinalkord hasarı.

ABSTRACT

Plasma cell neoplasms are classified as plasma cell myelomas, plasmacytomas, immunglobulin deposit diseases, POEMS syndrome (osteoclastic myeloma) and light chain diseases. Solitary plasmacytoma is a local primary bone tumor composed of malignant plasma cells, forming 10% of the plasma cell neoplasms. Our case was important because of rarity of vertebral localized plasmacytoma causing acute paraplegia. An 80-year-old male patient was admitted to the emergency room with sudden onset weakness in the lower extremities. The patient, who had no trauma, had no complaints on his follow-up with the diagnosis of costal solitary plasmacytoma 20 years ago. He did not have comorbidities either. Patient was conscious, oriented and cooperated. Diagnose was T6 vertebra leveled ASIA-A spinal cord injury. Aortic dissection was not considered at the diagnosis. Cranial CT was usual. In cervical, thoracic and lumbar MRI images, an intradural extramedullary isointense mass was found that posteriorly compresses spinal cord at the T6 vertebral region in the T2 sequence. The mass was removed. Pathologic result of the mass was reported as plasmacytoid diffuse tumor proliferation. In PET-CT: foci of multiple localization, intense, increased FDG involvement without computerized tomography correspondence were detected.

In cases with back pain and weakness in lower extremities tumoral structures even diagnosed long ago and accepted as recovery should be considered.

Keywords: Paraplegia, plasmacytoma, spinal cord injury.

GİRİŞ

Plazma hücre neoplazileri plazma hücre miyelomu, plazmasitom, immunglobulin depozit hastalıkları, POEMS sendromu(osteoklastik miyelom) ve hafif zincir hastalıkları olmak üzere sınıflandırılır(1). Plazmasitom kemiğin soliter plazmasitomu (iskelet sistemini etkileyen) ve ekstramedullar plazmasitom (lenfoid doku, üst solunum yolu) olmak üzere sınıflandırılır (1,2,3). Soliter plazmasitom plazma hücre neoplazilerinin % 10 unu oluşturan, malign plazma hücrelerinden oluşan lokalprimer kemik tümürüdür (4). Vertebra soliter plazmasitomu oldukça nadirdir (1).Olgumuz nadir görülmesi nedeniyle vertebra lokalizasyonlu plazmasitomun akut parapleji nedeni olması açısından önem arz ediyordu.

OLGU

Seksen yaşında erkek hasta acil servise alt ekstremitelerde ani başlayan güçsüzlük ile başvurdu. Travma tanımlanmayan hastanın 20 yıl önce kotal soliter plazmositom tanısı olmakla birlikte takiplerinde şikayeti yoktu. Komorbiditesi de bulunmuyordu. Bilinç açık oryante koopere hastanın kas gücü üst ekstremiteler 5/5 olarak, alt ekstremitelerde ise 0/5 olarak bulundu, derin tendon refleksleri alınamıyordu. Taban cildi refleksi bilateral lakayttı. Duyu muayenesinde T6-T8 dermatomu hipoestezik, T8 distalinde anestetik olarak saptandı. İstemli anal kontraksiyon yoktu. Anal duyu anestetikti. Elektrokardiyografide ST segment değişikliği olmayan hastada normal sinüs ritmi görüldü. Bilateral alt ekstremitelerde femoral, popliteal ve dorsalis pedis nabızları alınıyordu. Ön tanıda aort diseksiyonu düşünülmedi. Hemorajik inmeyi ekarte etmek amacıyla çekilen kranyal BT normal olarak bulundu. Spinalkord hasarı düşünülerek yapılan servikal, torasik ve lomber MR görüntülemelerde T2 sekans, aksial ve saggital incelemelerde T6 bölgesinde spinal korda posteriordan bası yapan intradural ekstramedüller izointens kitle saptandı(şekil 1).

Şekil1.A. T6 seviyesinde T2 ağırlıklı kesitte saggital kesitlerde,



Şekil1.B. Aksial kesitlerde 1.8x3.2 cm kitle izlenmektedir.

Omurga cerrahi ekibi tarafından acil operasyona alınan hastanın T6 seviyesindeki 1.8x3.2 cmlik kitle eksize edildi, T6-8 laminektomi yapıldı. Yoğun bakım takibi sonrasında servise alınan genel durumu stabil olan hasta nörolojik rehabilitasyon programına başladı. Postoperatif dönemde bakılan kan değerlerinde kreatinin 0.90 mg/dl, Hb 12 g/dl lökosit 15.850 /mm³ Ca 7.2 mg/dl 25 OH vitamin D3 14.73 ng/dl bulundu. Vitamin D3 ve kalsiyum replasmanı yapıldı. Takiplerinde lökositler 9000 /mm³ olarak saptandı.Periferik yayma incelemesi normal bulundu.İdrar immunelektroforez sonucunda monoklonalite izlenmedi. Eksize edilen kitlenin patoloji sonucu plazmasitoid diffüz tümöral proliferasyon olarak rapor edildi. Onkoloji bölümü ile konsülte edilerek çekilen PET-BT de sağ skapula korokoid proçes sağ humerus diafizi orta kesimi, sağ femur diafiz proksimal kesimi her iki asetabulum, sakrum sağ laterali, her iki sakroiliyak eklemdede L1-3-4 vertebralarda, sağ 7. Kosta lateralinde sol 10. Kosta lateralinde BT karşılıkları izlenmeyen normalden yoğun artmış FDG tutulum odakları saptandı. Dış merkezde radyoterapi alması uygun görüldü.

TARTIŞMA

Plazma hücre hastalıkları; Multipl Miyelom (MM) , plazmositom, plazma hücreli lösemi ve Waldenström-makroglobulinemisi gibi malign hastalıkları, hafif zincir amiloidoz (AL) , hafif zincir depo hastalıkları (HZDH) ve POEMS (polinöropati, organomegali, endokrinopati, monoklonal gammopati ve deri değişiklikleri) sendromu gibi düşük tümör yüklü hastalıkları ve MGUS (Önemi ortaya konamamış monoklonal gammopati) ve "smoldering myeloma" (Asemptomatik multipl miyelom) gibi premalign tabloları içerir(5).Plazma hücre neoplazilerinin yüzde 5 i plazmasitomdur(1). Plazmasitom kemikte görülen soliter plazmasitom ve ekstramedullar plazmasitom olmak üzere ikiye ayrılır(6).100000 de 2-3

oranından görülen nadir bir hastalıktır(2).

Tümör lokalizasyonu vertebra, kostalar, kafatası, pelvis, femur, klavikula, skapulada görülür(3). Vakamızda plazmasitom tanısı ilk olarak 20 yıl önce oldukça nadir bir bölge olan 11.kostada zuhur etmiştir. O dönemde cerrahi ile tümör eksizyonu ve o bölgeye radyoterapi ile tedavi sağlanmıştır.

Soliterplazmasitomdatorasikvertebralar,lomber ve servikalvertebralardan daha sık tutulur(3).Ciddi sırt ağrısı veya spinalkord kompresyonu ile ortaya çıkabilir(3). Hastamızın herhangi bir sırt ağrısı olmayıp, bacaklarda ani gelişen güçsüzlük nedeni ile acil servise başvurmuş ve yapılan tetkiklerle spinal kord kompresyonu sonucu gelişen parapleji olduğu anlaşılmıştır.

Soliterplazmositom tanısı klinik ve laboratuvar bulgular eşliğinde doku biyopsisi ile konur(7). Vakamızda Omurga cerrahi ekibi tarafından eksize edilen kitleden alınan biyopsi materyal sonucu plazmasitoid diffüz tümöral proliferasyon olarak raporlandı.

Soliterplazmasitomtansı ; klonal plazma hücre içeren kemik tümörünün gösterilmesi, diğer kemik bölgelerinde lezyon olmaması, kemik iliğinde %10'dan fazla miyelom hücresi bulunmaması ve miyelom ilişkili doku organ hasarının olmamasına (Ca>11.5mg/dl, kreatinin>1.73mmol/L, anemi; normositernormokromve Hb< 10 g/dl veya Hb de 2 gr/dl den fazla azalma, kemik lezyonları; litik lezyonlar, ağır osteopeni veya patolojik kırıklar) bağlı olarak konur(5,10). Hastamız, laboratuvar sonuçları ve sistemik bulgu olmaması ile kriterleri karşılamaktaydı.

MR görüntüleme spinal tümör tanısında oldukça etkilidir(5).Spinaltümörler T1 ağırlıklı kesitte izointense veya hipointense T2 ağırlıklı kesitte izo-hiperintenseolarak görülür(5).

PET hipermetabolik aktiviteli tümör görüntülenmesinde tanı için yararlıdır(5).

Soliter plazmositom Multiple Myelom (MM) ile karşılaştırıldığında daha iyi prognoza sahiptir(7), MM'a göre yaklaşık 10 yıl daha erken görülür(8). Hastalık ilerlemesini engellemek ve komplikasyonlarını önlemek amaçlı kemoterapiönerilir ancak nadiren küratiftir(7). Ağrılı kemik lezyonları, kırıklar ve spinalkord basısı varlığında radyoterapi gerekir (7). Soliter kemik plazmasitomunda sistemik KT rolü yoktur(7).

Vertebraletkilenimdiğer iskelet lokalizasyonu ile karşılaştırıldığında kötü prognostik faktördür(8).Soliter plazmositomda 10 yıllık sağ kalım %70 oranındadır(9). Çoklu tekrarlayan soliter plazmositomlar, soliter plazmositomu olan hastaların % 5 kadarında ortaya çıkabilir(9). Sunduğumuz vakada benzer şekilde yaklaşık yirmi yıl önce tek lezyon soliter plazmositom tanısı almış, RT ile kür olmuş, takiplerinde nüks saptanmamış. Yeniden ortaya çıkışı çoklu plazmasitom şeklindedir.

Tümör tespit edildiğinde kan ve idrar markerları, kemik iliği değerlendirilmesi, görüntüleme yöntemleri ile lokalizasyonun doğrulanması, biyopsi yapılması tanı ve tedavi aşamalarıaçısından önemlidir. Operasyonel tedaviden sonra plazmasitom tanısı konması durumunda radyoterapi ve kemoterapi tedavilerin planlanması için Onkoloji ve Radyasyon onkolojisi bölümleri ile konsülte edilmesi gerekir.

Sırt ağrısı, ekstremitelerde güçsüzlük durumunda

etyolojide çok uzun yıllara uzanan ve şifa bildirilen tümöral nedenler de göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Terada T. Solitary plasmacytoma of the thoracic vertebra presenting with sudden paraplegia and back pain: a pathologic case report. *Pathol Oncol Res.* 2011;17(1):167-169
2. Dong Hwan Kim, Seung Don Yoo, Sung Min Kim,1 Sung Jig Im, and Dong Whan Hong, Atypical Thoracic Solitary Plasmacytoma *Ann Rehabil Med.* 2012; 36(5):739-743
3. Samir Karmali, André Barros, Barbara Rosa, et al Solitary Bone Plasmacytoma of the Pelvis: A Rare Tumor Rare Tumors. 2016 6;8(1):6306
4. Raghavendra Venkatesh, , Vikas Tandon, Nishit Patel, H.S. Chhabra J Solitary plasmacytoma of L3 vertebral body treated by minimal access surgery: Common problem different solution. *Clin Orthop-Trauma.* 2015; 6(4):259-264.
5. Dr. Güner Hayri Özsan Miyelom dışı plazma hücre hastalıkları, *Türk Hematoloji Derneği*, 2013:3.1
6. Hussein Merza and Raj Sarkar Solitary extraosseous plasmacytoma *Clin Case Rep.* 2016 26;4(9):851-854.
7. Çiğdem Kutlu, Kudret Keskin, Rümeyza Kazancıoğlu, Fuat Şar Plazmositom: Olgu Sunumu *Med Bull Haseki* 2006; 44
8. Von der Hoeh NH1, Tschoeke SK, Gulow J, Voelker A, Siebolts U, Heyde CE. Total spondylectomy for solitary bone plasmacytoma of the lumbar spine in a young woman: a case report and review of literature. *Eur Spine J.* 2014; 23(1):35-9.
9. Popescu M, Popov V, Popescu G et al. Rom J Spinal involvement with spinal cord compression syndrome in hematological diseases. *Morphol Embryol* 2012, 53(4):1069–1072
10. Soejbjerg A, Dyve S, Baerentzen S et al. The solitary sellar plasmacytoma: a diagnostic challenge. *Endocrinol Diabetes Metab Case Rep.* 2016:160031