

Vinkristin, Doksorubisin ve Deksametazon Tedavisi Sırasında Delirium Gelişen Multipl Miyeloma Olgusu

A MULTIPLE MYELOMA CASE WHICH DELIRIUM DEVELOPED DURING VINCRISTINE, DOXORUBICIN AND DEXAMETHASONE CHEMOTHERAPY: DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

Dr. Mehmet YILMAZ,^a Dr. Vahap OKAN,^b Dr. Hamdi TUTKUN,^c
Dr. Mustafa ARAZ,^b Dr. Cem KİS,^b Dr. Yalçın KEPEKÇİ^b

^aHematoloji BD, ^bİç Hastalıkları AD, ^cPsikiyatri AD, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, GAZİANTEP

Multipl miyeloma, plazma hücrelerine farklılaşan ve esas olarak kemik iliğini tutan klonal B hücreli tümörlerin prototipidir. Multipl miyeloma seyirinde nadiren psikiyatrik ve nörolojik komplikasyonlar görülebilir.¹ Burada vinkristin, doksorubisin ve deksametazon (VAD) tedavisi aldığı sırada delirium gelişen lambda hafif zincir miyeloma olgusu sunulmaktadır.

Altmış iki yaşında erkek hasta, 6 aydır halsizlik, yorgunluk, eforla gelen nefes darlığı ve ara sıra 38°C'ye kadar çıkan ateş nedeni ile hematoloji polikliniğine başvurdu. Fizik muayenesinde ateş 37.5°C, Nb: 78/dk., KB: 140/90 mm/hg, konjunktivalar soluk, dilde papillalar silinmiş, mitral odakta daha belirgin olmak üzere 2/6 sistolik ejeksiyon üfürümü saptandı. Laboratuvar incelemelerinde beyaz küre ve nötrofil sayısı normal, trombosit sayısı 31000/μL, hemoglobin 9.7 g/dL, Htc %30, eritrosit sedimentasyon hızı 74 mm/saat ve serum LDH, CRP, BUN, total protein ve albumin düzeyleri normal bulundu. Kreatinin ve ürik asit düzeyleri hafif artmış olup sırası ile 2 mgr/dL (N: 0.4-1.2) ve 9.2 mgr/dL (N: 3.4-7) sap-

tandı. Serum IgA 0.23 gr/L (N: 0.7-4), IgG 2.43 gr/L (N: 7-16) ve IgM 0.171 (0.4-2.3 gr/L) düzeyleri normal sınırların altında olup hafif azalmıştı. Ca²⁺ düzeyi 8.9 mgr/dL (N: 8.8-10.2) olup normaldi. B2-mikroglobulin düzeyi artmış olup 13 mgr/L (N: 1-1.7), idrarda lambda hafif zinciri 1553 mgr/dL (N: 0-5.0), kappa hafif zinciri 2.4 mgr/dL (N: 0-5.1) ölçüldü. Serum amonyak düzeyi normal bulundu. Göz dibi muayenesinde bilateral retinal venlerde bariz dolgunluk ve kıvrımlarda artış izlendi. Kemik iliği aspirasyon ve biyopsisinde; %80 oranında difüz, atipik plazma hücre infiltrasyonu gösteren hipersellüler kemik iliği saptandı. İki yönlü kafa grafisinde 3'ten fazla litik lezyon görüldü.

Hastaya bu bulgularla Durie-Salmon evrelemesine göre evre IIIB lambda hafif zincir miyelomu tanısı konuldu. VAD kemoterapi protokolü başlandı. Tedavinin 4. gününde yer, zaman ve kişi oryantasyonu bozulan hastanın kranial tomografi, MRI bulguları ve metabolik parametreleri normal bulundu. Psikiyatri ve nöroloji kliniği ile konsülte edilen hastada mevcut klinik bulgular genel tıbbi duruma bağlı delirium olarak değerlendirildi.² Zaman zaman bilincinde dalgalanmalar görülen hastaya haloperidol (nörodol) ve biperidin laktat (akineton) tedavisi başlanıp takibe alındı. Tedavinin 1. ayında tamamen düzelen hastada multipl miyeloma tedavisine devam edildi. 4. kür VAD sonrası yapılan kemik iliği aspirasyon değerlendirmesinde %18-20 oranında plazma hücresi görüldü. 6. kür VAD tedavisi sonrası otolog kemik

Geliş Tarihi/Received: 11.03.2005 Kabul Tarihi/Accepted: 06.10.2005

23-28 Eylül 2004'te Antalya'da yapılan XXXI. Ulusal Hematoloji Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Mehmet YILMAZ
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Hematoloji BD, GAZİANTEP
mmyilmaz@gantep.edu.tr

Copyright © 2006 by Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2006, 26

iliği nakli planlandı. 5 kür VAD tedavisi verilen hasta nörolojik ve psikiyatrik herhangi bir bulgu olmadan izlenmektedir.

Multipl miyelomanın fizyopatolojisi, gelişimi ve tedavisi konusunda çok sayıda çalışma olduğu halde psikiyatrik komplikasyonları yeteri kadar tanımlanmamıştır. Multipl miyelomanın seyri sırasında mental bozukluk, hiperglisemi, üremi ve beyin omurilik sıvısındaki yüksek protein oranları nedeni ile konfüzyon görülebilmektedir. Akut konfüzyonda hiperamonyemi rol alabilir. Plazma hücrelerinden salgılanan amonyum, hasta plazmasındaki amonyum salınımını uyararak faktörler ve plazma hücrelerinin karaciğere infiltrasyonu sonucu oluşan porto sistemik şantlar nedeni ile hiperamonyeminin görülebileceği belirtilmektedir.³ Hastalarda hepatik yetmezlik, aminoasit düzeylerinde bozukluk, özellikle glisin ve aspartik asit düzeylerinde artış, diğer aminoasit düzeyleri normal veya azalmış olarak görülmektedir.⁴ Kemoterapötik ajanlar (özellikle steroidler), analjezikler, radyasyon tedavisi, renal yetmezlik, hepatik yetmezlik, elektrolit bozukluğu, anemi, ateş ve sepsisin multipl miyelomada deliriuma neden olabileceği düşünülmektedir. Steroid kullanımının neden olduğu psikozlar çoğunlukla yüksek dozlarda, daha çok ani doz değişikliği ve ilacı kesme durumlarında görülmektedir.⁵ Olgumuzda 40 mgr deksametazon, doz değişikliği yapılmadan VAD tedavi protokolünde belirtildiği günlerde

uygulanmıştır. Delirium bulguları ani doz değişikliği ve ilacı kesme durumunda görülmediğinden steroidden çok hiperviskoziteye bağlanmıştır.

Hastamızda delirium ile ilgili organik bir bulgu saptanmadı. Multipl miyelomada delirium tanısı iyi bilinen etiyolojik faktörlerin dışlanması ile konulmaktadır. Bu tablonun multipl miyelomada hiperviskozite sonucu azalmış bilişsel fonksiyonlar nedeni ile olabileceği düşünüldü. Tedavi sonrası 1. ayda delirium bulgularının düzelmesi hiperviskozitenin azalması nedeni ile olabilir. Multipl miyelomada hiperviskozite nedeni ile azalmış bilişsel fonksiyonların farkında olunmalıdır. Hafıza, oryantasyon, konsantrasyon ve uyanıklık hali gibi fonksiyonlar rutin değerlendirilmeli ve izlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Tricot G. Multiple myeloma and other plasma cell disorders. In: Hoffman R, Benz EJJ, Shattil SJ, et al, eds. Hematology Basic Principles and Practice. 3rd ed. Philadelphia: Pennsylvania Harcourt Health Science Comp; 2000. p.1398-416.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, edition IV. (DSM IV), Washington APA; 1994. p.129.
3. Gomez E, Roncero C, de Pablo J, Blade J. Acute confusion syndrome secondary to hyperviscosity in multiple myeloma. Med Clin (Barc) 1999;113:635.
4. Matsuzaki H, Hata H, Sonoki T, et al. Serum amino acid disturbance in multiple myeloma with hyperammonemia. Int J Hematol 1995;61:131-7.
5. Gupta VP, Ehrlich GE. Organic brain syndrome in rheumatoid arthritis following corticosteroid withdrawal. Arthritis Rheum 1976;19:1333-8.