



## Pruritus Skroti

Dr. Muazzez Çiğdem Oba\*<sup>1</sup>, Prof. Dr. Yalçın Tüzün<sup>1</sup>

\*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

**Yazışma Adresi:** Dr. Muazzez Çiğdem Oba, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

E-posta: muazzez.oba@istanbul.edu.tr

### Özet

#### Pruritus Skroti

Pruritus skroti skrotuma sınırlı kaşıntıları tanımlamaktadır. İdiyopatik olgularda altta yatan bir sebep bulunmaz iken sekonder pruritus skrotide başta infeksiyonlar, infestasyonlar ve inflamatuvar hastalıklar olmak üzere birçok organik sebep tespit edilebilir. Hastalığın tedavisinde terleme, sıcaklık, okluzyon ve irritasyon gibi tetikleyicilerden kaçınmak için genel önlemler ile birlikte topikal kortikosteroidler ve topikal kalsinörin inhibitörleri başta olmak üzere medikal tedaviler uygulanmalıdır. Bu derlemede pruritus skrotinin etyopatogenez ve tedavisi tartışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Genital, pruritus, skrotum

### Abstract

#### Pruritus Scroti

Pruritus scroti is defined as itching localized to scrotum. In idiopathic pruritus scroti there is no underlying cause whereas secondary pruritus scroti develops due to various inflammatory disorders, infections, infestations etc. Management of pruritus scroti involves general measures to reduce triggering factors such as sweating, heat, occlusion and irritation along with medical treatment. Mainstay of medical treatment is topical corticosteroids and calcineurin inhibitors.

**Keywords:** Genital, pruritus, scrotum

Tüzün Y, Oba MÇ. Pruritus skroti *Dermatoz* 2019; 10 (2): dermatoz19102d1

### Giriş

Pruritus skroti skrotuma sınırlı kaşıntıları tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Kadınlarda pruritus vulva, pruritus skrotinin analogudur. Skrotumda kaşıntı-kaşınma-kaşıntı kısır döngüsü çok inatçıdır. Skrotal pruritus hastalar için belirgin derecede rahatsız edici olabilir. Duygudurum ve uykuda anlamlı derecede bozulmaya yol açabilir (1).

### Etyopatogenez

Kaşıntı duyusu dermoepidermal bileşkede bulunan serbest sinir uçları tarafından alınır. Miyelinsiz C lifleri tarafından taşınarak omurilik arka kordonuna gelir. Uyarı burada sekonder nöronlarla karşı spino-talamik yola aktarılır ve talamusa ulaşır. Tersiyer nöronlar aracılığıyla da uyarı talamustan serebral kortekse iletilerek kaşıntı duyusu algılanır (1). Çeşitli nedenlerle (çevresel, anatomik vb.) skrotum derisinde başlayan inflamatuvar süreç sırasında salınan inflamatuvar medyatörler ve proteolitik ajanlar kaşıntıya neden olmakta, kaşıntı ise inflamasyonda ar-

tışı tetiklemektedir. Bu durum kaşıma-kaşıntı-kaşıntı kısır döngüsü olarak adlandırılır (2).

Cohen ve ark. idiyopatik skrotal pruritus ile spinal sinirlere veya sinir köklerine olan bası arasında bir ilişki olabileceğini öne sürmüşlerdir. Bu çalışmada anogenital prurituslu 20 hastanın 16'sında lumbosakral radikülopati tespit edilmiştir. Bu hastalara triamsinolon asetonid ve lidokain ile paravertebral blok uygulandığında skrotal kaşıntıda olumlu sonuçlar elde edilmiştir (3).

Skrotal pruritus etyolojik açıdan primer ve sekonder olarak sınıflandırılabilir. Primer veya idiyopatik skrotal pruritusta etyolojik ajan bulunmaz iken sekonder skrotal pruritusta altta yatan organik bir sebep bulunur (4).

İdiyopatik skrotal pruritusta kötü hijyen, psikojenik faktörler ve diyet ilişkili nedenler tetikleyici olabilir. Demir, çinko veya riboflavin gibi vitamin ve mineral eksiklikleri skrotal irritasyon, ekzematöz lezyonlar ve pruritusa neden olabilir (2).

Kaşıntı başta psoriasis ve atopik dermatit gibi inflamatuvar deri hastalıkları olmak üzere çok çeşitli hastalıkların bir bulgusu olabildiğinden sekonder pruritus skrotide ayırıcı tanı listesi uzundur (**Tablo 1**). Akut skrotal pruritusta infeksiyonlar ve allerjik ve iritan kontakt dermatitler ön sırada yer alan nedenlerdir. Kronik pruritus skrotide psoriasis ve liken planus gibi papuloskuamöz hastalıklar, atopik dermatit gibi inflamatuvar hastalıklar, maligniteler, mekanik sebepler, psikojenik faktörler ve idiyopatik pruritus akla gelmelidir (**5,6**).

Dermatofitik infeksiyonlarda büyük çoğunlukla skrotum korunmuştur. Buna karşın, kandidal infeksiyonlar sıklıkla skrotal deride tutulum yapar. Uyuz tipik olarak generalize kaşıntı ile seyretse de erkeklerde skrotal tutulum yaptığında akut pruritus skroti sebeplerinden biridir (**5**).

Semptomatik dermografizm merdiven çıkma, bisiklete binme, koşma vb egzersizler veya cinsel temas sonrası gelişen eritem, ödem ve kaşıntı ile karakterizedir. Dermatolojik muayenede skrotal deri doğaldır. Künt bir cisim ile skrotal deriye travma uygulandığında kızarıklık ve kabarıklık gelişimi gözlenir (**7**).

Genital allerjik kontakt dermatit akut olgularda eritem, ödem, erozyon; kronik olgularda likenifikasyonla seyreder. Tanısında yama testi yardımcıdır. En sık genital allerjenler topikal ilaçlardan lokal anestezikler ve topikal steroidlerdir. Bunların yanında parfümler, yapıştırıcılar, boyalar ve lastik ürünleri bildirilmiştir (**8**).

Fiks ilaç erüpsiyonu skrotumda eritem, ödem bazen bül ve erozyon gelişimi ile seyreden ve sorumlu ilacın alındıktan sonra yarım saat ila sekiz saat sonrasında aynı bölgede tekrar eden lezyonlardır. Antibiyotikler (florokinolonlar, penisillinler, tetrasiklinler, sulfonamidler), antifungaller ve nonsteroidal analjezikler en sık suçlanan ilaçlardır (**9**).

50-80 yaş erkeklerde skrotumda yavaş seyirli, bazen ülserasyon ve ekzematizasyonun eşlik edebildiği, kaşıntılı eritemli plaklar varlığında ekstramammaryen Paget hastalığı akla gelmelidir. Apokrin bezlerden zengin bölgeleri tutan bir intraepitelyal neoplazidir. Hastalara çoğunlukla yanlış olarak ekzema tanısı konur. Bu nedenle topikal steroidlere yanıt veremeyen plaklardan mutlaka biyopsi alınmalıdır (**10**).

İdiyopatik skrotal kalsinozis skrotum derisinde kalsiyum fosfat tuzlarının birikimine bağlı gelişen, kaşıntıya sebep olabilen, nodüler lezyonlardır. Etiyolojisi tam olarak bilinmese de travma suçlanmaktadır. Kaşıntının yanında kozmetik soruna da yol açan bu selim tablonun tedavisinde eksizyon uygulanmaktadır (**11**).

### Klinik

Pruritus skrotide genellikle akşam başlayan veya alevlenme gösteren veya gün boyu süren kaşıntı yakınıması bulunur. Sürtünme, terleme, irritasyon ve okluzyon kaşıntıyı arttıran faktörlerdir. Dermatolojik muayenede skrotal deri tamamen normal görünümde olabileceği gibi değişen şiddetlerde eritem, ödem, skuam, eksoryasyonlar ve likenifikasyon da mevcut olabilir. Likenifikasyon hem epidermis (akantoz) hem de stratum korneumun (hiperkeratoz) kalınlaşması sonucu oluşur. Kronik kaşıma ve sürtünme travmalarına koruyucu bir yanıt olarak gelişir. Klinik olarak deri çizgilerinde kalınlaşma ve palpasyonla etkilenen dokuda kalınlaşma mevcuttur (**Resim 1**) (**4**).

Tanı için iyi bir anamnez ve ayrıntılı klinik muayene çok önemlidir. Sistemik sebepleri dışlamak için gerekli görülen hastalarda tam kan sayımı, tiroid fonksiyon testleri, kan glukoz düzeyi, üre, kreatinin, karaciğer fonksiyon testler, gaita incelemesi, akciğer grafisi, batın ultrasonografisi ve yaşa uygun kanser taramaları yapılmalıdır. Tanıdan emin olunamıyorsa deri biyopsisi alınmalıdır (**1**).

**Tablo 1.** Sekonder pruritus skroti

Akut	Kronik
<ul style="list-style-type: none"> <li>• İnfeksiyöz ajanlar (Candida, molluskum, HPV vb.)</li> <li>• Kontakt dermatit</li> <li>• Böcek ısırıkları</li> <li>• İlaç reaksiyonları</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psoriasis</li> <li>• Atopik dermatit</li> <li>• Liken sklerozus</li> <li>• Liken planus</li> <li>• Malign ve premalin durumlar</li> </ul>



Resim 1. Ense ve kollarda sarı-kahverengi papüler lezyonlar

## Tedavi

Altta yatan muhtemel bir infeksiyon, inflamatuvar dermatoz veya allerjen teması ve irritasyon dışlanmalıdır. Primer dermatoz varlığında spesifik tedavi verilmelidir (1).

İdyopatik prurituslu hastalarda terleme, sıcaklık, kuruluk vb. birçok tetkikleyici ile kaşıntı eşiği çok düşüktür (6). Bu nedenle genel önlemlerin alınması gerekir. Sıkı giysilerden kaçınılmalıdır. Bunların yerine hava akımı sağlayan giysiler tercih edilmelidir. Sentetik iç çamaşırları yerine pamuklu iç çamaşırları kullanılmalıdır. Sabun ve temizleyicilerin aşırı kullanımından kaçınılmalıdır (1). Deri sıcaklığının düşürülmesinin merkezi inhibitör yollar üzerinden kaşıntıyı azalttığı gösterilmiştir (12). Bu nedenle serin ıslak pansuman faydalı olabilir (1).

Saf emolyentler ve topikal steroidler ilk basamak tedavide yer alır (1). Merhemler daha az iritan olduk-

larından kremlere tercih edilir. Erken dönemde sulantılı ve ekskoriye lezyonlarda topikal ve sistemik antibiyotikler ile ıslak pansumanlar önerilmelidir. Topikal anezteziklerden %2 lidokain ve %1 pramoksin ile duyarlanma ihtimali düşük olduğundan kaşıntının giderilmesinde destek tedavide bu ajanlar önerilebilir (6).

Topikal kalsinörin inhibitörleri olan takrolimus ve pimekrolimus skrotal pruritusta kullanılabilir. Her iki ajanın da perkütan emilimi düşük düzeydedir. Deri atrofisi yapmazlar. Takrolimusun penetrasyonu pimekrolimusa kıyasla 9-10 kat daha fazla olduğundan pruritus skroti tedavisinde öncelikli olarak takrolimus tercih edilmesi düşünülebilir (5). Kaşıntı giderici etkileri temel olarak inflamatuvar sitokinlerin baskılanmasına bağlanmaktadır. Ayrıca, miyelinizsinir liflerindeki reseptörlere bağlanarak direk olarak sinir liflerinin fonksiyonuna etki ettikleri düşünülmektedir (13).

Gece verilen sedatif antihistaminikler ile gece kaşıntısı kontrol altına alınabilir. Birinci kuşak H1 antihistaminiklerden difenhidramin ve hidroksizin bu amaçla en sık tercih edilen antihistaminiklerdir. Yeterli yanıt alınmaz ise trisiklik antidepressanlar kullanılabilir. 10-25 mg doksepin gibi sistemik trisiklik antidepressanlar inatçı kaşıntılarda etkili olabilir. Doksepin tedavisi tolere edilirse haftalık 25mg'lık doz artışları yapılarak tedavi dozu 75mg'a çıkılabilir. Amitriptilin bir diğer trisiklik antidepressan ajandır. Amitriptilin özellikle nöropatik karakterdeki skrotal pruritusta daha etkilidir. Tedaviye 25 mg/gün dozda başlanabilir. Amitriptilin dozu ise her akşam 5 mg artış yapılarak maksimum 100mg doza kadar çıkılabilir. Dirençli olgularda gabapentin ve selektif serotonin gerialım inhibitörleri tedavileri verilebilir. Selektif serotonin gerialım inhibitörlerinden fluoksetin, paroksetin, sertralin ve sitalopram skrotal pruritusta faydalı olabilir (1).

## Sonuç

Skrotal pruritus sık görülen ve çeşitli nedenlere bağlı gelişebilen bir tablodur. Anamnez ve klinik bulgular ile spesifik etyoloji saptanabilen durumlarda nedenin ortadan kaldırılması; idiyopatik olgularda genel önlemler ve kaşıntıyı giderici çeşitli medikal tedavi-

lerin düzenli kullanımı ile kaşıntı-kaşıma-kaşıntı kısır döngüsü kırılarak tedavi başarısı sağlanır.

### Kaynaklar

1. Swamiappan M. Anogenital pruritus – An overview. *J Clin Diagnostic Res* 2016; 10: WE01-WE03.
2. Krishnan A, Kar S. Scrotal dermatitis - Can we consider it as a separate entity? *Oman Med J* 2013; 28: 302–305.
3. Cohen AD, Vander T, Medvendovsky E, ve ark.. Neuropathic scrotal pruritus: Anogenital pruritus is a symptom of lumbosacral radiculopathy. *J Am Acad Dermatol* 2005; 52: 61–66.
4. Lynch P. Lichen simplex chronicus ( atopic / neurodermatitis ) of the anogenital region. *Dermatol Ther*. 2004; 17: 8–19.
5. Weisshaar E. Successful treatment of genital pruritus using topical immunomodulators as a single therapy in multi-morbid patients. *Acta Derm Venereol* 2008; 88: 195–196.
6. Weichert GE. An approach to the treatment of anogenital pruritus. *Dermatol Ther* 2004; 17: 129–133.
7. Sherertz EF, Thiers BH. Clinical Pearl: Symptomatic dermatographism as a cause of genital pruritus. *J Am Acad Dermatol* 1994; 31: 1040–1041.
8. Yale K, Awosika O, Rengifo-Pardo M, Ehrlich A. Genital Allergic Contact Dermatitis. *Dermatitis* 2018; 29: 112–119.
9. Jhaj R, Chaudhary D, Asati D, Sadasivam B. Fixed-drug Eruptions: What can we Learn from a Case Series? *Indian J Dermatol* 2018; 63: 332–337.
10. Ballard TNS, Montgomery JS, Kozlow JH. Inguinal and Scrotal Lesion. Extramammary Paget disease. *JAMA Oncol* 2015; 1: 107–108.
11. Özalp B, Büyükbabani N, Güven E, Hocaoğlu E. İdiyopatik Skrotal Kalsinozisin Klinik ve Patolojik Özellikleri; Üç Olgu Sunumu. *Turk J Dermatol* 2010; 4: 107-110.
12. Carstens E, Jinks SL. Skin cooling attenuates rat dorsal horn neuronal responses to intracutaneous histamine. *Neuroreport* 1998; 9: 4145-4149.
13. Ständer S, Schürmeyer-Horst F, Luger TA, Weisshaar E. Treatment of pruritic diseases with topical calcineurin inhibitors. *Ther Clin Risk Manag* 2006; 2: 213-218.