



MALAKOPLAKİ: OLGU SUNUMU*

Nagihan ÖZDEMİR BARIŞIK¹, Nimet KARADAYI¹, Sevinç HALLAÇ KESER¹,
Cem Cahit BARIŞIK², Hakan KARABULUT¹, Önder CANGÜVEN³

Malakoplaki nadir görülen, fakat etyolojisi bilinmeyen inflamatuvar reaksiyonun farklı bir tipidir. En sık mesane etkilenir. Diğer genitouriner ve nongenitouriner bölgelerde de gözlenir. Mesanenin sıklıkla trigon bölgesinde mukoza ve submukozanın multipl nodüler kalınlaşması ile karakterizedir. Sıklıkla karsinomla karıştırılır. Mikroskopik olarak epitel altında granüler asidofilik sitoplazmalı histiyositlerin belirgin olduğu mikst inflamatuvar infiltrasyon gözlenir. Bazı histiyositlerde intrasitoplazmik inklüzyonlar vardır ve bunlar PAS, demir, kalsiyum boyaları ile boyanabilir. Uzun dönemli lezyonlarda karakteristik infiltrasyon fibrozise ve skara dönüşebilir. Olgumuz dizüri ve mikroskopik hematüri etyolojisi araştırılan 49 yaşında erkek hastaydı. Yapılan tetkiklerinde mesane ön duvarında 7 cm. çapında mesane karsinomu ile uyumlu kitle tespit edilmişti. İki kez TUR, bir kez de TRU-CUT biyopsi uygulanan hastada malignite lehine bulgu saptanmaması ve klinikte kuvvetle malignite düşünülmesi nedeni ile operasyona karar verilmiş olup, frozen incelemedeki kronik nonspesifik sistit tanısı üzerine olguya parsiyel sistektomi uygulanmıştır. Olgumuz nadir görülmesi ve klinikte malignite ile karışması nedeni ile literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Malakoplaki, mesane, sistit

MALACOPLAKIA: CASE REPORT

Malacoplakia is rare type of inflammatory reaction with an unknown etiology. Although it can be seen at any genitourinary and nongenitourinary location, bladder is the most frequent site of involvement. It is usually characterized as multinodular thickening of mucosa and submucosa of the trigon areas and may be confused with carcinoma. Microscopically there is mixed inflammatory infiltration that predominantly consists of subepithelial histiocytes with granular acidophilic cytoplasm. Some of these histiocytes contain intracytoplasmic inclusions, which can stain with PAS, iron and calcium stains. Long-term follow-ups revealed that these characteristic old lesions turn into fibrosis and scar tissue. Forty-nine years old male patient with dysuria and microscopic hematuria was assessed for a tumor-like lesion of 7 cm in diameter at anterior wall of the bladder. This patient has undergone double TUR, TRU-CUT and frozen section to approve malignancy. However, all these procedures resulted with chronic nonspecific cystitis without any evidence of malignancy. Under these circumstances patient had partial cystectomy for the lesion. This rare case was presented with the review of the recent literature.

Key words: Malacoplakia, bladder, cystitis

Malakoplaki etyolojisi tam olarak bilinmeyen nadir bir granülomatöz hastalıktır. Bugüne kadar literatürde yaklaşık olarak 200 vaka bildirilmiş olup, olguların yaklaşık %75'i primer olarak genitouriner sistemde görülmüştür. Gastrointestinal sistem, retroperiton, akciğer, beyin, konjunktiva, deri, pankreas, tonsil ve adrenal gland gibi organlarda bildirilen nadir olgular da mevcuttur¹⁻³.

Başlangıçta benign "self limited" bir hastalık olarak kabul edilen malakoplaki, günümüzde anlamlı derecede morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır¹⁻³. Etkilenen organlarda sarı renkli nodül ve plaklar oluşturmakla birlikte bazı olgularda kitleler oluşturarak tümöral lezyonlar ile karıştırılmaktadır³⁻⁵.

Tedavisinde uzun süreli antibiyotik kullanımı bildirilmekle birlikte medikal tedaviye cevap vermeyen olgularda ilave olarak cerrahi tedavi de önerilmektedir^{1,3,4,6}.

Nadir görülen ve klinikte mesanede kitle oluşturarak malignite ile karışan olgumuzu literatür bilgileri ışığında sunmayı amaçladık.

*XVII. Ulusal Patoloji Sempozyumu'nda (1-6 Ekim 2004) poster olarak sunulmuştur.

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
¹ Patoloji Bölümü, ² Üroloji Kliniği,
³ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Bölümü
Başvuru tarihi: 10.12.2004, Kabul tarihi: 23.3.2005

OLGU

Olgumuz 49 yaşında erkek hastaydı. Yaklaşık 6 ay önce başlayan idrar yaparken yanma şikayeti ile hekime başvurmuştu. Yapılan idrar incelemesinde mikroskopik hematüri saptanan olgu mesane tümörü ön tanısıyla hastanemiz üroloji kliniğinde incelemeye alınmış, fizik muayenesinde özellik saptanmamıştı.

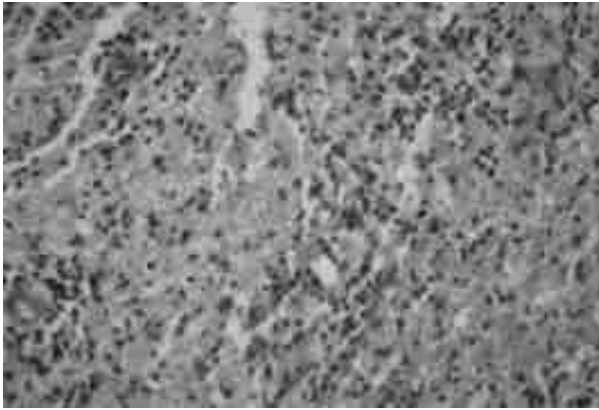
Laboratuvar incelemesinde üre: 37; kreatinin 0.96, Hb: 14, Htc: 34 olarak tespit edilmişti. Ultrasonografik (USG) incelemesinde mesane tabanında 56x48 mm ölçülerinde, ortası anekoik, solid kitle tespit edilmişti. Tüm batın manyetik rezonans (MR) incelemesinde mesane ön duvarında 7x7x5.5cm ölçülerinde kitle rapor edilmişti. Mesane tümörü ile uyumlu olarak değerlendirilen kitlenin ayırıcı tanısına kas orijinli tümörler (leiomyosarkom, rabdomyosarkom) de alınmıştı. Kitlenin superiorda perivezikal yağlı dokuya infiltrasyonu tespit edilmişti.

Sistoskopik incelemesinde mesane sol yan duvardan mesane kubbesine uzanan, 7x6 cm ölçülerinde, üzeri mesane mukozası ile örtülü kitle görülmüştü. Tanı amaçlı transuretral rezeksiyon (TUR) yapılan olgunun patolojik incelemesinin sonucu kronik nonspesifik sistit olarak bildirilmişti. Ancak klinik ve radyolojik olarak kitle oluşturan ve ön planda malignite düşünülen olguya tanı amaçlı TUR ve TRU-CUT biyopsiler uygulanmıştı.



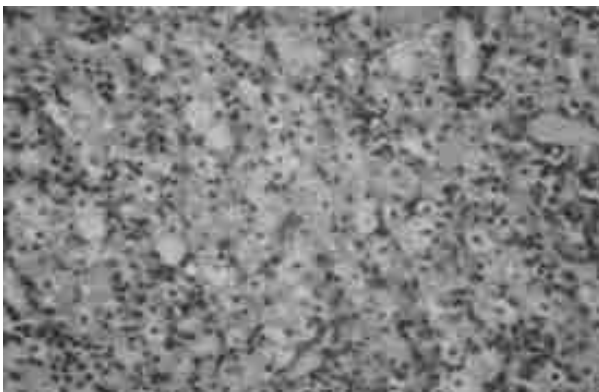
Biyopsilerin patolojik incelemelerinde aynı histopatolojik tanı verilmesi üzerine kitlenin frozen eşliğinde cerrahi rezeksiyonuna karar verilmişti. Frozen inceleme sonucunda da kronik nonspesifik sistit olarak bildirilmesi üzerine hastaya parsiyel sistektomi yapıldı.

Makroskopik olarak kitle, üzerinde 3x2.5cm ölçülerinde mesane mukozası bulunduran 10x7x3 cm ölçülerinde parsiyel sistektomi materyaliydi. Mukoza üzerinde ülserasyon alanları mevcuttu. Kesiti kirli beyaz renkli fibrotikti. Mikroskopik incelemede yüzeyde fokal alanlarda düzenli mesane mukozası seçilmekte olup epitelde yaygın ülserasyon mevcuttu. Lamina propriada ve kas demetleri arasında diffüz histiyositik infiltrasyon izlenmekteydi (Resim 1).



Resim 1. Lamina propriada diffüz histiyosit, plazmosit ve eozinofil infiltrasyonu (HEX200)

Histiyositler arasında matür lenfositler, plazma hücreleri, damar kesitleri ve fibröz demetler görülmekteydi. Yapılan PAS boyasında histiyositlerin PAS (+) granüller içerdiği saptandı (Resim 2).



Resim 2. Histiyositlerde PAS (+) granüllerin varlığı (HEX200)

Alınan çok sayıda kesitte malignite lehine bulgu saptanmadı. Olgu mevcut histopatolojik özellikleri ile ve klinikte kitle oluşturması nedeniyle malakoplaki olarak yorumlandı.

TARTIŞMA

Malakoplaki ilk kez 1902 yılında Michaelis ve Gutmann tarafından tanımlanmıştır¹⁻³. 1903'te Hanseman malakos (yumuşak) ve plakos (plak) kelimelerinden kaynaklanan malakoplaki terimini kullanmıştır^{1,3}.

Nadir görülen bir hastalık olup literatürde 200 olgu bildirilmiştir¹. Bu olguların çoğu (%70) genitoüriner sistemde tespit edilmiş olup, bunların da %40'ı mesanede görülmüştür^{1,2,6}. Olgumuz da mesane lokalizasyonu ile en sık rastlanan grupta yer almaktadır.

Literatürde kadın/erkek oranı 4/1, yaş dağılımı ise 6 ay ile 85 yaş arasındadır¹⁻⁶. Pik insidensi ise 5. dekattadır. Olgumuz 49 yaşında erkek hasta olup en sık görülen yaş grubundadır.

Klinikte malakoplaki etkilenen organa bağlı semptomlar ile ortaya çıkmaktadır. Mesane tutulumunda en sık görülen semptomlar hematüri ve iritatif semptomlardır^{1,6}. Olgumuzda da dizüri ve mikroskopik hematüri dışında başka bir klinik bulgu mevcut değildi.

Malakoplakide makroskopik olarak yumuşak, sarı-kahve renkli plaklar sıklıkla santral ülserasyon ve periferik hiperemi şeklinde görülür¹⁻³. Ancak literatürde nodüler, papiller, nekrotik, polipoid, hemorajik, trabeküler ve tümör benzeri kitleler yapan olgular da bildirilmektedir^{2,4}. Olgumuzun USG ve MR incelemesinde mesane duvarında 7x7x5.5cm ölçülerinde kitle tespit edilmiş ve öncelikle tümöral bir lezyon düşünülmüştü.

Mikroskopik olarak erken dönemde submukozal infiltrasyon, geç dönemde ise mukozal ülserasyonun yanı sıra, Michaelis Gutmann cisimlerini içeren değişen matürasyon derecesindeki histiyositler, lenfositler ve plazma hücreleri bağ dokusunu diffüz olarak infiltre etmektedir¹⁻³. 1965'te Smith malakoplakinin üç histolojik tipini tanımlamıştır. Erken fazda az sayıda makrofaj ve plazma hücresi vardır. Klasik faz veya granülatöz faz Michaelis Gutmann cisimleri içeren histiyositler, dev hücreler ve lenfositlerden oluşur. Fibrozis veya iyileşme fazında ise kollajen bantları ve fibrozis arasında histiyositler ve az sayıda Michaelis Gutmann cisimleri mevcuttur^{2,3}.

Literatürde erken veya geç fazda Michaelis Gutmann cisimlerinin görülmeyebileceği ve bu nedenle malakoplaki tanısı için zorunlu bir parametre olarak kabul edilmediği bildirilmektedir^{2,3}. Olgumuzda da alınan çok sayıda kesitte fibrozis ve kollajenden zengin stroma içinde tüm duvarı tutan yaygın histiyositik infiltrasyona rağmen belirgin Michaelis Gutmann cisimciği görülmemiştir. Belirgin fibrozis nedeniyle olgu fibrozis veya iyileşme fazı olarak yorumlanmıştır.



Malakoplakinin etyolojisinde yıllarca tüberküloz, sarkoidoz, neoplazi, fungal ve viral enfeksiyonlar gibi pek çok neden öne sürülmüştür¹⁻³. Smith² 1965 yılında 24 hastanın incelemesinde bu hastalıkların tümünü ekarte etmiş, ancak malakoplakili hastaların idrarında koliform enfeksiyon saptamıştır. Stanson ve Maxted³ 1981'de literatürdeki 153 malakoplaki olgusunu gözden geçirmiş ve bunların %89.4'ünde koliform enfeksiyon, %4.3'ünde nonkoliform enfeksiyon, %6.4'ünde ise negatif kültür tespit etmişlerdir. Ancak koliform enfeksiyon çok sık görülmesine rağmen, malakoplakinin nadir görülmesi nedeniyle ikisi arasında doğrudan bir ilişki olmadığı kanısına varılmıştır. Ayrıca beyin ve iskelet kası gibi koliform basillerin olmadığı organlarda da malakoplakinin görülmesi bu görüşü desteklemektedir^{2,5}.

İkinci olarak anormal immün cevap olasılığı üzerinde durulmuştur. Stanson ve Maxted³ aynı 153 olgudan %41'inde sistemik hastalık, karsinom, immün yetmezlik ve otoimmün hastalık saptamamışlardır. Mc Clure 1981'de üriner sistem malakoplakili hastalarda tüberküloz, sarkoidoz, sistemik lupus eritematozus, psoriasis, akciğer kanseri, meme kanseri ve eroin alımının varlığını bildirmiştir^{2,5}. Olgumuzda ise herhangi bir immün sistem bozukluğu, eşlik eden bir neoplazi veya idrar kültüründe enfeksiyona ait bulgu mevcut değildir.

Malakoplakinin tedavisinde öncelikle medikal tedavi önerilmektedir. Ancak medikal tedaviye cevap vermeyen veya ilerleme gösteren olgularda medikal tedaviye ilave olarak cerrahi tedavi önerilmektedir^{1,4-6}. Olgumuzda da klinikte kitle bulgusu ile ortaya çıkması ve radyolojik incelemede maligniteyi telkin etmesi nedeniyle cerrahi tedavi uygulanmıştır.

Sonuç olarak; malakoplaki nadir görülen bir granülomatöz hastalık olup en sık alt üriner sistemi tutmaktadır. Klinikte lokalizasyonuna bağlı irritatif semptomlar ile ortaya çıkmaktadır. Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Kitle etkisiyle malignite ile karışmaktadır. Tedavisi medikal olmakla birlikte yanıt vermeyen olgularda cerrahi tedavi uygulanmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Long JP, Althausen AF. Malacoplakia: A 25 years experience with a review of the literature. J Urol 1989; 141: 1328-31.
2. Curran FT. Malacoplakia of bladder. Br J Urol 1987; 59: 559-63.
3. Stanson MJ, Maxted W. Malacoplakia: A study of the literature and current concepts of pathogenesis, diagnosis and treatment. J Urol 1981; 125: 139-45.
4. Sulman A, Goldman H. Malacoplakia presenting as a large bladder mass. Urology 2002; 60: 163.
5. Smith DJ, Survarna SK, Chaple CR. Pelvic malacoplakia—an unusual bladder tumor. Br J Urol 1994; 73: 322-3.
6. Minor L, Lindgren BW. Malacoplakia of the bladder in a 16 years-old girl. J Urol 2003; 170: 568-9.