

**BİR MESANE MALAKOPLAKİ OLGUSU**

A CASE OF BLADDER MALAKOPLAKIA

YALÇIN, V\*., KURAI A.R\*., ÖNDER A.U\*., ÖZ B\*\*., ÖNER A\*.

\* Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

\*\* Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

**ÖZET**

Nadir görülen bir mesane malakoplaki olgusu sunulmuş ve literatür gözden geçirilmiştir.

**SUMMARY**

A case of bladder malakoplakia which is rare is presented and the literature is reviewed.

**GİRİŞ**

Malakoplaki nadir görülen kronik enflamatuvar bir hastalıktır. İlk kez 1902 yılında Michaelis ve Gutmann tarafından tanımlanmıştır. En sık üriner sistemi etkilemektedir (4). Olguların % 40'ında mesane tutulmuştur (1). Yüzeysel, sarı, yumuşak plak şeklindeki nodüllerle karakterizedir (1). Plakların iyileşmesi ile oluşan fibrozis üriner sistemde ciddi obstrüksiyonlara yol açabilir (2).

Oldukça nadir görülen bir mesane malakoplaki olgusunu sunuyoruz.

**OLGU**

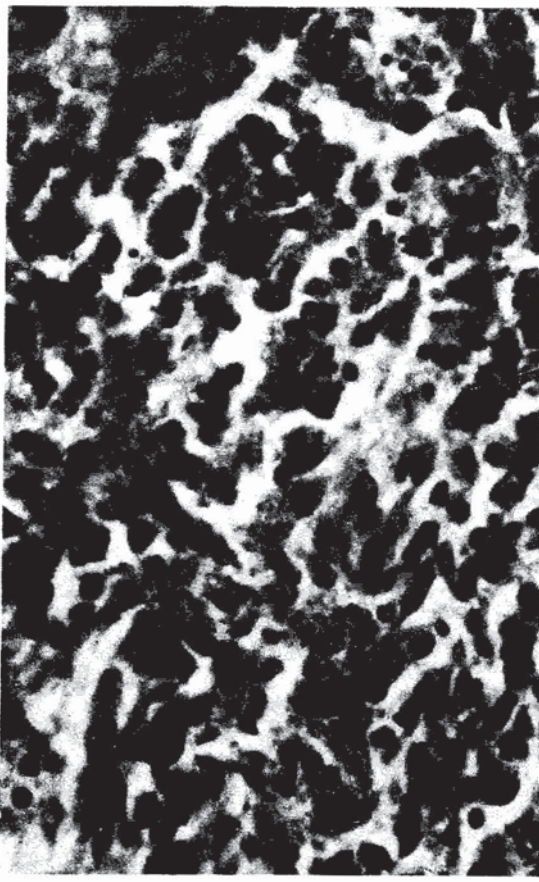
A.K., 54 Y. erkek hasta 6-7 aydan beri idrarının kanlı gelmesi, idrar yanması, çatallı işeme ve idrarının ince gelmesi yakınması ile (Prot.no. 8741) kliniğimize başvurdu. Hasta diabetik olup sistemik muayenelerinde bir özellik bulunamadı. Rektal tuşede prostat silik, adenom kıvamında palpe edildi. Labaratuar tetkiklerinde idrarda 20-25 lökosit ve eritrosit dışında bir özellik yok.

Hastanın yapılan radyolojik tetkikinde, İVP'de her iki böbrek pelvis ve üreterlerinde minimal ektazi bulguları mevcuttu. Sistografide mesane sağ yanında büyükçe bir divertikül ile büyük bir mesane, konturları muntazam olarak görüldü (Resim 1). İnfravezikal obstrüksiyon ön ta-



Resim 1: Olgumuza ait İVP görülmekte, her iki üreter ve pelviste minimal dilatasyon mevcut.

nısı konulan hastaya genel anestezi altında yapılan sistoskopik muayenede mesane kollumu kapalı olarak bulundu ve mesane sağ yan cidarında büyük bir divertikül ağzı görüldü. Mesanenin muhtelif yerlerinde sarı-kahverengi, yüzeysel tümöre benzeyen şüpheli lezyonlar görüldü. Muhtelif biopsiler alındı ve lezyonlar karakterize edildi. Biopsi sonucu histo-patolojik tanı malakoplaki idi (3554/86) (Resim 2). hastaya trimetoprim 160 mg/gün, sülfametoksazol 800 mg/gün, askorbik asit 1000 mg/gün verildi, 6 ay sonra sistoskopik kontrole çağrılan hastanın semptomatik düzelme gösterdiği görüldü.



Resim 2: Olgumuza ait histopatolojik yapı görülmektedir.

## İRDELEME

Malakoplaki büyük sıklıkla üriner sistemi, ayrıca az oranda genital, gastrointestinal sistemi ve retroperitoneumu tutmaktadır (1). Üriner sistem malakoplakisi olan hastaların % 75'inde mesane tutulmaktadır. Kadınlarda, erkeklerden 4 kat daha fazla sıklıkla görülmektedir (3). Her yaşta görülebildiği gibi, en sık 50 yaşlarında rastlanır. Çocuklarda nadiren görülür. Literatürdeki en genç olgu 6 haftalık kolon ve adrenal gland malakoplakisi olgusudur (3).

Literatür gözden geçirildiğinde Mc Clure 5, Curran 3 mesane malakoplakisi olgusu bildirmişlerdir (2, 3). Dubey ve arkadaşları biri epididim diğeri de mesane malakoplakisi olmak üzere iki olgu tebliğ etmişlerdir (4). Stanton ve arkadaşları 153 malakoplaki serisinde %58 oranında üriner sistem, bunun da % 40'ında mesane malakoplakisi bildirmişlerdir (1). Bugüne kadar yaklaşık 200 kadar mesane malakoplaki olgusu bildirilmektedir (4).

Etyolojide tüberküloz, sarkoidoz, neoplazi, viral enfeksiyonlar olası sebep olarak gösterilmiştir (3). Genellikle olguların çoğunda E.coli'ye bağlı üriner enfeksiyon bulunmuştur (% 89,4) (3). Ayrıca immunosupresyon ve hipersteroidismin malakoplaki etyo-patogenezinde rol oynadığı bildirilmiştir (1). Mc Clure, malakoplakili hastalarda üriner sistemle ilişkili olmayan diabetes, tüberküloz, sarkoidoz, sistemik lupus eritematosus, psoriasis, akciğer ve meme kanseri ve eroin bağımlılığı gibi hastalıklar da tespit etmiştir (3). Olgumuzda diabetes mevcuttur.

Makroskopik olarak malakoplaki sarı-kahverengi, yumuşak plaklarla karakterizedir. Lezyon ülserasyon ve periferik hiperemi gösterebilir. Mikroskopik olarak von Hansemann hücreleri olarak adlandırılan büyük mononükleer fagosit kümeleri oluştururlar. Bu hücrelerin stoplazması içinde Michaelis-Gutmann adı verilen inklüzyon cisimleri bulunur. Bu yapılar malakoplaki için karakteristiktir (1, 2, 3, 4).

Üriner sistem malakoplakisinin morfogenezini 3 safhadan oluşmaktadır. 1. Erken safha, 2. Granülomatöz veya klasik safha ve 3. Fibrozis ya da iyileşme safhasıdır (1). Özellikle üriner sistemde fibrozis oluştuğunda obstrüksiyon ve buna bağlı bozukluklara neden olur.

Olayın patogenezinde cyclic 3, 5 guanine monophosphate (c GMP) nin / cyclic 3, 5 adenosine monophosphate (c AMP) oranının düşük oluşu sorumludur. Bu da intraselüler mikrotübülüslerin tam fonksiyone edememesine ve fagositozun tam olmamasına sebep olmaktadır. Böylece fagosite edilen bakteriler mineralize hale gelmekte ve fagolizozom aracılığı ile tanı için karakteristik olan Michaelis-Gutmann (M.G) inklüzyon cisimciklerini oluşturmaktadırlar (1, 3, 4). Ayrıca patogenezden, koliform enfeksiyon sorumlu tutulmakla birlikte hastanın immunosuprese edilmiş olması da, önemli rol oynamaktadır (1, 3).

Hastalığın tanısında belirtiler ve semptomlar tutulan organ ve sistemlere göre değişiklikler göstermektedir. Mesane malakoplakisi semptomları mesane irritabilitesine bağlı dizüri, pollakiüri ve hematüridir. Nadiren üriner enfeksiyon da görülebilir (1).

Genellikle klinik ve radyolojik bulgular hastalığın tanısı için yeterli değildir. Sistoskopide sarı-kahverengi nodüler plakların görülmesi karakteristiktir. Kati tanı biyopsi ile konulur (1,2,3,4). Nitekim olgumuzda da klinik ve radyolojik ön tanı infravezikal obstrüksiyon olarak değerlendirilmiş, kati sonuç sistoskopi ve alınan biyopsi ile tespit edilmiştir.

Hastalığın tedavisinde uzun süreli antibiyotikler, trimetoprim + sülfametoksazol, kolinerjik ajanlar (Bethanecol) ve askorbik asit birlikte kullanılmaktadır. Bu tip tedavi ile olgular 6 hafta içinde asemptomatik hale gelebilmektedir (1,3). Literatürde bu tedaviye ilaveten lezyonun fulgurasyonu, rezeksiyonu ve radyopetarıpisi önerilmektedir (2). Olgumuzda da koterizasyonu takiben histopatolojik tanı konulduktan sonra literatür ışığında trimetoprim 160 mg/gün. sulfametaksazol 800 mg/gün ve askorbik asit 1000 mg/gün verilmiştir.

6 ay sonra yapılan sistoskopik kontrolde lezyonların gerilediği ve semptomların düzeldiği görüldü.

Üzerinde durulacak nokta, hematüri yakınımasıyla gelen hastanın yapılan sistoskopik mua-

yenesinde tümör görünümü veren şüpheli sahalardan biyopsi ile değerlendirilerek malakoplaki olasılığını da gözönünde tutmak gerektiğidir. Bu nokta, prognoz açısından kıymetlidir.

## KAYNAKLAR

1. Stanton M.J., Maxted W.: Malacoplakia: A study of the literature and current concepts of pathogenesis, diagnosis and treatment. J.Urol., 125: 139-144, 1981
2. Mc Clure J., : Malakoplakia of the urinary tract, Br.J.Urol., 54: 181-185, 1982
3. Curran F.T.: Malakoplakia of the bladder, Br.J.Urol., 59: 559-563, 1987
4. Dubey N.K., Tavadia H.B., Hehir M.: Malakoplakia: a case involving epididymis and a case involving a bladder complicated by calculi. J.Urol. 139: 359-361, 1988
5. Broecker B.H., Plowman N., Pritchard J., Ransley P.G.: Pelvic rhabdomyosarkoma in children, Br.J.Urol., 61:427-431, 1988
6. Pochedly C.: Cancer in children, Hematology / Oncology Clinics of North America, vol: 1, no: 4, 621-647, 1987.
7. Diagnosis and management of genitourinary cancer, Skinner D.G., Lieskovsky G., p110-113, W.B. Saunders Company, 1988
8. Sargin O., Sevin G., Sengel Ü., Taşçı, A.İ., Akalın G.: Erişkinlerde mesane rhabdomyosarkomu, Türk Üroloji Dergisi, cilt: 12, sayı : 1, 1986
- 9- Campbell's urology, 5<sup>th</sup> ed., Walsh P.C., Gittes, R.F., Perlmutter, A.D., Stamey, T.A., vol 2, p.2276-2282, W.B Saunders Compan, 1986