

گزارش یک مورد پلاسماسیتوماى اکسترامدولرى حنجره

دکتر سامان خرمی نژاد^۱، دکتر حسن جلانی خو^۲، دکتر احمد ذاکری فر^۳، دکتر محمدعلی هاشمی^۴

خلاصه

سابقه و هدف: پلاسماسیتوما در گروه سنی بالاتر از ۲۵ سال، میزان بروز ۳۰ در هر صد هزار نفر دارد. این نوع بیماری سه نوع تظاهر بالینی دارد. ۱- میلوم مولتیپل ۲- پلاسماسیتوماى منفرد استخوانی ۳- پلاسماسیتوماى اکسترامدولرى. در این مقاله به معرفی یک خانم مبتلا اقدام گردیده است.

معرفی بیمار: بیمار خانم ۵۷ ساله ای بود که یکسال قبل تشخیص میلوم مولتیپل برای ایشان داده شده بود علیرغم شیمی درمانی با دیسترس تنفسی و خشونت صدا مراجعه نمود که با نمونه برداری، تشخیص پلاسماسیتوماى اکسترامدولرى حنجره داده شد و با پرتو درمانی توده تقریباً بطور کامل از بین رفت.

نتیجه گیری و توصیه ها: شیمی درمانی میلوم مولتیپل الزاماً از متاستاز حنجره پیشگیری نمی نماید و هنوز درمان انتخابی پلاسماسیتوماى اکسترامدولرى حنجره، پرتو درمانی با دوزهای حدود 4000CGY می باشد.

کلمات کلیدی: پلاسماسیتوماى حنجره، تومور حنجره، میلوم مولتیپل

مقدمه:

که ۹۰ مورد آن پلاسماسیتوماى اکسترامدولرى اولیه و ۲۱ مورد آن متاستاز میلوم مولتیپل بود. (۳) در منابع دیگر نیز ذکر شده است که موارد پلاسماسیتوماى اکسترامدولرى حنجره بسیار شایعتر از موارد میلوم مولتیپل متاستاز داده به حنجره می باشد. (۴) در مطالعه ای بر روی ۲۵ بیمار پلاسماسیتوماى اکسترامدولرى سر و گردن تبدیل ۲ مورد از ۲۵ مورد (۸٪) به میلوم مولتیپل گزارش شده است. (۵) در مطالعه ای بر روی ۲۲ بیمار، ۳ بیمار (۱۳/۶٪) در طی ۳ تا ۶ سال به میلوم مولتیپل تبدیل شدند. (۲) شناسایی و تفکیک این دو مورد از یکدیگر در تعیین پیش آگهی بیماری خیلی مهم می باشد. (۳) پلاسماسیتوماى حنجره اغلب در ناحیه سوپراگلوتیک ایجاد می گردد. (۶) در بعضی از گزارشها پلاسماسیتوماى اکسترامدولرى سر و گردن را کمتر از یک درصد کل بدخیمی های سر و گردن ذکر نموده اند. (۲) این بیماری نادرترین بدخیمی اولیه حنجره می باشد. (۷) تشخیص بیماری به علت غیر اختصاصی بودن علائم فقط به روش هیستوپاتولوژی تأیید می گردد. (۸)

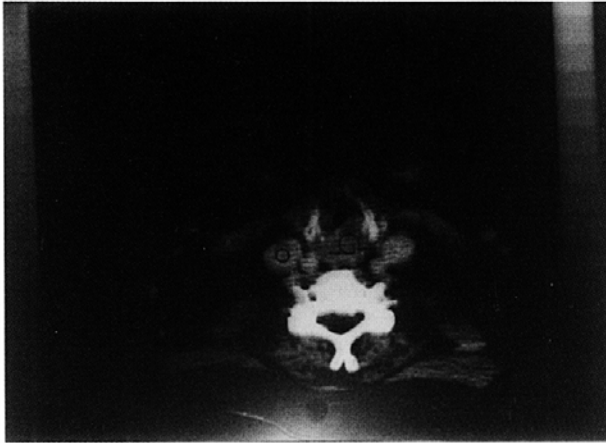
پلاسماسیتوما یک بیماری نئوپلاستیک ناشایع است که از منشاء لنفوسیتهای B می باشد. ذکر کرده اند که در گروه سنی بالاتر از ۲۵ سال میزان بروز ۳۰ در هر صد هزار نفر دارد. (۱)

این بیماری می تواند به سه صورت تظاهر بالینی داشته باشد. ۱- میلوم مولتیپل (MM) ۲- پلاسماسیتوماى منفرد استخوانی ۲- پلاسماسیتوماى اکسترامدولرى (EMP). (۲)

معمولاً پلاسماسیتوماى اکسترامدولرى در نسوج زیر مخاطی راههای هوایی فوقانی بوجود می آید (۸۰٪ موارد)، در یک مطالعه بر روی ۲۲ مورد بیمار پلاسماسیتوماى اکسترامدولرى که در طی ۲۰ سال مورد بررسی قرار گرفت: ۴ مورد در نازوفارنکس، ۴ مورد در اوروفارنکس، ۵ مورد در ناحیه سینونازال، ۳ مورد در حفره دهان و ۲ مورد در حنجره گزارش شد. (۲) در ۴ مورد از این ۲۲ مورد ضایعات بصورت متعدد بود. (۲) تا سال ۱۹۹۵ جمعاً ۱۱۱ مورد پلاسماسیتوماى حنجره گزارش شده بود،

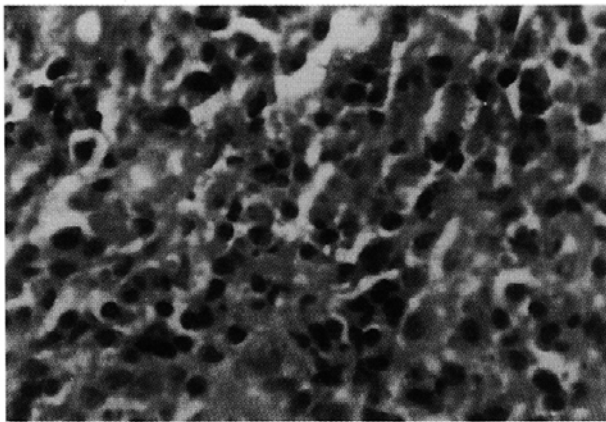
۱. استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، گروه گوش و گلو و بینی و جراحی سر و گردن، بیمارستان ۵۰۱ آجا
۲. استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، گروه بیمارهای داخلی (بیماریهای خون و آنکولوژی)، بیمارستان ۵۰۱ آجا
۳. استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، دانشکده پزشکی، گروه آسیب شناسی
۴. استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، گروه پرتو شناسی، بیمارستان ۵۰۱ آجا

صوتی حقیقی مقابل کشیده شده بود و راه هوایی را کاملاً باریک نموده بود. کمیسور قدامی دست نخورده (intact) بود. غضروف تیروئید نرمال بود. لنفادنوپاتی ارزشمندی دیده نشد. (تصویر ۱)



تصویر ۱) سی تی اسکن بیمار قبل از شروع درمان

در چند ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان به علت دیسترس تنفسی تحت عمل تراکتوتومی اورژانس قرار گرفت. همچنین لارنگوسکوپی مستقیم و بیوپسی از توده انجام پذیرفت. در مقاطع میکروسکوپی آن بافت پوششی ناحیه گلو تیک دیده می شود، که توسط پلاسماسلهای بالغ (mature) و نابالغ (immature) انفیلتراه شده بود. (تصویر ۲)



تصویر ۲) پاتولوژی حنجره بیمار

قبلاً در اسپیراسیون مغز استخوان بیمار که سال گذشته انجام شده نیز بیش از ۷۰٪ سلولهای هسته دار مغز استخوان پلاسماسل بودند که تعداد قابل توجهی از آنان نابالغ (immature) و دو هسته ای و چند هسته ای بودند. تصاویر (۳ و ۴)

اولین بار Baril و همکارانش در سال ۱۹۷۸ پلاسماسیتومای اکسترا مدولری را بر اساس grading طبقه بندی نمودند (Low grade, Intermediate grade, High grade). که این طبقه بندی با عاقبت (Out come) بیماری ارتباط تنگاتنگی دارد. (۵) در یک مطالعه بر روی ۲۵ بیمار بعد از پرتو درمانی اولیه ۸۳٪ موارد Low grade و تنها ۱۷٪ موارد High grade و Intermediate grade کنترل شدند. (۵) در اکثر منابع، پرتو درمانی را در مان انتخابی این بیماری می دانند که با دوز ۳۶۰۰-۵۸۰۰ CGY برای بیمار انجام می پذیرد. (۱ و ۲) در بعضی موارد پلاسماسیتومای اکسترا مدولری سر و گردن، ابتدا جراحی، بعد پرتو درمانی انجام می شود. (۹ و ۶ و ۲) و در بعضی منابع نیز برای موارد grade بالا، علاوه بر پرتو درمانی، شیمی درمانی را نیز توصیه می نمایند. (۶ و ۵)

معرفی بیمار:

بیمار خانمی ۵۷ ساله از حدود یک سال قبل به علت دردهای استخوانی مراجعه پزشکی داشته و تحت بررسی و آزمایشات مختلف قرار گرفته بود. بعد از انجام اسپیراسیون و بیوپسی مغز استخوان برای ایشان تشخیص میلوم مولیپل گذاشته شد و تحت شیمی درمانی با داروهای آندوکسان، وین کریستن، آدریامایسین، دکزامتازون برای هفت دوره قرار گرفت.

همچنین حدود ۳۰۰۰ CGY پرتو درمانی برای ایشان انجام شد. بیمار از حدود ۲۰ روز قبل از مراجعه اخیر دچار مشکلات تنفسی بصورت تنگی نفس شده بود که ابتدا کوششی بوده و سپس در حالت استراحت نیز ایشان را آزار می داده است. همچنین بیمار از خشونت صدا نیز شکایت داشت ولی اختلال بلع به صورت دیسفاژی یا اودینوفازی را ذکر نمی نمود.

در زمان مراجعه بیمار استریدور واضحی داشت که دمی و بازدمی بود. در لارنگوسکوپی غیر مستقیمی که برای بیمار انجام شد توده ای زیر مخاطی به رنگ قرمز در ناحیه گلو تیک با گسترش به ناحیه ساب گلو تیک دیده شد که از دیواره خلفی حنجره شروع شده و به سمت قدام گسترش یافته و تا نزدیک کمیسور قدامی ادامه یافته بود.

منشاء این توده در سمت چپ بود ولی از خط وسط گذشته و به سمت راست حنجره نیز دست اندازی نموده بود و راه هوایی کاملاً باریک شده بود. از بیمار سی تی اسکن گردن با تزریق ماده حاجب انجام شد که در آن توده نسج نرم انفیلتراهی دیده شد که از سمت خلفی تار صوتی حقیقی چپ شروع و به کمیسور خلفی گسترش یافته و به سمت تار

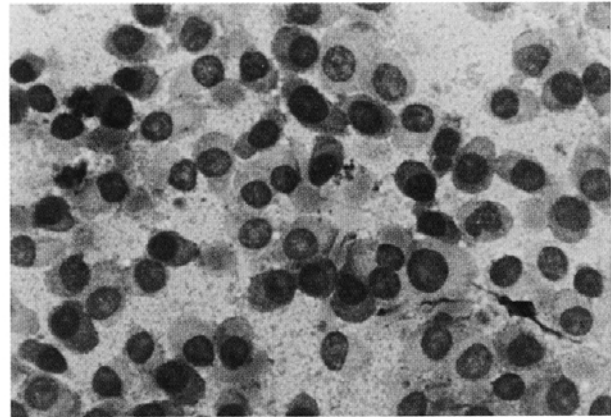
بعد از اتمام دوره درمانی و انجام سی تی اسکن لوله تراکتوستومی بیمار خارج شد و محل تراکتوستومی پانسمان گردید و بیمار ۷۲ ساعت در بخش تحت نظر قرار گرفت و بدون دیسترس تنفسی ترخیص گردید.

بحث:

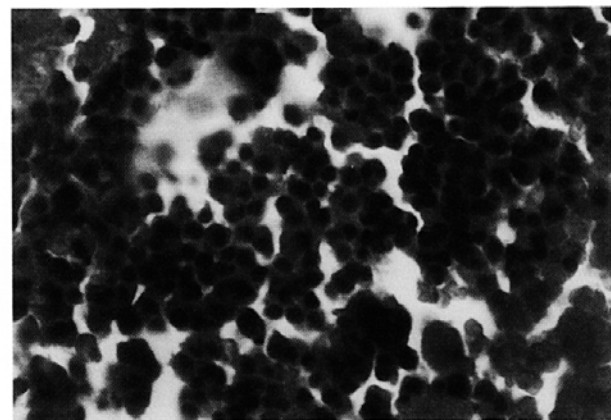
متاستاز میلوم مولتیپل به حنجره پدیده نادری می باشد. این بیماران اکثراً با دیسترس تنفس و خشونت صدا مراجعه می نمایند. شیمی درمانی در مبتلایان به میلوم مولتیپل الزاماً از متاستاز به حنجره پیشگیری نمی نماید. درمان انتخابی این بیماران پرتو درمانی می باشد. اگرچه در منابع تا مقادیر ۵۸۰۰ CGY نیز برای درمان ذکر شده است ولی مقادیر کمتر (حدود ۴۰۰۰ CGY) اغلب مؤثر می باشد. شیمی درمانی و جراحی در موارد معدودی کمک کننده می باشد.

REFERENCES:

1. Dan L. Longo, plasma cell disorders, Wilson J.D, Braunwald E., Martin J.B, Isselbacher K.J, Petersdorf R.G, Fauci A.S, Root R.K. Harrison's principles of Internal Medicine, 12th ed, McGraw Hill, Inc, 1999, PP. 1413-1416.
2. Tesei F., caliceti U, Sorrenti G., Canciallo A., Sabbatini E., Pileri S., [et al]. Extramedullary plasmacytoma of the head and neck, a servies of 22 cases, Acta otorhinolarygol Ital 1995 Dec, 15(6): 437-42.
3. Werner JA, Lippert BM, Schmidt D., Rudert H. subglottic metastasis of multiple myeloma, a case report and review of the of Literature of Laryngeal plasmacytoma, HNO 1991 OCT, 39(10): 405-9.
4. Uppal HS, Harrison P., Extramedullary plasmacytoma of the larynx presenting with upper airway obstruction in a patient with Longstandig Ig D myeloma, J Larygol.otol. 2001 sep, 115(9) 17456.
5. Susner wala ss, shanks JH., Banerjee S.S., Scarffe J.H., Farrington W.T., Slevin NJ. Extramedullary plasmacytoma of the Head and neck region: clinicopathological correlation in 25 cases, Br J cancer

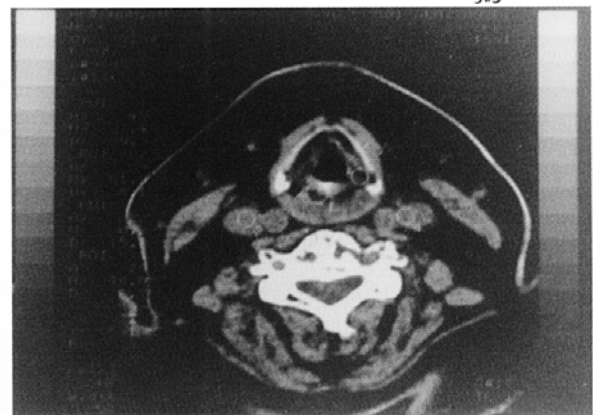


تصویر ۳) پاتولوژی و اسمیر مغزاستخوان



تصویر ۴) پاتولوژی مغزاستخوان

بیمار تحت پرتو درمانی قرار گرفت و در طی چهار هفته ۴۰۰۰ اشعه به ایشان داده شد. بیمار در انتهای دوره درمانی از ضعف و بیحالی شکایت داشت و راه تنفسی دمی مجدداً باز شده بود و دیسترس تنفسی نداشت. در سی تی اسکن گردن که با تزریق ماده حاجب مجدداً برای ایشان انجام پذیرفت، در مقایسه با سی تی اسکن گردن قبلی انفیلتراسیون ناحیه گلو تیک و ساب گلو تیک بسیار کاهش یافته بود و فقط ضخامت مخاطی منتشر و خفیفی در تارهای صوتی واقعی و کاذب وجود داشت. (تصویر ۵)



تصویر ۵) سی تی اسکن حنجره بیمار بعد از کامل شدن درمان

1997, 75(6) 921-7.

6. Thawleg S.E., Cysts and tumors of the Larynx, Paparella MM., Shumrick D.A., Gluckman JL. Meyehoff WL. Otolaryngology, Basic Science and Related principles, 3rd ed, WB Saunders, 1991, PP: 2364-5.
7. Mahesh wari GK, Baboo HA., Gopal U., Shah NM. Extramedullary plasmacytoma of the larynx: a case report; J Indian Med Assoc. 2001 May, 99(5): 267-8.

8. Schrader M, Gartner Hv., Subglottic plasmacytoma: diagnosis and prognosis; HNO 1985 Mar, 33(3): 130-3.

9. Cobzeanu MD, Dinu C., Costinescu V., Mihailovici MS., Grigoras M. Therapeutical aspects of the plasmacytoma localized at the level of head and neck; Rev Med chir soc Med Nat Iasi 2000 Apr-Jun; 104(2) 151-4.

A report of extramedullary plasmacytoma of the larynx.

Saman Khorraminejad¹, Hasan Jalaie khoo², Ahmad Zakerifar³, Mohammad Ali Hashemi⁴

1- Assistant Professor, Department of OtoLaryngology, Army 501 Hospital, Army University of Medical Sciences

2- Assistant Professor, Department of Oncology, Army 501 Hospital, Army University of Medical Sciences

3- Assistant Professor, Department of Pathology, Faculty of Medicine, Army University of Medical Sciences

4- Assistant Professor, Department of Radiology, Army 501 Hospital, Army University of Medical Sciences

Abstract

Background: The incidence of plasmacytoma in age group over 25 years is 30 per 100.000. Plasmacytoma presents in three clinical patterns: 1-Multiple Myeloma (MM) 2-Solitary plasmacytoma of bone 3-Extramedullary plasmacytoma (EMP). One hundred eleven cases of laryngeal plasmacytoma had been reported to 1995. Twenty one cases of these patients were metastases of multiple myeloma. Radiotherapy is treatment of choice and in some cases surgery and adjuvant chemotherapy are added.

Case: We report a 57 years old woman with multiple myeloma . She was treated by chemotherapy but she referred with hoarseness and respiratory distress. Extramedullary plasmacytoma was diagnosed in our clinical examination and laryngeal biopsy. The mass disappeared completely with radiotherapy.

Conclusion: Chemotherapy in multiple myeloma doesn't prevent of laryngeal metastasis definitively and still the treatment of choice for EMP is 4000 CGY radiotherapy.

KeyWords: Laryngeal plasmacytoma, Laryngeal tumor, Multiple Myeloma.