

OLGU SUNUMU

**BURUN VE PARANAZAL SİNÜS YERLEŞİMLİ
EKSTRAMEDÜLLER PLAZMASİTOM (+)**

**EXTRAMEDULLARY PLASMACYTOMA OF
THE NOSE AND PARANASAL SINUSES**

**Dr. Armağan İNCESULU (*), Dr. Sumru YARDIMCI (*),
Dr. Sema GÖNEN HÜCÜMENOĞLU (**), Dr. Ünsal ERKAM (*), Dr. Nurettin ÖZDEMİR (*)**

ÖZET: Ekstramedüller plazmasitom oldukça nadir olarak karşılaşılan bir plazma hücre neoplazisidir ve sıklıkla üst solunum yolunu tutar. Tanısında sistemik bir plazma hücre diskrazisinin komponenti olup olmadığı ayırdedilmelidir çünkü ekstramedüller plazmositom multiple meloma göre daha iyi prognaza sahiptir. Bu makalede son bir yıl içinde görülen nazal kavite ve paranazal sinüs yerleşimli iki EMP olgusu ve bu başlık altında literatür gözden geçirilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Ekstramedüller plazmositom, plazma hücre neoplazileri, baş boyun tümörleri

SUMMARY: Extramedullary plasmocytoma is a rare form of plasma cell neoplasias usually upper air way tract. It is important to differentiate whether extramedullary plasmocytoma is solitary or a component of a systemic form since the prognosis of the solitary form is better. In this paper two cases of this rare pathology and a review of literature is reported.

Key Words: Extramedullary plasmocytoma, plasma cell neoplasia, head and neck tumors

GİRİŞ

Ekstramedüller plazmasitom plazma hücre neoplazileri grubundan nadir görülen bir hastalıktır. Multiple myeloma (MM) ve kemiğin soliter plazmositomu (KSM), ekstramedüller plazmasitom (EMP) ile birlikte plazma hücre neoplazilerini oluşturur ve bu grup immünglobulin salgılayan monoklonal hücrelerin anormal artışı ile karakterizedir. Bu grup içinde MM en sık olarak görülür ve başta kemik sistemini tutmakla birlikte kemik dışı yayılımı da olan, kansere bağlı ölümlerin %10'undan sorumlu bir neoplazidir (8). KSM ve EMP ise yerleşim yerlerine göre bu isimleri alırlar ve her biri plazma hücre neoplazilerinin %3'ünü oluştururlar (6)

EMP plevra, mediastinum, tiroid, spermatik kord, ovaryum, bağırsak, böbrek ve deride görülebi-

lirse de üst solunum yolu en sık tutulan bölgedir (%80). Üst solunum yolunda en sık görüldüğü bölgeler ise nazofarenks, nazal kavite, paranazal sinüsler ve tonsillerdir (11). Nazal ve paranazal sinüs mukozası plazma hücrelerinden zengin olması nedeniyle bu bölgede EMP'nin sık görülmesi beklenen bir sonuçtur.

Bu makeden son bir yıl içinde kliniğimizde gördüğümüz nazal kavite ve paranazal sinüs yerleşimli iki EMP olgusunu sunmayı ve bu başlık altında literatürü gözden geçirmeyi istedik.

Olgu 1:

A.T., 59 yaşında erkek hasta bir yıldır aralıklı olan ve mevsimsel özellik göstermeyen burun tıkanıklığı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Burun tıkanıklığı yanında zaman zaman kanlı olan seröz nitelikte burun akıntısı da tarif ediyordu. Aspirin intoleransı, allerji öyküsü vermeyen hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Nazal endoskopik muayenede sol nazal kaviteyi dolduran, pasajı tamamen kaptan, multilobüle, yer yer mor renkli ve frajil kitle

(*) SSK Ankara Eğitim Hastanesi II. KBB Kliniği

(**) SSK Ankara Eğitim Hastanesi, Patoloji Kliniği
ANKARA

(+) Eylül 1999'da İzmir'de düzenlenen Ulusal Kongre'de poster olarak tebliğ edilmiştir.

mevcuttu. Rinoskopi posteriorda kitlenin sol koanayı tamamen kapattığı gözlemlendi. Sağ nazal kavite, nazofarenks ve boyun muayenesinde patoloji izlenmedi. Otoskopisinde her iki timpan zarda izlenen küçük kalker plaklar dışında özellik yoktu. Hastaya genel anestezi altında sol Caldwell-Luc operasyonu ile kitle eksizyonu yapıldı. Sol antrumda mukoid sıvı mevcuttu, ancak antrum mukozası normal olarak izlendi. Sol nazal kavitedeki kitle total olarak çıkarıldı. Postoperatif patolojik tanı plazmasitom olarak rapor edildi. Bunun üzerine hastalığın sistemik olabileceği düşüncesi ile yapılan protein elektroforezi, idrarda Bence-Jones proteini tayini, kafa ve iskelet kemiklerine ait grafiklerinin normal olarak rapor edilmesi üzerine tanı EMP olarak değerlendirildi.

Olgu 2:

G.D., 25 yaşında bayan hasta 4 aydır devam eden burun kanaması ve zaman zaman olan burun tıkanıklığı yakınması ile başvurdu. Hastanın daha önce başvurduğu yerel sağlık kuruluşunda sol nazal kavitede tespit edilen bir kitleden alınan ve plasmasitom tanısı taşıyan biyopsi raporu mevcuttu. Hastanın öz ve soygeçmişi sorgulandığında iki yıl önce dakriosiitirionostomi operasyonu geçirdiği öğrenildi. Muayenede sol göz medial kantüsünün anteriorunda, sınırlan belirgin olmayan 2x1 cm boyutlarında sert kitle palpe ediliyordu. Göz hareketlerinde kısıtlılık yoktu. Rinoskopi anteriorda septumda sola konveks deviasyon ve hipertrofik alt konka izlendi. Boyunda palpabl lenfadenopati yoktu. Diğer KBB muayenesi normaldi. Yapılan Göz Hastalıkları konsiltasyonunda; görme, göz hareketleri, göz dibi, bulbus ve ekstraoküler kaslar normal olarak değerlendirildi. Bilgisayarlı tomografide frontal sinüsü, etmoid hücreleri ve sol maksiller antrumu tutan ve lamina papriseayı destrükte eden kitle mevcuttu. Hastaya genel anestezi altında sol ekslernal etmoidektomi yapıldı ve kitle total olarak çıkarıldı. Operasyon sırasında sol maksilla ön duvarında ve nazal septumda vomer hizasında defekt görüldü. Kitle maksiller antruma, etmoid hücrelere tamamen yayılmıştı. Lamina papriseada yeniktik vardı, ancak orbitaya yayılım gözlenmedi. Postoperatif patolojik tanı plazmasitom olarak rapor edildi. Postoperatif dönemde herhangi bir problem olmaksızın hasta taburcu edildi. Hastanın protein elektroforezinde gamma globulinde minimal diffüz artış saptandı. İdrarda Bence-Jones proteini negatif kafa ve iskelet kemiklerine ait grafikleri normaldi. Bunun üzerine EMP olarak takibe alınan hastanın son kontrolünde tüm tetkikleri nor-

malı, ancak burun içinde operasyona sekonder sineşiler mevcuttu. Hastanın hamileliği nedeniyle sineşileri için planlanan cerrahi girişim ve kontrol tomografisi ertelendi.

TARTIŞMA:

Ekstramedüller plazmositom tüm baş-boyun tümörlerinin %1'ini oluşturur ve vakaların %80'i üst aerodigestive traktta lokalizedir. EMP baş-boyun bölgesinde; nazal kavite, nazofarenks, tonsil bölgesi, damak, diş eti, maksilla, larenks, ağız tabanı, dil ve trakeada yerleşebilir. Sık görüldüğü nazal kavite, paranasal sinüsler ve nazofarenksde nonepitelial tümörlerin %4'ünü oluşturur (17). Nazal kavitede izole plazma hücreli tümör ilk olarak 1905 yılında Schridde tarafından bildirilmiştir, ancak tek merkezden bildirilen ilk büyük seri 1952 yılında Ewing ve Foote tarafından rapor edilmiştir. Plasmositomlar erkeklerde kadınlardan 3 kat fazla görülür. Sıklıkla görüldüğü yaş 50-70 yaş olmakla birlikte 5 yaşında ve 89 yaşında vakalar bildirilmiştir (15).

Hastalığın kesin etyolojisi belli değildir, ancak myeloma hücrelerinin proliferasyonu ve diferansiyasyonunun bazı sitokinlere bağlı olduğu düşünülmektedir. Bunlar arasında en önemlisi interlökin-6'dır. Aktif hastalığı bulunan olgularda bu sitokinin seviyeleri yüksek bulunmaktadır ve bu durumun kötü prognoz ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. (14, 2) Etiyolojide öne sürülen bir başka faktör de yabancı cisimdir (51). Yine Wiltshaw kronki antijenik stimülasyonun bu tümörün gelişiminde rolü olduğunu öne sürmüştür, ancak bu teori çok fazla taraftar bulmamıştır (8).

Plasmasitomun teşhisinde fizik muayenede spesifik hiçbir bulgu yoktur. Hastalık, spesifik olmayan burun tıkanıklığı, epistaksis ve rinore gibi bulgular ile kendini gösterir. Ancak kitle hemen daima pozitif olan bulgudur ve teşhis ancak kitleden biyopsi alınıp patolojik olarak incelendiğinde konabilir. İnce iğne biyopsisi özel boyama için yeterli doku sağlamadığı için tanı koydurucu değildir. Biyopsiye rağmen teşhis zor olabilir çünkü diğer küçük hücreli maligniteler (Malign melanom, estezyonöroblastoma, undiferansiye karsinoma, lenfoma) ile benzer histolojiyi gösterebilir (7). Eğer EMP ile undiferansiye epitelial tümörlerin ayırımında zorlukla karşılaşırsa immunofenotiplenme yapılabilir. Bu amaçla kullanılan antikolar; CD15, CD20, CD45RB, CD45RA, epitelial

membran antijeni, Ig A, Ig D, Ig G, Ig M, Ig E, X-hafif zincir, λ hafif zincirdir (5). Eğer kitleden biyopsi planlanacaksa mutlaka derin biyopsi alınmalıdır, çünkü lezyon submukozal yerleşimlidir ve inflamatuvar reaksiyon nedeniyle kitle üzerindeki mukoza kalınlaşmış olabilir. Lezyonun histolojik görünümünde inflamatuvar hücreler olmaksızın kapiller stroma içine yerleşmiş plazma hücrelerin monomorfik tabakasından ve eksentrik nükleus kromatinine sahip değişik matürasyonlarda hücrelerden oluşur. Nadiren hücrelerde binükleasyon gözlenebilir. Üst solunum yolundaki EMP'da submukozal yayılım tipiktir (18, 14, 2). Üst solunum yoluna ait EMP'un teşhisinde patoloğun özellikle dikkat edilmesi gereken bir diğer konu da reaktif bir lezyon olan plazma hücreli granülomdur. Bu lezyon tamamen inflamatuvar ve reaktif bir lezyondur ve patolojisinde büyük, uniform nükleusa sahip reaktif endotelial hücreler ile çevrili çok sayıda kan damarı vardır. Plazma hücreleri çok görülmekle birlikte lenfositler ve histiyositler de mevcuttur. Burada bulunan plazma hücreleri matürdür ve daha küçük, uniform nükleusa sahiptir (19).

EMP'da bölgesel lenf nodları tutulma eğilimindedir. Lenf nodlarının tutulma oranı % 14 ila %25 arasında bildirilmiştir. Ancak lenf nodu tutulumu prognozu kötü etkilememektedir. Hastaların takibinde yaklaşık %48 oranında primer bölgeden yayılım veya lenf noduna yayılım saptanmıştır (17, 4).

Ekstramedüller plazmasitom hastalığın yaygınlığına göre evrelere ayrılabilir:

- **Evre I:** Hastalık sadece bir bölgededir
- **Evre II:** Hastalıkta lokal yayılım veya lokal lenf nodu tutulumu vardır.
- **Evre III:** Metastatik yayılım vardır.

EMP için daha önemli olan tek bir bölgeye lokalize böyle bir hastalık bulunduğu bunun sistemik bir plazma hücre diskrazisinin komponenti olup olmadığı ayırıldır. Çünkü ekstramedüller plazmositom ve kemiğin soliter plazmositomu multiple myeloma göre daha iyi prognoza sahiptir. Bunlar içinde de ekstramedüller plazmasitom, kemiğin soliter plazmositomu göre daha iyi prognoza sahiptir ve 10 yıllık yaşam EMP'da %70 iken kemiğin soliter plazmositomu %16'dır (7). Bu antitelerin ayırıldırılmasında de,

1. Kemik iliğinde plazmositozis olmaması
2. Kemik ağrısı, anemi, böbrek yetmezliği gibi klinik bulguların olmaması

3. Serum veya idrarda monoklonal gammopati olmaması

4. Direk grafide osteolitik lezyon olmaması (7) gereklidir.

Potansiyel olarak malignite riski taşıdığından bir kere plazmasitom tanısı konduğunda malign kabul edilip ona göre tedavi edilmelidir. MM, EMP ve KSM devam eden sistemik bir hastalığın farklı görünümü olarak ortaya çıkabilir ancak izole vakalarda tedavi ve prognoz yönünden birbirlerinden ayırılmaları son derece önemlidir. Gelişmiş tüm laboratuvar ve radyolojik tanı yöntemlerine rağmen EMP'un MM'a ilerleyip ilerlemeyeceğini bilmek mümkün değildir. Soliter ekstramedüller plazmositomu olan vakaların % 32 - 70'nin multiple myelomaya ilerlediği bildirilmiştir (10). Lokal rekürrens veya yaygın hastalık orijinal lezyon tedavi edildikten yıllar sonra bile görülebilir. Soliter lezyonun tedavi edilmesinden 28 yıl sonra ortaya çıkan multiple myeloma vakası bildirilmiştir (17). Bu nedenle hastaların uzun dönem takibi şarttır. Ancak nadir bir antite olduğu için kesin tedavi protokolünü belirlemek için yapılmış istatistik olarak anlamlı büyük serileri içeren bir çalışma yoktur. Ekstramedüller plazmositom için cerrahi önerilmekle birlikte tek başına yapılan tedavi cerrahi tartışmalıdır. Son zamanlarda önerilen tedavi radyoterapidir çünkü plazma hücreli neoplazilerin tümü yüksek oranda radyosensitifdir. Ancak yukarıda da belirtildiği gibi büyük seriler olmadığı için radyasyon dozu konusunda da kesin bir belirleme yoktur. Bununla birlikte lenfomalar için de önerilen 36-40 Gy yeterli gözükmektedir. Nofsinger ve arkadaşları radyoterapinin Ük tercih edilen tedavi olmasını, cerrahinin ise bu yolla tedavi edilemeyen vakalar için saklanması önermişlerdir. Öte yandan Sisson ve Goldstein mümkün olan durumlarda lokal eksizyon yapılmasını ve radyoterapiye rekürrens olan vakalarda başvurulmasını önermişlerdir (12). Ancak lokal olan ekstramedüller plazmositom tedavisinde radyoterapinin uzun dönem sekelleri gözönüne alındığında cerrahinin ilk basamak tedavi olarak değerlendirilmesi gerekebilir. Lokal tedaviyi takiben kemoterapi uygulaması da önerilen tedaviler arasındadır (18,13). Uygulanan kemoterapi ile hiç nüks görülmediğini bildiren yayınlar mevcuttur. Buna göre tedavi protokolü hastanın durumuna, lezyonun yerleşimine göre planlanmalıdır. Yukarıda belirtildiği gibi lokal lenf nodlarında tutulma görülebilir ancak bunlar da radyoterapiye duyarlıdır (9)..

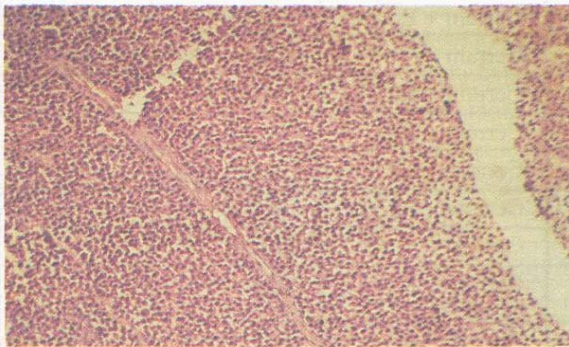
Yayın	Sayı	Yaş, cinsiyet	Yeri	Tedavi	Prognoz
Downs (1968)	1	60, E	Submandibüler bölge	Lokal eksizyon	Takip edilememiş
Nabar (1968)	5	60, K	Larinks	Lokal eksizyon	Özellik yok
		68, K	Nazal kavite	RT	lokal rükürrens
		72, E	Nazal kavite	RT	Özellik yok
		55, E	Larinks	RT	Trakeada rekürrens
		46, K	Larinks	Lokal eksizyon	Özellik yok
Rainer (1950)	3	63,?	Maksiller antrum	RT + KT	Sistemik form
		44,?	Larinks	RT	Özellik yok
		56,?	Nazofarenks	Cerrahi	Özellik yok
Castro (1973)	24	21-30, 1	Nazal kavite 9	Cerrahi + RT	Sistemik form 8
		31-40, 1	Antrum 7	Brr vakada KT	Lokal rekürrens 1
		41-50,6	Etmoid 3	Bir vakada KT	Lokal rekürrens 1
		51-60,7	Nazal kavite		sistemik yayılım 2
		61-70,4	ve nazofarenks 4		Özellik yok 9
		71-80,5	Bulunamayan 1		Takip dışı 4
Noorani (1975)	3	50, M	Orta kulak ve nazal kavite	RT	Özellik yok
		35, E	Nazal kavite	RT+Cerrahi	Özellik yok
		25, K	Nazal kavite	RT+Cerrahi	Bilgi yok
Gorenstein (1977)	6	58, E	Larinks	Cerrahi + RT	Özellik yok
		63, E	Larinks	Cerrahi + RT	Özellik yok
		59, E	Larinks ve trakea	Cerrahi	Özellik yok
		32, E	Larinks	Cerrahi	özellik yok
		42, E	Larinks	Cerrahi	Özellik yok
		61, E	Larinks	RT	Özellik yok
Raley (1977)	1	34, E	Maksilla	Cerrahi + RT	Özellik yok
Fu (1978)	10	53, K	Nazal kavite	Cerrahi + RT	Persistan hastalık
		61, K	Nazofarenks	RT	Femurda plasmositom
		38, K	Nazofarenks	RT	Özellik yok
		52, E	Maksiller antrum	RT	Lokal + sistemik yayılım
		62, K	Nazal kavite	Steroid enjeksiyonu + RT	Lokal rekürrens
		38, E	Maksiller antrum	RT + Cerrahi	Lokal + sistemik yayıhm
		53, E	Nazal kavite ve etmoid	RT	Özellik yok
		68, E	Nazofarenks	Cerrahi	Özellik yok
		35, E	Nazofarenks	Cerrahi	Bilgi yok
		89, E	Nazal kavite	Hasta tedaviyi kabul etmemiş	

Bhupinder (1979)	3	50, E	Nazal kavite	RT	Özellik yok
		42, E	Larinks	Cerrahi + RT	Özellik yok
		60, K	Sert damak	Cerrahi + RT	Özellik yok
Ben Dav it (1981)	1	71, E	Nazal kavite	RT	Özellik yok
Erkam (1986)	1	54, E	Nazofarenks ve orofarenks	RT	Bilgi yok
Waldron ve Mitchell (1988)	2	79, E	Üst alveoli ve nazal	RT	Bilgi yok
		50, E	Frontal sinüs	RT	Bilgi yok
Chaudhuri (1988)	1	30, E	Nazal kavite, nazofarenks ve intrakranial yayılım	KT	Özellik yok
Wessman (1993)	1	76, E	Larinks	Cerrahi + RT	Bilgi yok
Rollins (1995)	1	43, E	Epiglott	Cerrahi (biyopsi)	Özellik yok
Soo (1996)	1	64, E	Nazal kavite, Nazofarenks ve intrakranial yayılım	KT+RT	Bilgi yok
Nofsinger (1997)	4	70, E	Mandibula	RT + KT	Bilgi yok
		72, E	Muhtiple myelom	RT	Ex (HCCa)
		79, K	Multiple myelom	KT + RT	Özellik yok
		33, E	Nazal kavite	Cerrahi	Özellik yok
Hotz (1999)	14	45, ?	Nazal kavite	Cerrahi + RT	Sistemik yayılım
		67, .	Tonsil	Cerrahi + RT	Özellik yok
		60, ?	Velum	Cerrahi + RT	Özellik yok
		63, ?	Larenks, nazal kavite, nazofarenks	Cerrahi + RT	Özellik yok
		77, ?	Nazofarenks, dil	Cerrahi + RT	Rekürrens
		59, ?	Nazofarenks	Cerrahi + RT	Özellik yok
		44, ?	Nazofarenks	Cerrahi	Takip edilememiş
		23, ?	Nazal kavite	Cerrahi + RT	Özellik yok
		56, ?	Maksiller sinüs	Cerrahi + RT	Özellik yok
		67, ?	Tonsil	Cerrahi + RT	Özellik yok
		57, ?	Tonsil	Cerrahi + RT	Özellik yok
		42, ?	Farenks arka duvarı	Cerrahi	Özellik yok
		45, ?	Nazofarenks, larenks	Cerrahi + RT	Rekürrens
63, ?	Nazofarenks	Cerrahi + RT	Sistemik yayılım		

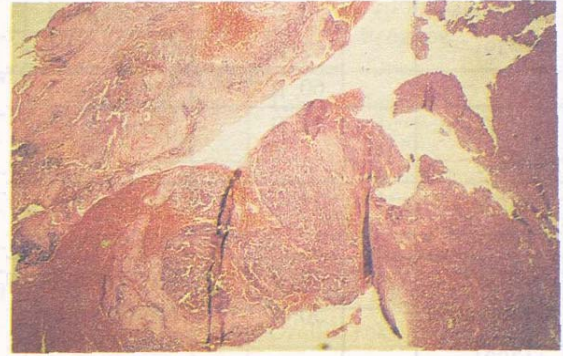
(RT = Radyoterapi, KT = Kemoterapi)

Tablo: 1968 - 1999 yılları arasında çeşitli dergilerde yayınlanan EMP olguları

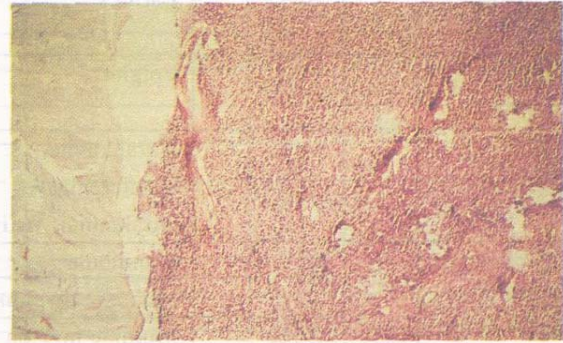
Kliniğimizde son iki yılda gördüğümüz iki olgunun da belirtileri nazal kavitede görülebilen diğer kitle belirtilerinden farksızdı. Hastalardan birinin daha önce başka bir merkezde alınmış biyopsi raporu plazmasitom olarak rapor edilmişti. Her iki hastamızda da lezyonun lokal olması göz önüne alınarak ilk basamak tedavileri için cerrahi planlandı. Bu amaçla bir hastamızda intranazal kitle eksizyonu ile birlikte Caldwell-Luc girişimi ile maksiller antruma ulaşıldı. Diğer hastamızda ise preoperatif patolojik tanısının olması ve lezyonun etmoid hücelere yayılım göstermesi üzerine eksternal etmoidektomi ile kitleye ulaşılması planlandı. Her iki girişimde de kitle total olarak eksize edildi. Her iki vakanın patolojik değerlendirilmesinde mikroskopide sinüs mukozası altında plazma hücresi diferansiyasyonu gösteren hücre tabakalarından oluşan tümöral yapı izlenmekteydi. Vaskülarize dar bir stroma içerisinde bulunan tümör hücreleri, geniş eozinofilik sitoplazmalı ekzantrik nükleuslu kümelenmiş kromatin yapısı içeriyordu. Hücre nükleuslarında belirgin atipi ve arada binükleasyon gözlenmekteydi (Resim 1,2,3,4). Patolojik tanı EMP olarak konduktan sonra yapılan hematolojik tüm incelemeler normal sınırlardaydı. Hastaların her ikisinde de idrarda Bence - Jones proteinürisi yoktu ve çekilen kafa ve diğer iskelet grafileri normaldi. Bu bulgular sonucunda her iki vakada da tanının izole ekstramedüller plazmositom olduğuna karar verildi. Yapılan cerrahi girişim ile kitle total olarak çıkarıldığı ve cerrahi sınırlar salim olarak rapor edildiği için hastalarımıza ek tedavi planlanmadı. Henüz takip süremiz kısa olmakla birlikte her iki hastamızda da nükse ait herhangi bir bulgu saptanmadı.



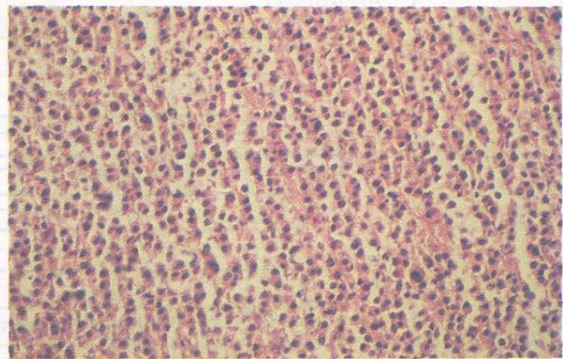
Resim 1: 1. olgu. Matür plazma hücrelerine benzeyen neoplastik hücreler tabakalar şeklinde dizilim göstermektedir. (Hematoksilen α Eosin x 100)



Resim 2: Aynı olgunun ışık mikroskopunda küçük büyütmedeki görünümü. Bir kenarda sinüs epiteli izlenmektedir. (H α E x 32)



Resim 3: 2.* olgu. kemik kartilaj doku yanında diffüz tümör hücre infiltrasyonu gözlenmektedir. (H α E x 32)



Resim 4: 2. olgunun histopatolojik görünümünün büyük büyütmesi. Ekzantrik yerleşimli, atipik nükleuslu neoplastik hücreler tabaka oluşturmaktadır. Arada undiferansiye, büyü ve pleomorfik nükleuslu blast hücreleri dikkati çekmektedir. (H α E x 400)

SONUÇ:

EMP baş-boyun bölgesinde ender görülen bir patolojidir. Lokalizasyonu nedeniyle hastalar ilk olarak Kulak Burun Boğaz hekimine başvurmaktadır. Nadir bir patoloji olması nedeniyle patolojik tanı konduğunda Kulak Burun Boğaz hekimini öncelikle hastayı sistemik hastalık açısından araştırmalı ve hastalığın uzun dönem takibi açısından dikkatli olmalıdır.

Yazışma Adresi: Dr. Armağan İNCESULU
SSK. Ankara Eğitim
Hastanesi 2. KBB Kliniği
ANKARA

KAYNAKLAR

1. BEN-DAVIT J, FRADIS M, PODOSHIN L, BARTAL AH: Plasmacytoma arising in the vicinity of a foreign body in the nasal cavity, The Laryngoscope 91:1150-1153,1981
2. COTRAN RS. Robbins pathologic basis of disease. 5⁰¹ edition, USA, 1994, s. 662-663 ve 1351
3. ERKAM Ü, ÇAVUŞOĞLU Y, Nazofarenks ve orofarenksde soliter ekstramedüller plasmaitom. Sosyal Sigortalar Kurumu Tıp Bülteni, 1986, Yıl 6, Sayı 4 Ekim - Kasım
4. HELLWIG CA: Extramedullary plasma cell tumors as observed in various locations. Arch Pathol 36: 95-111, 1943
5. HOTZ MA, SCHWAAB G, BOSQ J, MUNCK JN. Extramedullary solitary plasmacytoma of the head and neck A clinicopathological study, Ann Otol Rhinol Laryngol 108: 1999,495-500
6. KNOWLING M, HARWOOD A, BERGASAGEL D. Comparison of extramedullary plasmacytomas with solitary and multiple plasma cell tumors of bone J Clin Oncol 1983; 1(4): 255-62.
7. NOFSINGER YC, MIRZA N, ROWAN PT, LANZA D, WEINSTEIN G, Head and Neck Manifestations of Plasma Cell Neoplasms, The Laryngoscope 107: June 1997, 741-746
8. QUINODOZ D, DULGUEROV MD, KURT AM ve ark., Multiple Myeloma presenting with external ear mass, The Journal of Laryngology and Otolology May 1998, Vol. 112, pp 469-471
9. Ramer EH, JLaryngol Otol, 1970 84(9): 909-919
10. RUBIN J, JOHNSON JT, KILLEEN R, BARNES L: Extramedullary plasmacytoma of the thyroid associated with a serum monoclonal gammopathy. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 116: 855-859,1990
11. SINGH B, LAHIRI AK, KAKAR KP, Extramedullary Plasmacytoma, The Journal of laryngology and Otolology, 1993: 1239-1244, 1979
12. SISSON GA, GOLDSTEIN JC, Tumours of the nose, paranasal sinuses and nasopharynx, in Otolaryngology. Editors Paparella MM and Shumrick, DA Philadelphia, W.B. Saunders. Vol. 3,p. 143, 1973
13. SOESAN M, PACCAGNELLA A, CHIARION - SILENİ V,et,al. Extramedullary plasmacytoma: clinical behavior and response to treatment. Ann Oncol 1992; 3:51-57
14. STEINBERG S. DIAGNOSTIC SURGICAL PATHOLOGY 2nd edition, Hong Kong, 1994, s. 274-75
15. TOUMA YB, Journal of Laryngology, 85:125, 1971
16. WALDRON J, MITCHELL DB, Unusual Presentation of extramedullary plasmacytoma in the head and neck, The Journal of Laryngology and Otolology, 102:102-104, 1988
17. WEBB HE, HARRISON EĞ, MASSON JK, REMİNE WH. Solitary extramedullary myeloma (plasmacytoma) of the upper part of the respiratory tract and oropharynx. Cancer 1962; 15:1142-1155
18. WILTSHAW E, The natural history of extramedullary plasmacytoma and its relation to solitary myeloma of bone and myelomatosis. Medicine 1976; 55 : 217-238
19. YAO-SHI FU, PERZIN KH. Nonepithelial tumors of the enasal cavity, paranasal sinuses and nasopharynx, Cancer, 42: 2399-2406,1978