

## İnfanıl dönemde görülen skrotal kapiller “çilek” hemanjiyom olgusu

*A case report with scrotal capillary “strawberry” hemangioma presented in infantile period*

Burak Özçift<sup>1</sup>, Koray Ağras<sup>2</sup>

<sup>1</sup> İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Ürolojisi Birimi, İzmir, Türkiye

<sup>2</sup> Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Çocuk Ürolojisi Birimi, Ankara, Türkiye

### Özet

İnfanıl dönemde hemanjiyomlar baş, boyun, gövde ve ekstremitelerde sık görülmesine rağmen genital bölgede oldukça nadir görülürler. Skrotal ciltte hemanjiyomlar nadiren izole olup, penis, perine veya intraskrotal alana da yayılabilmektedir. Çocukluk çağında skrotal hemanjiyomlar genellikle adolesanlarda olup, infanılarda az sayıda olgu bildirilmiştir. Skrotal hemanjiyomlar genellikle kendini sınırlamakta ve 1 yaşından sonra kendiliğinden gerilemektedir. Bu nedenle genellikle konservatif tedavi tavsiye edilmektedir. Cerrahi tedavi ancak skrotal hemanjiyomlar semptomatik hale gelirse gerekebilir. Lokal bakım ve sık alt bezi değişimi basit ve etkili bir tedavi yöntemidir. Bu çalışmada, izole skrotal “çilek” hemanjiyomu ile kliniğimize gönderilen 3 aylık erkek hasta sunulmuştur. Hasta lokal lezyon bakımı önerilerek 15 ay takip edildi. Takip süresince komplikasyon gelişmedi ve lezyon boyutu geriledi.

**Anahtar kelimeler:** İnfantil, Skrotum, Hemanjiyoma.

### Abstract

Despite hemangiomas occur generally at head, neck, trunk and extremities during the infantile period, they located in the genital region rarely. Hemangiomas are rarely isolated on the scrotal skin and can spread to the penis, perineum, or intrascrotal area. In childhood, scrotal hemanjiyomas are generally in adolescents, and few cases have been reported in infants. Scrotal hemangiomas are usually self limited and regress after 1 year of age. Therefore conservative treatment is generally advised. If scrotal hemangiomas become symptomatic, may require surgical treatment. Local care and frequent diaper changing is a simple and effective treatment. In this study, we report a 3 months old boy patient who presented to our clinic with isolated scrotal “strawberry” hemangioma. The patient was followed for 15 months with the recommendation of local lesion care. There were no complications and lesion size regressed during follow-up.

**Keywords:** Infantile, Scrotum, Haemangioma.

*Geliş tarihi (Submitted): 07.11.2017*

*Kabul tarihi (Accepted): 27.01.2018*

### Yazışma / Correspondence

Op. Dr. Burak Özçift

İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Ürolojisi Birimi, İsmet Kapitan Mh. Sezer Doğan Sok. No: 11 Konak / İzmir 35210, İzmir, Türkiye  
Tel: 0232 411 60 00 (6356)  
E-mail: burakozcift@hotmail.com

## GİRİŞ

Hemanjiyomalar sıklıkla çocukluk ve genç erişkin döneminde görülen benign vasküler neoplazmlardır. Konjenital olabileceği gibi, tümör veya travmaya sekonder olarak da gelişebilirler (1). Vücudun herhangi bir parçasında gelişebileceği gibi, özellikle kas-iskelet sistemi, karaciğer ve dalakta da görülebilmektedir. Tüm hemanjiyomaların %1'in azı genital (skrotal ve/veya penil) hemanjiyoma olup, sadece skrotumda izole olarak nadir olarak görülmektedirler (2-6). Skrotumda izole olduğu gibi penis, perine veya intraskrotal alana yayılabilir. Çocukluk çağında skrotumda bildirilen olgular genellikle adolesanlarda olup, infanıl dönemde az sayıda bir kaç adet olgu bildirilmiştir (7). Skrotal hemanjiyomlar kendini sınırlayıp 1 yaşından sonra genellikle kendiliğinden gerilemektedir (8). Semptomatik olması, lokasyonu ve yayılımı tedaviyi değiştirir. Semptomatik olmayan ve invaze olmayanlar sadece lokal bakım veya gözlem ile takip edilebilir (7).

## OLGU SUNUMU

3 aylık erkek çocuk, ailesi tarafından farkedilen 2 aydır devam eden skrotumdaki mor renkli ciltten kabarık olmayan lezyon nedeniyle polikliniğimize yönlendirildi. Lezyon boyutunda bu sürede herhangi bir değişiklik olmamıştı. Hastanın herhangi bir medikal öyküsü mevcut değildi. Fizik muayenede sadece skrotum sağ yarısında olan 15 x 15 mm ebatında, mor renkli kapiller "çilek" hemanjiyom tespit edildi (Resim 1). Palpasyonda ele gelen kitle yoktu. Vücudun diğer bölgelerinde başka bir hemanjiyom yoktu. Skrotal ultrasonografide intraskrotal yayılım yada testiküler hemanjiyom izlenmedi. Tüm abdomen ultrasonografide karaciğer ve dalak gibi hemanjiyoma olabilecek organlarda hemanjiyoma tespit edilmedi. Geriye kalan muayenesi normaldi. Lezyon üzerinde enfekte ya da kanayan ülsere bir alan izlenmedi. Aile, hastalık ve oluşabilecek komplikasyonlar açısından bilgilendirildi. Lokal bakım ve sık bez değişimi önerildi. 15 aydır takip edilen hastanın lezyon boyutu 12 x 12 mm boyutuna geriledi (Resim 2). Olgunun semptomatik olmaması ve lezyon boyutunun gerilemesi nedeniyle rezeksiyon ya da medikal tedavi düşünülmüdü.

## TARTIŞMA

Hemanjiyoma olgunlaşmamış kılcal damarların proliferasyonu nedeniyle meydana gelen vasküler kaynaklı en sık görülen benign tümördür. Ürogenital hemanjiyomlar genellikle böbrekler ve mesanede görülmekte olup, ayrıca üretra, genital deri ve prostatta da görülmektedir. Bu bozukluk genitelyada nadiren tanımlanmıştır (9).

Genital hemanjiyomlar histolojik olarak yüzeysel olan kapiller (süperfisyal) tip, histiositoid (epitelioid) tip ve kavernöz tip olmak üzere 3 major kategoriye ayrılırlar (10). En sık adolesanlarda görülmekle birlikte konjenital olan veya erişkin yaşta ortaya çıkan skrotal hemanjiyom vakaları da mevcuttur. İnanıl skrotal hemanjiyomlar literatürde oldukça nadirdir. Çoğunlukla tek taraflı olup postnatal dönemde bir yaşına kadar büyümeye devam ederler ve bir yaşından sonra 7 yaşına kadar %90'ı zamanla spontan regrese olurlar (7,8,11). İnanıl hemanjiyomaların çoğunluğu spesifik bir tedavi gerektirmez; genellikle gözlem, lokal bakım ve anne babanın bilgilendirilmesi yeterlidir (12).

Skrotal hemanjiyom tanısında en önemli faktör fizik muayenedir. Kitlenin varlığı, lokalizasyonu, yayılımı olup olmadığı değerlendirilir ve ultrasonografi ile lezyonun derinliği hakkında bilgi edinilir. Yüzeysel lezyonlar için görüntüleme ultrasonografi yeterli olmakla birlikte Bilgisayarlı Tomografi ve Manyetik Rezonans görüntülemeleri özellikle cerrahi müdahale gerektiren intraskrotal yerleşimli olgularda faydalı olmaktadır. Asemptomatik hastalarda tanı amacıyla biyopsi yapılma endikasyonu yoktur. Kitle eksizyonu yapılan hastalarda ise kesin tanı yöntemi doku örneğinin patolojik olarak incelenmesidir (7).

Skrotal hemanjiyomlar sık görülmediği için tedavisinde belirli bir algoritma yoktur (13). Skrotal hemanjiyomlar bulunduğu bölge, yayılım ve semptom varlığına göre tedavi edilirler.

Skrotuma ve penise lokalize yüzeysel formları çoğunlukla asemptomatiktir. Yedi yaşına kadar çoğunlukla spontan regrese olabileceklerinden sadece lokal bakım, sık bez değişimi ve çinko oksitli kremler ile takip edilebilirler. Bu takip sırasında en sık görülen komplikasyon ülserasyon ve enfeksiyon olup bunlar medikal tedavi



Resim 1: İzole skrotal kapiller «çilek» hemanjiyom (15x15 mm)



Resim 2: Lezyonun 15.ay takibindeki görünümü (12x12 mm)

ile takip edilirler (7). Çok geniş olan lezyonlar ise kozmetik nedenlerden dolayı eksizyon gerektirebilirler. Genital bölge hemanjiyomaları semptomatik olduklarında veya intraskrotal yayılım gösterdiğinde erken girişimsel tedavi uygulanabilmektedir (14). Bu tedavi cerrahi eksizyon olabileceği gibi; intralezyonel steroid uygulaması, topikal tedavi (steroid, beta-blokör, imiquimod), sistemik tedavi (steroid, beta-blokör), sklerozan ajan (alkol) veya lazer tedavisi ile de fayda sağlanabilmektedir (1,15)

Sonuç olarak, infantil skrotal hemanjiyomlar benign vasküler lezyonlar olup genellikle zamanla involusyona uğrarlar. Tedavisi, semptomatik olması ve intraskrotal yayılımına bağlı değişir. Semptomatik olmayanlarda genellikle doğru bakım ve takiple herhangi bir komplikasyon gelişmeden yıllar içinde cerrahi gerektirmeden gerileme olabilmekte, hatta tamamen kaybolabilmektedir.

#### KAYNAKLAR

1. Haggstrom AN, Garzon MC. Infantile hemangioma. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Scahffer JV. Dermatology. 3 rd ed. Elsevier Saunders 2012. pp .1691-1709.
2. Pratt AG. Birthmarks in infants. Arch Dermatol 1972; 67: 302-305.
3. Alter GJ, Trengove-Jones G, Charles EH Jr. Hemangioma of penis and scrotum. Urology 1993; 42: 205-208.
4. Ward JF, Friedlander SF, Kaplan GW. Hemangioma presenting as an ulceration of the scrotum. J Urol 1998; 160: 182-183.
5. Hemangioma Investigator Group: Haggstrom AN, Drolet BA, Baselga E, et al. Prospective study of infantile hemangiomas: demographic, prenatal and perinatal characteristics. J Pediatr 2007;150 : 291-294.
6. Lin CY, Sun GH, Yu DS. Intrascrotal hemangioma. Arch Androl 2002; 48: 259-265.
7. Güneş M, Keleş MO, Çiloğlu NS, Koca O, Akyüz M. Cavernous hemangioma of the scrotum treated with local steroid: Case report. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2013; 33: 241-243.
8. Smithers CJ, Fishman SJ. Vascular anomalies. In: Aschraft KW, Holcomb GW, Murphy JP. Pediatric Surgery. 4th ed. Elsevier/Saunders 2005. pp. 1038-1053.
9. Ulker V, Esen T. Hemangioma of the glans penis treated with Nd:YAG laser. Int Urol Nephrol 2005; 37: 95-96.
10. Stille JR, Nasrallah PF, McMahan DR. Testicular capillary hemangioma: an unusual diagnosis suggested by duplex color flow ultrasound findings. J Urol 1997; 157: 1458-1459.

11. Ray B, Clark SS. Hemangioma of scrotum. Urology 1976; 8: 502-505.
12. Margileth AM, Museles M. Cutaneous hemangiomas in children: Diagnosis and conservative management. JAMA 1965; 194: 523-526.
13. Casale AJ, Menashe DS. Massive strawberry hemangioma of the male genitalia. J Urol 1989; 141: 593-594.
14. Alter GJ, Trengove-Jones G, Horton CE Jr. Hemangioma of penis and scrotum. Urology 1993; 42: 205-208.
15. Sarig O, Kimel S, Orenstein A. Laser treatment of venous malformations. Ann Plast Surg 2006; 57: 20-24.