

Makroskopik hematürinin ender bir nedeni: Mesane tümörünü taklit eden şistozomiazis*A rare cause of macroscopic hematuria: Schistosomiasis mimicking bladder cancer***Mehmet Kalkan¹, Coşkun Şahin¹, Ergün Uçmaklı², Hülya Çaçkurlu³**¹ Sema Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul² Sema Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul³ Sema Hastanesi, Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul**Özet**

Şistosomiazis paraziter bir enfestasyon olup ürogenital sistemde en sık mesaneyi tutar. Ülkemizde oldukça ender görülür. Afrika ve Orta Doğu özellikle de Mısır'da en sık görülür. Olgu; bir aydan beri makroskopik hematürisi olan 27 yaşında erkek bir hasta idi. Sorgulamasında iki yıl süre ile Güney Afrika ülkelerinden Malawi' de görev yaptığı öğrenildi.

Anahtar Sözcükler: Şistozomiazis, mesane, hematüri**Abstract**

Schistosomiasis is a parasitic infestation affecting urinary bladder in urogenital system. It is not a common disease in Turkey, and it is usually seen in Africa, Middle East and especially in Egypt. The case is 27 years old male who has a macroscopic hematuria for one month. He had worked in Malawi, a South Africa country.

Key Words : Schistosomiasis, urinary bladder, hematuria**Giriş**

Şistozomiazis; Schistosoma haematobium'un neden olduğu paraziter bir enfestasyondur. Dünyada en sık Afrika ve Orta Doğu'da görülür. Dünyada etkilenen yaklaşık 250 milyon insanın üçte biri bu bölgededir (1, 2). Ürogenital sistemde en sık mesaneyi tutar. Meydana gelen inflamasyon ile idrarda kanama, mesane duvarında kalınlaşma ve mesane tümörü gelişimi ile sonuçlanır. Squamöz hücreli mesane tümörlerinin bu bölgelerde en sık nedeni (3).

Ülkemizde ender görülmesi ve -ancak düşünüldüğünde- akla gelmesi nedeni ile olgu literatür eşliğinde sunuldu.

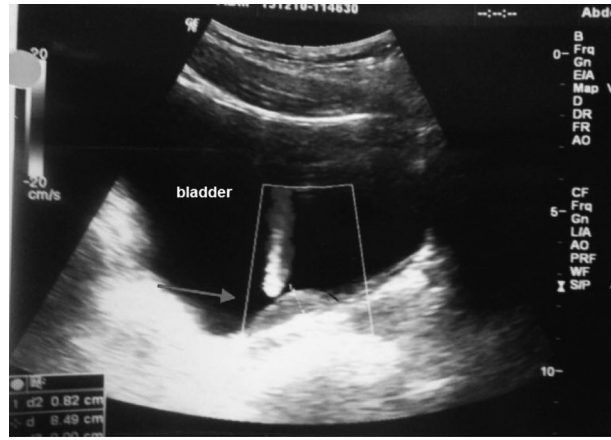
Olgu Sunumu

Yirmiyedi yaşında erkek olgunun bir aydan beri devam eden makroskopik hematürisi mevcuttu. Bu yakınma ile başvurduğu klinikte yapılan üriner ultrasonografide mesane tabanında mukozal kalınlaşma saptanması üzerine sistoskopi önerilmiş (Resim 1). İntravenöz piyelografi'ye gerek görülmediğinden hastaya genel anestezi altında sistoskopik girişim yapıldı. Sistoskopik ince-

lemede mesane tabanında interüreterik bar üzerinde, sağ orifise doğru uzanan, inci tanesi şeklinde dizilmiş, mesane tümörünü taklit eden, tabanı hiperemik çok sayıda papiller lezyon saptandı (Resim 2). Belirtilen lezyonlardan Cold-cup biopsi ve rezeksiyon yapıldı. Patolojik incelemede yaygın iltihap hücreleri, Schistosoma haematobium yumurtaları ve eozinofilik granülom odakları gözlemlendi ve Schistosoma haematobium'a bağlı sistit olarak rapor edildi (Resim 3, 4). Preoperatif idrar analizinde bol eritrosit dışında bir özellik gözlenmezken postoperatif idrar analizinde Schistosoma haematobium parazit yumurtalarına rastlandı. Piraziquantel ile antiparaziter tedavi başlandı. Altı ay sonra kontrol sistoskopisi planlandı.

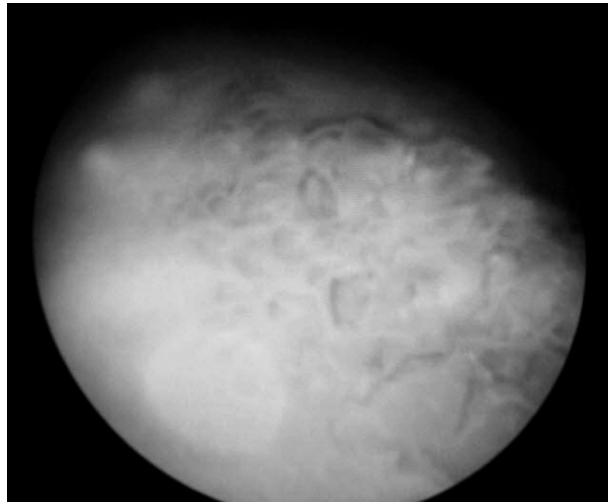
Tartışma

Şistozomiazis dünyada sıtmadan sonra ikinci sıklıkla görülen bir enfestasyondur. Yetmişten fazla endemik bölgede 200 milyondan fazla insanı etkilemektedir (1). Schistosoma haematobium parazitleri; erkek ve dişi formu olan, boyları 0,5 mm ile birkaç cm arasında değişen, gövdeleri silindirik şeklinde parazitlerdir (4). İnsan, enfeksiyon zincirinde ana konaktır. Ara konak ise tatlı su yu-



Resim 1- Lezyonun preoperatif ultrasonografik görünümü

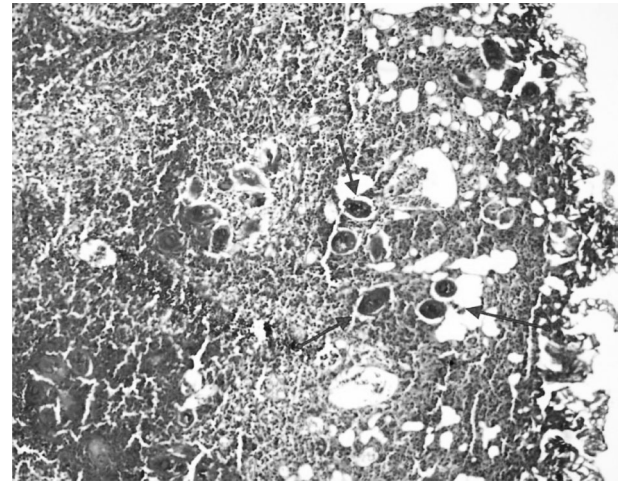
muşakçalarıdır (özellikle salyangozlar). Parazitler insan vücuduna deri yolu ile girip, gelişimlerini ilk üç ayında tamamlayarak portal dolaşıma katılırlar. Rektal ve iliak venler vasıtasıyla mesanenin venöz yapılarına ulaşır ve mesane mukozasında lokal inflamatuvar reaksiyon başlatırlar. Patolojik olarak bakıldığında yumurtaları çevreleyen epitelioid histiyositler, kronik inflamatuvar hücreler, eozinofillerden oluşan granülomlar şeklinde izlenir (5). Mesane tutulumunda aktif ve inaktif olmak üzere iki klinik süreç vardır. Aktif fazda lokal inflamasyon ve polipoid görünüm hakimdir, irritatif yakınmalar her zaman görülmez. Olgumuzda aktif dönem lokal inflamasyon bulguları mevcuttu ve irritatif yakınmalar yoktu. İnaktif fazda ise dokuda inflamatuvar cevap azalır ve fibrozis hakim olur. Üreter orifislerini tutan hastalıkta bu aşamada hidronefroz görülebilir (1, 6).



Resim 2- Lezyonun sistoskopik görünümü

Erkeklerde mesaneden başka seminal veziküller, prostat, üretra, testisler, üreterler, kadınlarda over, fallopyan tüpler, uterus, vagina etkilenebilir (6). Hastalığın teşhisinde detaylı, iyi bir sorgulama önemlidir. Olgunun yaşının genç olması, Afrika'da görev yapmış olması ve ultrasonografide mesanede tümöral oluşum görülmesi Schistosoma haematobium enfeksiyonunu ayırıcı tanıda düşünmemize neden oldu. Patoloji uzmanına sistoskopik bulguların ve ayırıcı tanıdaki düşüncemizin iletilmesinin tanı konulmasına katkı sağladığı kanaatindeyiz.

Sistoskopik bulgular mesane tümörü için klasik papiller, solid veya vegetan görünümde değildi, fakat mesa-

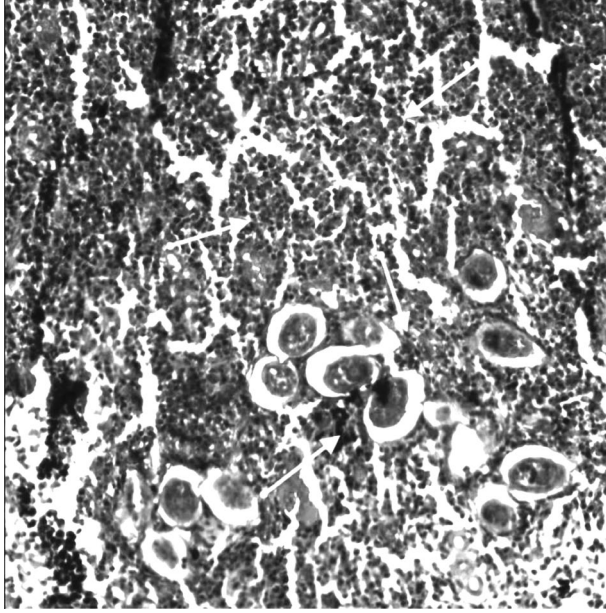


Resim 3- Bir kenarda transitional epitel ve epitel altında şistosoma yumurtaları ile çevrede oldukça yoğun eosinofil lökositler ve plasmosit infiltrasyonu. H&E x100

ne tümörünü ekarte etmek için patolojik tanı gerekiyordu. Olası koter artefaktlarını önlemek için önce cold-cup biyopsi, sonra da rezeksiyon ve fulgurasyon yapıldı. Yapılan idrar analizlerinden preoperatif dönemde bir özellik gözlenmezken postoperatif inde Schistosoma haematobium paraziti yumurtalarına rastlandı. Patolojik incelemede yaygın iltihap hücreleri, Schistosoma haematobium yumurtaları ve eozinofilik granülom odakları gözlemlendi (Resim 3, 4).

Hastalığın mesanenin squamöz hücreli karsinomu ile yakından ilişkisi vardır. Mısır'da görülen mesane tümörlerinin % 75'inin squamöz hücreli kanser olduğu ve bunun Schistosoma haematobium enfestasyonu ile yakından ilişkili olduğu bilinmektedir (2, 4).

Schistosoma haematobium enfestasyonununun tedavi-



Resim 4- Şistosoma yumurtaları ve çevresinde bol eosinofil lökositler ile plasmositler gözlenmektedir Trikróm x200

si medikaldir. Pirazinamid toksik etkileri nedeni ile uzun süre kullanılamaz. Tedavide amaç, dolaşımdaki parazit sayısını azaltmaktır. Üç ile altı ay sonra idrarda canlı parazit yumurtası aranması ve gerekirse tedavi kürleri tekrarlanmalıdır (7).

Bugüne kadar sporadik olgular şeklinde karşımıza çıkan *Schistosoma haematobium*'a özellikle küreselleşen dünyada ülkeler arası seyahatlerin artmasına bağlı olarak ülkemizde daha sık karşılaşılacağını düşünmekteyiz. Sonuç olarak özellikle endemik bölgede yaşamış veya ziyaretten dönen, genç yaş hematürili ve/veya mesanede yer kaplayan lezyonu olan olgularda ayırıcı tanıda *Schistosoma haematobium* sistiti akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Çalışır B, Yavaşcaoğlu İ, Yerci Ö. Mesane yerleşimli şistozomiazis. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 29 (3): 77-79, 2003.
2. Fedewa SA, Soliman AS, Ismail K, Hablas A, Seifeldin IA, Ramadan M, Omar HG, Nriagu J, Wilson ML. Incidence analyses of bladder cancer in the Nile delta region of Egypt. Cancer Epidemiol; Oct;33 (3-4): 176-81, 2009.
3. Sabe I, Mangoud AM, Elalfy Y, Elsayed M, Shaaban W, Hafez AO, El Sherbini GT, Morsy AT. New concept of schistosomiasis lesions of urinary bladder versus development of bladder cancer. J Egypt Soc Parasitol; Apr;38 (1): 85-102, 2008.
4. Gouda I, Mokhtar N, Bilal D, El-Bolkainy T, El-Bolkainy NM. Bilharziasis and bladder cancer: a time trend analysis of 9843 patients. J Egypt Natl Canc Inst; Jun;19 (2): 158-62, 2007.
5. Alvarez Maestro M, Rios Gonzalez E, Dominguez Garcia P, Vallejo Herrador J, Diez Rodriguez J, Martinez-Piñero L. Bladder schistosomiasis: case report and bibliographic review. Arch Esp Urol; Sep;63 (7): 554-8, 2010.
6. Badmos KB, Popoola AA, Buhari MO, Abdulkadir AY. Ureteric schistosomiasis with obstructive uropathy. J Coll Physicians Surg Pak; Jul;19 (7): 456-8, 2009.
7. Botros SS, Hammam OA, El-Lakkany NM, El-Din SH, Ebeid FA. *Schistosoma haematobium* (Egyptian strain): rate of development and effect of praziquantel treatment. J Parasitol; Apr;94(2):386-94, 2008.

Yazışma / Correspondence

Dr. Mehmet Kalkan

Özel Sema Hastanesi

Sahil Yolu Sk. No:16 34844 Dragos-Maltepe/İstanbul

E-mail: mkalkan@semasaglik.com

Tel: 0532 265 09 17 Faks: 0216 352 83 59