# GENİTAL SCHİSTOSOMİASİS: AKILDA TUTULMASI GEREKEN GRANÜLOMATÖZ BİR LEZYON*

[1]Dr. Kürşat YILDIZ, [2]Dr. Haluk PULAT, [3]Dr. Aydın SAV


## ÖZET

Schistosomiasis, Afrika'da, Orta ve Güney Amerika'da, Ortadoğu'da ve Uzakdoğu Asya'da endemik olarak görülen bir hastalıktır. Daha çok alt üriner sistemde yerleşen schistosoma seyrek olarak diğer sistem ve organlarda görülebilmekte, özellikle kanser patogenezindeki rolü tartışma konusu olmaktadır.

Genital bölgede yerleşen trematodlar infertiliteye yol açabilmekte, hastalar pelvik ağrı, menstrüel düzensizlikler ve düşükle başvurabilmektedir.

Düzensiz uterin kanama yakınması ile başvuran, myoma uteri klinik tanısı ile önce probe küretaj, sonra da total histerektomi ve bilateral salpingoooferektomi uygulanan 50 yaşındaki kadın hastada saptanan granülomatöz endometrit ve salpingit, ayırıcı tanı yapıldığında genital schistosomiasis olarak değerlendirilmiştir. Etkenin Schistosoma Mansoni olarak değerlendirildiği olgu, ülkemizde az görülen schistosomların aynı zamanda nadir yerleşim yeri olması, endometrium ve tubadaki granülomatöz lezyonların ayırıcı tanısında akılda tutulması amacıyla sunulmuştur.


Anahtar sözcükler: Schistosomiasis, granülomatöz hastalık, tuba.


## SUMMARY

Schistosomiasis is a disease, causing endemies in Africa, Middle and South America, Middle-East and Far-East Asia. Schistosoma occupies the lower urinary tract in most of the cases and is rarely seen in other systems and organs. Its role in cancer pathogenesis is disputable.

Trematods in the genital region may cause infertility. The patients may apply with pelvic pain, irregular menstruation or abortions.

A woman 50 years old applying with irregular uterin bleeding, underwent a probe curretage and hysterectomy with a clinical diagnosis of myoma uteri. Granulomatous endometritis and salpingitis was diagnosed histologically.

The case was found worth reporting for shistosomas are rarely seen in our country and also occasionally in genital region, besides with the purpose that it must be kept in mind in differential diagnoses of endometrial and tubal granulomatous lesions.


Key words: Schistosomiasis, granulomatous diseases, tuba uterina.

## GİRİŞ

Schistosomiasis, farklı türleriyle Afrika, Ortadoğu, Orta ve Güney Amerika'da, Uzakdoğu Asya'da endemik olarak görülen paraziter bir hastalıktır. Sıklıkla alt üriner sistemde yerleşmekte, nadir olarak barsaklarda, genital sistemde, akciğerde, spinal kordda ve diğer yerlerde görülmektedir (1,2,3).

Kadın genital sisteminde Schistosoma haematobuim'un daha sık görüldüğü bilinmekle birlikte, Schistosoma mansoni ve Schistosoma japonicum enfeksiyonları da rapor edilmiştir (1,2,3). Schistosoma ovasının pelvik ven pleksuslarında migrasyonu gösterilmiş, genital tutulum, mesane ve genital organlar arasındaki zengin venöz anastomoz ağı ile açıklanmıştır. Kadın genital organları içinde sıklıkla over ve tuba tutulmakta, endometriumda nadir görülmektedir (4).

Granülomatöz bir reaksiyona neden olan Schistosomiasis, genital sistemde yerleştiğinde abdominal ağrı, menstrüel düzensizlikler, amenore, düşük ve infertilite yakınmalarına neden olabilmektedir (1,4,5,6).

* 9. Ulusal Patoloji Sempozyumunda poster bildirimi olarak sunulmuştur

1 Haydarpaşa Numune Hastanesi Patoloji Bölümü Başasistanı, İstanbul
2 Acil Yardım ve Trafik Hastanesi Patoloji Uzmanı, Ankara
3 Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı Doçenti, İstanbul

## OLGU SUNUMU

50 yaşında, evli kadın hasta, P.Ö., son on gündür süren adet kanamasının geçmemesi yakınması ile başvurduğunda, öyküsünden 15 yaşından beri adet gördüğü, adetlerinin düzenli olduğu, evlenme yaşının 14 olduğu ve hiç gebe kalmadığı öğrenildi. Pelvik muayenede uterusun 1.5 aylık gebelik iriliğinde ve sağa yatık olduğu, ufak myom nüveleri palpe edildiği, adneksIerin serbest, diğer genital organların normal olduğu görüldü. Arter basıncı 160/90 mmHg, nabzı taşikardik olan hastanın EKG'sinde şüpheli ST değişiklikleri ve sinüsal taşikardi saptandı.

Ultrasonografik incelemede mesane ve abdominal organlar normal bulundu. Uterusta myom nodülleri saptandı. Kan biyokimyası ve idrar bulguları normaldi. Hastaya Digoxin ve Kardilat başlandı. Myoma uteri ön tanısıyla 21.11.1988 tarihinde probe küretaj yapıldığında bol materyal geldiği dikkat çekti.

Materyalin patolojik incelemesinde Granülomatöz endometrit olarak değerlendirildi (Biyopsi no: 8134/88), bulguların ön planda Tüberküloz endometriti düşündürdüğü raporda belirtildi.

Bu değerlendirmelerden sonra akciğerler tekrar incelendi, normal bulundu. PPD ise 2 cm çapında bir endurasyon gösterdi. Myoma uteri nedeniyle histerektomi planlanan hastaya operasyon sonunda anti-Tüberküloz tedavi uygulanması düşünüldü. Operasyonda uterusun myomatö görünümde olduğu, her iki tubada kazeöz görünüm, sağda daha fazla olmak üzere her iki tubada yapışıklıklar bulunduğu dikkat çekti. İleumda da 0.5 cm çapında kazeöz bir nodül görüldü. Total abdominalhisterektomi - bilateral salpingooferektomi uygulanan hastanın operasyon materyalinin patolojik incelemesinde Genital schistosomiasis olarak değerlendirildi (Biyopsi no: 8703/88).

Schistosomların mesanede sık görüldüğü düşünülerek alt üriner sistem araştırıldı. Sistoskopi, intravenöz pyelografi ve mesaneden alınan biyopsi bulguları normal olarak değerlendirildi.

## BULGULAR

Endometrial biyopsi materyali yaklaşık 2 cc hacminde kanamalı düzensiz doku parçalarından oluşmaktaydı. TAH - BSO materyalinin makroskopik incelemesinde ise uterusta submüköz, intramural ve subseröz yerleşimli beyaz renkli fibriller yapıda çok sayıda nodül görüldü. Her iki tuba kesitlerinde duvarın ileri derecede kalınlaştığı, mukozanın ödemli olduğu, lümeni yarık şeklinde bırakacak tarzda geliştiği görüldü.

Mikroskopik incelemede küretaj materyalinde endometrium stroması içinde ortasında epiteloid histiositler, çevresinde lenfositlerden oluşan granülomlar izlendi. Histerektomi materyalinde endometrium içinde aynı granülomatöz lezyonlara rastlandı. Her iki tuba mukozasının ileri derecede prolifere olarak papiller yapılar oluşturduğu, mukoza içinde çok sayıda granülomlar, bunların ortasında veya izole multinükleer dev hücreler izlendi. Ayrıca dağınık kalsifikasyon alanları izlendi (Resim 1).

Daha büyük büyütmede bu dev hücrelerin sıklıkla ortasında ince bir çepere sahip, bazofilik boyanan, kısmen kalsifiye, bazıları iri granüler yapılar taşıyan organizmaları çevreledikleri dikkat çekti (Resim 2). Granülom ortasındaki organizmalar shistosoma ovası olarak değerlendirildi. Nekroz görülmedi. Erlich Ziehl Neelsen (EZN) boyası ile ova çeperlerinin kırmızıya boyandığı görüldüğünden Schistosoma mansoni olarak rapor edildi. Servikste, overlerde ve leiomyom nodülleri içinde parazit ovası veya granülomlara rastlanmadı.

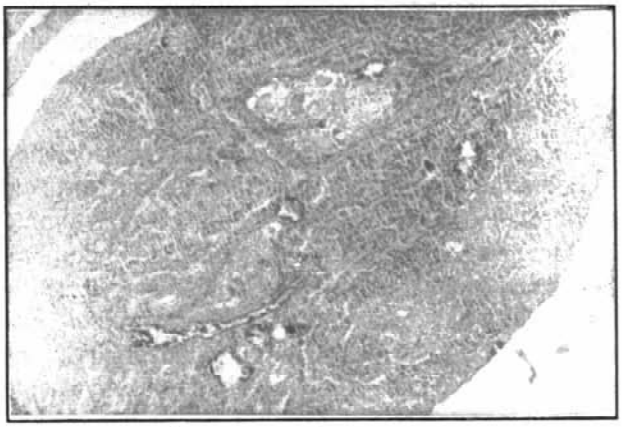
## TARTIŞMA

Schistosoma ilk kez 1851'de bir Mısırlının otopsisinde Bilharz tarafından bulunarak yayınlanmıştır (7). Tropikal ve subtropikal ülkelerde en sık görülen parazitlerden biridir. Ülkemizde Güneydoğu Anadolu yöresinde görülmektedir. Kadın genital sisteminde endemik bölgelerde bile nadir görülmektedir.

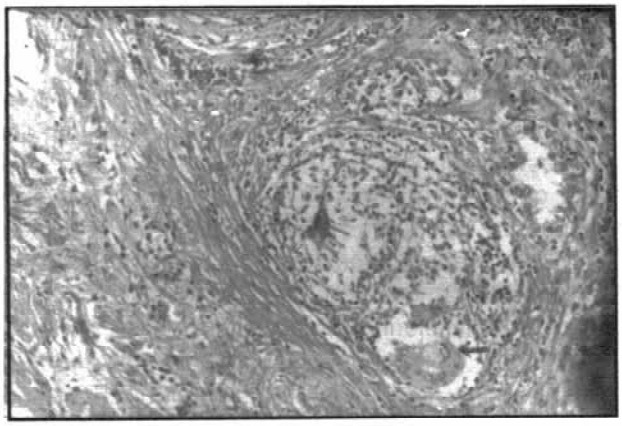
Charlewood ve arkadaşlarının 1949'da dökümente ettikleri 34 olgunun 27'sinde tubaların tutulduğu, buna karşılık Redawy'nin yayınladığı 88 olguda 35 yaş üzerinde kadınlarda serviksin, daha genç yaşlarda ise vulvanın en yaygın yerleşim yeri olduğu görülmektedir. Endometriumda görülmesinin nadir olduğu belirtilmektedir (3).

Kadın genital sisteminde daha çok haematobium türünün görüldüğü bilinmekle birlikte, Schistosoma mansoni ve japonicum da rapor edilmiş, Arean ve arkadaşları 30 yıl boyunca incelenen 78238 cerrahi materyali içinde Schistosoma mansoni'ye bağlı 18 jinekolojik lezyona rastlamışlardır (1).

Parazit, tubada tıkanıklığa ve peritubal yapışıklıklara neden olmakta, infertiliteye yol açmaktadır (4,5).



**Resim 1 :** *İleri derecede genişlemiş papiller yapılar halindeki tuba mukozası. Ödem, yaygın mononükleer iltihabi hücreler arasında granülomlar ve kalsifikasyon odakları izlenmektedir (HE X 40).*



**Resim 2 :** *Granülomlardan birinin yakından görünüşü. Yabancı cisim dev hücreleri ve bu hücrelerden birinin çevrelediği Schistosoma ovası (okla işaretli) (HE X 100).*

Tubal lezyonlarda iki tür arasında morfolojik tablo farkı vardır. Mansoni mukozayı tutmakta, ender olarak kas tabakasına ilerlemektedir. Buna karşılık schistosoma haematobium duvarında yerleşip mukozayı etkilememektedir (1,5). Endometriumda makroskopik değişlikler göstermemekte, mikroskopik incelemede parazit ovası görülerek tanı konulmaktadır. Endemik bölgelerde taze yayma incelemesi tarama yöntemi olarak kullanılmaktadır (8).

Schistosomiasisin kanser etyopatogenezindeki rolü tartışmalıdır. Endometriumda servikste ve overde karsinom ile birlikte görülen olgular yayınlanmakta, ancak bu olgularda parazitin neden olmaktan çok koinsidental olarak bulunduğu düşünülmektedir.

Burada sunulan olgumuzda endometrial biyopsi materyalinde granülomatöz bir endometrit tablosuna rastlanmış, ülkemizdeki yaygınlığı nedeniyle ön planda Tüberküloz düşünülmüştür. Histerektomi materyalindeki peritubal yapışıklıklar, serozal nodüller de bu tanıyı desteklemiştir. Endometrium ve tubaların mikroskopik incelemesinde küçük büyütmede ilk bakışta görülen granülomlar da tanıyla uyumludur.

Ancak yakından incelendiğinde ve özellikle tubalardan alınan kesitler tarandığında yabancı cisim dev hücrelerini ve ortalarındaki parazit ovasını seçmek mümkün olmuştur. Özel boya ile ayırıcı tanıya gidilmiş, Schistosoma mansoni'nin mukozal yerleşimi de literatür bilgisini desteklemiştir. Kadın genital sisteminin granülomatöz lezyonlarının ayırıcı tanısında, nadir görülmekle birlikte Schistosomiasis de akılda tutulmalıdır.

## KAYNAKLAR


1. Arean, VM Manson's Schistosomiasis of the female genital tract. Am J Obstet Gynecol 1956; 72 (5): 1038-53.
2. Bac, DJ et al. Schistosomiasis in ectopic or unusual sites. S Afr Med J 1987; 72: 717-8.
3. Gelfand, M et al. Distrubution and extent of Shistosomiasis in female pelvic organs, with special reference to the genital tract, as determined at autopsy. Am J Trop Med Hyg 1971; 20(6): 846-9.
4. Harouny, A, Pedersen, H Pelveoperitoneal Schistosomiasis as a cause of primary infertility. Int J Gynecol Obstet 1988; 27: 467-9.
5. MouKtar, M Functional disorders due to Bilharzial infection of the female genital tract. J Obstet Gynec Brit Cwlth 1966; 73: 307-10.
6. Lucas, SB, Hutt, MS. Tropical pathology female genital tract and ovaries. In Haines and Taylor Obstetrical and Gynecological Pathology (Ed. H. Fox). London: Churchill Livingstone. 1987 Third edition.
7. Elling, VD, Kupferschmidt, HG, Genitale Schistosomiose: Diagnostik und therapie. Zentbl Gynakol 1988; 110: 671-8 (Eng. abst.).
8. Swart, PJ, Van der Merwe, JV. Wet-smear diagnosis of genital Schistosomiasis. S Afr Med J 1987; 72: 631-2.