Ulusal Cer Derg 2014; 30: 231-233
DOI: 10.5152/UCD.2013.45

Kolonda nadir görülen ekstramedüller plazmasitom olgusu

Extramedullary plasmacytoma of colon: a case report

İsmail Zihni[1], Rafet Dinç[1], Selin Canpolat[2], Fevzi Cengiz[1], Adam Uslu[1]

ÖZET

Kolonda nonobstrüktif kitle nedenleri arasında çok nadir görülen, sıklıkla akla gelmeyen nedenlerden biri de ekstramedüller plazmasitomlardır. Plazmasitomlar plazma hücrelerinin anormal proliferasyonu sonucunda oluşurlar. Sistemik tutulum varlığında multipl miyelom olarak adlandırılırlar. Nadir olarak ise (%4) ekstramedüller alanlarda görülürler, sıklıkla üst solunum yolunu tutarlar. Ekstramedüller plazmasitomlar nadir olarak gastrointestinal sistemi tutarlar. Bu olguda gastrointestinal kitleye neden olan nadir görülen ekstramedüller plazmasitomların nadir tutulum şekli olan inen kolonda plazmasitom olgusu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ekstramedüller plazmasitom, multipl miyelom, kolon kanserleri

ABSTRACT

A rare and elusive cause of nonobstructive mass in colon is extramedullary plasmacytoma. Plasmacytoma is a neoplastic proliferation of plasma cells; when systemic involvement occurs, the disease is named multiple myeloma. Extramedullary plasmacytomas comprise 4% of all plasma cell tumours and occur mainly in the upper respiratory tract; gastrointestinal system involvement is rare. In this case we describe a rare cause of gastrointestinal system mass: extramedullary plasmacytoma involving the left colon.

Key Words: Extramedullary plasmacytoma, multiple myeloma, colon neoplasms

GİRİŞ

Multipl miyelom (MM) kemik iliğinde klonal artış gösteren malign plazma hücreleridir. Serum ve/veya idrarda monoklonal gamopati ve yaygın osteolitik kemik lezyonları ile karakterize özellikle erişkin dönemde görülen hematolojik malign bir tümördür. Tüm hematolojik maligniteler içinde görülme oranı %10'dur (1). Multipl miyelom genellikle kemik iliğini tutar ancak farklı bölgeleri de tutabilir.

Plazma hücreleri, doku (üst solunum ve gastrointestinal sistem mukozası) ve lenforetiküler sistem organlarında (kemik iliği, lenf bezi, karaciğer) bulunmakta ve bunlardan plazma hücreli neoplaziler (plazmasitom) adı altında maligniteler gelişmektedir (2). Plazmasitomlar mikroskopik tutulum veya organ deformitesine ve disfonksiyonuna neden olabilir (1). Hastalık üç farklı klinik şeklinde görülmektedir, a) sistemik hastalık varlığında MM, b) ekstramedüller yerleşmiş tümör ile birlikte sistemik belirti yoksa ekstramedüller plazmasitom (EMP), c) medüller bölgelerde lokalize yerleşmiş tümör ile birlikte sistemik belirti yoksa soliter plazmasitom olarak adlandırılmaktadır (3).

Bu olgu sunumumuzun amacı karın içi ekstramedüller multipl miyelomun farklı desenlerinden biri olan ve nadir görülen primer kolon kaynaklı ekstramedüller plazmasitomu irdelemek, klinik seyri ve tedavisine değinmektir.

OLGU SUNUMU

Elli dört yaşında erkek hasta karın ağrısı, halsizlik nedeni ile hastanemiz acil servisine başvurmuştur. Olgunun hikayesinde ağrının 4 aydır olduğu ve karın sol yan tarafına yayılım gösterdiği, barsak alışkanlıklarında değişiklik olmadığı, rektal kanamasının olmadığı ve hastaneye başvurusu öncesinde bilindik bir sağlık problemi olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde barsak sesleri normoaktif, palpasyonla; karında defans-rebound saptanmadı, sol alt kadranda yaklaşık 10x5 cm boyutlarında düzgün sınırlı kitle palpe edildi, rektal tuşede normal gaita bulaşı saptandı, diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar değerlerinde hemoglobin 9 g/dL, hemotokrit %29,9, trombosit 440000/mm^3, kalsiyum 13,9 mg/dL, fosfor 2,5 mg/dL idi. Çekilen ayakta direk karın grafisinde hava-sıvı seviyesi saptanmadı; karın ultrasonunda karın içinde sol lomber bölgede sol böbrek alt polüne yakın 11x6x4,5 cm boyutlarında, lobule konturlu, içerisinde gaza ait lineer ekojenitelerin izlendiği heterojen kitle tespit edildi. Karın tomografisinde bu kitle splenik fleksura distalinde 13-14 cm uzunlukta bir segmentte çevre yağ dokusunu infiltre eden anüler tarzda duvar kalınlaşmasına yol açan malign kitle olarak değerlendirilmiştir (Şekil 1, 2). Çekilen

[1]İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir, Türkiye

[2]İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

Yazışma Adresi
Address for Correspondence
İsmail Zihni

İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir, Türkiye
Tel.: +90 505 642 24 46
e-posta: ismailzihni@yahoo.com

Geliş Tarihi / *Received*: 17.12.2012
Kabul Tarihi / *Accepted*: 08.03.2013
Çevrimiçi Yayın Tarihi / *Online Available Date*: 30.08.2013

©Telif Hakkı 2014 Türk Cerrahi Derneği

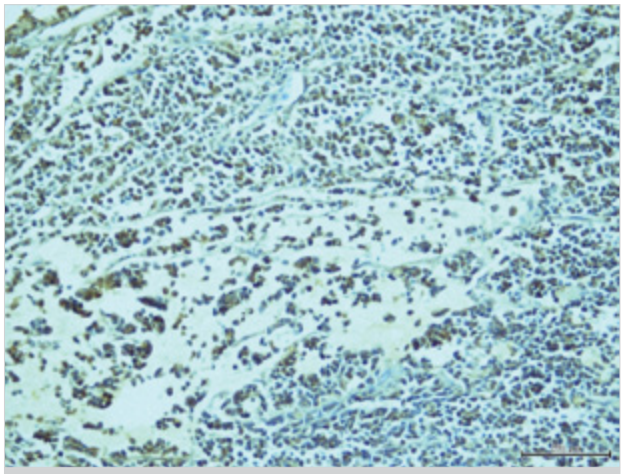
Makale metnine www.ulusalcerrahidergisi.org web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2014 by Turkish Surgical Association

Available online at www.ulusalcerrahidergisi.org

Şekil 1. Bilgisayarlı tomografi; böbrek seviyesinde sol kolonda çevre yağ dokusunu infiltre eden anüler tarzda duvar kalınlaşmasına neden olan kitle lezyonunu gösteren karın bilgisayarlı tomografisi

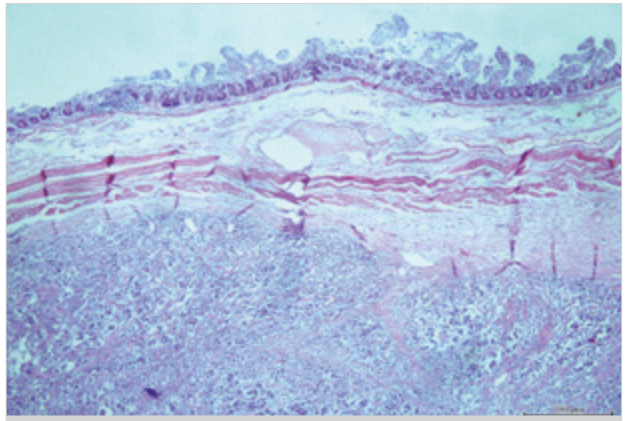
Şekil 2. Bilgisayarlı tomografi; Sol kolonda çevre yağ dokusunu infiltre eden anüler tarzda duvar kalınlaşmasına neden olan, kemik invazyonu ve obstrüksiyona neden olmayan kitle lezyonunu gösteren karın bilgisayarlı tomografisi



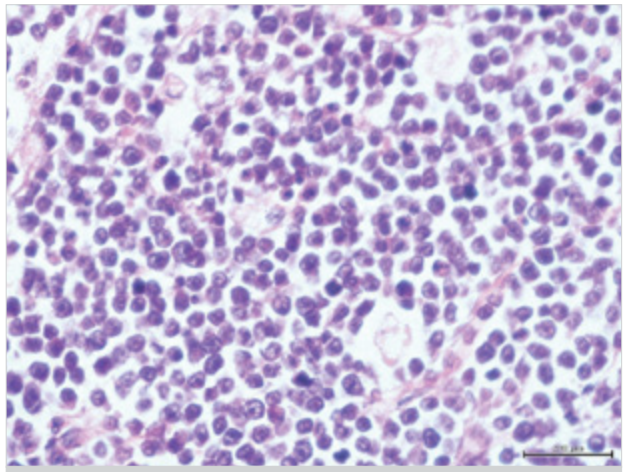
Şekil 3. Mikroskopik inceleme (40x200): CD138 (+)) neoplastik plazma hücreleri

toraks ve tüm karın tomografisinde kemik yapılar normal olarak değerlendirildi.

Acil patoloji saptanmayarak poliklinik takibine alınan hastanın yapılan kolonoskopisinde inen kolon distalinde yaklaşık 6-7 cm'lik bir segmenti anüler tarzda saran inflame ülsere polipoid kitle tespit edilmiştir. Kitleden alınan biyopsinin immünohistokimyasal (İHK) incelemesinde sitokeratin (zayıf, fokal +), EMA(-), CD3(-), CK7(-), CK20(-), LCA(-), CD20 (-), CD99(-), sinoptafizin(-), kromogranin(-) tespit edilmiş ve inceleme sonucu "indiferansiye malign" tümör olarak rapor edilmiştir. Metastaz taramalarında patoloji saptanmayan hastanın tümör belirteçlerinden karsinoembriyonik antijen ve CA-19-9 normal idi. Ameliyat kararı verilen hastaya ameliyat tekniği hakkında bilgi verilmiş ve yazılı bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.



Şekil 4. Mikroskopik inceleme (H+E, 40x100): İnce barsak mukozasında muskularis propria altında serozal yüzde neoplastik alan



Şekil 5. Mikroskopik inceleme (H+E, 40x600): H, Neoplastik plazma hücrelerinin bazılarında hiperkromatik nüveli yer yer piknotik neoplastik alanlar

Elektif ameliyata alınan hastanın eksplorasyonunda karın sol alt kadranda karın duvarına invaze olmuş, Treitz ligamanından itibaren yaklaşık 60 cm de ve ileoçekal valve 100 cm proksimalde ince barsakları içine alan, inen kolonu tutmuş, omentum majusta kitle yapmış, yaklaşık 20x20 cm boyutlarında tümöral kitle tespit edildi. Sol Told fasyası açıldığında kitlenin psoas kasını penetre ettiği ve retroperitoneal alanı doldurduğu saptandı. R0 rezeksiyon sonrası ince barsak ve inen kolon barsak anastomozları yapıldı. Ameliyat sonrası anastomoz kaçağı gelişen hasta sepsis nedeni ile postop 35. günde kaybedildi.

Çıkarılan parçanın patolojik incelemesinde kitlenin submukozal yerleşimli plazma hücreli miyelom olduğu, boyutlarının 19x14,5x9 cm, 55 lenf düğümünden 4'ünde tutulum izlendiği ve cerrahi sınırların salim olduğu bildirilmiştir. İHK incelemede

CD38(+), CD138 (+), CD3(-), lambda(+), kappa(+), NSE fokal(+), Ki67 %2(+), CD99(-), CyclinD1(-), CK20(-), CD20(-), LCA(-), CD5(-), kromogranin (-) olarak bildirilmiştir (Şekil 3-5).

TARTIŞMA

Lenfositlerin tümör gelişimi için bazı organ veya dokuları nasıl seçtikleri net değildir, ancak olgumuzda olduğu gibi nadir lokalizasyonlar da dahil herhangi bir yerde izlenebilir. Ekstramedüller plazmasitomlar plazma hücre hastalıklarının sadece %3-5'inde izlenir (4). Sıklıkla nazofarenks veya üst solunum yollarını tutar, kolonik plazmasitomlar miyelomların çok nadiren izlenen lokalizasyonudur; literatürde 25 olgudan az yayın mevcuttur (5, 6). Ancak bu vakalardan sadece 7'sinde yeterli klinik ve histopatolojik bulgu ve diğer ayrıntılar mevcuttur (7). Plazma hücreli neoplazilerin sebebi tam olarak bilinmemektedir ancak erkeklerde biraz daha sık ve 4-7. dekatlarda izlenmektedir (4). Nadir görülen bu olguların spesifik bir bulgusu yoktur, olgumuzda izlenen karın ağrısı en sık görülen nonspesifik bulgu olup literatürde ishal, barsak alışkanlığında değişiklik, rektal kanama, kalın barsak obstrüksiyonu ve intususepsiyon şeklinde de izlenmiştir (5, 6, 8). Ancak adenokarsinomlardan daha hızlı ilerleyen bir klinik seyirleri mevcuttur (4).

Olgumuzun karın tomografisinde subobstrüktif izlenen kitlenin radyolojik olarak görüntülenmesi nadirdir ve sıklıkla tıkayıcı polipoid lezyonlar olarak görüldüğü ancak değişik hastalıklar ile tanılarının karışabileceği tariflenmiştir (4). Ameliyat öncesi endoskopik biyopsisi yapılan olgumuzun histolojik tanısı submukozal monokolonal plazma hücrelerinin tipik lokalize toplanmaları görülmediğinden indiferansiye karsinom olarak raporlanmıştır. Radyolojik ve endoskopik olarak ameliyat öncesi ve ölüm nedeni ile ameliyat sonrası plasmasitomanın bir sonraki adım olan sistemik tarama (serum protein elektroforezi, idrar immünoelektroforez, immünfiksasyon, kemik taraması, kemik iliği biyopsisi-aspirasyonu) yapılamamıştır. Ekstramedüller plazmasitomun MM'un öncesinde, beraberinde, takibinde veya tek sporadik lezyon olarak gelişebileceğini düşünürsek olgumuzda mevcut olan hiperkalsemi ve patolojik incelemesindeki 4 metastatik lenf nodülü hastalığın takibinde gelişecek MM'un göstergesi olabilir.

Kolonik EMP'nin kesin bir tedavi kılavuzu yoktur. Bunun nedeni genellikle olgumuzdaki gibi tıkayıcı segmente neden olan adenokarsinom ön tanısı ile ameliyat edilmeleridir. Radyoterapi hastalığın bölgesel kontrolünde yeterli görülmektedir ancak kemoterapinin hastalığın seyrine etkisi yoktur (4). Ancak kemik tutulumu olan EMP'li olgularda veya hayati organlara yakın primer tümörleri küçültmede sistemik kemoterapi birinci seçenektir (4, 9). Sıklıkla radyoterapili veya radyoterapisiz cerrahi tedavi en sık tercih edilendir özellikle primer kolon EMP'larda küratif tedavi sağlamaktadır (4).

SONUÇ

Primer kolon plazmasitomu nadir bir klinik tablodur, kolon tüberkülozu ya da inflamatuvar barsak hastalığını da taklit edebilir. Bizim vakamızda olduğu gibi bazen de primer kolon tümörünü de taklit ederek kolonda obstrüktif bulgular da verebilir. Bu nedenle olguların preoperatif tetkiklerinde multiple miyelom ya da subgurubu olan EMP'nın da farkında olunmalı, cerrahın yanı sıra radyolog ve patoloğun da bu konuda dikkatli olması, preoperatif dönemde tanının konmasının tedavinin planlamasında önemli katkıları olacaktır.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu olguya katılan hastalardan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - İ.Z., R.D., F.C., S.C., A.U.; Tasarım - İ.Z., F.C.; Denetleme - İ.Z., R.D., F.C., S.C., A.U.; Kaynaklar - İ.Z., R.D.; Malzemeler - İ.Z., R.D.; Veri toplanması ve/veya işlemesi - İ.Z., R.D., F.C., S.C.; Analiz ve/veya yorum - İ.Z., F.C.; Literatür taraması - İ.Z., F.C.; Yazıyı yazan - İ.Z., F.C.; Eleştirel İnceleme - İ.Z., R.D., A.U.; Diğer - F.C., A.U.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patients who participated in this case.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - İ.Z., R.D., F.C., S.C., A.U.; Design - İ.Z., F.C.; Supervision - İ.Z., R.D., F.C., S.C., A.U.; Funding - İ.Z., R.D.; Materials - İ.Z., R.D.; Data Collection and/or Processing - İ.Z., R.D., F.C., S.C.; Analysis and/or Interpretation - İ.Z., F.C.; Literature Review - İ.Z., F.C.; Writer - İ.Z., F.C.; Critical Review - İ.Z., R.D., A.U.; Other - F.C., A.U.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

KAYNAKLAR

1. Chang H, Chou WC, Lee SY, Huang JY, Hung YH. Myelomatous pleural effusion in a patient with plasmablastic myeloma: a case report. Diagn Cytopathol 2009; 37: 205-207. [CrossRef]
2. Patlas M, Khalili K, Dill-Macky MJ, Wilson SR. Spectrum of imaging findings in abdominal extraosseous myeloma. AJR Am J Roentgenol 2004; 183: 929-932. [CrossRef]
3. Cotran R, Kunar V, Robbins S, eds. Robbins Pathologic Basis of Disease. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunder's Co., 1989: 739-743.
4. Lattuneddu A, Farneti F, Lucci E, Garcea D, Ronconi S, Saragoni L. A case of primary extramedullary plasmacytoma of the colon. Int J Colorectal Dis 2004; 19: 289-291. [CrossRef]
5. Kakati BR, Krishna K, Krishna SG, Sharma SG, Sanathkumar N, Rego RF. Extensive extramedullary disease involving the colon in multiple myeloma: a case report and review of literature. J Gastrointest Cancer 2012; 43: 379-381. [CrossRef]
6. Islam SR, Attaya MN, Parupudi S, Islam EA, D'Cunha N, Labib S, et al. Sigmoid plasmacytoma mimicking colon cancer in a patient with multiple myeloma: case report and review of literature. Gastrointest Endosc 2010; 71: 655-657. [CrossRef]
7. Gupta V, Nahak B, Sakhuja P, Agarwal AK, Kumar N, Mishra PK. Primary isolated extramedullary plasmacytoma of colon. World J Surg Oncol 2007; 5: 47. [CrossRef]
8. Pacheco DC, de Solorzano MM, Lazaro EQ, Alvarez CI, Torre LR. Extramedullary plasmacytoma of the colon: a rare cause of gastrointestinal bleeding. Endoscopy 2009; 41: 306-307. [CrossRef]
9. Kyle RA, Rajkumar SV. Multiple myeloma. N Engl J Med 2004; 351: 1860-1873. [CrossRef]