

Skrotal kalsinozis: Etyoloji hala bilinmemekte

Scrotal calcinosis: The etiology is still unknown

Osman Köse¹, Şükrü Kumsar¹, Hüseyin Aydemir¹, Elif Alponat², Öztuğ Adsan¹

¹ Sakarya Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Sakarya

² Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Kocaeli

Geliş tarihi (Submitted): 29.05.2013

Kabul tarihi (Accepted): 21.09.2013

Yazışma / Correspondence

Osman Köse

Beyaz Kent Sitesi, Beşköprü M. Girne

C. D4 54100 Adapazarı-Sakarya

Gsm: 0532 251 71 62

E-mail: koseonk@yahoo.com.tr

Özet

Skrotal kalsinozis, skrotum cildinde multipl, farklı boyutlarda, ağrısız, orta sertlikte nodül gelişimiyle karakterize nadir bir hastalıktır. Skrotal kalsinozisin etyopatogenezi, 1888'de ilk tanımlandığından beri net olarak açıklanamamıştır. Polikliniğimize, skrotumda değişik boyutlarda nodüler cilt lezyonları nedeniyle başvuran 2 hasta, ve rezeke edilen nodüllerin histopatolojik incelemesi, literatür eşliğinde tartışılmıştır. Bulgularımız, epidermal kistlerin, skrotal kalsinozis patogenezinde, önemli bir yolak olduğu hipotezini desteklemektedir. Yine de, ortada kalan önemli bir soru, distrofik kalsifikasyonun neden skrotumu tercih ettiği.

Anahtar Kelimeler: Skrotal kalsinozis; etyoloji.

Abstract

Scrotal calcinosis is a rarely encountered disease, characterized by the development of multiple, irregular-sized, non-painful, and moderately hard nodules. Etiopathogenesis of scrotal calcinosis has not been clearly explained since it was first defined in 1888. Two cases presented to our outpatient clinic with that were various sizes and nodular in character, histopathological results of the resected nodules are discussed here with the reference to the literature. Our findings support the hypothesis that epidermal cysts are an important pathway in the pathogenesis of scrotal calcinosis. On the other hand the important question that remains is: Why does dystrophic calcification prefer the scrotum?

Key Words: Scrotal Calcinosis; etiology

Giriş

Skrotal kalsinozis, skrotum cildinde multipl, farklı boyutlarda, ağrısız, orta sertlikte nodül gelişimiyle karakterize nadir bir hastalıktır. Nodüller, skrotum cildinin dermisinde, kalsiyum depozitleriyle karakterize benign lezyonlardır. İlk olarak, 1883 yılında Lewinsky, daha sonra, 1888 yılında, Hutchinson tarafından kalsinosis kutisin subtipi olarak tanımlanmasından bugüne kadar, etyolojisiyle ilgili tartışmalar devam etmektedir (1). Birçok yazar tarafından, idiyopatik olduğu kabul edilmekle birlikte, patogenezine ilgili çeşitli oluşum mekanizmaları ile

ri sürülmüştür.

Polikliniğimize, skrotum cildinde değişik çapta, nodüler cilt lezyonları nedeniyle başvuran 2 hasta, ve rezeke edilen nodüllerin histopatolojik incelemesi, literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Olgu 1

Polikliniğimize, 21 yaşındaki hasta, skrotumunda 6-7 yıl önce farkına vardığı, zamanla sayısı ve büyüklükleri artan nodüllerle başvurdu (Resim 1). Hasta, nodüllerin ilk olarak milimetrik boyutlarda başladığını, zamanla boyutlarının arttığını, ağrı, kaşıntı gibi şikayetlere yol

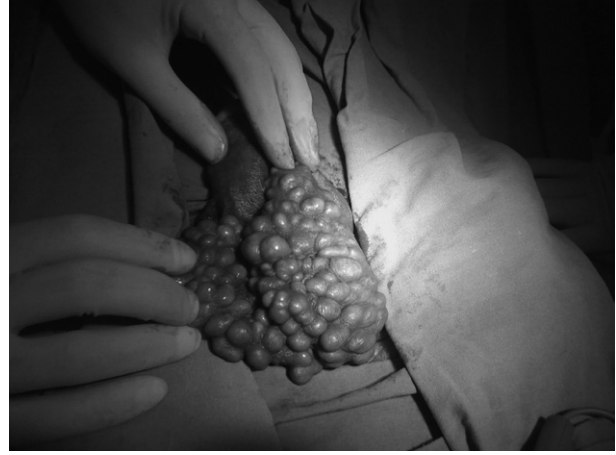
açmadığını, fakat değişik zamanlarda perfore olarak beyaz, peynir kıvamında kolleksiyonun drene olduğunu ifade etti. Hasta, polikliğinimize başvuru nedeninin, kozmetik kaygıyla olduğunu belirtti. Hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde, skrotumda en küçüğü milimetrik boyutlarda, en büyüğü yaklaşık 2 cm yer yer birleşerek kitlesel odaklar oluşturan, beyaz sarı renkli, sert kıvamlı, ağrısız nodüller palpe edildi. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Hastanın kalsiyum, fosfor, parathormon ve diğer rutin biyokimyasal değerlerinin normal olduğu gözlemlendi. Hastaya lokal anestezi altında, nodülleri içerecek şekilde, skrotal eksizyon yapıldı. Cilt, rekonstruksiyona gereksinim duyulmadan, primer kapatıldı. Hastanın 6 ay sonra yapılan kontrolünde, yeni milimetrik lezyonların olduğu gözlemlendi. Bu aşamada takip edilmesi önerildi.

Olgu 2

Ondokuz yaşındaki hasta polikliniğimize, 1 yıl önce fark ettiği multipl milimetrik nodüllerle başvurdu (Resim 2). Hastanın ağrı kaşıntı gibi lokal semptomları yoktu. Hasta kozmetik kaygılarla polikliğinimize başvurduğunu ifade etti. Hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Hastanın kalsiyum, fosfor, parathormon ve diğer rutin biyokimyasal değerlerinin normal olduğu gözlemlendi. Büyük lezyon eksize edildi. Histopatolojik değerlendirme skrotal kalsinozis olarak rapor edildi.

Tartışma

Skrotal kalsinozis, 9-85 arasında farklı yaşlarda rapor edilmekle birlikte, çoğunlukla 20-40 yaş aralığında daha sık gözlenmektedir (2). Genellikle, çocukluk veya erken erişkin dönemlerinde, küçük nodüler lezyonlar şeklinde başlayıp, zaman içinde sayı ve boyutları artarak ilerlemektedir. Kaşıntı ve cilt bütünlüğünün bozularak, peynirimsi kolleksiyon drenajı, ya da ülserasyon gibi semptomlar bildirilmektedir. Fakat genellikle asemptomatik olması nedeniyle, hastaların başvuru sebebi kozmetik kaygılarla olmaktadır (3). Skrotal kalsinozis saptanan hastalarda, skrotum dışındaki bölgelerde, kalsiyum depoziti olan deri lezyonu tanımlanmamıştır. Tedavide, lokal anestezi altında nodül eksizyonu yapılmaktadır. Skrotumun tamamının nodüller ile kaplı olduğu olgularda, total skrotektomi yapılmaktadır ve sonrasında etraftaki skrotum dışı cilt dokusu primer kapanmaya izin vermektedir (4).



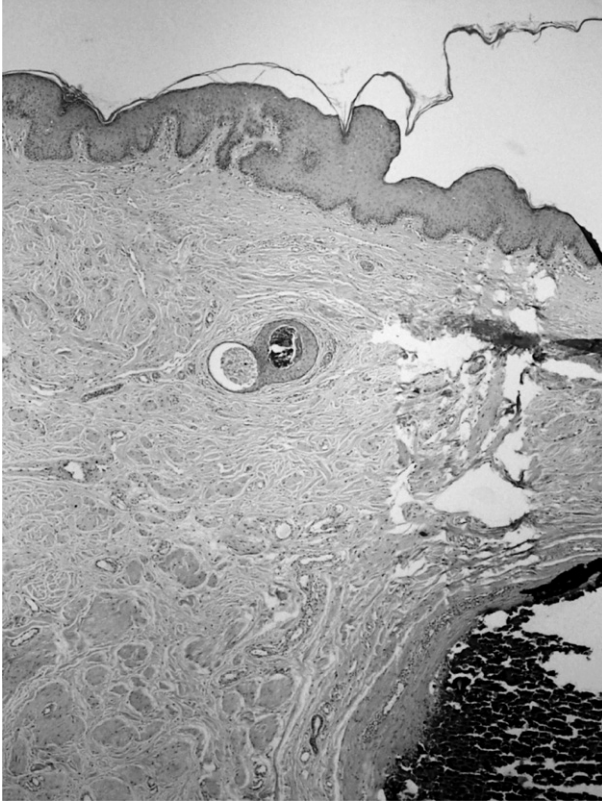
Resim 1. Olgu 1.

Klinik olarak, epidermal inkluzyon kisti, steatositoma, aktinik keratoz, ve diğer lipom, fibrom, anjiokeratom, ve lenfanjioma sirkumskriptum gibi benign lezyonlarla karışabilir. Kesin tanı, histopatolojik incelemeyle mümkün olmaktadır.

Kalsinozis kutis, genel olarak, kalsiyum tuzlarının dermisin içinde birikimini tanımlamak için kullanılmak-

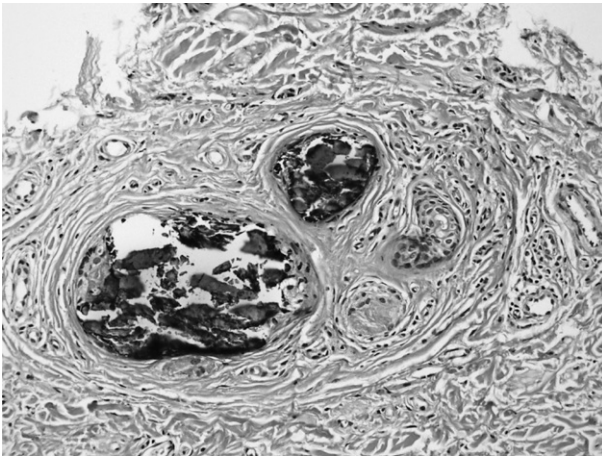


Resim 2. Olgu 2.



Resim 3

tadır. Cildin kalsifikasyonu 3 ana formdan oluşmaktadır: Distrofik; metastatik ve idiyopatik (5). İdiyopatik kalsinozis, kimyasal mikro çevredeki değişikliklerin, kalsiyum ve fosforun, kristal formda birikmesi ile ortaya çıkmaktadır. Metastatik kalsifikasyon; Hiperparatiroidizm, sarkoidoz ve böbrek yetmezliği gibi sistemik ve metabolik bozukluklar nedeniyle, serum kalsiyum ve fosfor seviye-



Resim 4

lerindeki yükselme sonucu ortaya çıkmaktadır. Distrofik kalsifikasyon ise, travma, tümör, kronik irritasyon gibi lokal nedenlerle, veya dermatomyozit, skleroderma gibi sistemik sebeplere ikincil olarak, normal serum kalsiyum ve fosfor seviyeleriyle gelişen bir patolojidir .

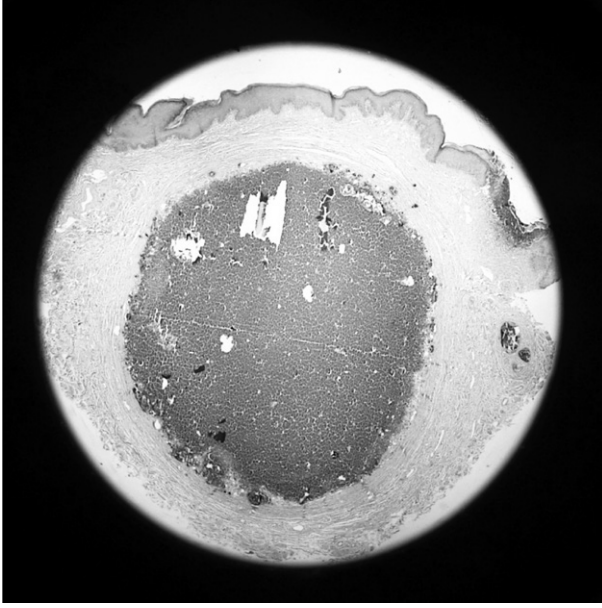
Skrotal kalsinozis, tanımlandığından beri, etyopatogenezi net olarak açıklanamamıştır. Lezyonun tedavisi, basit eksizyon olması nedeniyle, tartışmalar tedaviden çok etyolojisi üzerine odaklanmaktadır. Skrotal kalsinozisin edinsel veya idiyopatik etyolojisi, patolojik incelemeye dayandırılmaktadır. Tarihsel süreç içinde, skrotal kalsinozis etyolojisiyle ilgili, bugüne kadar, farklı nedenler ortaya atılmıştır. Yapılan yayınların ortak noktası, serum kalsiyum ve diğer biokimyasal analizlerin normal olduğudur.

1970 yılında, Shapiro'nun rapor ettiği skrotal kalsinosisli 14 olguda, parsiyel inflamatuvar yanıtla birlikte, nodüler kalsifikasyonlar olduğunu, fakat, bu kalsifikasyonların etrafında epitel bulunmadığını, ve bu nedenle, etyolojinin idiyopatik olduğunu bildirmiştir ve lezyonu idiyopatik skrotal kalsinosiz olarak tanımlamıştır (6). King ise kalsifik odakların yakınında, dartos kasının ve bazı dartos kas lifleri arasında, kalsifik odakların görülmesi üzerine, skrotal kalsinozisin nedeninin, dartos kasındaki kalsifikasyon olduğunu bildirmiştir (7). Daha sonraki yıllarda yapılan yayınlarda, bu lezyonların tekrarlayan travmalara bağlı olduğu düşünülerek, distrofik kalsinozisin özel bir tipi olduğu öne sürülmüştür (8). Wright ve arkadaşları, 9 hastada 63 lezyon üzerinde yaptıkları histokimyasal çalışmada epitel dokusuna rastlamayarak skrotal kalsinozisin idiyopatik olduğunu ifade etmişlerdir (9).

Bazı yazarlar, skrotum cildinde epidermoid kistlerin varlığını tanımlayarak, başlangıçta epidermoid kistlerin oluştuğunu, ilerleyen dönemde bu kistlerin rüptürü ile meydana gelen inflamasyon sonucunda, skrotal kalsinozisin meydana geldiğini savunmuşlardır (2,10).

Hastalığın patogenezinde ekrin ter bezlerinin rol alabileceği bildirilmiştir (11). Fakat bu birçok yazar tarafından kabul görmemiştir (12.).

Yahya ve arkadaşları, 5 yeni vaka ile yaptıkları derlemede, literatürde 100 vakadan sadece 19'unda kistlerin etrafında epitelyum tabakasının görüldüğünü, bunun da patogenezini açıklamaya yetmeyeceğini belirtmişlerdir (12).



Resim 5

Bizim vakalarımızın histopatolojik incelemesinde; distrofik kalsifikasyonun değişik aşamaları görülmektedir. Kalsifikasyon odaklarının bazıları, epidermal kistlerin ortasında, çok katlı yassı epitelle çevrili olarak yer alırken, bazılarında epitelin ortadan kalktığı ve yer yer çok çekirdekli dev hücrelerin de bulunduğu yabancı cisim reaksiyonu ile çevrelediği dikkat çekmektedir (Resim 3).

Bulgularımız, skrotal kalsinozis patogenezinde, epidermal kistlerin önemli bir yolak olduğunu desteklemektedir (Resim 4).

Bu konuda, kaynaklarda tam bir görüş birliği yoktur. Öncü değişiklikler olarak, epidermal kistlerin görülmediği durumlarda, idiyopatik olarak nitelendiren çalışmalar da mevcuttur (6). Daha kabul edilebilir hipotez, gözlemlerimizin lezyonun yaşına bağlı olduğu, daha erken dönemde saptanabilen epidermal kist duvarının, lezyon yaşlandıkça ortadan kalktığıdır. Bir başka hipotez ise, skrotal kalsinozisin tek bir yolla oluşmadığı ve skrotumda yer alan deri eklerinin tümünde distrofik kalsifikasyonun oluşabileceğidir (Resim 5).

Yine de, ortada kalan önemli bir soru, distrofik kalsifikasyonun neden skrotumu tercih ettiğidir. Skrotumun deri eklerinden zengin olması, belki de en önemli açıklama olabileceken, embriyonal gelişim olarak skrotumun kadınlardaki karşılığı olan ve histolojik olarak farklılık göstermeyen labium majusta kalsinozis görülmemesi ve sadece erkekte ve scrotumda yoğun olarak görülmesi açıklanamayan sorulardır.

Kaynaklar

1. Lewinski HM: Lymphangiome der Haut mit ver-kalkten Inhalt. Virchows Arch. Pathol. Anat. 1883;91: 371.
2. Saad AG, Zaatari GS: Scrotal calcinosis: is it idiopathic? Urology 2001;57:365.
3. Dubey S, Sharma R, Maheshwari V. Scrotal calcinosis: Idiopathic or dystrophic? Dermatol Online J 2010;5:15-16.
4. Theuvenet WJ, Nolthenius-Puylaert T, et al. Massive deformation of the scrotal wall by idio-pathic calcinosis of the scrotum. Plast Reconstr Surg 1984;74: 539-543.
5. Maize J, Metcalf J: Metabolic Disases of the Skin, in Elder D(Ed): Lever's Histopathology of the Skin. Philadelphia, Lippincott-Raven, 1997, pp 379-382.
6. Shapiro L, Platt N, Torres-Rodríguez VM. Idiopathic calcinosis of the scrotum. Arch Dermatol 1970;102:199-204.
7. King DT, Brosman S, Hirose FM, et al: Idiopathic calcinosis of the scrotum. Urology 1979;14: 92-94.
8. Pabuççuoğlu U, Canda MS, Güray M et al. The possible role of dartoic muscle degeneration in the pathogenesis of idiopathic scrotal calcinosis. Br J Dermatol 2003;148: 827-9.
9. Wright S, Navsaria H, Leigh MI: Idiopathic scrotal calcinosis is idiopathic. J Am Acad Derma-tol 1991;24:727-730.
10. Song DH, Lee KH, Kang WH. Idiopathic calcinosis of the scrotum: histopathologic observations of fifty-one nodules. J Am Acad Dermatol 1988;19:1095-101.
11. Dare AJ, Axelsen RA. Scrotal calcinosis: origin from dystrophic calcification of eccrine duct milia. J Cutan Pat-hol 1988;15:142-9.
12. Yahya H, Rafindadi AH. Idiopathic scrotal calcinosis: a report of four cases and review of the literature. Int J Derma-tol 2005;44:206-9.