

İdiyopatik Skrotal Kalsinozisin Klinik ve Patolojik Özellikleri; Üç Olgu Sunumu

Clinical and Pathological Features of Idiopathic Scrotal Calcinosis; A Report of Three Cases

Burhan Özalp¹, Nesimi Büyükbabani², Erdem Güven¹, Emre Hocaoğlu¹

¹*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

²*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

Özet

Skrotal kalsinozis, skrotum derisinde kalsifiye nodüllerle karakterize selim bir hastalıktır. Hastalık daha sık olarak üçüncü dekada sert, fikse, kaşıntılı ve ağrısız nodüler lezyonlarla ortaya çıkmakta ve nodüller yıllar içerisinde yavaşça büyümektedir. Hastalığın etiopatogenez ile ilgili çeşitli hipotezler mevcut olsa bile, etiyojisi hala tartışmalıdır. Epidermal kistlerinin sekonder kalsifikasyonu, dartos kasının distrofik kalsifikasyonu, ektrin ter bezi kanalı kalsifikasyonunun skrotal kalsinozisinin nedenleri olabileceği göz önünde tutulsa bile, hastalık hala idiyopatik olarak değerlendirilmektedir. Burada 61, 42 ve 27 yaşında üç adet skrotal kalsinozis vakası sunulmaktadır. Hastalardaki nodüllerin tamamı lokal anestezi altında eksize edildi, cilt defekti primer olarak kapatıldı ve örneklerin histopatolojik incelemesi yapıldı. Cerrahi girişimlerin sonucu tatminkar olup üç hastada da kabul edilmiş kozmetik iyileşme elde edildi. (*Turk J Dermatol 2010; 4: 107-10*)

Anahtar kelimeler: Skrotum, kalsinozis, deri hastalığı

Geliş Tarihi: 08.06.2010

Kabul Tarihi: 27.10.2010

Abstract

Scrotal calcinosis is a benign disorder of scrotal skin which is characterised by calcified nodules. The disease most usually occurs in the third decade within fixed, rough, itching and painless nodules and they grow slowly over the years. Although there are a few hypotheses related to the etiopathogenesis of the disease, its etiology is still controversial. Although secondary calcification of epidermal cysts, dystrophic calcification of the dartos muscle and calcification of eccrine cysts seem to be considered as the causes of scrotal calcinosis, it is still assessed as an idiopathic disorder. In this report, three cases of scrotal calcinosis are presented at the ages of 61, 42 and 27 years. All of the nodules were excised under local anesthesia, skin defects were repaired primarily and histopathological examinations of samples were carried out. Surgical outcomes were satisfactory and acceptable cosmetic healing was achieved in all three patients. (*Turk J Dermatol 2010; 4: 107-10*)

Key words: Scrotum, calcinosis, skin disease

Received: 08.06.2010

Accepted: 27.10.2010

Giriş

Skrotal kalsinozis 1883 yılında Lewinsky tarafından tanımlanmıştır (1). Hastalık en sık olarak üçüncü dekada başlar ve skrotum derisinde kalsiyum ve fosfat tuzlarının çökmesine bağlı olarak meydana gelen sert, ağrısız ve kaşıntılı beyaz lezyonlarla karakterizedir (2). Cerrahi müdahalenin geciktiği durumlarda nodüllerin çapı 7 cm'ye kadar ulaşabilmektedir (3). Kaşıntı en önemli semptom olup hastalar en sık olarak kozmetik kaygılara

bağlı ameliyat olmaktadır (2, 3). Bu raporda, skrotal kalsinozisli üç hastanın sunumu yapılmakta ve histopatolojik incelemeler eşliğinde hastalık tartışılmaktadır.

Olgu Sunumu

Olgu 1

Altmış bir yaşındaki hasta 25 yıldır skrotum derisinde mevcut olan ve zaman içerisinde yavaşça büyüyen kaşıntılı, sert ve beyaz renkli nodüller için polikliniğe

Yazışma Adresi / Corresponding Author: Dr. Burhan Özalp, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
Tel: +90 212 414 20 00 e-posta: burhanozalp@hotmail.com

doi:10.5152/tdd.2010.19

başvurdu. Ön plandaki yakınma kaşıntı olup, zaman zaman süt kıvamında akıntı olduğunu ifade eden hasta kozmetik nedenlerle ameliyat olmak istediğini söyledi. Medikal öyküde, 10 yıl önce Hashimoto tiroiditine bağlı total tiroidektomi dışında herhangi bir özellik yoktu ve hormon replasman tedavisi ile hastalık kontrol altındaydı. Fizik muayenede çok sayıda cilt altına yerleşmiş, hareketli ve çapları 0.3 ile 0.7 cm arasında değişen nodüller gözlemlendi. Diğer sistemlerin muayenesi doğaldı. Hastanın kalsiyum, fosfor ve parathormon değerlerini de içeren biyokimya sonuçları normal sınırlardaydı. Lokal anestezi altında nodüller çıkartılarak cilt primer olarak onarıldı.

Olgu 2

Kırk iki yaşında, üç yıldır Tip-2 diyabetes mellitus (DM) tanısı mevcut ve kontrolsüz glukoz düzeyleri olan hasta skrotum derisinin her iki tarafında, yer yer beyaz ve tebeşir tozu kıvamında akıntılı lezyonlar nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Lezyonlar ikinci dekatta ortaya çıkmış ve uzun yıllar kaşıntı dışında herhangi bir şikayete yol açmamıştı. Anamnezde ailede benzer lezyon öyküsü ve travma hikayesi yoktu. Fizik muayenede, en büyüğü 2.5x1.8 cm boyutunda olan üç adet sarımtırak-beyaz renkli, cilt altı yerleşimli sert nodül saptandı (Şekil 1). Genital bölge haricinde diğer sistemlerin muayene bulguları normaldi. Hastanın HbA_{1c}'si %7.5, açlık kan şekeri 243 mg/dl olup diğer biyokimya ve hormon tetkikleri normal sınırlar içindeydi. Son iki yıldır mevcut akıntılar ve kozmetik kaygılar nedeniyle hasta cerrahi müdahale isteğinde bulundu.



Şekil 1. Olgu-2'ye ait resimde, en büyüğü 2,5x1,8 cm boyutunda 3 adet kalsifiye nodül görülmekte

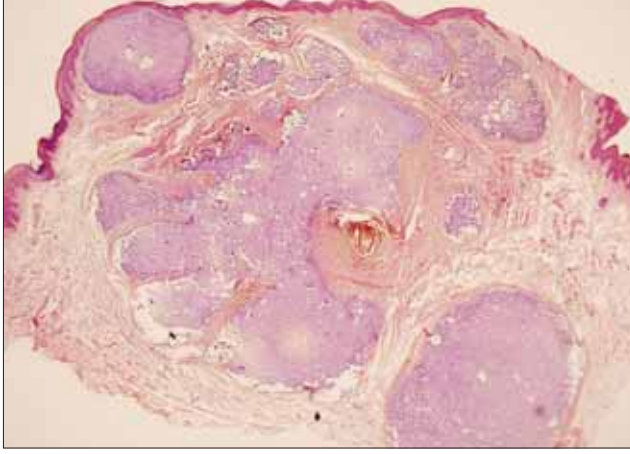
Olgu 3

Yirmi yedi yaşındaki hasta 6 yıldır skrotal bölgede var olan nodüller nedeniyle polikliniğe başvurdu. Hastanın anamnezinde, lezyonların fark edilmesinden bir süre önce skrotal alana alınmış bir darbe öyküsü mevcut olup hasta nodülleri bu darbeye ilişkilendirmekteydi. Tek yakınma inatçı kaşıntı olup, nodüller her iki skrotal alana yayılmış, 0.5-1.3 cm boyutlarında ve cilt altına yerleşmişti (Şekil 2). Skrotal nodüllerin varlığı dışında ek patolojik muayene bulgusu gözlenmedi. Lezyonlardan herhangi bir drenaj olmamıştı ve hastanın laboratuvar tetkikleri normaldi.

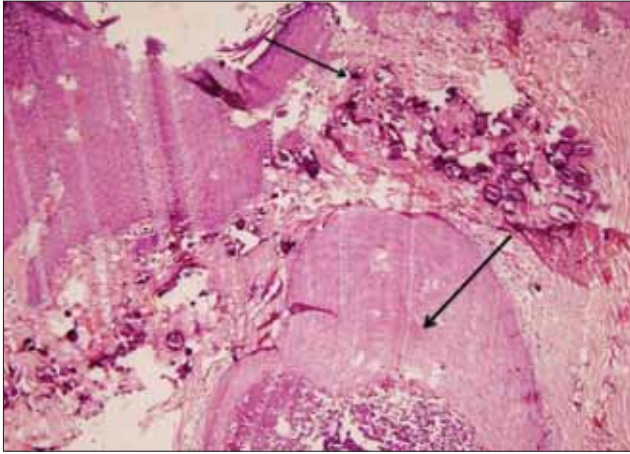
Tüm hastalar lokal anestezi altında ameliyat edildi. Birinci olgudan dört, ikinci olgudan üç ve üçüncü olgudan beş adet lezyon çıkartılarak histopatolojik inceleme yapıldı, oluşan cilt defektleri ise primer cilt dikişiyle onarıldı. Diyabetes mellitus tanılı hastada yara ayrışması oldu ve yeniden cilt onarımı yapıldı. Patolojik inceleme sonucunda tüm lezyonların skrotal kalsinozise bağlı nodüller olduğu ve klinik tanıyla uyduğu doğrulandı. Histopatolojik olarak kalsifikasyonlar, amorf karakterli olup, cilt altı dokuda, çevresinde belirgin sınırlayıcı bir yapı görülmezsiz izlenmekteydi (Şekil 3). Nadiren kalsifikasyon alanı çevresinde seyrek yabancı cisim tipinde dev hücreler gözlemlendi. Epidermoid kist kalsifikasyonuna ilişkin bulgu gözlenmedi. Birinci olguda birikimlerden yüzeye yakın olanlarının bazılarında yüzey ile ilişkilendirilen skuamöz epitel gözlemlendi ancak yüzey epidermisi özelliklerine sahip bu epitel, drenaj ile ilişkili sinüs epiteli niteliğinde olup, epidermoid kist epiteli özelliklerine sahip değildi (Şekil 4). Her üç hastada da cerrahi sonuç



Şekil 2. Skrotal kalsinozise bağlı çok sayıda nodüler lezyonlara tüm skrotum derisinde rastlanmakta (Olgu-3)



Şekil 3. Epidermin hemen altında ve dermiste çok sayıda morumsu renkli amorf birikimler (HE x20)



Şekil 4. Epidermin hemen altında küçük birikimler (ince ok). Biraz daha derinde daha büyük bir birikimin çevresinde sinüs epiteli niteliğinde olan kalınlaşmış çok katlı yassı epitel (kalın ok) (HE x100)

tatmin edici olup başarılı kozmetik iyileşme sağlandı. Ameliyat sonrası ortalama takip süresi bir yıl idi ve nöks lezyon görülmedi.

Tartışma

Skrotal kalsinozis 1883 yılında Lewinski tarafından tanımlanmış olup günümüze kadar ki süreçte oluşum mekanizması hala tam olarak aydınlatılamamıştır (1). Patogenezinde değişik varsayımlar ortaya atılmış olsa bile, hala yaygın olan düşünce hastalığın idiyopatik olduğu yönündedir (1, 3).

Bazı yazarlar, hastalardan eksize edilen lezyonların incelenmesi sonrasında kalsiyum ve fosfat birikimlerinin çevresinde yassı epitel hücre sıraları gördüğünü bildirmiş ve epidermoid kist rüptürü sonrası meydana gelen inflamasyona bağlı skrotal kalsinozisin oluştuğu sonucunu çıkartmışlardır (2, 4, 5). Song (6), aynı hastadan çıkarttığı 51 nodülün hastalık oluşumunun farklı aşamalarını gösterdiğini belirte-

rek, ilk aşamada epidermoid kist oluşumu ile sürecin başladığını ve bunu sırasıyla; kist içeriğinin kalsifikasyonu, kalsiyum ve fosfat birikimine bağlı kist çapında artış, kist duvarı rüptürü, yabancı cisim tipinde dev hücre infiltrasyonu ve oluşan inflamasyona bağlı kist duvarı epitelyal hücre yıkımının takip ettiğini belirtmiştir. Bunun aksine, Yahya ve Rafindadi (7) ise yayımladıkları makalelerinde, o ana kadar literatürde mevcut 100 vakanın sadece 19'unda epitelyal hücre dizilerinin görüldüğünü ve bundan dolayı epidermal kist kalsifikasyonunun hastalığın patogenezi açıklanamayacağını belirtmişlerdir. Ayrıca kendi sundukları dört vakaya ait nodüllerin incelemesinde epitelyal hücre sıralanması görmediklerinden hastalığı idiyopatik olarak nitelendirmişlerdir. Bizim hastalarımızdan elde ettiğimiz toplam 13 adet nodül incelenmesinde epidermoid kist kalsifikasyonuna ilişkin somut bulgu saptanmadı. Olgu-1'den çıkartılan nodüllerin incelenmesinde, birikimlerin yüzeye yakın olanlarının drenaja bağlı skuamöz epitel ile ilişkili olduğu saptanmış ve dikkatlice incelendiğinde bu epitelin kist epiteli özelliğinde olmadığı, drenajla ilişkili yüzey epidermisi olduğu fark edilmiştir. Bu bulgular, hastalığın idiyopatik olduğu görüşünü destekler niteliktedir.

Dare (8), hastalığın etiyolojisinden ektrin ter bezi milialarının kalsifikasyonunu sorumlu tutmuş ve bunu kalsifiye nodüllerin duvarında ektrin kanalları gördüğünü belirterek açıklamıştır. Birçok yazarsa patolojik incelemelerde bu görüşü kanıtlayacak veriye ulaşamamış ve bu görüşün doğru olmadığını bildirmişlerdir (2, 4-7). Çalışmamızdaki olgulara ait histopatolojik incelemelerde ter bezi milialarının kalsifikasyonuna rastlanmaması, bizleri bu mekanizmanın hastalıktan sorumlu olabileceği düşüncesinden uzaklaştırmaktadır.

Minör travmaların etiyolojide rol alabileceğini Feinstein ve arkadaşları (9) ifade etmiş ve travmaya sekonder dartos kasının distrofik kalsifikasyonun hastalığa yol açtığını bildirmişlerdir. Pabuçcuoğlu ve arkadaşları (10) ise herhangi bir sebepten ötürü dartos kasında meydana gelen dejenerasyonun zamanla nekroze alanlara dönüştüğünü, nekrotik kısımların gerilemesiyle de dermis ve nekrotik kısımlar arasında boşluk oluşarak skrotal kalsifikasyonu tetiklediğini öne sürmüşlerdir. Tüm bu görüşlerin aksine birçok çalışmada kalsifikasyonun sadece dermiste olduğu saptanmış ve dartos kasında kalsifikasyon ya da nekroz bulguları gözlenmemiştir. Bu raporda sunulan vakalardan olgu-3'te major travma öyküsü olması ve hastanın skrotal nodülleri travmayla ilişkilendirmesi bilimsel olarak kanıtlansa bile, hastalığın etiyolojisinde travmanın da olabileceği kuşkusunu uyandırmaktadır. Tüm olgulara ait nodüllerin histopatolojik incelenmesinde kalsifikasyonun dermiste sınırlı kalıp dartos kasında dejenerasyon olmamasından dolayı hastalığın ortaya çıkmasında bu mekanizmanın da etken olduğunu düşünmemekteyiz.

Sonuç olarak; opere edilen her üç hastada da kalsiyum, fosfor, alkalin fosfatase seviyeleri ile parathormon düzeylerini de içeren biyokimyasal tahlil sonuçları normaldi ve bun-

dan dolayı metastatik kalsifikasyon düşünülmedi. Distrofik kalsifikasyonu açıklayacak dermatomyozit, skleroderma, ya da kanser gibi ek hastalık olmayan hastalardan sadece birinde travma öyküsü distrofik kalsifikasyonla uyumlu idi. Dikkate değer husus ise, literatürde tekrarlayan minör travmaların hastalıkla ilişkilendirilmesine karşın bu vakada tek-meye bağlı majör travma öyküsünün olmasıdır. Bilinmeyen bir mekanizma ile majör travmanın hastalığı yol açma ihtimali de akılda tutulmalıdır. Her ne kadar son zamanlarda tartışmalar epidermal kist kalsifikasyonu üzerinde yoğunlaşmış olsa da literatürdeki vakaların büyük kısmı hala idiyopatik olarak tanımlanmaktadır. Olgu-1’de kalsifikasyonun etrafında epitelyal hücrelerin varlığı gözlenirse bile bunlar drenaj ile ilişkili sinüs epiteli özelliğinde olduğundan epidermal kistlerin kalsifikasyonu tezini kanıtlamadığı düşünülmektedir. Her üç hastadan alınan nodüllerin histopatolojik incelemesinde daha önce anlatılan mekanizmalarla ilişkilendirilebilecek patolojinin olmaması, bizce de hastalığın idiyopatik olduğu görüşünü kuvvetlendirmektedir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar, herhangi bir çıkar çatışmasının söz konusu olmadığını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Lewinski HM. Lymphangiome der Haut Mit Verkalkem Inhalt. Arch Pathol Anat 1883;91:371-4.
2. Saad AG, Zaatari GS. Scrotal calcinosis: is it idiopathic? Urology. 2001;57:365.
3. Koçak T, Çizmeçi O, Mete Ö, et al. Idiopathic scrotal calcinosis presenting as three nodules, one being 7 cm in diameter. Turk J Urology 2009;35:157-8.
4. Swinehart J, Golitz L. Scrotal calcinosis, dystrophic calcification of epidermoid cysts. Arch Dermatol 1982;118:985-8.
5. Parlakgumus A, Canpolat ET, Caliskan K, et al. Scrotal calcinosis due to resorption of cyst walls: a case report. J Med Case Reports. 2008;8:375.
6. 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.
7. Yahya H, Rafindadi AH. Idiopathic scrotal calcinosis: a report of four cases and review of the literature. Int J Dermatol 2005;44:206-9.
8. Dare AJ, Axelsen RA. Scrotal calcinosis: Origin from dystrophic calcification of ecrine duct milia. J Cutan Pathol 1988;15:142-9.
9. Feinstein A, Kahana M, Schewach-Millet M, Levy A. Idiopathic calcinosis and vitiligo of the scrotum. J Am Acad Dermatol 1984;11:519-20.
10. 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.