A Solitary Plasmocytoma Case Causing Horner Syndrome

Horner Sendromuna Yol Açan Plazmositom Olgusu

Horner Sendromu / Horner Syndrome

Mustafa Vayvada, Mustafa Akyıl, Serkan Bayram, Mine Demir, Çağatay Tezel
Göğüs Cerrahisi Kliniği, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

15-19 Ekim 2014, TÜSAD 36. Ulusal Kongresi, İzmir'de bildiri olarak sunulmuştur

Özet

Soliter plazmositom; nadir görülmesine rağmen, göğüs duvarının primer malign tümörleri ile karşılaştırıldıklarında, tedavi şeması ve prognozu açısından farklılık gösterecekleri için, tanı almaları oldukça önemlidir. Olgumuz 60 yaşında erkek hasta, sol koltuk altına yayılan omuz ağrısı ve Horner sendromu bulguları ile tetkik edilirken, sol akciğer üst lob göğüs duvarı lokalizasyonunda kitle tespit edildi. Video yardımlı torakoskopi ile soliter plazmositom tanısı konuldu. Horner sendromuna yol açan primer kosta maligniteli olgu literatür eşliğinde tartışıldı.

Anahtar Kelimeler

Plazmositom; Horner Sendromu; Göğüs Duvarı

Abstract

Solitary plasmacytoma is a rare plasma cell tumour, when seen in the chest wall, it is important to diagnose since the treatment scheme and prognosis will vary, compared to primary malignant tumours of the chest wall. A 60-year-old male presented to our clinic with left shoulder pain radiating to the left axilla. Horner's syndrome symptoms were present, in further examination a chest wall mass located in the left upper lung lobe region was detected. Histopathologic diagnosis was solitary plasmocytoma via video-assisted thoracoscopy. The primary tumor of the rib malignancy causing Horner's syndrome is discussed with reference to the relevant literature.

Keywords

Plasmacytoma; Horner's Syndrome; Chest Wall

DOI: 10.4328/JCAM.3201 Received: 30.12.2014 Accepted: 19.02.2015 Printed: 01.08.2014 J Clin Anal Med 2014;5(suppl 4): 460-2
Corresponding Author: Çağatay Tezel, Caferağa Mah. Gül Sok. Budak Apt. No: 1/6 Moda, Kadıköy, Istanbul, Turkey.
GSM: +905052600050 E-Mail mdcagatay@hotmail.com

Giriş

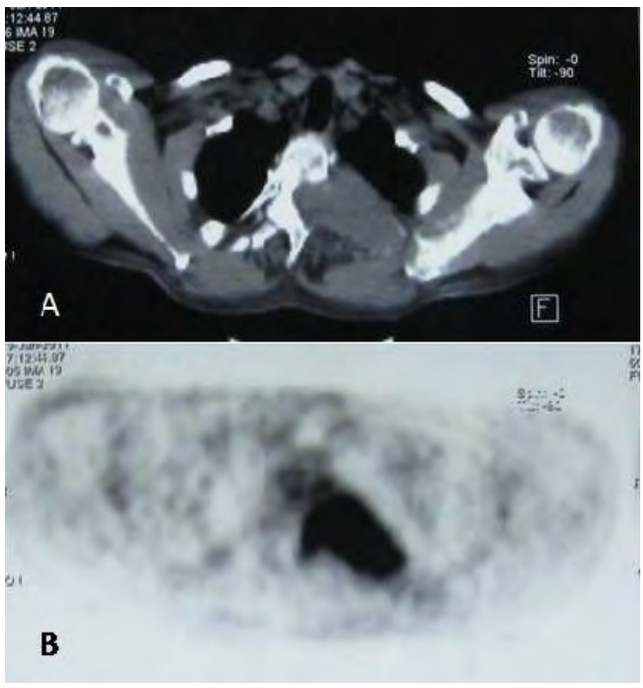
Horner sendromu olarak bilinen okülosempatik parezi, okülosempatik sinir yolunun hipotalamustan orbitaya kadar herhangi bir yerde kesintiye uğraması ile ortaya çıkan bir nörolojik sendromdur [1]. Horner sendromunun klasik bulguları pitozis, miyozis ve fasiyal anhidrozdur. Soliter plazmositom (SP) nadir görülen bir tümördür ve plazma hücre diskrazilerinin %5'inden azını, primer göğüs duvarı tümörlerinin ise %3'ünü oluşturur [2,3].

Olgu Sunumu

Altmış yaşında erkek hasta, birkaç aydır sol koltuk altına yayılan omuz ağrısı nedeniyle başvurduğu merkezde çekilen akciğer grafisinde sol üst zonda homojen kitle görünümü saptanarak kliniğimize yönlendirildi. Hastanın başvurusunda sol gözde myozis, pitozis bulguları vardı.

Horner sendromu bulguları mevcut olan hastaya ayrıntılı değerlendirme amacıyla toraks bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Sol akciğer apikoposteriorda birinci ve ikinci kosta ile birlikte, birinci torakal vertebrayı invaze eden ve vertebral kanalı daraltan kitle gözlendi. Pozitron emisyon tomografisinde (PET-BT) kitlede yüksek florodeoksiglukoz (FDG) tutulumu izlendi (SUVmax:10,8) (Resim 1). BT eşliğinde tru-cut biyopsi alındı, spesifik tanı elde edilemedi.

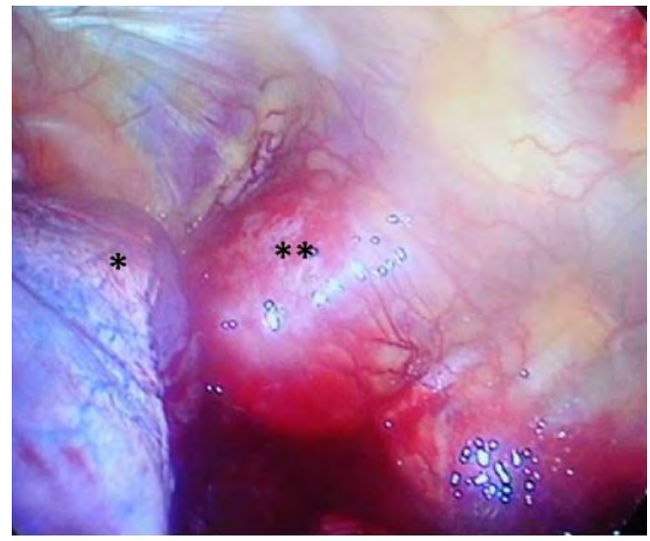
Video yardımlı torakoskopi ile yapılan eksplorasyonda kitlenin birinci kot ve birinci torakal vertebrayı invaze etmiş olduğu görüldü (Resim 2). Alınan biyopsinin histolojik incelemesi SP ile uyumlu raporlandı. Tüm vücut kemik sintigrafisi normal olan ve kemik iliği biyopsisinde patoloji saptanmayan hasta radyoterapi planlanmak üzere radyasyon onkolojisi kliniğine yönlendirildi.



Resim 1. Toraks BT'de sol akciğer üst lob göğüs duvarı lokalizasyonunda kitle (A) ve PET-BT görüntüsü (B).

Tartışma

Horner sendromuna yol açan sempatik yolun hasarlanması en sık ikinci sıra preganglionik liflerde ortaya çıkar. Bu lifler spinal korddan çıkarak; birinci torasik sempatik ganglion ve inferior servikal gangliyonlar yoluyla superior servikal gangliyona uzanır. Bu alanda ganglionlar ile parietal plevra arasında yalnız



Resim 2. Peroperatif kitlenin görüntüsü; *sol akciğer üst lob; **1.kot kitle.

endotorasik fasya bulunur. Bu bölgedeki hasarlanmanın nedeni %90 malign bir tümörün kompresyonudur [4]. Pancoast tümörü, tüberküloz ve travma bu durumun en sık nedenidir [5]. Hastamızın başvurusunda Horner sendromu bulguları vardı ve görüntülemesi malignite düşündürmüştü.

Göğüs duvarı tümörlerinin %3'ünü SP oluşturur [3]. SP`nin 2 türü vardır. Kemik tutulumu olan osseöz tipte ağrı; yumuşak doku tutulumu olan ekstrameduller tipte ise kitle varlığı ön plandadır. Osseöz tip gelişmekte olan multipl miyelom (MM) olarak kabul edilir. Ekstramedüller tipte ise MM gelişme oranı düşüktür ve daha iyi prognozludur [6,7]. SP daha erken yaşlarda görülürken, MM 50-70 yaş gurubunda daha sıktır. Hastalar genellikle göğüs duvarında ağrılı şişlik yakınmasıyla başvururlar [3].

Tanı aşamasında, 4 santimetreden küçük kitlelerde eksizyonel; daha büyük kitlelerde insizyonel biyopsi önerilmektedir [8]. İnce iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) de tanı için kullanılabilir. Agarwal ve ark. [9] 226 kemik tümöründe İİAB'yi değerlendirdikleri serilerinde, işlemi %86 duyarlı %95 özgül olarak bildirmiştir. Bizim hastamızda İİAB ve tru-cut biyopsi ile spesifik tanı elde edilemedi.

Tanı için uygun histopatolojik bulgular eşliğinde, kemik iliği biyopsisinde patoloji saptanmamalı ve radyolojik olarak başka bir yerde lezyon bulunmamalıdır [2,6]. Hastamızda ek tutulum yoktu ve kemik iliği biyopsisi normaldi.

Tedavide radyoterapi, iyi lokal kontrol sağladığından standart tedavi yöntemi olarak kabul edilir. Lokal kontrolü sağlama oranı %87-96 olarak bildirilmiştir Cerrahi eksizyon, genellikle tamamen çıkarılabilecek iyi sınırlı lezyonlarda ve patolojik kırıkların tedavisi veya önlenmesi amacıyla yapılır [7,8,10].

Uzun dönem sağkalımda MM gelişip gelişmemesi önemlidir [8,10]. Bataille ve ark.[2] SP tanılı 114 olguyu içeren serilerinde 10 yıllık takipte hastaların %85'inde nüks gelişmiştir. Olguların %58'inde MM, %12'sinde lokal nüks, %15'inde ise farklı alanda soliter lezyon ortaya çıkmıştır. Lokal nükslerin 5 santimetreden daha büyük lezyonlarda daha sık olduğu ve %82'sinde spinal tutulum varlığı bildirilmiştir [2,7].

Göğüs duvarının primer malign tümörleri arasında nadir olarak plazmositoma rastlanmaktadır. Bu olgular ek tutulum açısından ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Nüks ve multiple myeloma dönüşme oranı yüksek olduğundan yakından takip edilmelidir.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Giles CL, Henderson JW. Horner's syndrome: analysis of 216 cases. Am J Ophthalmol 1958;46:289-96. 2. Bataille R, Sany J. Solitary myeloma: clinical and prognostic features of a review of 114 cases. Cancer 1981;48:845-51.
3. Incarbone M, Pastorino U. Surgical treatment of chest wall tumors. World J Surg 2001;25:218-30.
4. Bourque PR, Paulus EM. Chest-tube thoracostomy causing Horner's syndrome. Can J Surg 1986;29:202-3.
5. Davaganam I, Fraser CL, Miszkiel K, Daniel CS, Plant GT. Adult Horner's syndrome: a combined clinical, pharmacological, and imaging algorithm. Eye 2013;27: 291–8.
6. Holland J, Trenkner DA, Wasserman TH, Fineberg B. Plasmacytoma. Treatment results and conversion to myeloma. Cancer 1992;69:1513-7.
7. Tsang RW, Gospodarowicz MK, Pintilie M, Bezjak A, Wells W, Hodgson DC, et al. Solitary plasmacytoma treated with radiotherapy: impact of tumor size on outcome. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2001;50:113-20.
8. Sabanathan S, Shah R, Mearns AJ. Surgical treatment of primary malignant chest wall tumours. Eur J Cardiothorac Surg 1997;11:1011-6.
9. Agarwal S, Agarwal T, Agarwal R, Agarwal PK, Jain UK. Fine needle aspiration of bone tumors. Cancer Detect Prev 2000;24:602-9.
10. Mendenhall WM, Mendenhall CM, Mendenhall NP. Solitary plasmacytoma of bone and soft tissues. Am J Otolaryngol 2003;24:395-9.

How to cite this article:
Vayvada M, Akyıl M, Bayram S, Demir M, TezelÇ. A Solitary Plasmocytoma Case Causing Horner Syndrome. J Clin Anal Med 2014;5(suppl 4): 460-2.