

Dört aylık bebekte skrotal kapiller hemanjiyom

Four-month-old baby boy with scrotal capillary hemangioma

Selcen Yaroğlu Kazancı¹, Neslihan Özkul Sağlam¹

Özet

Vücudun tüm bölgelerinde görülebilen hemanjiyomlar çocukluk çağında %10 oranıyla sık görülen benign tümörlerdir. Nadiren skrotumda da gözlenebilmektedirler. Tutulduğu bölgeye, yayılımına ve oluşturduğu semptomlara göre tedavi değişmektedir. Skrotal hemanjiyomlar çoğunlukla asemptomatik olup bir yaşından sonra gerilemektedirler. Bez bölgesinde olduğundan dolayı ülserasyon, enfeksiyon ve kanamaya sebep olabilmektedirler. Lokal çinko oksitli kremler ve sık bez değişimi ile ülser gelişimi engellenebilir. Gelişen semptomlara göre medikal veya cerrahi tedaviye ihtiyaç olabileceğinden erken tanı ve yayılım bölgesine göre tedavi gerekmektedir. Skrotumda kitle ve kızarıklık şikayetiyle getirilen 4 aylık erkek hastamıza skrotal hemanjiyom tanısıyla yapılan ultrasonda intraskrotal alana yayılım olmadığı gözlemlendi. Anneye lokal bakım uygulaması, sık bez değiştirmesi, çinko oksitli kremler kullanması ve kanama ya da akıntı olduğu durumda hekime başvurması gerektiği anlatıldı. Birinci basamaktaki takibinin iyi yapılmasından dolayı bir yaşındaki izleminde herhangi bir komplikasyon gelişmediği, lezyon boyutunda da bir değişiklik olmadığı görüldü.

Anahtar sözcükler: Skrotum; hemanjiom; infantil.

Summary

Hemangiomas those can be detected in all regions of the body are frequent benign tumors seen in 10% of the children. They may be present in the scrotum rarely. The treatment depends on the location, invasion and symptoms. Scrotal hemangiomas are generally asymptomatic and regress after 1 year of age. Due to locating in the diaper region, ulceration, infection and hemorrhage may complicate. Using local zinc-oxide emollients and frequent changing diapers may prevent ulceration. According to the occurred symptoms medical or surgical treatment may be required so early diagnosis and treatment depending to the invasion is crucial. A male patient was applied to the hospital due to scrotal mass and hyperemia and was diagnosed with scrotal hemangioma without intrascrotal invasion by ultrasound. Local management with zinc-oxide emollients, frequent changing diaper and applying to the hospital in the presence of bleeding or infection were advised. There were no complications and change in the size of the lesion in the 12th months of follow-up due to appropriate management in the primary care health center.

Key words: Scrotum, hemangioma, infantile.

Giriş

Hayatın ilk yılında sık görülen hemanjiyomlar vasküler endotel ve mukozanın benign tümörleridir. Endotel hücrelerinin anormal büyümesiyle oluşan displastik vasküler kanal şeklinde vasküler malformasyonlar görülür. Konjenital olabildikleri gibi travmaya veya tümörlere sekonder de gelişebilirler.^[1] Özellikle yüzde, üst ekstremitelerde ve gövdede gözlenmekle birlikte dalak ve karaciğer tutulumu da oldukça sıktır. Her ne kadar hemanjiyom çocukluk çağında en sık görülen tümörler arasında olsa da,

skrotumda saptanması oldukça nadirdir. Literatürde, skrotumda görülen hemanjiyom vakaları 100'ü geçmemektedir.^[1-7] Skrotuma lokalize olabildikleri gibi perineuma, penise veya intraskrotal alana yayılabilmektedirler. Yayılım bölgesine ve semptomlara göre tedavi değişmektedir. Medikal olarak tedavi edilebildiği gibi cerrahi eksizyon gerektiren olgular da bildirilmiştir. Ancak unutulmamalıdır ki; özellikle intraskrotal alana yayılım göstermeyen, herhangi bir şikayete sebep olmayan olgulara lokal bakım dışında hiçbir tedavi verilmesine gerek yoktur. Bu ya-

1) Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Pediatri Bölümü, Çocuk Kliniği, Uzm. Dr., İstanbul

zıda 4 aylıkken skrotal hemanjiyom tanısı alan, intraskrotal alana yayılımı olmayan ve lokal bakım ile herhangi bir komplikasyon gelişmeden 12. aya gelen bir erkek çocuk sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Dört aylık erkek hasta skrotumda lezyon nedeniyle ailesi tarafından çocuk polikliniğimize getirildi. Postnatal ikinci haftada skrotumda küçük bir morluk olarak başlayan lezyon, zaman içinde giderek büyümüş ve kasıklara doğru yayılmaya başlamış. Travma veya cerrahi işlem öyküsü olmayan hastada; bez değişimi sırasında huzursuzluk, idrar yaparken ağlama veya idrar rengi ve kokusunda farklılık tarif edilmedi. Fizik muayenede skrotumda perineye yayılım gösteren 3x4 cm ebatlarında hemanjiyom tespit edildi (**Şekil 1**). Ele gelen skrotal kitle yoktu. Testisler skrotumda bilateral palpe ediliyordu. Vücudun diğer bölgelerinde gözlenen hemanjiom olmadığı gibi sistem muayenelerinde özellik yoktu. Yapılan batın ultrasonografisinde karaciğer ve dalakta hemanjiom tespit edilmedi.

Skrotal ultrasonografide intraskrotal bölgede ve testiküler yapıda hemanjiom gözlenmedi. Çocukta penis anomalisi yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde; tam kan sayımı, biyokimya ve idrar tahlilleri normaldi. Lezyon üzerinde ülser veya kanayan alan görülmemekle beraber ailesi tarafından bezlerinde arada kan lekelerine rastlandığı tarif edildi. Lokal çinko oksitli kremler ve sık bez değişimi yapılması önerildi. Polikliniğimizde takip edilmekte olan hastanın 6. ayında lezyon boyutlarında değişiklik görülmediği gibi ülserasyona da rastlanmadı. Hasta asemptomatik olduğundan dolayı cerrahi tedavi düşünülmedi.

Hastanın fotoğraflarının yayınlanabilmesi için hastanın ebeveynleri bilgilendirilerek onlardan yazılı ve sözlü onam alındı.

Tartışma

Hemanjiomlar vücudun nerdeyse tüm bölgelerinde izlenebilen benign genişlemiş displastik vasküler kanallar olup, çocukluk çağında sık görülmektedirler. Bir yaşına kadar çocukların %10'unda hemanjioma rastlanabilmektedir.^[6] Tüm bu hemanjiomlar içinde genital hemanjiomlar ise sadece %1'lik kısmını oluştururlar ve kızlar erkeklerden yaklaşık 3-5 kat daha sık etkilenirler.^[8] Skrotal hemanjiomların hangi tarafı etkilediğinden bağımsız

olarak çoğunlukla tek taraflı görülürler.^[9] Histolojik olarak genital hemanjiomlar yüzeysel olan kapiller tip, histiositoid tip ve kavernöz tip olmak üzere 3 kategoriye ayrılırlar.^[10]

İnfantil skrotal hemanjiomlar literatürde oldukça nadirdir. En sık adolesanlarda görülmekle birlikte konjenital olan veya erişkin yaşta ortaya çıkan skrotal hemanjiom vakaları da mevcuttur. Literatürde bildirilen vakaların çoğunluğu adolesan yaş grubunda olup infantil dönemde skrotal hemanjioma sık rastlanmamaktadır.^[1] Güneş ve ark. skrotal lezyon ile başvuran kavernöz hemanjiom tanısı konan 6 aylık bir vakayı 2013'de yayınlamışlardır.^[1] Leavitt ve ark. da infantil skrotal hemanjiom olup doğumdan sonra ilk aylarda tanı alan 2 vakayı sunmuşlardır. Bu iki vakaya, intraskrotal yayılımı olduğundan cerrahi eksizyon yapılmış.^[11] Bizim vakaımız, 4 aylıkken tanı almış olup literatürde en erken görülen vakalardan biridir. Diğer vakalardan farkı intraskrotal yayılım ve semptom olmadığından dolayı konservatif tedavi ile komplikasyonsuz izlenmektedir.

İnfantil skrotal hemanjiomlar çoğunlukla postnatal ilk aylarda büyümeye devam ederler, bir yaşından sonra yavaş yavaş regrese olurlar ve genellikle 5 yaşından sonra tamamen regrese olma eğilimindedirler.^[1,12] Nadiren 5 yaşından sonra da regrese olmadan kalabilirler.^[13] Onların da %90 kadarının 7 yaşında tamamen kaybolduğu gözlenmektedir.^[1] Çok nadir vakalarda ise erişkin yaşa kadar tamamen kaybolma olmadığı için tedaviye ihtiyaç duyulabilir.^[14]

Skrotal hemanjioma tanısı koyarken; fizik muayene en önemli faktördür. Kitle varlığı, lokal yayılım olup olmadığı değerlendirilerek ultrasonografi ile lezyonun derinliği hakkında bilgi edinilir. Yüzeysel olan lezyonlar için ultrasonografi yeterlidir. Özellikle cerrahi müdahale gerektiren intraskrotal yerleşimli olgularda Bilgisayarlı Tomografi ve Manyetik Rezonans faydalı olmaktadır. Kitle eksizyonu yapılan hastalarda doku örneğinin patolojik olarak incelenmesi kesin tanı yöntemi olup, asemptomatik hastalarda tanı amacıyla biyopsi yapılma endikasyonu yoktur.

Skrotal hemanjiomlar bulunduğu bölgeye, yayılımına ve semptom varlığına göre tedavi edilirler. Skrotuma ve penise lokalize yüzeysel formlar çoğunlukla asemptomatik olup hayatın ilk yıllarında regrese olabileceklerinden sadece lokal bakım, sık

bez değişimi, çinko oksitli kremler ile takip edilirler. Çok geniş lezyonlar da kozmetik nedenlerden dolayı eksizyon gerektirebilirler. Skrotal hemanjiomların en sık görülen komplikasyonu ülserasyon ve enfeksiyondur.^[1] Bez bölgesinde yer almaları nedeniyle oluşabilecek lokal irritasyon, ülserasyon veya enfeksiyon medikal olarak tedavi edilir. Takiplerinde çinko oksit içeren krem kullanımı ve idrar ve gaita ile teması azaltmak için sık bez değişimi önerilmektedir. Ağrıya sebep olmayan lezyonun ülsere olması durumunda ağrı gelişebileceğinden çocuk için huzursuzluk yaratır. Huzursuzluk olduğu dönemlerde ağrı kesici olarak parasetamol verilmesi uygundur. Ülsere olan lezyon ağrıya sebep olabileceği gibi enfeksiyona da sebep olabilir.

Enfeksiyon gelişmesi durumunda erken tanınıp tedavi edilmesi enfeksiyonun ilerlememesi açısından önemlidir. Eğer lokal bir enfeksiyon var ve yeni başladığı biliniyorsa, ateş gelişmemişse lokal antibiyotikli kremlerin verilmesi uygun olacaktır. Enfeksiyonun ilerlediği, derin dokulara yayıldığı durumlarda oral veya intravenöz antibiyoterapi gerekebilir. Her ne kadar literatürde vaka örneğine rastlanmasa da, cilt enfeksiyonunun ilerlemesi halinde hastanın yatarak tedavisi gerekebilecektir.

Genital bölge lezyonları semptomatik olduklarında veya intraskrotal bölgeye yayıldığında erken

cerrahi tedaviyi hak etmektedirler.^[14] Cerrahi eksizyon yapılabileceği gibi; intralezyoner steroid uygulamasından da fayda görülebilmektedir.^[4] Bazı vakalarda sklerozan ajan (alkol) veya lazer tedavisi ile de fayda sağlanmaktadır. Lazer tedavisinin minimal skar ve deformite bırakma dışında kısa vadeli ve/veya uzun vadeli belirgin bir yan etkisi bilinmemektedir.^[15]

Dört aylıkken tanı konan hastanın 12. ayındaki izleminde enfeksiyon, ülserasyon veya kanama gelişmediği gözlemlendi. Bir yaş izleminde hemanjiom boyutlarında artma veya gerileme yoktu. Erken tanı ve lokal bakımın ve takibinin iyi yapılmış olmasından dolayı hastamızda komplikasyon gelişmediği gibi hemanjioma bağlı herhangi bir problem yaşanmadı. Bu hastalar çoğunlukla birinci basamak sağlık merkezlerinde ilk değerlendirilmeye tabi tutulduklarından dolayı; aile hekiminin, tanıyı koyup, bakımı iyi anlatması ve olası komplikasyonlar açısından hastaları takip ederek komplikasyon geliştiği durumlarda 2. veya 3. basamak sağlık hizmeti sunan merkezlere yönlendirmesi oldukça önemlidir. İyi takip edilen ve doğru bakım yapılan hastalarda komplikasyon gelişmeden yıllar içinde hemanjiomda gerileme olmakta ve skrotal hemanjiomların uzun vadeli prognozunun iyi olduğu bilinmektedir.



Resim 1: Perineye ve inguinal bölgeye yayılım gösteren skrotal kapiller hemanjiom.

Kaynaklar

- 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: 1.
- Pratt AG. Birthmarks in infants. *Arch Dermatol* 1972; 67: 302-5.
- Ward JF, Friedlander SF, Kaplan GW. Hemangioma presenting as an ulceration of the scrotum. *J Urol* 1998; 160: 182-3.
- Kıraç M, Çamtosun A, Canpolat B, Tatlı H, Polat F, Tan MÖ. Capillary hemangioma of the scrotum. *Gazi Med J* 2007; 18: 43-4.
- Vavallo A, Lafranceschina F, Lucarelli G, et al. Capillary hemangioma of the scrotum mimicking an epididymal tumor: case report. *Am J Surg Pathol* 2013; 37: 860-6.
- Ergül O, Ceylan BG, Armagan A, Kapucuoglu N, Ceyhan AM, Perk H. A giant scrotal cavernous hemangioma extending to the penis and perineum: a case report. *KaoJor Medical Science* 2008; 139: 177-86.
- Senoh H, Ichikawa Y, Okuyama A, Takaha M, Sonoda T. Cavernous hemangioma of the scrotum and penile shaft. *Urol Int* 1986; 41: 309-11.
- Mulliken JB, Fishman SJ, Burrows PE. Vascular anomalies. *Curr Prob l Surg* 2000; 37(8): 517-84.
- Ray B, Clark SS. Hemangioma of scrotum. *Urology* 1976; 8: 502-5.
- Stille JR, Nasrallah PF, McMahon DR. Testicular capillary hemangioma: an unusual diagnosis suggested by duplex color flow ultrasound findings. *J Urol* 1997; 157: 1458-9.
- Leavitt DA, Hottinger DG, Reed RC, Shukla AR. A case series of genital vascular anomalies in children and their management: lessons learned. *Urology* 2012; 80: 914-8.
- Thorne CH. Vascular anomalies. *Grabband Smith's Plastic Surgery'de*. Eds. Beasley RW, Aston SJ, Barlett SP, Gurtner GC, Spear SL. 6th ed. New York, Lippincott Williams & Wilkins, 2006; 191-5.
- Pasyk KA, Cherry GW, Grabb WC, Sasaki GH. Quantitative evaluation of mast cells in cellularly dynamic and adynamic vascular malformations. *Plast Reconstr Surg* 1984;73:69-77.
- Alter GJ, Trengove-Jones G, Horton CE Jr. Hemangioma of penis and scrotum. *Urology* 1993;42:205-8.
- Sarıg O, Kimel S, Orenstein A. Laser treatment of venousmalformations. *Ann Plast Surg* 2006;57 (1): 20-4.

Geliş tarihi: 04.07.2015

Kabul tarihi: 28.11.2015

Çevrimiçi yayın tarihi: 22.12.2015

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Selcen Yaroğlu Kazancı

e-posta: selcenkazanci@yahoo.com.tr