

Ülseratif kolitin alevlenme dönemlerinde görülen skrotal ödem olgusu

A scrotal edema case which is observed in flare up period of ulcerative colitis

Mübeccel GÜMRAH, Necip ÇETİNER, Nevzat AKSOY, Genco GENÇDAL, Necati YENİCE

Sağlık Bakanlığı Samatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Ülseratif kolitin sık rastlanan extraintestinal bulguları protein kaybettiren enteropati, kilo kaybı, büyüme geriliği, anemi, lokositoz, trombositoz, aftöz stomatit, eritema nodosum, pyoderma gangrenosum, seronegatif artropatiler, sakroileit, osteoporoz, hepatosteatoz, sklerozan kolanjit, kronik hepatit, nefrolithiazis, konjonktivit, episklerit, üveit ve infertilitedir. Pankolon tutulumlu ülseratif kolit ve hastalıkla eş zamanlı beliren skrotal ödem bulgularıyla başvuran 58 yaşındaki erkek hastaya yapılan klinik ve laboratuvar incelemelerle skrotal ödemi açıklayacak başka bir primer ya da sekonder patoloji tespit edilemedi. Ülseratif kolite yönelik verilen mesalazin ve metilprednizolon tedavisi ile skrotal ödemin de düzeldiği görüldü. Ülseratif kolitin alevlenme dönemlerinde skrotal ödemin tekrarlaması ve ülseratif kolitin tedavi edilmesi ile skrotal ödemin de düzelmesi skrotal ödemin ülseratif kolitin literatürde rastlanmayan bir extraintestinal bulgusu olabileceği yönünde klinik şüphe oluşturdu. Biz de Crohn hastalığının seyirinde hastalık aktivitesi ile paralellik göstermeyen çok nadir bir extraintestinal komplikasyon olan skrotal ödemin ülseratif kolit ile birlikte görülebileceğini ve hastalık aktivitesi ile paralellik gösterebileceğine dikkat çekmek açısından vakayı sunmaya değer bulduk.

Anahtar sözcükler: İnflamatuvar barsak hastalığı, ülseratif kolit, skrotal ödem

GİRİŞ

Ülseratif kolitin sık rastlanan extraintestinal bulguları arasında protein kaybettiren enteropati, kilo kaybı, genç yaşlarda büyüme geriliği, anemi, lokositoz, trombositoz, aftöz stomatit, eritema nodosum, pyoderma gangrenosum, seronegatif artropatiler, sakroileit, osteoporoz, hepatosteatoz, sklerozan kolanjit, kronik hepatit, nefrolithiazis, konjonktivit, episklerit, üveit, infertilite sayılabilir (1). Skrotal ödem ise genellikle kalp yetmezliği, hipotalbüminemi ile seyreden kronik hastalıklar, ürolojik operasyonlar gibi patolojilere sekonder görülen bir klinik bulgudur. Nadiren idiyopatik olabilir. (2). Bazen Crohn hastalığının seyirinde de nadiren görülebilir (3-10). Diğer bir inflamatuvar hastalık olan ülseratif kolitin ekstraintestinal

Common extraintestinal manifestations of ulcerative colitis are protein-losing enteropathy, weight loss, growth retardation, anemia, leukocytosis, thrombocytosis, aphthous stomatitis, pyoderma gangrenosum, erythema nodosum, seronegative arthritis, sacroiliitis, osteoporosis, hepatosteatoz, sclerosing cholangitis, chronic hepatitis, nephrolithiasis, conjunctivitis, episcleritis, uveitis, and infertility. A 58-year-old male patient applying with pancolitis and scrotal edema was investigated clinically and by laboratory test for any other primary or secondary pathology to explain scrotal edema, and none could be determined. After mesalazine and methylprednisolone treatment for ulcerative colitis, we observed that scrotal edema resolved. Scrotal edema recurred in ulcerative colitis reactivating periods and when the ulcerative colitis was treated, scrotal edema resolved. Thus, this raises the question of whether scrotal edema can be an extraintestinal manifestation of ulcerative colitis that has not previously been documented in the literature. We decided to report this case to point out that scrotal edema, which is a very rare complication of Crohn disease that is not correlated with disease activity, can be associated with ulcerative colitis and correlated with disease activity.

Key words: Inflammatory bowel disease, ulcerative colitis, scrotal edema

testinal komplikasyonları arasında skrotal ödeme rastlanabileceğine dair literatür bilgisi yoktur.

OLGU SUNUMU

58 yaşında erkek hasta 2003 Eylül ayında kanlı ishal, karın ağrısı, skrotal şişlik şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Dört aydır karın ağrısı olan hasta son bir aydır günde 7-8 defa, gece uyandıran, kanlı, mukuslu ishal tarifliyordu. Dört ayda ortalama 8 kilogram kaybetmişti. Bir ay önce kanlı ishalle birlikte skrotal şişlik şikayeti başlamıştı. Fizik muayenede Ateş: 37.5 derece, nabız: 88 dk ritmik idi. Solukluk, palpasyonla tüm batında hassasiyet ve skrotumda ödem dışın-

*Bu olgu 22. Ulusal Gastroenteroloji Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

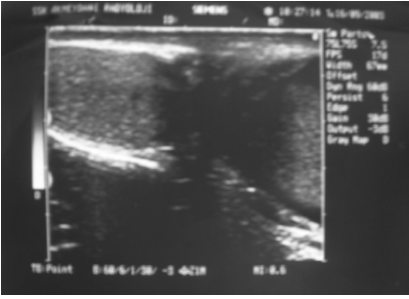
da patolojik muayene bulgusu tespit edilmedi. Laboratuvar tetkiklerinde sedimantasyon: 36 mm/sa CRP: 10 (0-5), Hemolobin: 11,5 gr/dl (13, 6-17, 2), Hematokrit: %34,8 (39,5-55), Lokosit: 9800 (4300-10000), Trombosit: 304000 (156000-373000), PSA: 2 (0-4) Albumin: 3,4 (3, 5-5) Globulin: 3,3 (2, 2-3.5) olarak bulundu. Tam idrar tahlilinde 1-2 lökosit ve eritrosit mevcuttu. Gayta mikroskopisinde bol eritrosit, 9-10 lökosit mevcuttu. İdrar, gayta ve seminal sıvı örneklerinde üreme olmadı. Kolonoskopik incelemede tüm kolon mukozası ileuma kadar hiperemik ve ödemli olup yer yer yüzeysel milimetrik boyutlu ülserasyonlar mevcuttu. Vasküler patern kaybolmuştu. Mukoza fragil idi. İleum mukozası normal görünümde idi. Kolon mukozasından alınan biyopsilerde mukozaya ve submukozada yaygın mononükleer hücre infiltrasyonu, yoğun nötrofilik hücre infiltrasyonu, goblet hücrelerde azalma ve kript abseleri tespit edildi. Yorumda inflamasyon orta, aktivasyon yoğun ve displazi orta derecede idi. Hasta skrotal şişlik yakınması nedeni ile üroloji bölümü tarafından değerlendirildi. Genitoüriner sistem muayenesinde her iki skrotal bölgede cilt tonusu artmış ve ödemli görünümde idi. Hiperemi ve ısı artışı mevcut değildi. Çekilen skrotal ultrasonografide sağ testis boyutu 40x21 mm, sol testis boyutu 36x21 mm bilateral testis kontürü ve paramkim ekosu normaldi. Solda daha belirgin olmak üzere skrotal sıvı belirgin olarak artmıştı. Sol skrotumda cilt ve cilt altı planlarda kalınlaşma ve yer yer düzensizleşme (enflamasyona ikincil değişiklikler?) bulundu. Bilateral epididim başları normal idi. İntraparankimal yer kaplayıcı lezyon tespit edilmedi (Figür 1-2). Çekilen tüm batın bilgisayarlı tomografisi normal sınırlarda idi. Skrotum biyopsisi düşünülmeyle birlikte hastanın kabul etmemesi üzerine yapılmadı. Primer hastalığa yönelik tedavi ve skrotal elevasyon dışında skrotal ödeme yönelik ek tedavi verilmedi. Hasta klinik ve endoskopik olarak orta aktiviteli ülseratif kolit olarak kabul edildi. Meselazin 3 gr/gün oral, metilprednizolon 64 mg/gün oral başlandı. Vaka pankolon tutulumlu olduğu için lavman tedavisi planlanmadı. Metilprednizolon tedavisi iki ayda azaltılarak kesildi. İdame tedavisine 1,5 gramgün oral meselazin ile devam edildi. Semptomlarda ikinci haftadan itibaren belirgin düzelme oldu. Dışkılama sayısı 2-3 defa idi ve kan mukus içermiyordu. Skrotal şişlik şikayeti tedavinin dördüncü haftasında tamamen düzeldi. Hasta 2005 Ocak ayına kadar remisyonda olarak ayakta takip edildi. 2005 Ocak ayında karın ağrısı,

kanlı ishal ve skrotal şişlik şikayeti ile yeniden başvuran hasta interne edildi. Bu sıradaki laboratuvar tetkiklerinde Sedimantasyon: 40 m/saat, Hemogloblin: 9.5 gr/dl (13,6-17,2), Hematokrit: %31(39,5-55), Lokosit: 10000 (4300-10000), Trombosit: 402000 (156000-373000), Globulin: 3(2,2-3.5) Albümin: 3.5 (3,5-5). Tekrar edilen kolonoskopide tüm kolon mukozası hiperemik ve ödemli ve granüler görünümde idi. Mukoza fragil olup yer yer hemoraji odakları mevcuttu. Tekrarlanan biyopside mukozada yaygın mononükleer hücre infiltrasyonu, yoğun nötrofilik infiltrasyon, goblet hücre kaybı ve kript abseleri mevcuttu. Orta dereceli displazisi devam eden hastaya altı ayda bir kolonoskopi yapılması ve gereğinde total kolektomi açısından değerlendirmeye alınması planlandı. Meselazin dozu 3 gr/gün oral'a çıkarıldı. Metilprednizolon 64 mg/gün parenteral olarak başlandı. Azotioprin 100 mg/gün ilave edildi. Metilprednizolon tedavisi bir ay içinde azaltılarak kesildi. Semptomlar iki ay içinde tamamen düzeldi. Hasta halen meselazin 500 mg/gün oral ve azotioprin 100 mg/gün tedavisi altında gastroenteroloji ve üroloji poliklinikleri tarafından ayakta izlenmektedir.

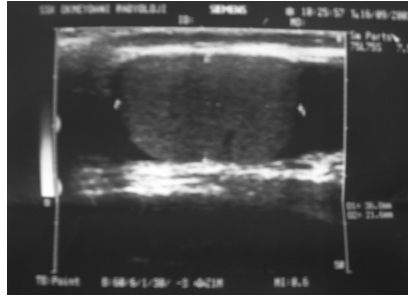
TARTIŞMA

Skrotal ödem, skrotumun cilt ve cilt altı dokusunda sıvı birikmesi sonucu skrotumun dışarıdan belirgin olarak şiş görülmesidir. Skrotal ödem genellikle kongestif kalp yetmezliği, hipoalbuminemi ile seyreden hastalıklar, lenfatik drenajın bozulmasına neden olan ürolojik operasyonlar, (radikal prostatektomi ve sistektomi gibi) filariyazis gibi paraziter enfeksiyonların seyrinde görülebilir. Akut idiyopatik skrotal ödem ise daha çok çocukluk çağında rastlanan, nedeni bilinmeyen, kendi kendini sınırlayan, ateşin eşlik etmediği, kaşıntı ile seyreden bir klinik tablodur. Genellikle tedavi gerektirmez (2). Skrotal ödem tedavisi genellikle altta yatan hastalığın kontrol altına alınmasıyla olur. Vakamızda sistemik ya da ürolojik olarak skrotal ödemi açıklayacak patoloji tespit edilemedi. Vakanın primer hastalık olan ülseratif kolite yönelik meselamin, metilprednizolon, azotioprin ile tamamen düzelmesi ve hastalığın aktivasyon dönemlerinde alevlenmesi, bu dönemde hastanın hipoproteinemisinin olmaması ülseratif kolitin primer olduğu konusunda şüphe uyandırmaktaydı.

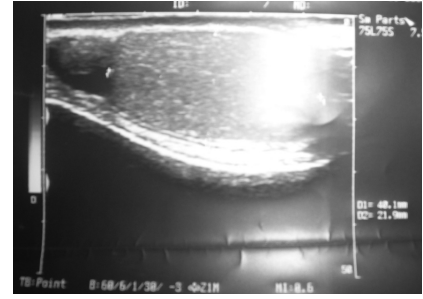
Skrotal ödem diğer bir inflamatuvar barsak hastalığı olan Crohn hastalığının seyrinde çok nadir görülen bir ekstraintestinal bulgudur. Genital böl-



Figür 1.



Figür 2.



Figür 3.

genin cilt ve cilt altı dokusunun inflamasyonuna bağlıdır. Metastatik kütanöz Crohn hastalığı formları içinde incelenebilir. Genç kadınlarda seyrek olarak görülen vulvar tutulumun erkeklerde rastlanan şekli skrotal tutulumdur. Etkilenen cilt ve cilt altı dokularda Crohn hastalığına ait nonkazeifiye granülomalar histolojik inceleme ile tespit edilebilir. Crohn hastalığının aktivitesi ile paralellik göstermez. Lezyonlar tüberküloz, sarkoidoz ve diğer fungal enfeksiyonlar ile karışabilir (3-5). Bazan Crohn hastalığında penil tutulumun da skrotal tutulumuna eşlik ettiği görülür (6-7).

Literatürde Crohn hastalığının seyrinde az sayıda skrotal ödem vakaları olmasına karşın ülseratif kolitte benzer patoloji görülebileceğine dair literatür bilgisi bulunmamaktadır (3-10). Ayrıca Crohn hastalığında genital cilt lezyonlarına bağlanan ve hastalık aktivitesi ile paralellik göstermeyen skrotal ödem vakamızda hastalık aktivitesi ile paralellik göstermekteydi. Vakamızda görülen skrotal ödem fizik muayene ve ultrasonografik olarak literatürde bildirilen az sayıdaki Crohn hastalığının seyrinde görülen skrotal ödem ile benzerlik göstermekteydi. Vakaya skrotal biyopsi ülseratif kolit tanısında şüphe olmaması ve hastanın ka-

bul etmemesi nedeni ile yapılmadı.

Ülseratif kolitin ekstraintestinal komplikasyonları arasında protein kaybettiren enteropati, kilo kaybı, genç yaşlarda büyüme geriliği, anemi, lökositoz, trombositoz, aftöz stomatit, eritema nodosum, pyoderma gangrenosum, seronegatif artritler, sakroileit, osteoporoz, hepatosteatoz, sklerozan kolanjit, kronik hepatit nefrolithiazis, konjonktivit, episklerit, üveit, infertilite sayılabilir (1). Bu komplikasyonlardan protein kaybettiren enteropati hipoalbuminemiye neden olarak skrotal ödeme neden olabilir ancak vakamızda hipoalbuminemi mevcut değildi. Bu nedenle vakamızda bulunan skrotal ödem Crohn hastalığına benzer şekilde izah edemediğimiz farklı bir mekanizma ya da çocukluk çağında daha sık rastlanan alerjik nedenler ya da bilinmeyen bir takım inflamatuvar nedenlerin sorumlu olduğu idiyo-patik skrotal ödemdeki mekanizmalar ile meydana gelmiş olabilir. Ülseratif kolitin aktivasyon dönemlerinde beliren ve ülseratif kolite yönelik verilen tedavi ile tamamen düzelen, başka bir ürolojik veya sistemik hastalığa bağlı olmayan skrotal ödem, ülseratif kolitin sık rastlanmayan ekstraintestinal bulgularından birisi olabilir.

KAYNAKLAR

1. Thomas A, Judge, Gary R, Linchtenstein. Inflammatory Bowel Disease. In Scott L, Friedman, Kenneth R, Mc Quaid, James H, Grendell. *Diagnosis and Treatment in Gastroenterology*, 2nd Section I:108
2. Francis X, Schneck, Mark F, Bellinger Abnormalities of The Testes and Scrotum and Their Surgical Management. In: Alain J Wein. *Campbell-Walsh Urology*. Volume 4 Section XVII. Saunders Elsevier Philadelphia PA 2007; 3793.
3. Macaya A, Marcoval J, Bordas X et al. Crohn's disease presenting as prepuce and scrotal edema. *Am Acad Dermatol* 2003; 49: 182-3.
4. Alonso ML, Allegue F, Elias LM et al. Metastatic Crohn disease of scrotum. *Med Cutan Ibero Lat Am* 1989; 17(6): 391-4.
5. Slaney G, Muller S, Clay J et al. Crohn's disease involving the penis. *Gut* 1986; 27(3): 329-33.
6. Cockburn AG, Krolkowski J, Balogh K et al. Crohn disease of penile and scrotal skin. *Urology* 1980; 15(6): 506-8.
7. Martinez-Salamanca JI, Jara J, Miralles P et al. Metastatic Crohn disease penile and scrotal involvement. *Scand J Urol Nephrol* 2004; 38(5): 436-7.
8. Poon KS, Gilks CB, Masterson JS. Metastatic Crohn disease involving the genitalia. *J Urol* 2002; 167(6): 321-3.
9. Simoneaux SF, Patrick LE. Genitourinary complications of Crohn disease in pediatric patients. *AJR Am J Roentgenol* 1997; 169 (1): 197-9.
10. Minocha A, Anderson MW, Eaton BG et al. Crohn disease complicating male genitourinary tract overlying cutaneous involvement. *Am J Gastroenterol* 1996; 91(7): 1463-4.