
Editöre mektup/Letter to the Editor

Önemi bilinmeyen monoklonal gammopati ile ilişkili miliyer tüberküloz ve spinal tüberküloz (Pott hastalığı)

Gönenç KOCABAY¹, Betül TIRYAKI², Selçuk AKSÖZ³, Atahan ÇAĞATAY³

¹ İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,

² İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı,

³ İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul.

Önemi bilinmeyen monoklonal gammopati (ÖBMG), kemik iliğinde monoklonal plazma hücrelerinin kontrolsüz çoğalması sonucu gelişen asemptomatik seyirli ve organ hasarına yol açmamasıyla karakterize premalign bir bozukluktur (1). Miliyer tüberküloz (Tbc), konağın immünitesini yenecek sayıda Tbc basilinin kan yoluyla akut yayılımıdır.

Medline taramasında multipl miyeloma ve miliyer Tbc birlikteliğine rastlanılmakla beraber, ÖBMG seyirinde gelişen miliyer Tbc olgusuna rastlanılmamıştır (2,3).

Bu yazıda, miliyer ve spinal Tbc (Pott hastalığı) tespit edilen ve incelemeler sonucunda ÖBMG tanısı konan bir olgu sunulmuştur.

Daha önceden bir hastalığı olmayan 67 yaşındaki erkek hasta, son iki aydır mevcut olan ateş, gece terlemeleri, kilo kaybı (iki ayda 13 kg) ve

sırt ağrısı nedeniyle hastanemize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde kan basıncı 110/60 mmHg, nabız dakika sayısı ritmik 110 idi. Ateşi 39°C olan hastanın, karın muayenesinde ağrısız, yüzeyi düzgün, 4 cm hepatomegali saptandı. Torakal 10. vertebra düzeyinde hassasiyeti olan hastanın diğer sistem muayenelerinde patoloji bulunmadı.

Laboratuvar tetkiklerinde; lökosit: 5100/µL, nötrofil: 3400/µL, lenfosit: 900/µL, Hb: 12 g/dL, Hct: %33, MCV: 85 fL, PLT: 335.000/µL bulundu. Eritrosit sedimentasyon hızı 84 mm/saat ve CRP 45 mg/L saptandı. Serum biyokimyasal incelemelerinde ise, glikoz 104 mg/dL, kreatinin 1.1 mg/dL, kan üre nitrojeni: 18 mg/dL, aspartat aminotransferaz 83 U/L, alanin aminotransferaz 113 U/L, alkalen fosfataz 742 U/L, gama glutamiltranspeptidaz 227 U/L, LDH 661 U/L, kalsiyum 9.3 mg/dL, fosfor 3.2 mg/dL, total protein

Yazışma Adresi (Address for Correspondence):

Dr. Gönenç KOCABAY, Ahmet Vefik Paşa Caddesi Yaşam Apartmanı No: 60 Kat: 2 Daire: 2 Çapa
İSTANBUL - TÜRKİY

e-mail: gonenckocabay@yahoo.com

7.8 g/dL, albumin 3.5 g/dL, gama globulin 2.3 g/dL, M-spike 1.2 g/dL, demir 35 µg/dL (N: 50-175), demir bağlama kapasitesi 220 µg/dL (N: 250-410), ferritin 610 ng/mL olarak bulundu.

Hastanın kan ve idrar kültürlerinde üreme tespit edilmedi. PA akciğer grafisinde bilateral retikülnodüler infiltrasyon tespit edildi. Bilgisayarlı toraks tomografisinde de aynı görünüm olması üzerine bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopide kitle saptanmadı. Bronş biyopsisinde ise nekrotizan granülomatöz iltihap tespit edildi. Bronkoalveoler lavajın BACTEC kültüründe iki kez *Mycobacterium tuberculosis* üredi. Göz dibi incelemesinde koryoretinit saptanması üzerine yapılan fundus anjiyografisinde bilateral multipl koroidit alanları bulundu.

Onuncu torakal vertebrada hassasiyet olması nedeniyle bu bölgeye yapılan bilgisayarlı tomografi (BT)'de patolojik fraktür tespit edildi. Kemik sintigrafisinde yoğun tutulum saptandı. BT eşliğinde bu bölgeden alınan biyopside bol polimorfonükleer lökosit tespit edildi. Ancak kültür ve aside dirençli boyamada (EZN) basile rastlanılmadı. Vertebraya yönelik manyetik rezonans incelemesinde ise torakal 8-10 arasında Pott apsesi ile uyumlu görünüm ve litik lezyonlar bulundu. Bu bölgeye cerrahi yapılması planlandı. Hastaya dördümlü anti-Tbc tedavi (izoniazid 300 mg/gün, rifampisin 600 mg/gün, etambutol 1500 mg/gün, pirazinamid 1500 mg/gün) başlandı.

Serum ve idrar immümfiksasyon elektroforezinde IgG kappa tipi monoklonal paraproteinemi tespit edildi. Periferik yayma incelemesi normal bulundu. Kemik iliği aspirasyon ve biyopsisinde %10'un altında plazma hücresi tespit edildi. Kemik iliği aspiratının kültür ve EZN boyamasında basile rastlanılmadı. Kranyum ve uzun kemiklerin direkt grafilerinde litik lezyon tespit edilmedi. Kemik iliği plazma hücresinin %10'dan az ve serum monoklonal proteinin 1.2 g/dL olması ve osteolitik kemik lezyonu, anemi veya böbrek yetersizliği gibi organ hasarı bulgularının olmaması nedeniyle hastaya ÖBMG tanısı konuldu.

ÖBMG, 50 yaş üzerindeki popülasyonun yaklaşık %3'ünü etkileyen en sık plazma hücre diskrazisi olmakla beraber, her yıl %1 hastada multipl miyeloma gelişmektedir (1). Tanısı için serum monoklonal protein düzeyinin 3 g/dL'den ve kemik iliği plazma hücrelerinin %10'dan daha az olması ve anemi, hiperkalsemi, litik kemik lezyonları veya böbrek yetersizliği gibi organ hasarının olmaması gerekmektedir (1).

Miliyer Tbc ise, selüler immünitede bozukluk yapan hematolojik hastalıklar seyrinde sıklıkla gelişmektedir (2-4). Bu hastalarda tanı koymak zor olmakla beraber, tanı konulsa bile prognoz kötü seyretmektedir. Dolayısıyla bu grup hastalığı olan (selüler immünite süpresyonuna yol açan hematolojik hastalık) kişilerde profilaktik ilaç verilmesini savunan görüşler de vardır (4).

Bu olgu ile ÖBMG saptanan hastaların immün sisteminde (özellikle selüler hücre) yetersizlik olabileceği ve özellikle Tbc'nin sık olduğu bölgelerde karşımıza miliyer yayılımla gelebileceği gösterilmek istenmiştir. ÖBMG saptanan hastalarda profilaktik ilaç verilmesinin önerilmesi için yeterli kanıt olmamakla beraber, Tbc sıklığının yüksek olduğu bölgelerde hastaların yakın takibi, miliyer Tbc'nin erken tanı ve tedavisi için akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Rajkumar SV. MGUS and smoldering multiple myeloma: Update on pathogenesis, natural history, and management. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program* 2005; 340-5.
2. Dimitrov NV, Suhrland LG, Chamberlin WB Jr. Multiple myeloma and miliary tuberculosis. Case report. *Ohio State Med J* 1968; 64: 924-7.
3. Adzic T. Pulmonary tuberculosis in patients with hematological malignancies. *Med Pregl* 2004; 57(Suppl 1): 65-8.
4. Morii T, Narita N. Mycobacterial infection in patients with hematologic disorders. *Nippon Rinsho* 1998; 56: 3209-11.