



OLGU SUNUMU / CASE REPORT

Mesane kaynaklı inflamatuvar miyofibroblastik tümör

Urinary bladder inflammatory myofibroblastic tumor

Ahmet Gökhan Sarıtaş¹, Kubilay Dalcı¹, Gülfiliz Gönülüşen², Şeyda Erdoğan²,
Ahmet Rencüzoğulları¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ²Patoloji Anabilim Dalı, Adana, Turkey

Cukurova Medical Journal 2018;43(2):487-490

Abstract

Inflammatory myofibroblastic tumor is a local aggressive behavioral neoplasm of unknown etiology . Pulmonary, gastrointestinal, genitourinary system, retroperitoneal are frequently seen. The diagnosis, history, physical examination, laboratories and imaging methods are limited. There is a potential for recurrence. In this article we present a bladder inflammatory myofibroblastic tumor diagnosed in a female patient with pelvic pain and dysuria complaints.

Key words: Urinary bladder, inflammatory myofibroblastic tumor

Öz

İnflamatuvar miyofibroblastik tümör , etyolojisi tam olarak belirlenememiş lokal agresif davranışlı bir neoplazmdir. Pulmoner, gastrointestinal, genitouriner sistem ,retroperitoneal bölge sıklıkla görüldüğü yerlerdir. Tanıda ,anamnez, fizik muayene ,laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerinin yeri sınırlıdır. Nüksetme potansiyeli mevcuttur. Bu yazıda pelvik ağrı ve disüri yakınmaları olan kadın hastada tespit edilen mesane inflamatuvar miyofibroblastik tümörü sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Mesane, inflamatuvar miyofibroblastik tümör

GİRİŞ

İnflamatuvar miyofibroblastik tümör (İMT), ender görülen bir tümördür. Tümörün tanımlandığı ilk zamanlarda reaktif lezyonlardan oluşan heterojen grup olarak düşünülürken , günümüzde genetik kökeni olan, otoimmün ve enfeksiyöz nedenlerin de suçlandığı lokal agresif davranış özelliklerine sahip bir neoplazm olarak tanımlanmaktadır ¹⁻⁵. Histopatolojik tanımlama, ilk defa 1980 yılında Roth tarafından mesanede sıra dışı psödosarkomatöz lezyon olarak yapılmıştır ⁶. Pettinato ve arkadaşları, 1990 yılında 20 vakalık akciğer psödötümörü serisi ile İnflamatuvar miyofibroblastik tümör terimini kullanmışlardır⁷.

Sıklıkla akciğer, gastrointestinal ,genitouriner organlar ve retroperitonda görülmekle birlikte vücutta farklı lokalizasyonlarda görülebilir⁸.Çocukluk çağında sık görülmekle birlikte daha çok 40 yaş altı erişkinlerde de görülmektedir ve görülme sıklığı kadın ve erkeklerde eşittir.

Asemptomatik olabildiği gibi kitlenin lokalizasyonuna göre öksürük, kilo kaybı, idrar yolu enfeksiyonu, ateş, yorgunluk gibi semptomlar da verebilir⁹. Fizik muayenede palpable kitle şeklinde bulgu verebilir. Genellikle görüntüleme yöntemlerinde insidental olarak saptanır. Ultrasonografi (USG), Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Magnetik Rezonans (MR) kitlenin teşhis edilmesi ve diğer kitlesel lezyonlardan ayırıcı tanısının yapılması amacıyla kullanılabilir fakat görüntüleme tipik bulgu vermeyebilir²⁻¹⁰.

Tedavide sağlam cerrahi sınır sağlayacak şekilde tümörün rezeksiyonu gereklidir. Nüks etme ihtimali olan İMT olguları ameliyat sonrası dönemde yakın takip gerektirir ⁴⁻¹¹. Literatürde ender rastlanan İMT tanı, tedavi ve takibinde Cerrahi, Radyoloji ve Patoloji kliniklerinin multidisipliner yaklaşımı, gereksiz radikal cerrahi girişimi azaltmakla beraber tümör nüksünü önlemek açısından önemlidir²⁻⁹.

Yazıda pelvik ağrı ve disüri yakınmaları olan kadın hastada tespit edilen mesane inflamatuvar

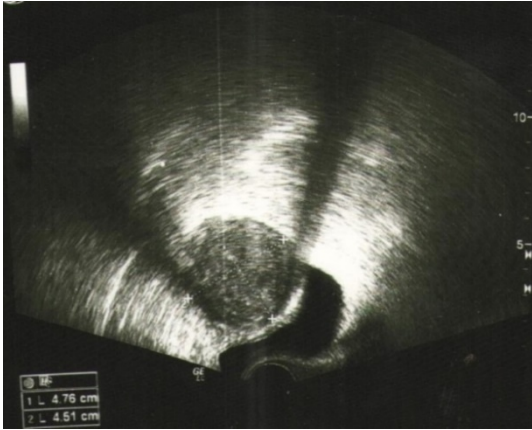
Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Ahmet Gökhan Sarıtaş, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Adana, Turkey. E-mail: drags0001@hotmail.com
Geliş tarihi/Received: 26.07.2017 Kabul tarihi/Accepted: 21.08.2017

myofibroblastik tümörü literatür eşliğinde sunulması amaçlanmıştır.

OLGU

Ek hastalığı bulunmayan, 51 yaşında kadın hastaya, 3 ay önce idrar yaparken zorlanma ve ağrı şikayeti ile idrar yolu enfeksiyonu tanısı konulmuş ve tedavi verilmiş. 10 günlük tedavi sonrası şikayetlerinin geçmemesi üzerine Jinekoloji kliniğine başvurmuş. Yapılan muayene, labaratuvar ve ultrasonografide sezeryan insizyonu skarının olduğu simfizis pubis bölgesinde kistik lezyon ve idrar kültüründe mantar enfeksiyonu saptanmış. . CRP: 25 olarak ölçülmüş Enfeksiyona yönelik tedavi verilen hastanın, şikayetlerinin geçmemesi üzerine, Pelvik MRI çekilmiş. Simfizis pubis üzerinde kitle saptanan hasta kliniğimize müracaat etti ve operasyon için yatırıldı. Fizik muayenesinde, sezeryan skarının üzerinde simfizis pubis düzeyinde ele gelen yaklaşık 5X7 cm kitle mevcut idi.

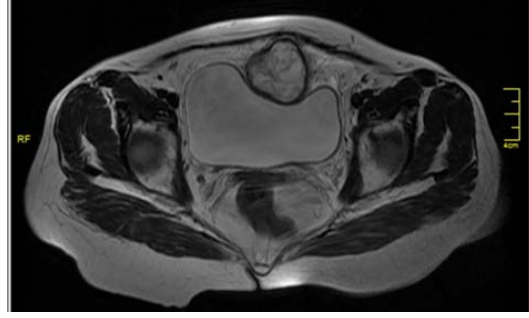
Tam kan sayımı, biyokimyasal ve tümör markerları normal sınırlar da idi. Tam idrar tetkikinde, enfeksiyon bulgusu yok idi. Pelvik USG'de mesane sol anteriorunda 4.5cm boyutlu heterojen iç yapıda hipoekoik nodüler lezyon mevcut olup mesaneye anteriordan bası etkisi olduğu görüldü (Resim-1).



Resim 1. Mesane sol anteriorunda 45x47 mm boyutunda heterojen iç yapıda hipoekoik nodüler lezyon, mesaneye anteriordan bası yapmakta.

MRI, mesane anteriorunda, karın ön duvarı arkasında mesaneye ekstrensek bası ve deformasyon oluşturan 47x45x46 mm boyutlarda, kalın kapsüllü, iç yapısı heterojen, semisolid-kistik özellikte lezyon izlendi. Mesane lümeni içinde yer kaplayıcı lezyon saptanmadı (Resim 2a-b). Laparotomide kitlenin

mesane anteriorunu invaze ettiği görüldü. Parsiyel sistektomi ile kitle unblok çıkarıldı. Mesane primer onarımı sonrası fasiadaki defekt monofilamen polypropilen mesh ile onarılarak operasyon sonlandırıldı. Ameliyat sonrası problem olmadı . Postoperatif 3. gününde taburcu edildi.



Resim 2-a. Mesane önünde, karın ön duvarı arkasında mesaneye ekstrensek bası ve deformasyon oluşturan 47x45x46mm boyutlarda, kalın kapsüllü, iç yapısı heterojen, semisolid-kistik özellikte kitlesel lezyon.

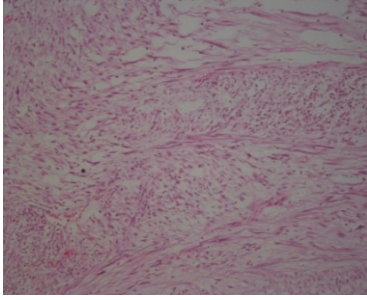


Resim 2-b. Mesane önünde, karın ön duvarı arkasında mesaneye ekstrensek bası ve deformasyon oluşturan 47x45x46mm boyutlarda, kalın kapsüllü, iç yapısı heterojen, semisolid-kistik özellikte kitlesel lezyon.

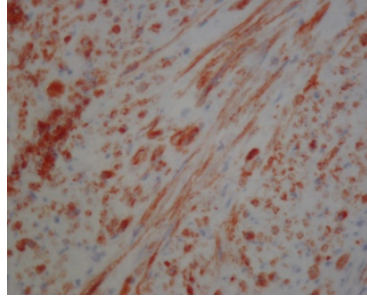
Altı gün sonra nefes darlığı ve sol yan ağrısı nedeni ile başvuran hasta pnömoni tanısı ile yatırıldı. 7 gün tedavi uygulanan hasta taburcu edildi. Patoloji sonucu,parsiyel sitektomi ameliyat materyalinin makroskopik incelemesinde mesane mukozası altından başlayan 6x4,5x4 cm boyutlarında , gri-beyaz renkte yer yer jelatinöz kıvamda alanlar içeren kitle saptandı. Hazırlanan histolojik kesitlerde mesane mukozasını intakt bırakan , mesane kas tabakasını fokal invaze edip serozaya doğru büyüyen mezenkimal lezyon izlendi. Tümör hücreleri iğsi nükleus ve sitoplazmalı idi ve fokal alanlarda

mikzoid zemin ve dağınık inflamatuvar hücreler görüldü. (Resim 3 a) Geniş nekroz alanları mevcut idi. Belirgin atipik mitoz yoktu. Kitle eksizyon cerrahi sınırları intakt idi. İmmünohistokimyasal yöntemle uygulanan SMA: (+), ALK: yaygın pozitif, Keratin

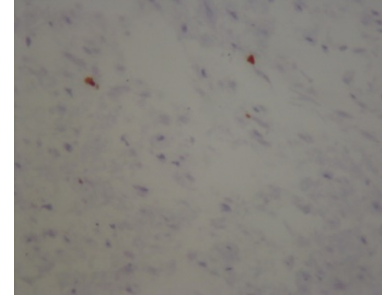
fokal pozitif ve S100: (-) olarak izlendi. , Ki-67 proliferasyon indeksi: % 1 olarak görüldü. (Resim-3 b,c). Ameliyat sonrası şikayetleri olmayan, üç yıllık takiplerinde nüks gelişmeyen hasta, halen takibimizdedir.



Resim 3-a. İğsi sitoplazma ve nukleuslu hücrelerin oluşturduğu fasiküler görünüm ve arada mikzoid zemin (H&EX200).



Resim 3-b. İmmünohistokimyasal yöntemle uygulanan ALK ile tümör hücrelerinde yaygın pozitiflik (İmmünohistokimya X 200).



Resim 3-c. Ki-67 ile düşük proliferasyon indeksi (İmmünohistokimya X 400).

TARTIŞMA

İnflamatuvar myofibroblastik tümör akciğer, abdominopelvik organlar, mediasten ve retroperitonda görülebilmekte birlikte genitoüriner sistemde mesane, böbrek, prostat ve spermatik kordda da görülebilir⁹⁻¹². Genellikle çocuk ve 40 yaş altı genç erişkinlerde görülen bu neoplazide cinsiyet ayrımı yoktur¹³. Sıklıkla hematüri şikayeti ile beraber alt üriner sistem semptomları ve pelvik ağrı da görülebilir. Bazı olgularda bu semptomlara ateş, halsizlik ve kilo kaybı gibi nonspesifik semptomlar da eşlik edebilir. Fizik muayenede palpable kitle ender olarak tespit edilebilir^{14,15}.

Görüntüleme yöntemlerinde farklı özelliklere sahip olduğundan tipik bulgusu yoktur. Çoğunlukla insidental olarak saptanırlar. Kitlenin lokalizasyonuna göre USG, BT ve MR görüntüleme tanı koymak amacıyla kullanılabilir. Sarkom ve diğer kitlesel lezyonlardan ayırıcı tanısının yapılması zordur^{9,10,15}. Tümör çapı 1-8 cm. arasında değişir. Mesane yerleşimli olguların büyük kısmı fundustadır. Ancak sıklık sırasına göre sağ duvar, sol duvar, ön duvar, arka duvar ve trigonda da izlenir^{16,17}.

İnflamatuvar myofibroblastik tümörün histolojik görünümü oldukça değişkendir ve leiomyosarkom ve embriyonal rabdomyosarkom ile benzerlik göstermesi nedeniyle ayırıcı tanısının yapılması gereklidir. Temel olarak myofibroblastik, fibroblastik hücreler ve inflamatuvar hücrelerden oluşmaktadır.

İnflamatuvar hücreler baskın olarak plazma hücreleri yanı sıra lenfositler, eozinofiller ve nötrofillerden oluşmaktadır. Myofibroblastik/fibroblastik hücrelerin oranı olgudan olguya değişmektedir. Bu hücreler genellikle iğsi sitoplazmalı, veziküler kromatinlidir. Mitoz oldukça düşüktür. İmmünohistokimyasal olarak iğsi hücrelerde SMA, MSA pozitifliği yanı sıra daha az oranda Desmin, Kalponin ve keratin pozitifliği görülebilir. Bu tümörlerin yarısına yakınında ALK pozitifliği mevcut olup, tanı koydurucudur¹²⁻¹⁸.

Nüks etme ihtimali olan bu tümörlerin metastaz yapma özelliği yoktur. Yüksek dereceli üretelyal karsinom ve inflamatuvar myofibroblastik tümörün birlikte görüldüğü vakalar literatürde bildirilmiştir¹⁸. Cerrahi öncesi antiinflamatuvar tedavinin tümör boyutunu küçültmede etkili olduğu rapor edilmiştir¹⁹. Mesane orjinli İMT tedavisinde parsiyel sistektomi veya transüretal rezeksiyon önerilmektedir^{14,20,21}. Tümörün bütün olarak rezeksiyonu semptomların ve labaratuvar anomalilerinin ortadan kaldırılmasını sağlamakla birlikte tümör nüksünün önlenmesinde de önemli tedavidir¹⁻¹⁴.

İnflamatuvar myofibroblastik tümör ender görülen, nonspesifik semptomlara sahip; görüntüleme yöntemlerinde malign lezyonlardan ayırıcı tanısı net olarak yapılamayan benign karakterli bir lezyondur. Ayırıcı tanısının yapılması gereksiz radikal girişimleri azaltmaktadır. Nüks etme potansiyelinin olması

nedeni ile küratif rezeksiyon ana tedavi yöntemidir. Genitoüriner sistem kitlelerinde , bu tümörün varlığı gözönünde bulundurulmalıdır. Tedavisinin cerrahi , patoloji ve radyoloji kliniklerinin multidisipliner yaklaşımı ile yapılması gerektiği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Pungpapong S, Geiger XJ, Raimondo M. Inflammatory myofibroblastic tumor presenting as a pancreatic mass: a case report and review of the literature . JOP. 2004;5:360-7.
2. Rabban JT, Zaloudek CJ, Shekitka KM, Tavassoli FA. Inflammatory myofibroblastic tumor of the uterus: a clinicopathologic study of 6 cases emphasizing distinction from aggressive mesenchymal tumors. Am J Surg Pathol. 2005;29:1348-55.
3. Coffin CM, Watterson J, Priest JR, Dehner LP. Extrapulmonary inflammatory myofibroblastic tumor (inflammatory pseudotumor) a clinicopathologic and immunohistochemical study of 84 cases. Am J Surg Pathol. 1995;19:859-72.
4. Ryu KH, Im CM, Kim MK, Kwon D , Park K, Ryu SB et al. Inflammatory myofibroblastic tumor of the kidney misdiagnosed as renalcell carcinoma. J Korean Med Sci. 2010;25:330.
5. Nonaka D, Birbe R, Rosai J. So-called inflammatory myofibroblastic tumour: a proliferative lesion of fibroblastic reticulum cells? Histopathology. 2005;46:604-13.
6. Roth JA. Reactive pseudosarcomatous response in urinary bladder. Urology. 1980;16:635-7.
7. Pettinato G, Manivel JC, De Rosa N, Dehner LP. Inflammatory myofibroblastic tumor (plasmacellgranuloma). Clinicopathologic study of 20 cases with immunohistochemical and ultrastructural observations. Am J Clin Pathol. 1990;94:538-46.
8. Gleason BC, Hornick JL. Inflammatory myofibroblastic tumours: Where are we now? J Clin Pathol. 2008;61:428-37.
9. Gude D, Rayudu R, Bansal D How pseudo is an inflammatory pseudotumor? Indian J Med Paediatr Oncol. 2011;32:204-06.
10. Coffin CM, Hornick J, Fletcher CD. Inflammatory myofibroblastic tumor: comparison of clinicopathologic, histologic, and immunohistochemical features including ALK expression in atypical and aggressive cases. Am J Surg Pathol. 2007;31:509-20.
11. Kovach SJ, Fischer AC, Katzman PJ, Salloum RM, Ettinghausen SE, Madeb R et al. Inflammatory myofibroblastic tumors. J Surg Oncol. 2006;94:385-91.
12. Artaş G , Orhan İ , Özeran İH . Böbreğin inflamatuvar miyofibroblastik tümörü: nadir bir olgu . Firat Medical Journal. 2015;20:54-56.
13. Montgomery EA, Shuster DD, Burkart AL et al. Inflammatory myofibroblastic tumors of the urinary tract: a clinicopathologic study of 46 cases, including a malignant example inflammatory fibrosarcoma and a subset associated with high grade urothelial carcinoma. Am J Surg Pathol. 2006;30:1502-12.
14. Lott S, Lopez-Beltran A, MacLennan GT, Montironi R, Cheng L. Soft tissue tumors of the urinary bladder, Part I: myofibroblastic proliferations, benign neoplasms, and tumors of uncertain malignant potential. Hum Pathol. 2007;38:807-23.
15. Tazi K, Ehriouch A, Karmouni T, Maazaz K, el Khadir K, Koutani A et al. Inflammatory pseudotumors of the kidney: a case report. Ann Urol. 2001;35:30-3.
16. Angulo JC, Lopez JI, Flores N. Pseudosarcomatous myofibroblastic proliferation of the bladder: Report of 2 cases and literature review. The J of Urol. 1994;151:1008-12.
17. Lundgren L, Aldenborg F, Angervall L, Kindblom LG: Pseudomalignant spindle cell proliferation of the urinary bladder. Hum Pathol. 1994;25:181-91.
18. Montgomery EA, Shuster DD, Burkart AL, Esteban JM, Sgrignoli A, Elwood L et al. Inflammatory myofibroblastic tumors of the urinary tract: a clinicopathologic study of 46 cases, including a malignant example inflammatory fibrosarcoma and a subset associated with high-grade urothelial carcinoma. Am J Surg Pathol . 2006;30:150212.
19. Berger A, Kim C, Hagstrom N, Ferrer F. Successful preoperative treatment of pediatric bladder inflammatory myofibroblastic tumor with anti-inflammatory therapy. Urology. 2007;70:372 e13-5.
20. Cheng L, Foster SR, MacLennan GT, Lopez-Beltran A, Zhang S, Montironi R. Inflammatory myofibroblastic tumors of the genitourinary tract-single entity or continuum? J Urol. 2008;180:1235-40.
21. Ozkan B, Kural AR, Uzun H, Durak H, Yalçın V. Inflammatory pseudotumor of the bladder: report of 2 cases and literature review. Turk J Urol. 2005;31:274-7.