



OPEN ACCESS

# Mesaneenin Nadir Bir Lezyonu Enflamatuvar Miyofibroblastik Psödötümörü

## Rare Lesion of the Bladder, Inflammatory Myofibroblastic Pseudotumor

✉ Mehmet Yoldaş, ✉ Hakan Üçok, ✉ Yusuf Özlem İlbey

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir, Türkiye

**Atıf:** Yoldaş M, Üçok H, İlbey YÖ. Rare Lesion of the Bladder, Inflammatory Myofibroblastic Pseudotumor. J Tepecik Educ Res Hosp 2023;33(1):146-9

### Öz

Enflamatuvar miyofibroblastik psödötümör, en sık akciğer olmak üzere pek çok lokalizasyonda görülebilen nadir bir lezyondur. Geniş bir çalışma serisi olmamakla birlikte erkeklerde daha sık görülmektedir. Eksize edilen dokunun histopatolojik incelemesi ile teşhis konur. Patognomik radyolojik, klinik ve laboratuvar tanı yöntemi yoktur. Başlangıçta aralıklı ateş kilo kaybı, halsizlik gibi belirtilere neden olabileceği gibi, kitlenin bulunduğu bölgeye göre bası etkisi nedeniyle suprapubik veya karın ağrısına da neden olabilir. Metastazı çok nadirdir, ancak lokal invazyon yaygındır. Tedavide lokal eksizyon uygulanır.

**Anahtar Kelimeler:** Enflamatuvar miyofibroblastik psödötümör, mesane, hematüri

### Abstract

An inflammatory myofibroblastic pseudotumor is a rare lesion that can occur in many localizations, the most common being the lung. Although there are no large series of studies, it is more common in men. Diagnosed by histopathological examination of the excised tissue. There is no pathognomonic radiological, clinical, and laboratory diagnostic method. Initially, intermittent fever may cause symptoms such as weight loss, fatigue, as well as suprapubic or abdominal pain due to the compression effect of the mass depending on the area where it is located. Its metastasis is very rare, but local invasion is common. Local excision is applied in the treatment.

**Keywords:** Inflammatory myofibroblastic pseudotumor, bladder, hematuria

### Giriş

Enflamatuvar miyofibroblastik psödötümörü (İMPT), mesanede ilk kez Roth<sup>(1)</sup> tarafından (1980) 32 yaşında bir kadın hastada bildirilmiştir. Enflamatuvar psödötümör; plazma hücreli psödötümör, ksantomotöz psödötümör, psödosarkomotoz miyofibroblastik proliferasyon, enflamatuvar miyofibrohistiositik proliferasyon, atipik fibromiksoid tümör, atipik miyofibroblastik tümör gibi farklı isimlerle de anılmıştır<sup>(2,3)</sup>. İMPT genellikle çocuk ve genç erişkin

dönemde görülür, klinik ve radyolojik olarak sarkomları taklit eder<sup>(2-4)</sup>. Histopatolojik olarak sarkomlara benzeyen değişen ölçülerde miyofibroblast'lar, fibroblast'lar, kollajen ve mononükleer yangısal hücrelerden oluşan solid bir kitle şeklindedir<sup>(4)</sup>. İMPT erkek hastalarda kadın hastalara kıyasla daha sık görülmektedir<sup>(2,4)</sup>. Kadın/erkek oranı yaklaşık 1/3'tür. Tümör ilk olarak 1939'da Brunn tarafından akciğerde tanımlanmış, klinik ve radyolojik bulguların maligniteye benzer tablosu nedeniyle Umiker ve Iverson<sup>(5)</sup> tarafından



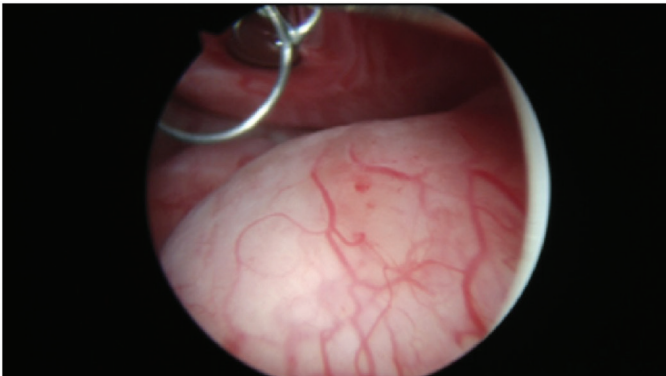
**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Dr. Mehmet Yoldaş, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir, Türkiye  
**Tel.:** +90 232 469 69 69 **E-posta:** yoldas\_2297@hotmail.com  
**ORCID ID:** orcid.org/0000-0001-5031-0435

**Geliş tarihi/Received:** 22.02.2021  
**Kabul tarihi/Accepted:** 06.09.2021

1954'te adlandırılmıştır. Çoğunlukla akciğer, retroperiton, mezenter, karaciğer, dalak, ince bağırsakta görülmektedir, nadir olarak da mesane, böbrek, mide ve pankreasta da oluşabilmektedir<sup>(5-7)</sup>.

## Olgu Sunumu

Kimliğini gizli tutmak koşulu ile her türlü tetkik ve görüntülemesini yayınlabileceğimizin yazılı onamını aldığımız olgumuzu sunmayı amaçladık. Olgu 23 yaşında, üniversite öğrencisi, suprapubik ağrı son iki ayda oluşan kilo kaybı ve makroskopik hematüri şikayeti ile dış merkez başvurusu mevcuttu. Bu başvuruda, ultrasonografi (USG) ve idrar tetkiklerinde patoloji saptanmaması üzerine hastaya sistit tedavisi verilmişti. Hastanın şikayetlerinin geçmemesi ve semptomların yoğunlaşması nedeniyle yaklaşık 1 ay sonra tekrar dış merkezde yapılan USG'sinde mesanede yaklaşık 4 cm'lik polipoid kitle saptanan hastaya sistoskopi ve random bx yapılmıştı. Patolojisinde sarkomatoid şüpheli alanlar bulunması üzerine hasta bir üst merkez olan kliniğimize sevk edilmişti. Mesane sarkomu ön tanısı ile evreleme amaçlı çekilen torako abdominal tomografide mesane içinde yaklaşık 15 cm solid görünümlü mesane ile sınırlı lezyon saptandı ve metastatik lezyona rastlanmadı. Hastaya spinal anestezi altında transüretal yaklaşımla mesane karşı duvardan kaynaklanan aşırı damarlanması olan solid görünümlü geniş tabanlı yaklaşık 15 cm tm (Şekil 1) rezeke edildi. Makroskopik olarak rezeksiyon ile alınan tümör yaklaşık 200 cc hacimde kanamalı kürete nitelikte idi (Şekil 2). Mikroskopik olarak fibrotik enflamatuvar zemin üzerine yayılmış işsi hücrelerden oluşan ara zeminde enflamatuvar hücrelerin görüldüğü bir mikroskopik görüntüye sahipti. Bu bulgularla olguda "enflamatuvar psödötümör" tanısına ulaşıldı. Daha sonra hastanın çıkan patoloji sonucuna uygun olarak parsiyel sistektomi yapılarak lokal kontrol



**Şekil 1.** Mesane için de yaklaşık 15 cm boyutunda düzgün sınırlı tümörün sistoskopik görünümü

sağlanmaya çalışıldı. Yapılan parsiyel sistektomisi mesane kas tabakasını aşmış mesane serozasına kadar gelmiş ancak aşmamış mesane mukozal sınırlarında salim olduğu miyofibroblastik psödötümör olarak geldi. Hastanın yapılan 5 yıllık kontrol sistoskopileri ve metastaz taramalarında herhangi bir rekürrense rastlanmadı.

## Tartışma

Olguların yarısından fazlası ilk iki dekatda ortaya çıkmakta ve tümör boyutu 1-10 cm arasında değişmektedir. İMPT'lerin etiyopatogenezi tam olarak bilinmemekle beraber kronik irritasyon travma ve enflamatuvar süreçlerin rol oynadığı düşünülmektedir<sup>(6,7)</sup>. Bu çalışmamızda 23 yaşında makroskopik hematüri ile kliniğimize başvuran radyolojik ve laboratuvar bulguları malign değerlendirilse de benign klinik gösteren İMPT tanılı hastamızı güncel literatürü gözden geçirerek tartışmaya çalıştık.

Mesane İMPT'li olguların büyük çoğunluğu tavan yerleşimlidir. Ancak sıklık sırasına göre sağ yan duvar, sol yan duvar, ön duvar, arka duvar ve trigonda da izlenebilmektedir<sup>(6-8)</sup>. Olgumuzda, tümör karşı duvar tavan birleşim yerinde idi. Laboratuvar olarak, eritrosit sedimentasyon hızında artış, C-reaktif proteinde artış, lökosit sayısında artış ve trombositoz mevcuttu, bu veriler bize enflamatuvar süreç için bir kanıt olabilse de, bu bulgular malign tümörlerde de saptanabilen özgün olmayan bulgulardır. Bazı yayınlarda maligniteler ve otoimmün hastalıklar ile birliktelik gösteren İMPT olguları bildirilmiştir. İmmün sistemin İMPT patogenezinde önemli rol oynadığı düşünülmektedir<sup>(8-10)</sup>. Hastalar hematüri, abdominal ağrı, kilo kaybı, ateş, idrar sıklığı, gibi semptomlarla gelmektedir. Ayırıcı tanı için mesanenin diğer malign tümörleri, interstisyel sistit, bakteriyel sistit akılda tutulmalıdır. Ayrıca İMPT, rabdomiyosarkom, leiomyosarkom ve lenfoma ile de karıştırılabilmektedir<sup>(11)</sup>.



**Şekil 2.** Mesane içinde endoskopik olarak rezeke edilen kürete materyalin makroskopik görünümü

Görüntüleme bulgularına dayanarak İMPT ile malign mesane tümörü ayırımı net değildir. Görüntüleme amaçlı, USG bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) kullanılmaktadır. MRG'de, lezyonun miyofibroblastik yapısı nedeniyle, T1 ve T2 ağırlıklı görüntülerde hipointens görünürler. Kontrast madde verildikten sonra periferik veya heterojen kontrastlanma görülebilir<sup>(12,13)</sup>. Bizim olgumuzda da olduğu gibi, İMPT tomografide kenarlarından infiltrasyon gösteren invaziv bir malign tümöre benzemektedir. Heterojen kontrastlanma İMPT'ye özgü olmasa da çoğu olguda görülmektedir. Heterojen kontrastlanma tümörün normal histopatolojik yapısından, yani iç hücreleri, değişken enflamatuvar infiltrat ve fibröz doku içermesinden kaynaklanmaktadır<sup>(14-16)</sup>. Hücrel bileşenlerle fibröz doku arasındaki dengeye bağlı olarak değişken kontrastlanma görülür. Görüntülerde tümör kenarlarında infiltrasyon görülmesi bu kapsülsüz tümörün heterojen histolojik yapısı ve enflamatuvar özelliklerine bağlıdır. Kesin tanı iğne biyopsisi veya çıkarılan kitlenin histopatolojik incelemesi ile konur. Histopatolojik olarak doku %95-100 oranında vimentin, %5-80 oranında desmin, %48-100 düz kas aktin, %10-89 oranında keratin boyanır. P<sub>53</sub>, miyojenin, H-kaldesmon negatif boyanır<sup>(17-19)</sup>. Sarkomlarla karşılaştırıldığında ayırıcı tanı yönünden enflamatuvar psödötümör olguları daha vasküler, daha çok sellüler ve daha belirgin enflamatuvar yapı içermektedir. Atipik mitozların olmaması ve tipik granülasyon dokusu gibi görünen damarsal proliferasyon da miksoid sarkomlarda bulunmayan özelliklerdir<sup>(20)</sup>. Transüretal tümör rezeksiyonu tanı ve tedavi için ilk seçenektir. Kas invazyonu bulunan olgularda ise kitle boyutlarına bağlı olarak parsiyel sistektomi yapılabilir. Tümörün lokal nüksü çok az görülür.

## Sonuç

İMPT nadir görülmekte ve genellikle düz kas dokusunun bulunduğu her lokalizasyonda oluşabilmektedir. Genitoüriner sistem içinde en sık mesaneyi tutmaktadır. Olgumuzda olduğu gibi radyolojik görünümü, hızlı büyümesi, histopatolojik yapısı malign gibi görünse de metastaz yapması nadirdir. Özellikle sarkomlarla karışabilmektedir. Genel yaklaşım lezyonun lokal, organ koruyucu olarak eksizyonu ve yakın takibidir. Bu tümörlere doğru teşhis konması ve bunun sonucunda gereksiz radikal cerrahi girişimlerden kaçınılması, hastaların hayat kalitesi yönünden önem taşımaktadır.

## Etik

**Hasta Onayı:** Çalışmamıza dahil edilen tüm hastalardan yazılı onam formu alınmıştır.

**Hakem Değerlendirmesi:** Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

## Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: M.Y., Y.Ö.İ., Konsept: M.Y., Dizayn: M.Y., Y.Ö.İ., Veri Toplama veya İşleme: M.Y., H.Ü., Analiz veya Yorumlama: M.Y., H.Ü., Y.Ö.İ., Literatür Arama: M.Y., Y.Ö.İ., Yazan: M.Y., H.Ü., Y.Ö.İ.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

**Finansal Destek:** Çalışma için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

## Kaynaklar

1. Roth JA. Reactive pseudosarcomatous response in urinary bladder. *Urology* 1980;16:635-7.
2. Sanders BM, West KW, Gingalewski C, Engum S, Davis M, Grosfeld JL. Inflammatory pseudotumor of the alimentary tract: clinical and surgical experience. *J Pediatr Surg* 2001;36:169-73.
3. Yıldız E, Tuncer E, Gökçe G. Inflammatory pseudotumor of the urinary bladder: A Case Report. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2004;24:697-701.
4. 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.
5. Umiker WO, Iverson L. Postinflammatory tumors of the lung; report of four cases simulating xanthoma, fibroma, or plasma cell tumor. *J Thorac Surg* 1954;28:55-63.
6. Tarhan F, Gül AE, Karadayi N, Kuyumcuoğlu U. Inflammatory pseudotumor of the kidney: a case report. *Int Urol Nephrol* 2004;36:137-40.
7. Desmett VJ, Rosai J. Liver: Inflammatory Myofibroblastic Tumor. Rosai and Ackerman's Surgical Pathology. 9th ed. London: Mosby Company 2004.
8. Apel R, Samaratinga H. Lymph node pseudotumor. *Am J Surg Pathol* 1993;17:91-2.
9. Coffin CM, Humphrey PA, Dehner LP. Extrapulmonary inflammatory myofibroblastic tumor: a clinical and pathological survey. *Semin Diagn Pathol* 1998;15:85-101.
10. Emerson RE, Cheng L. Immunohistochemical markers in the evaluation of tumors of the urinary bladder: a review. *Anal Quant Cytol Histol* 2005;27:301-16.
11. Watanabe K, Kusakabe T, Hoshi N, Saito A, Suzuki T. h-Caldesmon in leiomyosarcoma and tumors with smooth muscle cell-like differentiation: its specific expression in the smooth muscle cell tumor. *Hum Pathol* 1999;30:392-6.
12. Koea JB, Broadhurst GW, Rodgers MS, McCall JL. Inflammatory pseudotumor of the liver: demographics, diagnosis, and the case for nonoperative management. *J Am Coll Surg* 2003;196:226-35.
13. Koç N, Cesur S, İhvan AN, Baş Y, Polat M. Retroperitoneal inflammatory myofibroblastic tumor originating from round ligament. *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni* 2016;50:330-3.

14. Artaş G, Orhan İ, Özercan İH. Renal Inflammatory Myofibroblastic Tumor: A Rare Case. *Firat Med J* 2015;20:54-6.
15. Saritaş AG, Dalcı K, Gönluşen G, Erdoğan Ş, Rencüzoğulları A. Urinary bladder inflammatory myofibroblastic tumor. *Cukurova Med J* 2018;43:487-90.
16. Mustafa Koç. Mesanenin inflamatuvar psödotümörü: Olgu sunumu. *Van Tıp Derg* 2017;24:355-8.
17. Rosado E, Pereira J, Corbusier F, Demeter P, Bali MA. Inflammatory pseudotumor of the urinary bladder. *J Radiol Case Rep* 2015;9:36-42.
18. Kondo T, Kawahara T, Chiba S, et al. Inflammatory Myofibroblastic Tumor in the Bladder: A Case Report. *Case Rep Oncol* 2016;9:554-8.
19. Patnana M, Sevrakov AB, Elsayes KM, Viswanathan C, Lubner M, Menias CO. Inflammatory pseudotumor: the great mimicker. *AJR Am J Roentgenol* 2012;198:W217-27.
20. Angulo JC, Lopez JI, Flores N. Pseudosarcomatous myofibroblastic proliferation of the bladder: report of 2 cases and literature review. *J Urol* 1994;151:1008-12.