

Nonsekretuar Multipl Myeloma ve Omurga Ağrısı: Olgu Sunumu

Nonsecretory Multiple Myeloma and Spinal Pain: A Case Report

İlknur Albayrak¹, Adem Küçük², Sinan Bağçacı³, Sami Küçükşen³, Recep Tunç²

¹Beyşehir Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü, Konya, Türkiye

²Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Meram, Konya, Türkiye

³Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Meram, Konya, Türkiye

ÖZET

Multiple myelom (MM) plazma hücrelerinden kaynaklanan; anormal immunoglobulin (Ig) üretimi ve kemik iliği infiltrasyonu ile karakterize malign bir tümördür. Nadiren plazma hücreleri Ig sekrete etmez; bu durum non-sekretuar MM olarak adlandırılır. MM'nin en yaygın kliniği ağrıdır. Bu yazıda 36 yaşında sırt ve bel ağrısı ile başvuran ve non-sekretuar MM tanısı konulan bir olgu bildiriyoruz.

Anahtar sözcükler: Multiple myeloma, sırt ağrısı, rehabilitasyon

ABSTRACT

Multiple myeloma (MM) is a malignant tumor which originates from plasma cells; is characterized with producing abnormal amount of immunoglobulin (Ig) and infiltrating bone marrow. Rarely plasma cells don't secrete Ig and this entity is called non-secretory MM. The main presentation type of patients with MM is pain. In this paper, we are reporting a case of non-secretory MM in a 36-year-old-male presenting with low back pain and dorsalgia.

Keywords: Multiple myeloma, back pain, rehabilitation

Yazışma Adresi Corresponding Author

İlknur Albayrak

Beyşehir Devlet Hastanesi,
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü,
Konya, Türkiye

Tel: 0 332 223 71 42

E-posta: ilknurfr@gmail.com

Geliş Tarihi/ Received: 07.12.2012

Kabul Tarihi/Accepted: 02.02.2013

Sunulduğu Kongre: 13. Ulusal
Romatoloji Kongresi Konuşma ve
Bildiri Özetleri kitabında poster
sunumu olarak basılmıştır.

Giriş

Multiple myeloma (MM), plazma hücrelerinin öncelikle kemik iliğinde, nadiren de diğer organ ve sistemlerde artışı ve anormal immunoglobulin (Ig) üretimi ile karakterize bir hastalıktır. Sıklıkla 50-70 yaş arası görülür, 40 yaş altında görülmesi nadirdir (1).

Monoklonal Ig veya Ig hafif zinciri üretilmesi hastalığın temel özelliğidir. Nadiren plazma hücrelerinden Ig sekrete edilmez, bu hastalık ise nonsekretuar MM olarak adlandırılır.

Radyolojik olarak özellikle omurga ve ekstremiteler proksimalinde litik kemik lezyonlarına sıklıkla rastlanır (1). Bu litik tutulum bölgelerinde patolojik kırıklar meydana gelebilir (2). Sonuçta MM'nin en belirgin semptomu olan ağrı şikayeti oluşur. MM'de omurga tutulumu sık görüldüğünden bel ve sırt ağrısı şikayetiyle başvuran bir hastada MM de ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

Bu vaka sunumunda 36 yaşındaki erkek hastada bel ve sırt ağrısı şikayetiyle başlayan nonsekretuar MM'den bahsedilecektir.

Olgu sunumu

Daha önceden herhangi bir yakınması olmayan 36 yaşındaki erkek hasta yaklaşık 6 aydır devam eden bel ve sırt ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastadan sırt ağrısının sırtın iki tarafına yayıldığı, gece ve gündüz devam ettiği, bel ağrısının kalçaya yayıldığı, istirahatle arttığı ve sabah tutukluğunun 30 dakika sürdüğü, son 3 ayda yaklaşık 10 kg kaybettiği öğrenildi.

Fizik muayenede torakal ve lomber eklem hareketleri sonlarda kısıtlı, ağrılı, Schober testi 14,5 cm, fabere ve fadir testi (+/+), üst ve alt ekstremitte nörolojik muayenesi normaldi. Hastanın laboratuvar değerleri tablo 1’de yer almaktadır. Protein elektroforezinde ise M-spike yoktu, hipergamaglobulinemi mevcuttu. Çekilen sakroiliak bilgisayarlı tomografide (BT) iliak kemik iliğinde yaygın heterojenite ve kemikte yaygın hipodens lezyonlar vardı (Şekil 1).

Tablo 1. Hastanın laboratuvar değerleri.

	Hasta Sonuçları	Referans Aralığı
Hemoglobin	9,7 g/dl	12,1-17,2 g/dl
Lökosit	7,39 K/ul	4-10 K/ul
Trombosit	388x103 e3/ul	150-400x103 e3/ul
Kreatin	1,2 mg/dl	0,7-1,3 mg/dl
C-reaktif protein	13 mg/l	≤ 10 mg/l
Sedimentasyon	17 mm/sa	5-20 mm/sa
ANA	Negatif	Negatif-Pozitif
RF	8 IU/ml	0-20 IU/ml
IgG	9,2 g/l	7,51-15-6 g/l
Bence-Jones proteini	Negatif	Negatif-Pozitif

Göğüs ve sırt ağrısı olması nedeniyle çekilen yüksek rezolüsyonlu torakal BT’de sağ midaksiller hat düzeyinde 5. kostada ekspansiyon ve destruksiyona yol açan 30x14 mm büyüklüğünde kitle lezyonu tespit edildi. Kontrastlı abdomen BT’de organ patolojisi saptanmadı. Renal ultrasonografi normaldi.

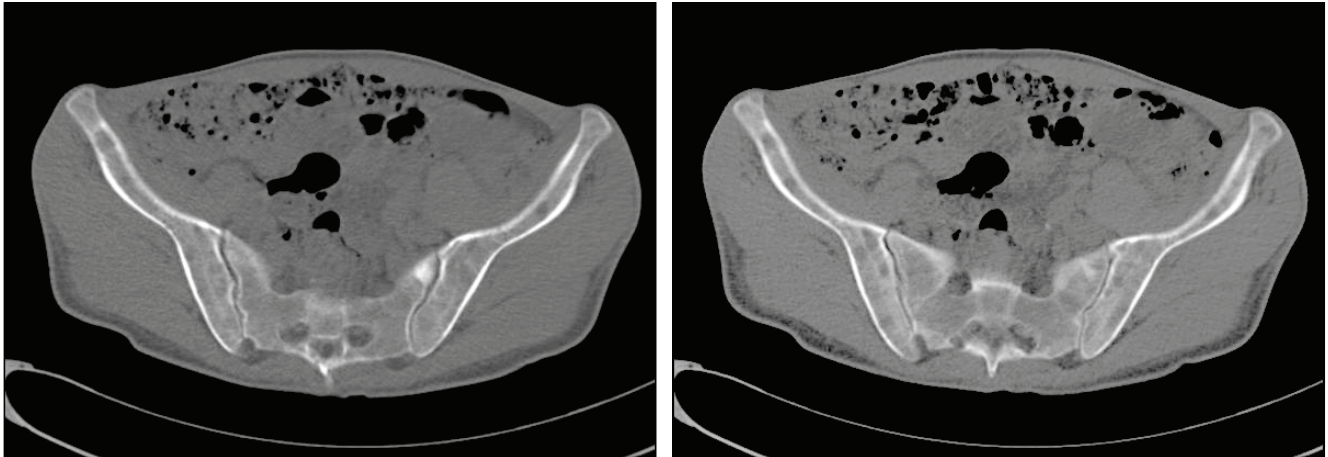
Tc-99 m ile yapılan kemik sintigrafisinde geç alınan statik görüntülerde manibrium-korpus sterni eklem bölgesinde, sağ 1. ve 2. kosta ön yüzünde, sağ 4. kosta arka yüzünde, sol 10-11. kosta yan yüzünde, T9 vertebra korpusunda, T5 ve L1 vertebra spinöz proseslerinde artmış radyoaktivite tutulumu izlendi. Yaygın metastaz ile uyumlu bir görünüm vardı (Şekil 2).

Anemi ve kilo kaybı nedenine yönelik olarak yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisi kronik gastrit ile uyumluydu. 5. kostada ekspansiyona neden olan kitleye perkutan Trucat biyopsi yapıldı. Lezyon plazmositom olarak değerlendirildi. Bunun üzerine iliak kanattan yapılan kemik iliği biyopsisinde plazmositoid görümlü atipik hücre örnekleri tespit edildi. Yapılan immunhistokimyasal boyamada lambda pozitif, kappa negatifti.

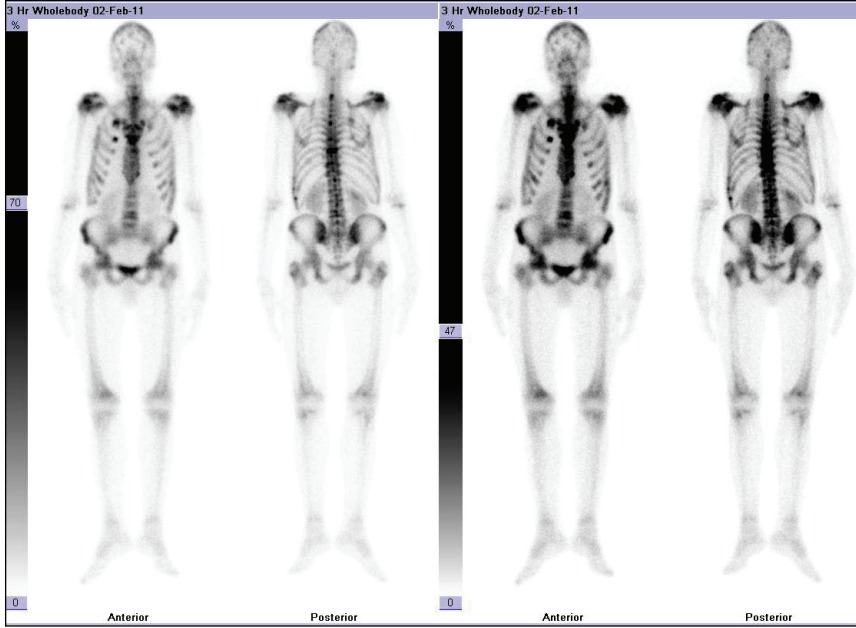
Hastaya tüm bu bulgularla nonsekretuar MM tanısı kondu. Muhtemel patolojik kırıkları önlemek amacıyla çelik balenli dorsolomber korse verildi, ileri tedavi için hematoloji ve radyasyon onkolojisi bölümlerine sevk edildi.

Tartışma

MM tutulum bölgesinden dolayı bel ve sırt ağrısının sık görüldüğü bir hastalıktır. Bu olgu sunumunda bel, sırt ağrısıyla başvuran, ağrı karakteri mekanik olan ancak yapılan tetkikler sonucu nonsekretuar MM tanısı konan bir hasta konu edilerek, bel ve sırt ağrısı şikayetiyle gelen bir hasta da doğru ve erken teşhisin önemi vurgulanmaya çalışıldı.



Şekil 1. Sakroiliak BT’de iliak kemik iliğinde yaygın heterojenite ve kemikte yaygın hipodens lezyonlar.



Şekil 2. Tc-99 m ile yapılan kemik sintigrafisinde manibrium-korpus sterni eklem bölgesinde, sağ 1. ve 2. kosta ön yüzünde, sağ 4. kosta arka yüzünde, sol 10-11. kosta yan yüzünde, T9 vertebra korpusunda, T5 ve L1 vertebra spinöz proseslerinde artmış radyoaktivite tutulumu.

MM biyopsi yapılmış tüm kemik tümörlerinin %27'sini, tüm malignitelerin ise yaklaşık %1'ini oluşturur (3). Hastalığın en belirgin semptomu ağrıdır. MM' de en sık tutulum yerleri olan bel, sırt, uzun kemikler, kafatası ve pelviste ağrı hissedilir. Ağrının en sık nedeni osteoporoz ve litik kemik lezyonlarına bağlı kompresyon kırıklarıdır. Plazma hücresi birikimlerinin etrafında bulunan IL-1-b, TNF-b ve/veya IL-6 aracılığı ile osteoklast aktivatör faktör (OAF) salınımı artar, sonuçta kemik yıkımı artarken, osteoblastik aktivite baskılanır (4). Hastalık ilerledikçe sıklıkla alt torakal ve üst lomber vertebralarda olmak üzere yaygın osteoporoz ortaya çıkar. Kemik yapıdaki zayıflama sonucu hafif bir travma veya zorlanma sonrası ani başlayan, şiddetli ağrıyla seyreden patolojik kırıklar oluşur. Ağrı önce aralıklı iken hastalık ilerledikçe sürekli hale gelir, hareketle artarken, yatak istirahati ile azalır (1). MM' de ağrının başka bir sebebi ise tümörün spinal kord veya köklere yaptığı basıdır (5). Bizim olgumuzun da başlangıç şikayeti bel ve sırt ağrısıydı. Hastamızın görüntüleme yöntemlerinde MM ile uyumlu olarak torakal ve lomber bölgede, pelviste, kostalarda litik lezyonlar saptandı, ancak patolojik kırık tespit edilmedi.

Kilo kaybı, anemi, trombositoz, yüksek eritrosit sedimentasyon hızı MM' de sık görülen diğer bulgulardır. Neoplastik myelom hücrelerinin kemik iliği hücrelerinin yerini alması normokrom normositer anemiye yol açar (1). Bizim hastamızda belirgin kilo kaybıyla birlikte anemi mevcuttu.

MM' de sıklıkla monoklonal Ig sentezi olur. Hastaların %60' ında IgG, %20' sinde IgA ve %20' sinde Ig hafif zincirleri tespit edilmiştir (1). İdrarda Ig hafif zinciri olan

Bence-Jones proteinürisi olabilir, görülme sıklığı %40' ıdır (6). MM' nin yaklaşık %1-5' ini oluşturan nadir bir formu nonsekretuar MM' dir. Nonsekretuar MM' de serum ve idrarda tanıyı güçleştirecek şekilde monoklonal gamapati tespit edilmez. MM ve nonsekretuar MM' nin klinik ve radyolojik bulguları aynıdır. (7). Bizim olgumuzda protein elektroforezinde M-spike yoktu. Serum ve idrarda Ig ve Ig hafif zincir düzeyleri normaldi. Ancak görüntüleme yöntemleri ve patolojik değerlendirme sonucunda hastaya nonsekretuar MM tanısı kondu.

MM' nin iskelet komplikasyonlarının güncel tedavi seçenekleri arasında analjezikler bifosfonatlar, radyoterapi, kemoterapi ve cerrahi vardır. Bu tedavi yöntemleri palyatiftir, hastalığın küratif tedavisi yoktur. Teşhis sonrası yaşam süresi vakaların %50' sinde yaklaşık 2 yıldır (8). Tanı sonrasında mobilitenin sağlanması, kemik kalitesinin korunması ve analjezi oluşturulması yönünde fizik tedavi ve rehabilitasyon yöntemleri uygulanmalıdır.

MM hastalarında fizyatrast olarak bize düşen erken tanıyı sağlamaktır. Çünkü MM' nin en sık semptomu fiziksel tıp ve rehabilitasyon polikliniklerine en sık başvuru sebebi olan bel ve sırt ağrısıdır. Ancak mekanik ağrıyla başvuran hastada ilk olarak selim spinal patolojilerin akla gelmesi nedeniyle, çoğunlukla MM gibi erken tanısı çok önemli olan hastalıkların teşhisi gecikmektedir. Bizim olgumuzla da bu durum bir kez daha vurgulanmıştır.

MM, iskelet sistemi ağrılarında, anemi, kilo kaybı gibi bulgular da eşlik ediyorsa ilk anda tipik bulgular tespit edilemese bile ayırıcı tanıda göz ardı edilmemesi gereken önemli bir patolojidir.

Kaynaklar

1. Yochum TR, Rowe LJ. Tumors and Tumorlike Processes; Essentials of Skeletal Radiology. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996: 1004-13
2. Ludwig H, Kupman W, Sinzinger H. Radiography and bone scintigraphy in multiple myeloma: a comparative analysis. Br J Radiol 1982; 55(651): 173-181
3. Carnesale PG. Malignant Bone Tumors; Campbell's Operative Orthopaedics. St.Louis: Mosby-Year Book Inc, 1998: 726-727
4. Bataille R, Manolagas SC, Berenson JR. Pathogenesis and management of bone lesions in multiple myeloma. Hematol Oncol Clin North Am 1997; 11: 349-361
5. Barlogie B, Shaughnessy J. Plasma Cell Myeloma. In: Williams Hematology Sixth Edition. Newyork: Mc Graw-Hill Company, 2001: 1279-1287
6. Kyle RA. Multiple myeloma: Review of 869 cases. Mayo Clin Proc 1975; 50(1): 29-40
7. Abdalla IA, Tabbara IA. Nonsecretory multiple myeloma. South Med J 2002; 95(7): 761-764
8. Bursens A, Dequeker J. Regional and heritable bone and collagen diseases. In Klippel JH, Dieppe PA eds. Rheumatology. London: Mosby, 2nd edition 1998: 8.49.1-8.49.14