

Mesane endosalpingiozisi: Olgu sunumu

Endosalpingiosis of the bladder: A case report

Remzi Salar¹, Cüneyt Özden¹, Binhan Kağan Aktaş¹, Devrim Tuba Ünal²,
Süleyman Bulut¹, Cevdet Serkan Gökkaya¹, Ali Memiş¹

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

Geliş tarihi (Submitted): 04.04.2013
Kabul tarihi (Accepted): 27.04.2014

Yazışma / Correspondence

Binhan Kağan Aktaş
Ankara Numune Hastanesi,
Üroloji Kliniği
Ülkü Mahallesi, Talatpaşa Bulvarı,
No:5, 06100, Altındağ, Ankara
Tel: 0312 360 51 81
Faks: 0312 311 43 40
E-mail: kaanaktas73@hotmail.com

Özet

Endosalpingiozis, tubal tip silyalı epitel ile çevrelenmiş, endometrial stroması olmayan bir endosalfinks andıran kistik glandüler yapıların ektopik olarak görülmesi olarak tanımlanır. Bu makalede primer mesane endosalpingiozisli bir vakayı sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Kist; Kadın Genital Neoplazmları; Mesane Neoplazmları.

Abstract

Endosalpingiosis refers to the presence of ectopic, tubal type ciliated epithelium-lined cystic glands reminiscent of the endosalpinx without endometrial stroma. We report a case of primary endosalpingiosis of the urinary bladder.

Key Words: Cysts; Female Genital Neoplasms; Urinary Bladder Neoplasms.

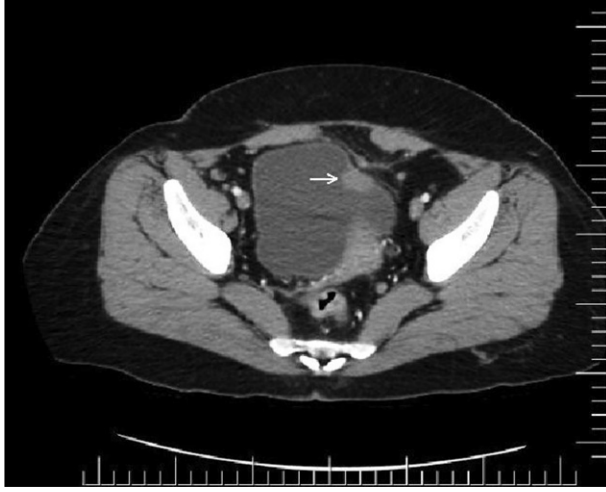
Giriş

Endosalpingiozis tubal tip silyalı epitel ile çevrelenmiş kistik glandüler yapıların endometrial stroma olmaksızın ektopik olarak görülmesi olarak tanımlanmaktadır (1). Endometriozis, endoservikozis ve endosalpingiozis, müllerian glandüler proliferasyonlar olup mesanede görülmeleri nadirdir. Bu 3 oluşumdan iki tanesinin birlikte olması durumuna müllerianozis denilmektedir (2). Bu olgu sunumunda premenopozal ve cerrahi girişim öyküsü olmayan bir primer endosalpingiozis vakasının tanı ve tedavisi güncel literatür eşliğinde tartışılmıştır.

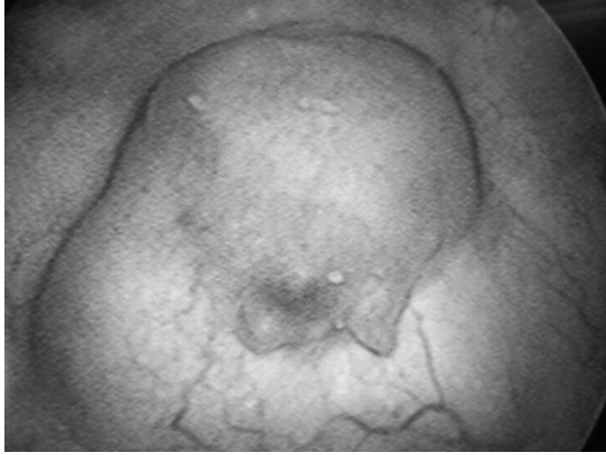
Olgu

Kırk bir yaşında bayan hasta Aralık 2013'de 3 aydır olan ağrısız hematüri şikâyeti ile üçüncü basamak eğitim ve araştırma hastanesi olan hastanemizin üroloji polikliniğine başvurdu. Hastanın özgeçmişinden 2 normal do-

ğum yaptığı ve 3 yıl önce meme kanseri nedeniyle opere olduğu, sonrasında radyoterapi ve kemoterapi tedavilerini aldığı öğrenildi. Hastanın sigara içme alışkanlığı yoktu. Fizik muayenesi normaldi. Laboratuvar incelemelerinde rutin biyokimya ve hemogram değerleri normaldi. Akciğer grafisinde patolojik bulgu yoktu. Hastanın abdominal ultrasonografisinde mesane anteriorunda 2 cm büyüklüğünde polipoid kitle görüldü. Abdominopelvik bilgisayarlı tomografisinde (BT) bilateral böbrek ve ureterler normal, mesane kubbesinde sol yan duvara deviyeye, antevort, uterusu komşu, mesane lümenine polipoid uzanım gösteren, yaklaşık 2 cm çapında ve 12 mm kalınlığında yumuşak doku lezyonu tespit edildi (Resim 1). Genel anestezi altında yapılan sistoskopik incelemede mesane kubbesinde sol yan duvara yakın 2 cm'lik mavimsi renkte submukozal kistik kitle izlendi (Resim 2). Yüzeysel mesa-



Resim 1. Bilgisayarlı tomografide mesane lümenine polipoid uzanım gösteren 12 mm kalınlığında yumuşak doku lezyonu (beyaz ok ile işaretli).



Resim 2. Sistoskopide mesane kubbesinde sol yan duvara yakın 2 cm'lik mavimsi renkte submukozal kistik kitle.

ne tümörü ayırıcı tanısı için hastaya aynı seansta transüretal rezeksiyon (TUR) uygulandı. Operasyon esnasında rezeke edilen dokunun içerisinden koyu renkli, yoğun kıvamlı bir içeriğin drene olduğu görüldü (Resim 3). Rezeksiyon materyalinin histopatolojik incelenmesi; mesane epiteli altındaki konjesyone stroma içinde, kolumnar silyalı epitelyum ile döşeli endosalpingiozis odağı olarak rapor edildi (Resim 4). Sistoskopi ve abdominopelvik ultrasonografi ile takip edilen hastanın postoperatif 3. ayında nüksü yoktu.

Tartışma

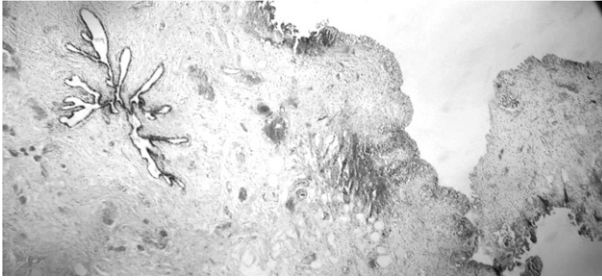
Üriner sistemde müllerianozis nadirdir ve endometriozisli vakaların yaklaşık %1'ini oluşturur. Mesane müllerianozisinin 2 ana formu endometriozis ve endo-

servikozistir. Endosalpingiozis, müllerianozisin daha nadir formudur ve bizim vakamızdaki gibi müllerianozisin diğer formları ile birlikte olmadan tek başına görülmesi çok nadirdir (3). Müllerianozisin patogenezi ile ilgili iki teori bulunmaktadır. Bunlardan birincisi cerrahi girişim sonrası ekstraüriner müllerian dokunun implantasyonu şeklinde olup bu teoriyi destekleyen nokta vakaların öykülerindeki cerrahi girişimdir. Diğer bir teori ise müllerianozisin mesanenin daha çok kubbesindeki veya posterior duvarındaki kısmi olarak kadın hormonlarına duyarlı lokal bir alandan metaplastik olarak geliştiği yönündedir (4). Bizim olgumuzda olduğu gibi literatürdeki birkaç vakada da pelvik/uterin cerrahi öyküsü olmaması metaplastik orijinden endosalpingiozis gelişimi teorisini desteklemektedir (4, 5, 6).

Mesane endosalpingiozisi vakalarında semptomlar sıklıkla belirsizdir. Pelvik ağrı, dizüri, sık idrar yapma, ani idrar yapma hissi ve bazen bizim hastamızda olduğu gibi hematüriyi içeren semptomlar görülebilir (7). Bazı vakalarda semptomlar sadece menstrüel dönemde ortaya çıkabilir. Fizik muayene çoğu vakada fayda sağlamaz. Mesane endosalpingiozisinde lezyonun lokalizasyon, sayı ve üreter orifisleri ile ilişkisinin belirlenmesi için mutlaka sistoskopi yapılmalıdır. Endosalpingiozis lezyonlarının mesane içindeki makroskopik görüntüsü transizyonel hücreli karsinoma benzemeyip sıklıkla bizim olgumuzdaki gibi polipoid submukozal kistik kitle şeklindedir (8). Mesanenin submukozal kistik lezyonlarının ayırıcı tanısında endosalpingiozis, endometriozis, sistitis sistika, sistitis glandularis, urakal remnantlar, nefrojenik adenom ve ürotelyal adenokarsinom akla gelmelidir. Endosalpingiozis tübüler tip epitel ile döşeli ektopik glandüler dokunun varlığı ile karakterizedir. Sistitis sistika ve sistitis glandulariste ise çoğunlukla hücreler küboidal ve kolumnar morfolojide olup çoğu glandüler yapıda müsin varlığı ile karakterizedir. Bu lezyonlar endosalpingiozisin aksine sadece epitelde sınırlı kalma eğilimindeyken endosalpingioziste muskularis propriaya kadar uzanım görülebilmektedir. Urakal kalıntılar daha çok mesanenin ön duvarında ve kubbede görülürken, endosalpingiozis arka duvar ve kubbede sıklıkla görülmektedir. Nefrojenik adenomda görülen tipik süperfisyel papiller uzantılar veya lamina propria tübüllerine endosalpingioziste rastlanmamaktadır. Endosalpingioziste mesane adenokarsinomunun aksi-



Resim 3. Transüretral rezeksiyon esnasında kistik kitlenin içerisinden drene olan koyu renkli, yoğun kıvamlı içeriğin görünümü.



Resim 4. Mesane epiteli altında, konjesyone stroma içinde kolumnar, silyalı epitelle döşeli endosalpingiozis odağı (H&E, x40).

ne nükleer atipi, mitotik aktivite ve dezmoplastik stromal reaksiyonlar görülmemektedir (9).

Mesane endosalpingiozisinde medikal ve cerrahi tedavi seçenekleri vardır. Hastalığın müllerian doku orijinli olması sebebi ile gonadotropin serbestleştirici hormon analogunun medikal tedavi olarak kullanılabilmesi belirtilmiştir. Bununla birlikte endoservikozisin eşlik ettiği bir vakada malign dejenerasyon rapor edilmesi nedeniyle müllerian orijinli lezyonlarda komplet cerrahi rezeksiyon önerilmiştir (10). Bu transüretral rezeksiyon (TUR) veya parsiyel sistektomi ile yapılabilmektedir. Cerrahi yöntem seçimi hastanın yaşına, lezyonlarının sayısı, yer ve infiltrasyon derinliğine göre planlanır. Nüks açısından hastalara ilk iki yıl için 3 ayda bir, sonraki iki yıl için 6 ayda bir ve sonrasında yıllık sistoskopik takip önerilir (1).

Sonuç olarak mesane endosalpingiozisi nadir görülen bir hastalıktır. Hastalarda pelvik ağrı, disüri, sık idrar yapma, ani idrar yapma hissi ve hematüri içeren üriner

semptomlar görülebilir. Sistoskopide genellikle mesnenin kubbesinde polipoid submukozal kistik kitle tespit edilir. Kesin tanı patolojik olarak cerrahi spesimde endometrial stroma olmaksızın tubal tip silyalı epitel ile çevrelenmiş kistik glandüler yapıların görülmesi ile konur. Mesane endosalpingiozisin tedavisinde TUR veya parsiyel rezeksiyon ile komplet cerrahi rezeksiyon önerilir.

Kaynaklar

1. Smith C, Sabet L, Izawa JI. Management of endosalpingiosis of urinary bladder. *Urology* 2004;64:1031.
2. Olivia Vella JE, Nair N, Ferryman SR, Athavale R, Latthe P, Hirschowitz L. Müllerianosis of the urinary bladder. *Int J Surg Pathol* 2011;19:548-51.
3. Edmondson JD, Vogeley KJ, Howell JD, Koontz WW, Koo HP, Amaker B. Endosalpingiosis of bladder. *J Urol* 2002;167:1401-2.
4. Koren J, Mensikova J, Mukensnabl P, Zamecnik M. Müllerianosis of the urinary bladder: report of a case with suggested metaplastic origin. *Virchows Arch* 2006;449:268-71.
5. Nogales FF, Zuluaga A, Arrabal M, Dhakal HP, Aguilar D. Müllerianosis of the ureter: a metaplastic lesion. *J Urol* 1999;162:2090-1.
6. Batt RE, Yeh J. Müllerianosis: four developmental (embryonic) müllerian diseases. *Reprod Sci* 2013;20:1030-7.
7. Jiménez-Heffernan JA, Sánchez-Piedra D, Bernaldo de Quiros L, Martínez V. Endosalpingiosis (müllerianosis) of the bladder: a potential source of error in urinary cytology. *Cytopathology* 2000;11:348-53.
8. Preusser S, Diener PA, Schmid HP, Leippold T. Submucosal endocervicosis of the bladder: an ectopic, glandular structure of Müllerian origin. *Scand J Urol Nephrol* 2008;42:88-90.
9. Maniar KP, Kalir TL, Palese MA, Unger PD. Endosalpingiosis of the urinary bladder: a case of probable implantative origin with characterization of benign fallopian tube immunohistochemistry. *Int J Surg Pathol* 2010;18:381-3.
10. Young RH, Clement PB. Müllerianosis of the urinary bladder. *Mod Pathol* 1996;9:731-7.