

# Eosinofilik sistit : 3 Olgu Sunumu

Dr. Nesrin Uygun \*, Dr. Cuyan Demirkeseen \*, Dr. Zerrin Calay \*,  
Dr. Bülent Çetinel \*\*, Dr. Oktay Demirkeseen \*\*

## ÖZET

Allerji ve mesane zedelenmesinin etyolojik sebep olarak kabul edildiği eosinofilik sistit az görülmektedir. Çalışmamızda 3 adet eosinofilik sistit olgusu bildirildi. Bunların 2'si kadın 1'i erkekti. Bunların ortak şikayetleri aralıklı devam eden hematüri ve dizüri idi. Sistoskopilerinde ortak bulgu mukozada görülen belirgin ödem ve hiperemi idi. Histolojik olarak tamamında hiperemi, ödem, eosinofil polimorflardan ve mast hücrelerinden zengin iltihabi infiltrasyon ve 2'sinde vasküler değişiklikler görüldü. Literatür verileri eşliğinde eosinofilik sistitin klinikopatolojik özellikleri tartışıldı. Eosinofilik sistit klinikopatolojik bir antite olduğundan uygun klinik ve mikroskopik değişiklikler olduğunda bu tanı konulabilmektedir.

**Anahtar kelimeler :** Eosinofilik sistit, mesane hastalıkları

## GİRİŞ

Eosinofilik sistit az görülen bir sistit tipidir. Klinik olarak tekrarlayan hematüri, dizüri ve pollaküri ataklarıyla karakterizedir. Sistoskopide hiperemik, ödemli mukozal kabarıklıklar görülür. Mikroskopik olarak lamina propria ve bazen de kas tabakasında eosinofillerden zengin iltihabi infiltrasyon en önemli bulgudur. Eosinofilik sistitin etyolojisi henüz kesinlik kazanmamıştır. Allerji ve mesanenin zedelenmesi, şimdiki halde etyolojik sebep olarak kabul edilmektedir.<sup>1,2,3,4,5</sup>

Bu çalışmada klinikopatolojik korelasyon ile eosinofilik sistit tanısı konulan 3 olgu bildirildi; saptanan özellikler kaynak bilgi ışığında tartışıldı.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Histolojik inceleme için alınan doku örnekleri rutin işlemle sonra parafine gömüldü ve alınan kesitler Haematoxylin ve Eosin (HxE) ile boyandı. Konvansiyonel histokimyasal çalışmada seçilen kesitler eosinofiller için Giemsa, mast hücreleri için Toluidine Blue, fibrin için Picro Mallory'nin fibrin boyası ile boyandı.

## OLGU SUNUMLARI

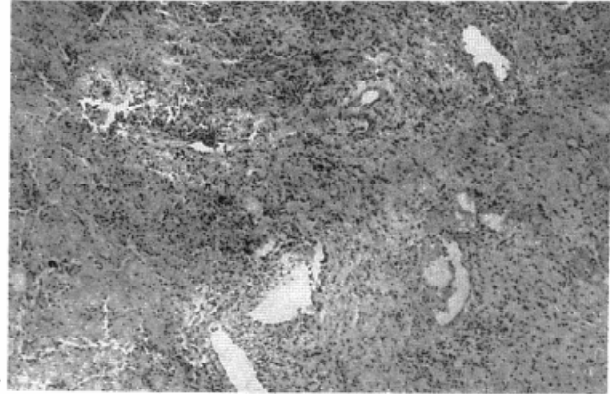
**OLGU 1 :** 64 yaşında erkek. 2 yıldır aralıklı devam eden hematüri, dizüri, pollaküri, noktüri şikayetleriyle başvurdu. Sistoskopik muayenede mukozada yaygın dağılmış, trigon çevresinde yoğunlaşan, yüzeyden kabaran ödemli, hiperemik alanlar görüldü. Multipl biyopsi alındı. Mikroskopik incelemede yüzey epiteli düzenli idi. Lamina propria'da belirgin ödem ve hiperemi, eosinofil polimorflardan zengin, bol mast hücresi içeren iltihabi infiltrasyon görüldü (Resim 1).

Bu bulgular ışığında eosinofilik sistit olarak değerlendirilen bu olguda steroid ve antihistaminik tedavisine başlandı. Bu te-

## SUMMARY

Eosinophilic cystitis, in which allergy and bladder injury play role as the etiologic factors, is seen rarely. We presented 3 cases of eosinophilic cystitis. Two patients were female, one was male. The patients complained of episodes of hematuria and dysuria. Their common cystoscopic findings were prominent edema and hyperemia. Histologically, in all cases, hyperemia, edema, mucosal inflammatory infiltration composed of abundant eosinophil polymorphs and mast cells were detected. 2 cases had vascular changes. In the light of literature, we discussed the clinicopathologic features of eosinophilic cystitis. While eosinophilic cystitis is a clinicopathologic entity, and diagnose can be made with the help of clinical findings in addition to the microscopic features.

**Key words :** Eosinophilic cystitis, bladder diseases.



**Resim 1 :** Lamina propria da belirgin ödem, fibrin eksudasyonu eosinofil polimorflardan zengin yoğun iltihabi hücre infiltrasyonu (H.Ex80)

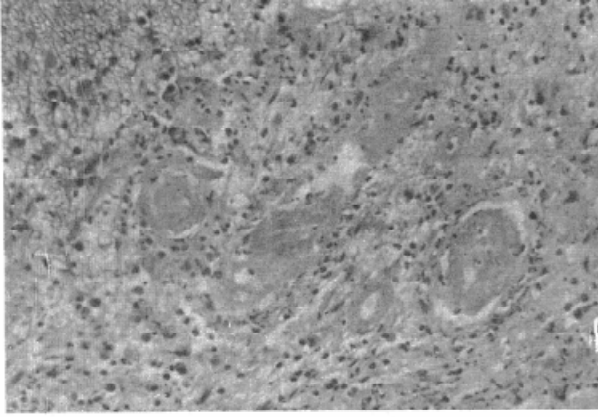
davi ile hasta klinik olarak iyileşti. 1 ay sonra yapılan kontrol sistoskopisinde lezyonları belirgin olarak gerilemişti.

**OLGU 2 :** 60 yaşında kadın. Hematüri ve dizüri şikayetleriyle başvurdu. 3 yıl önce mesane kanseri nedeniyle parsiyel sistektomi yapılmıştı. Sistoskopik muayenede mukozada yaygın, yüzeyden kabaran, ödemli, hiperemik alanlar ve arada ödematöz polipler görüldü; biyopsi alındı.

Mikroskopik incelemede yüzey epiteli yer yer dökülmüş olarak izlendi. Lamina propria da belirgin hiperemi ve ödem, damarlanma artışı, eosinofil polimorflardan zengin iltihabi infiltrasyon vardı. Yapılan toluidine blue boyası ile mast hücrelerin de artmış olduğu görüldü (Resim 2)

\* Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

\*\* Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı



**Resim 2 :** Damar duvarlarında vaskülit bulguları (fibrinoid degenerasyon, nötrofil polimorf infiltrasyonu), lumenlerinde taze trombüsler (H.Ex200)

Seri kesitlerde tümör görülmedi.

20 gün sonra hastada makroskopik hematurî gelişmesi üzerine sistoskopik muayene tekrarlandı; farklı bir bulgu saptandı. Tekrar alınan biyopsilerin mikroskopik incelenmesinde bir öncekine ek olarak, lamina propriadaki bazı damar duvarlarında fibrinoid degenerasyon, nötrofil polimorf infiltrasyonu ve lumenlerinde taze trombüsler görüldü (Resim 2).

Klinik ve patolojik özellikler birlikte değerlendirildiğinde olgunun eosinofilik sistit olduğuna ve steroid+antihistaminik tedavisi başlanmasına karar verildi. Ancak hasta daha sonraki kontrollerine gelmediği için tedavi başlanamadı.

7 ay sonra tekrar hematurî şikayetleriyle gelen hastadan alınan multipl biyopsilerde yaygın insitu ve invaziv olmayan papiller karsinom (Grade I-II) odakları saptandı. Bunun üzerine hastaya total sistektomi uygulandı. Bunun mikroskopik incelenmesinde aynı türde karsinom odakları yanında, lamina propriada yaygın, eosinofil polimorflardan zengin, bol mast hücresi içeren iltihabi infiltrasyon görüldü.

**OLGU 3 :** 59 yaşında kadın. 2 yıldır aralıklı devam eden dizürî ve hematurî şikayetleriyle başvurdu. Sistoskopik muayenesinde mukozada yer yer yüzeyden kabaran, ödemli, bazılarının yüzeyi kadifemsi alanlar görüldü; multipl biyopsi alındı. Mikroskopik incelemede yüzey epitelinin yer yer dökülmüş olduğu görüldü. Lamina propriada ödem, hiperemi, damarlanma artışı, yaygın fibrin eksudasyonu, eosinofil polimorflardan zengin iltihabi infiltrasyon vardı; mast hücreleri artmıştı. Bazı damarlarda endotel şiş olup, duvarlarında fibrinoid degenerasyon ve az sayıda nötrofil polimorf infiltrasyonu vardı (Resim 3). Biyopsi örneklerinden birinde lamina propriada yüzeyel kas tabakasına da uzanan fibrozis saptandı.

Eosinofilik sistit olarak değerlendirilen bu olguda da steroid ve antihistaminik tedavisi planlandı. Ancak mevcut gastrik sorunları yüzünden başlanamadı.

## TARTIŞMA

Eosinofilik sistit pek sık rastlanmayan bir sistit tipidir. İlk kez

1960'da Palubinska ve Brown tarafından tarif edildikten sonra literatürde 40 civarında eosinofilik sistit olgusu bildirilmiştir. Bunların yaklaşık dörtte biri çocukluk çağındadır.<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11</sup>

Eosinofilik sistit klinik olarak, tekrarlayan dizürî, hematurî, pollaküri, suprapubik ağrı atakları ile karakterizedir.<sup>1,2,3,4,5,6,8,9,11</sup>

Olgularımızda tekrarlayan dizürî ve hematurî atakları ortak klinik bulgu idi.

Periferik kanda eosinofili ve eosinofilüri saptanması klinikte tanıya yardımcı bulgulardır. Ancak olguların çoğunda bu bulgular saptanamamaktadır.<sup>5,11</sup>

1 no'lu olgumuzda, tedavi başladıktan sonra yapılan incelemede, idrarda az sayıda eosinofil polimorf saptadık.

Sistoskopik muayenede mesane mukozasında yüzeyden kabaran ödemli, hiperemik alanların varlığı en sık gözlenen bulgudur.<sup>1,2,3,5,6,8,11</sup> Bazı olgularda ek olarak, kadifemsi eritematöz plaklar, ülserler, polipoid veya papillomatöz lezyonlar da görülebilmektedir.<sup>4,6,8,11</sup> Bu bulguların bazen in situ veya invaziv kanseri; çocuklarda ise rabdomyosarkomu taklid edebilmektedir.<sup>9,11</sup>

Olgularımızın tümünde mukozadan kabarık, hiperemik, ödemli alanlar ortak sistoskopi bulgusu idi. Ek olarak 2 no'lu olguda ödematöz polipler, 3 no'lu olguda da kadifemsi eritematöz plaklar saptandı.

Eosinofilik sistitde histopatolojik değişiklikler genellikle lamina propriada lokalizedir; bazen kas tabakasında da izlenir. Yüzey epitelinde genelde korunmuş olup bazen proliferasyon olabilir. Lamina propriada ödem, hiperemi, eosinofil polimorflardan zengin iltihabi hücre infiltrasyonu, mast hücre sayısında artış en sık saptanan ortak bulgulardır. Bazen bunlara histiositik multinükleer dev hücreler, interstisyel fibrin eksudasyonu, vaskülit bulguları, kas dokusunda nekroz ve çevresinde eosinofilik infiltrasyon ve fibrosis de eşlik etmektedir.<sup>1,2,5,6,8,11</sup> Kronikleşen olgularda bu bulguların görünme oranı ve şiddeti değişiklik göstermektedir. Bunlarda fibrozis ön plana çıkmakta ve eosinofillerin sayısı azalmaktadır. Yüzey epitelinde metaplazi ve displazi görülebilmektedir.<sup>2,1</sup>

Olgularımızda lamina propriada ödem, hiperemi, eosinofil



**Resim 3 :** Lamina propriada eosinofil polimorflardan zengin iltihabi infiltrasyon ve arada vaskülit bulguların gösteren damar yapısı (H.E x200).

polimorflardan zengin iltihabi infiltrasyon ve mast hücre artışı ortak özellikti. Ek olarak 2 ve 3 no'lu olgularda vaskülit buguları ve 3 no'lu olguda ayrıca fibrozis de görüldü.

Eosinofilik sistitin etyolojisi hala tartışmalıdır. Allerjik etyoloji bir çok araştırmacı tarafından ileri sürülmekle birlikte henüz kesinlik kazanmamıştır. Yiyecek maddeleri, ilaçlar, bakteriler, sentetik maddeler mesanede allerjik reaksiyonu başlatan antijenler olarak kabul edilmektedir.<sup>1,2,4,5,6,8,10,11,12</sup> Bu antijenler mast hücre degranülasyonuna ve eosinofilik kemotaktik faktörlerin salınımına aracılık eden IgE'yi stimüle ederler. Ayrıca immunkompleks oluşturarak lizozomlardan doku yıkımına sebep olan maddelerin salınımını sağlarlar. Böylece inflamasyon daha da ilerler.<sup>2,6,8,1</sup>

Eosinofilik sistit eosinofilik gastroenterit, bronşial astma ve atopik hastalıklar gibi allerjik durumlarla birlikte görülebilmektedir.<sup>10,11</sup>

Mesanedeki parazit enfestasyonu da eosinofilik sistite sebep olmaktadır.<sup>3,8,10</sup>

Çeşitli nedenlerle (mesane kanseri, prostat hipertrofisi v.b.) yapılan girişimler sonucu mesanenin zedelenmesi de eosinofilik sistitte etyolojik ajan olarak kabul edilmektedir.<sup>2,3,5</sup>

Bu bilgiler dahilinde 2 no'lu olgumuzda mesane kanseri nedeniyle sık yapılan girişimler etyolojik ajan olarak kabul edilebilir. Ancak diğer iki olguda etyolojik sebep olarak kabul edilebilecek bulgu saptanmadı.

Tedavide birinci basamak, saptanabilmişse, antijenik stimulusun kesilmesidir. Spesifik bir ajan saptanamayan bir çok olguda steroid ve antihistaminik tedavi ile iyi sonuç alınmaktadır. Sekonder enfeksiyonları önlemek için antibiyotik tedavisi eklenmektedir. İlerlemiş ve medikal tedaviye yanıt vermeyen olgularda cerrahi müdahale gerekmektedir.<sup>4,6,7,10,11</sup>

Çocuklarda eosinofilik sistit genellikle kısa süreli ve kendi kendine iyileşebilen bir hastalık olarak seyretmektedir. Bu nedenle başlangıçta semptomatik, destekleyici bir tedavi ile beklenmekte; gerekirse erişkinlerdeki tedavi modellerinden biri uygulanmaktadır.<sup>6,8,10</sup>

Olgularımızdan sadece birinde steroid+antihistaminik tedavi uygulanabildi ve başarılı sonuç alındı.

Eosinofilik sistit kliniko-patolojik bir antidedir. Bu nedenle ancak uygun klinik ve mikroskopik değişiklikler olduğunda bu tanı konulmalıdır.<sup>2</sup>

Olgularımızın üçünde de klinik ve patolojik özellikler literatürde tarif edilenlerle aynı tipte idi.

## KAYNAKLAR

1. Antonakopoulos GN, Newman J. Eosinophilic cystitis with giant cells. Arch Pathol Lab Med 1984; 108: 728-731.
2. Hellstrom HR, Davis BK, Shonnard JW. Eosinophilic cystitis. Am J Clin Pathol 1979; 72: 777-784
3. Oh SJ, Chi JG, Lee SE. Eosinophilic cystitis caused by vesical sparganosis. J Urol 1993; 149: 581-583.
4. Thijssen A, Gerridzen RG. Eosinophilic cystitis presenting as invasive bladder cancer Comments on pathogenesis and management. J Urol 1990; 144: 977-979.
5. Tomaszewski JE. Cystitis. In: Hill GS, editors. Urothology. 1 st ed. (Vol 1) New York, Edingburgh, London, Melbourne: Churchill Livingstone, 449-450.
6. Axelrod SL, Ring KS, Collins MH, Relley EA, Hensle TW. Eosinophilic cystitis in children. Urology 1991; 37 (6): 549-552.
7. Chamberlin RD. Eosinophilic cystitis during pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1992; 166: 28-29.
8. Littleton RH, Farah RN, Cerny JC. Eosinophilic cystitis : An uncommon form of cystitis. J Urol 1982; 127: 132-133.
9. Sujka SK, Fisher JE, Greenfield SP. Eosinophilic cystitis in children. Urology 1992; 40 (3): 262-264.
10. Sutphin M, Middleton AW. Eosinophilic cystitis in children: a self-limited process. J urol 1984; 132: 117-119.
11. Watson HS, Singh EO, Hermans MR, Coffield KC, Keegan GT. Recurrent eosinophilic cyctitis: A case responsive to steroids. J urol 1992; 147: 689-691.
12. Okada H, Minayoshi K, Goto A. Two cases of eosinophilic cystitis induced by tranilast. J Urol 1992; 147: 1366-1368.