

# Mesanenin İnflamatuvar Psödötümörü. Olgu Sunumu

Banu Kurtoğlu\*, Kutsal Yörükoğlu\*, Tardu Çınar\*\*, Ziya Kırkalı\*\*

**Özet:** İnflamatuvar psödötümör mesanenin mikroskopik olarak sarkoma benzeyen, ancak klinik olarak benign, travma ile ilişkili olmayan proliferatif mesenşimal bir lezyonudur. İlk defa 1980’de Roth tarafından tanımlanmıştır. Histopatolojik olarak diğer sarkomlara, özellikle sarkomatooid karsinom, miksoid leiomyosarkom ve rabdomyosarkomlara benzemektedir. Bu yüzden ayırıcı tanısının yapılması önemli ve gereklidir. Burada hematüri şikayeti ile başvuran 23 yaşındaki erkek hastada sistoskopik olarak polipoid kitle ve transizyonel hücreli karsinom klinik ön tanısı ile TUR yapılan ve patolojik incelemede inflamatuvar psödötümör tanısına ulaşılan olgu, histopatolojik, histokimyasal, immunhistokimyasal özellikleri ilgili kaynaklar ışığında sunulmakta ve ayırıcı tanı özellikleri gözden geçirilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Mesane, inflamatuvar psödötümör, histopatoloji.

İnflamatuvar psödötümör mesanenin proliferatif mezenşimal bir lezyonudur. Klinik olarak benign olmasına rağmen, histopatolojik olarak sarkoma benzer. Postoperatif işsi hücreli nodülün aksine cerrahi bir travmayla ilişkili değildir (1-3). Nadir görülen bir antitedir ve literatür bilgilerine göre günümüze kadar sadece 35 olgu bildirilmiştir (3). Bu antite inflamatuvar psödötümör olarak bilinir, ancak, “psödösarkomatöz myofibroblastik proliferasyon”, “psödösarkomatöz myofibroblastik tümör”, “reaktif psödösarkomatöz yanıt”, “atipik myofibroblastik tümör”, “atipik fibromiksoid tümör”, “plazma hücreli granülom”, “mesanenin nodüler fasiitisi” gibi isimleri de vardır (1-4).

İlk defa 1980’de Roth tarafından tanımlanmıştır (1-3). Roth rekürrent sistit ve hematüri semptomları gösteren 32 yaşındaki kadın hastada ülsere mesane lezyonunu tanımlamıştır. Bu lezyon, inflamatuvar hücrelerin dağılmış olduğu miksoid bir zeminde mitotik aktivite gösteren işsi hücrelerden oluşmaktadır (1). Olsen adlı araştırmacı daha sonra 24 yaşında kadın hastada myosarkoma benzeyen işsi hücreli lezyonu, Nochomovitz ve Orenstein ise “inflamatuvar psödötümör” olarak tanı verdikleri 2 lezyonu tanımlamışlardır (1,2). Son zamanlarda Nochomovitz ve Orenstein tarafından ortaya atılan “inflamatuvar psödötümör” terimi yaygın olarak kullanılmaktadır (2).

İnflamatuvar psödötümör, postoperatif işsi

\*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji ABD, İzmir  
\*\*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji ABD, İzmir

**Yazışma adresi:** Dr. Banu Kurtoğlu

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji ABD, Inciraltı, İzmir

hücreli nodülden farklı olarak cerrahi bir travma ile ilişkili değildir. Postoperatif işsi hücreli nodül kavramı araştırmacılar tarafından operasyonu takiben gelişen, ilk tanıları sarkom olabilen, klinik takiplerde “benign” natürde olduğu ortaya çıkan bir lezyondur (5). Mesaneden başka vagina, prostat ve üretrada da bildirilmiştir. Bundan başka belirgin işsi hücre proliferasyonu ile birlikte olan epiteliyal neoplazmlar deri, nazofarinks, larinks, tükruk bezleri, oral kavite, tiroid, timus, akciğerler, GİS, karaciğer, safra kesesi, pankreas, böbrekler, meme, uterus, overlerde de bildirilmiştir (5, 6).

Bu lezyonların özellikle sarkomlardan ayırıcı tanısının yapılmasında klinik özellikler, histopatolojik, histokimyasal, immunhistokimyasal ve ultrastrüktürel çalışmalar önemlidir (1-6). İmmunhistokimyasal olarak Epiteliyal membran antijeni (EMA), sitokeratin, vimentin, aktin ve desmin özellikle önemlidir (2-5).

Ürogenital traktüsün sarkomatooid lezyonları sık değildir. Sarkomatooid karsinomları da oldukça nadirdir. Bu sarkomatooid patern ve epiteliyal paternin karışımından oluşan malign bir tümördür. Bu lezyonların ayırıcı tanısında da “inflamatuvar psödötümör” vardır (7).

Kaynaklarda sözü edilen diğer bir antite de, primer ya da metastatik transizyonel hücreli karsinomlu olgularda gözlenen psödösarkomatöz stromal reaksiyondur. Bu lezyonların da gerçek sarkomlardan ve sarkomatooid karsinomlardan ayrılması gerekmektedir. Ayırıcı tanıda bu stromal işsi hücrelerin immunhistokimyasal ve ultrastrüktürel özellikleri önemlidir (8, 9).

## Olgu Sunumu

23 yaşındaki erkek hasta hematüri yakınmasıyla kliniğe başvurdu. Yapılan sistoskopik

muayenede, mesanede polipoid kitle tespit edildi ve sistoskopik olarak mesaneden random biyopsiler ile, transizyonel hücreli karsinom ön tanısı ile tümörden ve tümörün altındaki derin dokudan biyopsiler alındı .

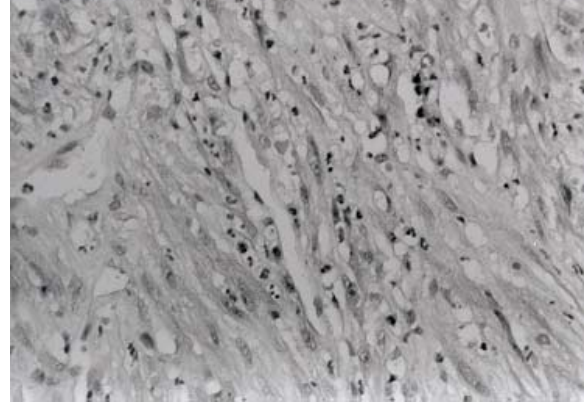
Makroskopik tümör olarak alınan doku 4cc hacimde parçalı, kanamalı, düzensiz gri-beyaz renkli dokulardı. Derin doku olarak alınan materyel ise, 2cc hacimde olup, yine aynı özellikte idi.

Mikroskopik olarak, tümör ve derin doku olarak alınan dokuların kesitlerinde normal-hiperplastik transizyonel epitel, ödemli lamina propria, birkaç odakta ise neoplastik doku izlenmekteydi. Neoplastik hücreler genelde iğsi şekilde, yer yer şişkin görünümdeydi. Nukleuslar oval, fusiform şekilli, bir ya da birden çok nukleol içermekteydi. Stoplazmalar geniş görünümdeydi. Yer yer çaprazlaşan demetler genelde miksoid bir görünüm kazanmaktaydı. Yüksek mitotik aktivite vardı, ancak atipik formlar gözlenmedi (Resim 1). Bazı alanlarda daha belirgin olmak üzere, tümörün damardan oldukça zengin olduğu görülmekteydi. Stroma ve tümör çevresinde oldukça yoğun eozinofil-nötrofil lökositler izlenmekteydi (Resim 2). Tümör bir odakta kas dokuya invazeydi. PTAH boyasında stoplazmada bazı hücrelerde çizgilenmeler vardı. İmmunhistokimyasal incelemede vimentin, aktin, desmin, EMA, keratin ve HMB-45 boyaları uygulandı. Stromal iğsi hücreler vimentin ve aktin ile kuvvetli boyandı. Desmin ve aktin ile fokal boyanma, EMA ve keratin ile pozitif boyanma saptandı. HMB-45 ise negatifti.

Bu bulgularla olguda “inflamatuar psödötümör” tanısına ulaşıldı.



Resim 1. Tümörün mikroskopik görünüşü. Hücresel atipi ve bir mitoz (ok) izlenmektedir (HE, X400).



Resim 2. Fibroblastik hücrelerle karışık nötrofil lökositler dikkati çekmektedir ( HE, X200).

## Tartışma

“İnflamatuar psödötümör” mesanenin histopatolojik olarak sarkoma benzeyen, ancak klinik olarak benign, proliferatif mezenşimal bir lezyonudur. Lezyon dağılmış inflamatuvar hücreleri içeren miksoid bir zemindeki mitotik aktivite gösteren iğsi hücrelerden oluşmaktadır. Bu hücreler yüzeysel kas tabakasını infiltre edebilirler, ancak cerrahi sınırlar negatiftir. Sistoskopik küçük biyopsi örneklerinde lezyon myosarkoma benzemektedir. Mikroskopik olarak, ödemli , miksoid ve çok sayıda kan damarı ile inflamatuvar hücreleri içeren bir zeminde elonge eozinofilik sitoplazmalı iğsi hücrelerden oluşmaktadır. Hücrelerin nukleusları geniş, hiperkromatik olmayan nukleuslar şeklindedir (1-4).

İnflamatuar psödötümör klinik olarak kadın predominantlığı göstermektedir. Bu oran 3:1'dir. 2-73 yaşları arasında, ortalama 25 yaşta izlenir. Dikkat çekici bir nokta olguların %50'sinin ilk iki dekatta olmasıdır. Tümör çapı 1-8 cm. arasında değişir. Olguların büyük kısmı fundustadır. Ancak sıklık sırasına göre sağ duvar, sol duvar, ön duvar, arka duvar ve trigonda da izlenir (3-4). Olgumuz sağ yan duvar yerleşimli idi.

Hastalar genellikle nonspesifik semptomlarla başvururlar. Bunlar hematüri (en sık rastlanan semptom), disüri, hipogastrik ağrı, sık idrar yapma, üriner retansiyon ve inkontinanstır. Klinik gidiş ve semptomlar tamamen benignidir (3).

Bizim olgumuz 23 yaşında ve hematüri yakınmasıyla başvurmuştu. Sistoskopik muayenesinde kitle tanısı verilmiş ve ön planda transizyonel hücreli karsinom düşünülmüştü. Olgularda genel olarak bir kadın dominantlığı olmasına rağmen (3-4) olgumuz erkek idi.

İnflamatuvar psödötümör olguları, özellikle ilk histopatolojik incelemede sarkom ya da sarkomatoid karsinom ile karışmaktadır. Ayırıcı tanı özellikle küçük biyopsi örneklerinde önem kazanmaktadır. Olguların yarısından fazlası malign tümör ve özellikle miksoid leiomyosarkom olarak değerlendirilmektedir. Ancak ayırıcı tanı özellikleri açısından inflamatuvar psödötümör olguları daha fazla vasküler, daha çok sellülerdir ve daha belirgin inflamatuvar komponent içermektedir. Ayrıca longitudinal sitriasyonun ve düz kas aktini ile desmin immun reaktivitesinin olmaması ile ayrılmaktadır. Gerçek atipik mitozların olmaması ve tipik granülasyon dokusunu taklit eden damarsal proliferasyon da miksoid leiomyosarkomlarda bulunmayan özelliklerdir (2,3,4). Bizim olgumuzda da yüksek mitotik aktivite olmasına rağmen atipik formların görülmemesi, ayrıca stromada granülasyon dokusunu taklit eden damar proliferasyonu içermesi nedeniyle leiomyosarkomdan uzaklaşmıştır.

Ayırıcı tanıda önemli olan diğer bir sarkom da rabdomyosarkomdur. Rabdomyosarkomdan farklı olarak, rabdomyoblastların ve kambium tabakasının olmaması ayırıcıdır. Aynı özellikler embriyonel rabdomyosarkom için de geçerlidir. Mesanenin diğer miksoid varyantlı liposarkom ya da malign fibröz histiositom gibi lezyonları da göz önüne alınmalıdır. Ayırıcı tanıda mezenter ve retroperitonyumun inflamatuvar fibrosarkomu da düşünülmelidir. İnflamatuvar fibrosarkom mesanede bildirilmemiştir ve lezyondaki iğsi hücreler belirgin malign özelliklere sahiptir. Ancak inflamatuvar psödötümördeki gibi inflamatuvar bir zemindeki myofibroblast ve fibroblastların karışımından oluşmaktadır (2-4).

Daha önce de belirtildiği gibi sarkomatoid karsinomdan ayırıcı tanıda histopatolojik bulguların yanısıra ultrastrüktürel özelliklerde yardımcı olmaktadır. Sarkomatoid karsinomlar myofibroblastik diferansiyasyon göstermezler. Aynı zamanda bu lezyonlar klinik olarak tipik yaşlı hastalarda görülürler. Bu da genellikle ilk iki dekatta görülen inflamatuvar psödötümörden ayrılan bir özelliktir. Ayrıca sarkomatoid karsinom daha sıklıkla erkeklerde görülür. İğsi hücre komponenti EMA ve sitokeratin pozitifliği gösterir. Vimentin pozitifliği de vardır. Ancak olguların hiçbirinde desmin ve aktin pozitifliği yoktur (2-4,6,7).

Bir de genitoüriner traktüsün postoperatif iğsi hücreli nodülü bulunmaktadır. Bu lezyonlar sıklıkla mesane, vagina, prostat ve üretrada gelişirler. Bütün hastalarda öyküde TUR ya da genitoüriner traktüse yönelik cerrahi operasyon öyküsü bulunmaktadır. Operasyondan 5 hafta ila

3 ay sonra hematüri ya da obstrüksiyon bulguları ile hastalar tekrar başvurmaktadır. Bu olgular histopatolojik olarak uniform görünümde fasiküller halindeki şişkin iğsi hücrelerden oluşmaktadır. Hücreler yarı benzeri damardan zengin bir stromada dağılmışlardır. Belirgin storiform patern yoktur. Yüzeyde sıklıkla ülserasyon bulunur. Ülser altında akut inflamatuvar infiltrat, daha derinde ise, daha çok kronik inflamatuvar infiltrat bulunmaktadır. Nükleer pleomorfizm ve hiperkromatizm ile gösteren mitotik figürler yoktur. Bu özellikleri ile Kaposi sarkomundan ayrılmaktadır. Postoperatif iğsi hücreli nodülün ayırıcı tanısında nörofibrosarkom, malign fibröz histiositom, malign melanom ve rabdomyosarkom da vardır (5,6). Olgumuzda öyküde herhangi bir cerrahi travmanın olmayışı nedeni ile ayırıcı tanıda postoperatif iğsi hücreli nodülü ekarte ettik.

Primer ya da metastatik üroepitelial karsinomlarda görülen psödosarkomatöz stroma da ayırıcı tanıda önemlidir. Bunlar abartılı stromal reaksiyonlardır ve sıklıkla spindle hücreli karsinom, karsinosarkom, sarkom ve benign psödosarkomatöz lezyonlarla karışır. Histopatolojik olarak stromal hücreler iğsi şekilli, vakuollü ya da fibriler, eozinofilik ya da amfofilik stoplazmalıdır. Nükleuslar veziküledir. Mitoz sık değildir. Olgularda stromada şişkin endotelial hücreler, ekstrasvaze eritrositler, dağılmış inflamatuvar hücreler vardır. İmmunhistokimyasal olarak karsinomlardan farklı olarak keratin negatiftir. Vimentin ise değişkendir. EMA ve aktinde negatiftir. Ultrastrüktürel olarak stromal iğsi hücreler fibroblastik özelliktedir. Bu lezyonun da özellikle sarkomatoid karsinom, rabdomyosarkom, miksoid leiomyosarkomdan ayrılması gereklidir. Tanıda yine immunhistokimyasal ve ultrastrüktürel bulgular yardımcıdır (8,9).

Özetle inflamatuvar psödötümör mesanenin sık görülmeyen morfolojik olarak ayrı bir antitesi olan, karakteristik histopatolojik, histokimyasal, immunhistokimyasal bulguları olan, non-neoplastik, proliferatif, reperatif bir lezyondur. Ayırıcı tanıda sarkomlar, özellikle miksoid sarkomlar ve sarkomatoid karsinomlar göz önüne alınmalıdır.

### **Inflammatory Pseudotumor of the Bladder. A Case Report**

*Abstract: Inflammatory pseudotumor of the bladder is a proliferative mesenchymal lesion that microscopically resembling sarcomas, but clinically is benign and not related to trauma. This lesion was first described in 1980 by Roth. Histopathologically,*

*it resembles other sarcomas especially as sarcomatoid carcinomas and rhabdomyosarcomas. In this study, we evaluated a 23 years old man who was admitted to the hospital with the complain of hematuria. A polipoid bladder mass was resected with a clinical diagnosis of transitional cell carcinoma. The mass was evaluated as inflammatory pseudotumor by histopathological interpretation. The case is presented with the pathological, immunohistochemical features and the differential diagnosis is discussed.*

**Key words: Bladder, Inflammatory pseudotumor, Histopathology.**

#### **Kaynaklar**

1. Young RH: Pseudoneoplastic lesions of the urinary bladder. In: Pathology Annual. Edited by Appleton-Centry-Crofts, East Norwalk CT, 1988, pp: 67-104.
2. Jones EC, Clement PB, Young RH: Inflammatory pseudotumor of the urinary bladder. Am J of Surg Pathol 17(3): 264-274, 1993.
3. Angulo JC, Lopez JI, Flores N: Pseudosarcomatous myofibroblastic proliferation of the bladder: Report of 2 cases and literature review. The J of Urol 151: 1008-1012, 1994.
4. Lundgren L, Aldenborg F, Angervall L, Kindblom LG: Pseudomalignant spindle cell proliferation of the urinary bladder. Hum Pathol 25: 181-191, 1994.
5. Proppe KH, Scully RE, Rosai J: Postoperative spindle cell nodules of genitourinary tract resembling sarcomas. The Am J of Surg Pathol 18(2) : 101-108, 1984.
6. Wick MR, Brown BA, Young RH, Mills SE: Spindle cell proliferations of the urinary tract. The Am J of the Surg Pathol 12(5): 379-389, 1988.
7. Reuter VE: Sarcomatoid lesions of the urogenital tract. Sem in Diag Pathol 10(2): 188-201, 1993.
8. Young RH, Wick MR: Transitional cell carcinoma of the urinary bladder with pseudosarcomatous stroma. Am J Clin Pathol 89: 216-219, 1988.
9. Madadevia PS, Alexander JE, Corona RR, Koss LG: Pseudosarcomatous stromal reaction in primary and metastatic urothelial carcinoma. The Am J of Surg Pathol 13(9): 782-790, 1989.