

Olgu Sunumu

Omuz Ağrısı ile Gelen Multipl Myelom Olgusu

Patient with Multiple Myeloma Presenting as Shoulder Pain

Dr. Pınar AKPINAR ¹, Dr. Afitap İÇAĞASIOĞLU ², Dr. Feyza Ünlü ÖZKAN ¹, Dr. İlknur AKTAŞ ¹1. Sağlık Bilimleri Ünv. Fatih Sultan Mehmet Eğt. ve Arş. Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul
2. Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göztepe Eğt. ve Arş. Hast. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

ÖZET

Multipl myelom (MM) kemiğin en sık görülen malign tümörüdür. Lokalize ya da yaygın iskelet sistemi ağrılarının eşlik ettiği kemik tutulumları karakteristiktir. Kemik lezyonları hastaların %93'ünde multipl, %3'ünde ise tek lezyon olarak saptanır. Kliniğimize omuz ağrısı ile başvuran ve patolojik fraktür saptanan bir MM olgusunu sizlere sunmayı amaçladık. Olgumuz omuz ağrısı nedeni ile tedavi edilmiş olup şiddetli ağrı nedeni ile çekilen humerus grafisinde patolojik fraktür saptanmıştır. Multipl myelom, iskelet sistemi ağrılarında, ilk anda tipik bulgular olmasa bile ayırıcı tanıda göz ardı edilmemesi gereken önemli bir patolojidir.

Anahtar Kelimeler: multipl myelom; patolojik fraktür; omuz ağrısı

ABSTRACT

Multiple myeloma (MM) is the most common malignant bone tumour. It is characterised by the bone involvement accompanied by local or general skeletal system pain. Bone lesions are observed in patients at the rate of 93% as multiple and 3% as solitary. We aim to present a case with MM who has applied to our clinic with shoulder pain, and has been diagnosed with pathological fracture. The patient has received treatment for shoulder pain and pathological fracture has been diagnosed via humerus radiography taken due to severe pain. Even though multiple myeloma may not indicate typical signs in the beginning, it is an important pathology that should never be ignored during definitive diagnosis.

Keywords: multiple myeloma; pathologic fracture; shoulder pain

GİRİŞ

Multipl myelom (MM), plazma hücrelerinin anormal miktarda immunoglobulin sentezlemesi ile karakterize, serum ve idrarda monoklonal immünoglobulin veya hafif zincirlerin saptandığı progresif ve fatal bir paraproteinemidir. Tüm malign hastalıkların yaklaşık %1'ini, hematolojik malignitelerin %10'dan fazlasını oluşturur (1). Genellikle 60-70 yaşlarında görülür ve kafatası, vertebra, kalvikula, pelvis gibi yassı kemikleri tutar. MM klinik belirtisi ve bulgu insidansları Tablo 1'de gösterilmiştir (2). MM'de kemik tutulumu mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerinden biridir, osteolitik kemik yıkımı ile karakterizedir, reaktif kemik oluşumu eşlik etmez, böylece yaygın litik lezyonlar ortaya çıkar. Osteolitik kemik lezyonları kemik ağrısı, hiperkalsemi, patolojik fraktüre neden olur.

Kliniğimize omuz ağrısı ile başvuran ve patolojik fraktür saptanan bir MM olgusunu sizlerle paylaşmayı amaçladık.

Tablo 1: Multipl myelom klinik belirtisi ve bulgu insidansları.

Klinik Belirti ve Bulgular	%
Anemi	73
Kemik ağrısı (şiddetli ve hareketle artan)	58
Kreatinin artışı	48
Halsizlik, genel güçsüzlük	32
Hiperkalsemi	28
Patolojik kırık	26-34
Kilo kaybı	24
Parestezi	5
Hepatomegali	4
Lenfadenopati	1
Ateş	0.7

İletişim Bilgileri

Sorumlu Yazar: Pınar AKPINAR

Adres: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğt. ve Arş. Hast. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ataşehir, İstanbul

E-posta: pınar.pınarakpınar@gmail.com

Tel: +90 (505) 787 74 42

Makale Geliş: 18.04.2016

Makale Kabul: 10.10.2016

OLGU

Yetmiş sekiz yaşında kadın hasta sağ omuz ve kolda 2.5 ay önce başlayan ağrı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın ağrısı nonsteroid antiinflatuar ve analjezik tedaviyle kısmen azalmakta, hareketle aşırı artmakta, günlük faaliyetlerini engellemekte idi. Travma hikayesi olmayan hastaya 1 ay öncesinde bölümümüz dışında subakromial sıkışma sendromu tanısı konularak subakromial enjeksiyon yapılmış ve sonrasında kolda şişlik meydana gelmiş.

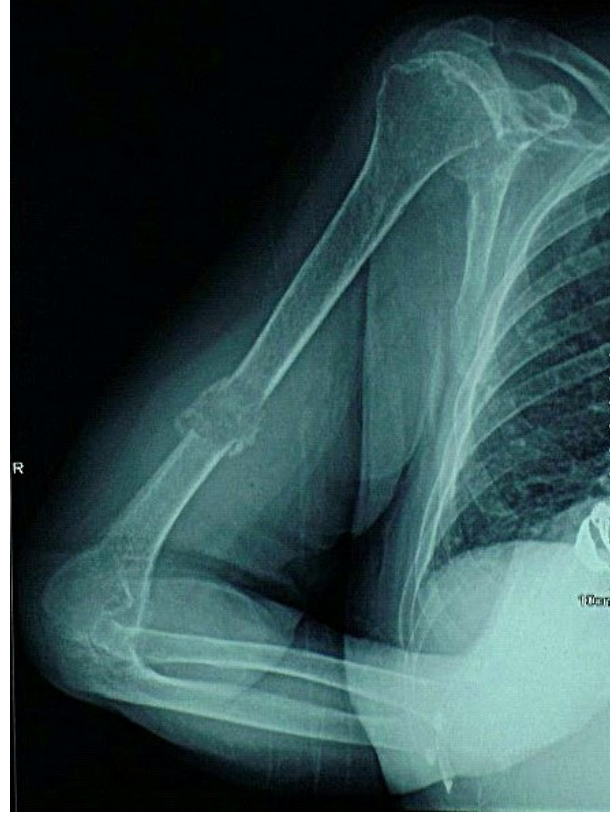
Özgeçmişinde, 18 yıldır hipertansiyon ve koroner arter hastalığı, 2003'de geçirilmiş bypass operasyonu, 1986'da şüpheli meme kanseri nedeni ile sağ mastektomi hikayesi mevcuttu. Fizik muayenede, hastanın bilinci açık, koopere, kaşektik ve konjunktivalar soluktu. Tansiyon arteryel: 110/60 mmHg, nabız: 82 atım/dk, ateş: 36.2 °C idi. Sağ omuzda deltoid, supraspinatus, rhomboid kaslarında atrofi, biceps kası 1/3 alt kısmında ağrıdan dolayı palpasyona izin vermeyen şişlik (Şekil 1) mevcuttu.

Kol hareketleri çok ağrılı olduğundan muayene yapılamamaktaydı. Laboratuvar incelemelerinde WBC: 6.1 mm³, Hgb:11.0 g/dl, Hct:29.8, Plt:290.000 mm³, Üre: 94, Kreatinin: 1.6 mg/dl, Albumin: 3.9 g/dl, Protein: 7.1 g/dl, Ca: 11mg/dl, Sedimentasyon: 93 mm/saat, İdrar kültürü: E. coli üremesi mevcuttu.



Şekil 1: Sağ kolda şişlik.

Hastaya, ağrı kontrolü için sağ omuza buz ve TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) uygulanarak, Tramadol HCL 50 mg kap 4x1 verildi. Hastanın kliniğimize başvurmadan 1 ay öncesinde dış merkezde çekilen sağ omuz manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'de sağ omuz eklemini oluşturan kemiklerde dejeneratif değişiklikler, kaput humeride milimetrik subkondral kist, akromioklaviküler eklemdede dejeneratif değişiklikler, supraspinatus parsiyel rüptür, infraspinatus tendonunda sinyal intensite artışı izlenmektedir. Ağrı nedeni ile muayene edilemeyen sağ üst ekstremiteden humerus direkt grafisi istendi ve humerus proksimal diafizde patolojik kırık (Şekil 2) tespit edildi.



Şekil 2: Sağ humerus patolojik kırık.

Şüpheli meme kanseri nedeni ile sağ mastektomi hikâyesi olan hastanın sintigrafisinde; vertebralarda, kostada ve tibiadaki aktivite artışları travmaya sekonder değişiklikler lehine yorumlanarak, sağ humerus proximal diafizinde belirgin derecede aktivite artışı öncelikli olarak inflamatuvar değişiklikler düşündürmekle birlikte metastaz ekarte edilemedi. Kontrastlı toraks, kranial, alt ve üst batın BT'leri yapıldı. BT sonuçları normal gelen hastaya ortopedi kliniği tarafından sağ humerus intramedüller çivileme yapılarak biyopsi alındı. Yapılan protein elektroforezde monoklonal gama piki saptandı. Hastanın biyopsi sonucu plazma hücreli myelom gelerek MM tanısı laboratuvar tetkikleri ile doğrulandı. Hastanın sağ koluna 3 kür radyoterapi ve 1 kür Dekametazon 40 mg/4gün uygulandı.

Sağ kol ağrısı ağırlıklı olarak, yaygın vücut ağrıları da olan hastaya algoloji bölümü tarafından M-eslon 3x10 mg, Tramadol HCL 4x50 mg tb önerildi. Hasta, Durie&Salmon evreleme sisteminde evre 3B'de yer almaktaydı ve survive tek başına en önemli belirteç olan serum β 2-mikroglobulin değeri: 9393 g/l idi. Hastanın takibinde kan kültürlerinde ESBL (+) Klebsiella pneumoniae, idrar kültüründe ESBL (+) Klebsiella pneumoniae ve E. coli üremeleri oldu. Hasta aspirasyon pnömonisi nedeniyle 4. ay içinde kaybedildi.

TARTIŞMA

Multipl myelom, kemik iliğini infiltre eden ve anormal miktarda immunoglobülin sentezleyen plazma hücrelerinden kaynaklanan, malign bir tümördür. Kemikğin en sık görülen malign tümörüdür ve tüm kemik tümörlerinin %27'sini oluşturur. MM artmış total protein konsantrasyonu ve/veya idrar, serumda monoklonal protein saptanması, semptomatik veya tesadüfen saptanmış hiperkalsemi, akut böbrek yetmezliği veya amiloidoza bağlı nefrotik sendrom, açıklanamayan anemi ve sedimentasyon yüksekliği gibi durumlarla karşımıza çıkabileceği gibi litik kemik lezyonlarına bağlı kemik ağrısı ile de karşımıza çıkar (3). Kemik ağrısı MM'da en sık rastlanan semptomlardandır ve hastaların %58'ünde görülür. Ağrı çoğunlukla sırt ve kaburgaları içerir ve hareketle artış gösterir. Gece şiddetlenen metastatik karsinom ağrısından farklıdır. Myelomlu hastada devamlı lokalize ağrı ise patolojik kırığa işaret eder. Bizim olgumuzda sağ kolda muayeneye izin veremeyen ağrı nedeni ile çekilen direkt grafide patolojik kırık saptanmıştır. MM'da patolojik kırık insidansı %26-34 arasındadır (2). MM, iskelet sistemi ağrılarında, ilk anda tipik bulgular tespit edilemese bile ayırıcı tanıda göz ardı edilmemesi gereken önemli bir patolojidir. Radyolojik olarak özellikle omurga ve ekstremitelerin proksimalinde olmak üzere litik kemik lezyonları görülür. Bu litik tutulum bölgelerinde bizim olgumuzda olduğu gibi patolojik kırıklar oluşabilir ve kemik sintigrafisinde artmış aktivite alanları olarak tespit edilirler.

Multipl myelom tanısında direkt grafiler, halen destrüktif kemik lezyonlarını tespit etmede birincil tanı yöntemidir. Yaklaşık %50 olguda kemik destrüksiyonlarının radyografik değişikliklerden önce olduğu tahmin edilmektedir (4). MM'de en sık tutulan kemikler vertebra başta olmak üzere, kalvarium, pelvis, kaburga, skapula, humerus ve femurdur. Kemik lezyonları hastaların %93'ünde multipl, tek lezyon ise %3'ünde saptanır. Olguların %60'ında osteopeni görülür. Kemik destrüksiyonu vertebral

kolon, kafatası, kostalar, pelvis ve uzun kemiklerde veya herhangi bir kemikte olabilmektedir (5). Bizim olgumuzda da tek humerus alt uçta lezyona bağlı patolojik fraktür saptanmıştır. Osteoklastik aktivitenin artması sonucunda kemik yıkımının artması ve osteoblastik aktivitenin azalması sonucunda yeni kemik yapımının azalması ile miyelom kemik hastalığı ortaya çıkar. Miyelom kemik hastalığında, otonomi kazanmış plazma hücreleri ile kemik iliği mikro çevresi etkileşmesi sonucu çeşitli sitokinler salınır. Bu sitokinler de osteoklastik aktivite artışına ve osteoblastik aktivite azalmasına sebep olur. Miyeloma bağlı kemik yıkımında nükleer faktör kappa B (RANK), onun ligandı (RANKL), osteoprotegerin (OPG) ve makrofaj inflamatuvar protein-1 alfa'nın osteoklast aktivasyonunda rollerinin olduğu çalışmalarca gösterilmiştir (6, 7). Multipl myelom'da kemik hastalığı sonucunda yaşam kalitesinde bozulma, vertebralarda kompresyon fraktürleri, kifoz, patolojik kırık, sinirlere bası, hiperkalsemi meydana gelir ve ağrı kontrolü, radyoterapi gereksinimi, cerrahi müdahale gerekir. Bizim olgumuzda ağrı kontrolü yapılmış fakat hasta aspirasyon pnömonisi nedeniyle 4. ay içinde kaybedilmiştir.

Hastalık ileri evrelere ulaşmadan genellikle spesifik semptom vermediğinden hastalık teşhis edildiğinde progresyonu önlemek zordur. Bu yüzden klinik pratiğimizde MM'u ayırıcı tanıda göz ardı etmemeliyiz.

KAYNAKLAR

1. McKenna RW, Kyle RA, Kuehl WM, Gragan TM, Harris NL, Coupland RW. Plasma cell neoplasms. In: Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, Jaffe ES, Pileri SA, Stein H, Theile J, Vardiman JW, editors. World Health Organisation Classification of Tumors of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. 4th ed. Lyon: IARC Press; 2008. p. 200-213.
2. Huang H, Bazerbachi F, Mesa H, Gupta P. Asymptomatic Multiple Myeloma Presenting as a Nodular Hepatic Lesion: A Case Report and Review of the Literature. The Ochsner Journal 2015;15:457-67.
3. Kyle RA, Gertz MA, Witzig TE, Lust JA, Lacy MQ, Dispenzieri A et al. Review of 1027 patients with newly diagnosed multiple myeloma. Mayo Clin Proc 2003;78:21-33.
4. Anghuaco EJ, Fassas AB, Walker R, Sethi R, Barlogie B. Multiple myeloma: clinical review and diagnostic imaging. Radiology 2004; 231:11-23.
5. Delforge M. Treatment of disease complications and unusual forms of myeloma. In: Chomienne C, editor. 15th Congress of the European Hematology Association Education Book; 2010 June 10-13; Barcelona, Spain. 2010;4:157-62.
6. Terpos E, Dimopoulos MA. Myeloma bone disease: pathophysiology and management. Ann Oncol 2005;16:1223-31.
7. Sezer O. Myeloma bone disease: Recent advances in biology, diagnosis and treatment. The Oncologist 2009;14:276-83.