

BALANİTİS KİSEROTİKA OBLİTERANS'DA TOPİKAL TEDAVİ İLE UZUN DÖNEM İZLEM

LONG TERM FOLLOW-UP OF BALANITIS XEROTICA OBLITERANS WITH TOPICAL TREATMENT

ÇULHA M.M.*, ÜNAL G.***, ACAR O.*, GÖKALP A.*

* Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, KOCAELİ

** Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, KOCAELİ

ÖZET

Balanitis kiserotika obliterans (BKO) tanımlanan üç olguda bu patoloji için en sık kullanılan topikal tedavilerden biri olan testosteron ve steroid karışımını uzun süreli uyguladık. Bu olguların ikisinde meatus urethra darlığı da teşhis edildiği için tedaviye intraüretral uygulanabilen steroidler de eklendi. 23 ay boyunca bu tedavi ile izlediğimiz olgularda iyi bir remisyona sağlandı ve ciddi hiçbir yan etki görülmedi. Kronik seyirli ve nüks edebilen BKO için, kolay uygulanan, ucuz ve uzun süre kullanılabilen bu tedavi seçeneğinin uygun olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Balanitis kiserotika obliterans, topikal tedavi

ABSTRACT

Balanitis xerotica obliterans (BXO) is known as end-stage of lichen sclerosis in male genitalia. We attempted to treat BXO with topical treatment.

3 cases with BXO were treated with topical corticosteroid and testosterone and long term followed-up. Intraurethral corticosteroid was also used for meatal stenosis and urethral stricture of the two cases among these three.

All patients were followed-up for 23 months. An asymptomatic period was achieved in all patients at the end of the treatment and there was not any side effect. A low-priced and easily applicable treatment alternative that can be used for a long period should be the first choice for BXO, considering the recurrence and chronic nature.

Key Words: Balanitis xerotica obliterans, topical treatment

GİRİŞ

Liken sklerozus et atrofikus dermatolojik literatürde patogenezi yeterince tanımlanmamış, enflamatuvar, kronik bir dermatozdur ve erkeklerde 1/10 oranında daha az görülmektedir¹. Balanitis Kiserotika Obliterans (BKO) ise Liken Skleroz et Atrofikus'un (LSA) geç evresi olarak bilinir. Erkeklerde sklerotik evrenin ilerlemesi ile ortaya çıkar ve ilk defa Stühmer tarafından 1928'de tanımlanmıştır^{2,3}. Bazı olgularda glans penisini etkileyen bu enflamasyon meatusu daraltabilir ve bu darlık distal üretrayı da etkileyebilir⁴. Glans üzerinde oluşan kuruluk, çatlaklar ve deformasyon çoğunlukla ağrılı ereksiyonlara yol açabilir. Lite-ratürde BKO'nun en çok 30-60 yaşları arasında görüldüğü bildirilmiştir. Buna rağmen daha az sıklıkla çocuklarda ve çok ileri yaştaki erkeklerde de teşhis edilmiştir^{5,6,7}.

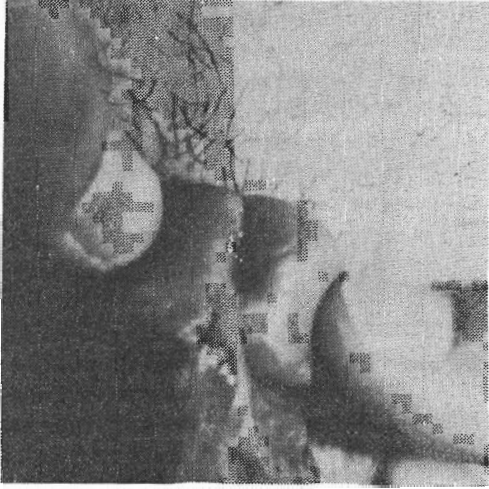
Hastalar sıklıkla glans cildinin sertleşip kuruması veya bu oluşumun üretrayı etkilemesi sonucu olan yakınmalar ile hekime başvururlar⁸.

Bu zamana kadar tedavi için pek çok değişik seçenekler denenmiş ve bir çoğundan da belli ölçüde fayda sağlanabilmiştir. Biz kolay uygulanabilmesi ve uzun süreli kullanılabilirliğini de göz önüne alarak topikal kortikosteroid ve testosteron karışımını tercih ettik. Kortikosteroid olarak % 0.25 gr Fluocortolone capronate kullanıldı. Testosteronun'da %2'lik karışımı topikal kullanıma uygun olarak hazırlandı ve glans üzerine uygulandı. Meatus ve üretranın etkilendiği iki olgumuzda intraüretral uygulanabilen kortikosteroidlerden faydalandık. 2 ml hacminde 80 mg Methylprednisolone acetate steril şartlarda üretraya uygulandı. Bu şekilde tedavisi düzenlenen üç olgu 23 ay boyunca izlenmiştir.

OLGU 1

72 yaşındaki hasta zor idrar yapma yakınması ile başvurdu. Yapılan muayenede glans penisindeki parlak fibrotik yapının meatusu tıkanık kapattığı görüldü (Şekil 1). Meatus cerrahi olarak

açıldı ve alınan biyopside BKO tanımlandı. Topikal karışım ve intrauretral steroid tedavisine başlandı. İlk altı ay içerisinde yapılan kontrollerde glans penisdeki fibrotik yapının yumuşadığı fakat meanın tekrar kapandığı tespit edildi. Çekilen üretrografide tüm üretra boyunca darlık (panüretitis) görüldü (Şekil2). Bunun üzerine cerrahi girişim yapılarak üretra dilate edildi. Özellikle meadan itibaren 5cm'lik distal üretra oldukça fibrotik idi. Operasyon sonrası altı ay boyunca da mea dilatasyonu yapıldı. Bu esnada yapılan tedavi ile glans yumuşak ve normal bir görünüm kazandı. Hasta 24 ay boyunca her gün topikal ve haftada iki kez intrauretral tedavisini sürdürdü. 31 ay sonunda yapılan son kontrolünde glans penisin normal yapıda ve idrar akımının iyi olduğu görüldü. Olası nüksler düşünülerek hastanın izlemiden çıkması önerildi.

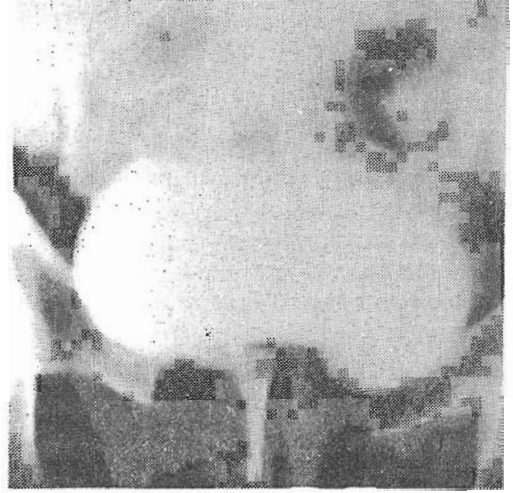


Şekil 1. Glans çevresinde meayı daraltan fibrotik görünüm.

OLGU 2

44 yaşındaki hasta glansın küçülmesi, şekil bozukluğu ve idrar akımının azalması yakınmaları ile başvurdu. Yapılan muayenesinde glansda fibrozis ve mea darlığı görüldü. Hastaya erken dönemde meatotomi ve biyopsi yapıldı ve BKO tanımlandı. Sonrasında topikal ve intrauretral tedaviye başlandı. Tedavinin üçüncü ayında glansda yumuşama ve idrar akımının iyi olduğu görüldü. Topikal tedavi her gün ve intraüretal tedavi haftada iki olmak üzere altı ay boyunca sürdürüldü ve hasta iki ay aralıklarla kontrol edildi. Altıncı ayın sonunda lezyonun tamamen kaybolma-

sı ile tedavi sonlandırıldı. Bu kontrolden 9 ay sonrasında glans cildinde kuruma ve çatlaklar izlenince tekrar topikal tedaviye devam edilmesi kararlaştırıldı. Hasta halen tedavisini sürdürmektedir.



Şekil 2. Panüretitis, Meatal stenozun üretra boyunca devam etmesi.

OLGU 3

39 yaşındaki hasta yaklaşık üç aydır glans cildinin kuruması, çatlaması ve ereksiyonda ağrı yakınmaları ile başvurdu. Yapılan muayenesine glansın fibrotik yapısı ve üzerinde yer yer fissürler gözlemlendi. Mea normaldi ve hastanın üriner semptomu yoktu. Biyopsi sonucunda BKO tanımlandı. Topikal tedaviye başlandı ve üç ay içerisinde lezyonda çok belirgin bir gerileme tespit edildi. Hastanın ereksiyon esnasındaki ağrısı da kayboldu. Topikal tedaviye olası nüksler düşünülerek altı ay boyunca devam edildi. Hastanın bir yıl sonraki kontrolünde glansın tamamen normal yapıda olduğu görüldü.

TARTIŞMA

Uzun yıllardır hekimler BKO tedavisi için değişik yöntemlere başvurmuşlardır. BKO ilk önceleri iritan ve keratolitik ajanlarla tedavi edilmeye çalışılmıştır⁹. Daha sonraları bu tedavilerin yerini aynı etkiyi oluşturan ve fiziksel destrüksiyon yapan cihazlar almıştır. Karbondioksit laser bunların içinde en modern olanıdır ve başarılı sonuçlar bildirilmiştir¹⁰. Tedavide gerek oral gerekse topikal kullanılan kortikosteroidlerden

de geniş ölçüde yararlanılmıştır. Kortikosteroidlerin sistemik yan etkileri nedeniyle topikal olanlar daha çok kabul görmüştür^{11,12}. Mea ve üretra darlığı gelişen olgularda ise intraüretral uygulanabilecek olan kortikosteroidlerin tedaviye eklenmesi düşünülmüştür¹³. Biz iki olgumuzda intraüretral kortikosteroidleri uygulayarak iyi bir remisyona sağlayabildik. Bu olgularımızda meada ve meadan itibaren 3-4 cm'lik distal üretrada idrar akımını belirgin olarak azaltan fibrotik darlık vardı. İntraüretral tedavi cerrahi girişim sonrası olası nüksleri önlemede başarılı olmuştur.

BKO'nun topikal tedavisinde testosteron preparatlarının hem klinik iyileşmeyi, hem de lezyonun histolojik olarak gerilemesini sağladıkları bildirilmiştir¹⁴. Uygulayıcılar, testosteronun %2 veya %2.5'lik topikal kullanıma uygun preparatları ile tedavilerini sürdürmüşlerdir¹⁵. Bizim olgularımız da %2'lik testosteron preparatı hazırlayıp bunu topikal kortikosteroidler ile birlikte lezyon üzerine günde bir kez uyguladılar. Bu şekilde topikal kortikosteroid ve testosteron uygulamasından başarılı sonuçlar bildirilmiştir¹⁶. Bazı çalışmalarda testosteron kullanımında lokal irritasyon olabileceği ve doz azaltılmasına gidilerek tedaviye devam edildiği bildirilmiştir¹⁷. Olgularımızın hiç birinde irritasyona ait bir bulguya veya yakınlığa rastlanmadı. Tedavi ise sürekli aynı dozlarda sürdürüldü.

Erkeklerdeki genital LSA'nın glansı olduğu kadar prepişyumu da etkilediği belirtilmiştir. Prepişyumun etkilenmesi ile de patolojik bir fimozis gelişmektedir¹⁸. Bu oluşum çocuklarda olabildiği gibi orta yaşlı erkeklerde de görülebilir. Bu durumda yapılacak olan sirkumsizyon tedavide çok yararlı olacaktır¹. Olgularımızın ikisi orta yaşlı, biri ileri yaşlı ve hepsi de sünnetliydi. Bundan dolayı da sadece glansa yönelik tedavi uygulanırdı. BKO'da şiddetli displastik ve hiperkeratotik lezyonların tedaviye rağmen daha sıklıkla nüks edebileceği bildirilmiştir¹⁹. Bizim özellikle birinci olgumuzda ilk bir yıl içerisinde glans üzerindeki lezyonda, meada ve distal üretradaki darlıkta tedaviye rağmen nüks oluşumu görüldü. Bu olgunun patolojik incelemesinde hiperkeratoz izlenmiştir. Buna rağmen uzun dönemde remisyona sağlanmıştır. Vulvar LS'a bağlı gelişebilecek malign potansiyel iyi bilinmekle birlikte BKO ile asosiyte skuamöz hücreli karsinom bildirimi çok

az sayıda mevcuttur³. Olgularımızda izlem süresince bu yönde bir patolojik gelişime rastlanmamıştır.

Steroidlerin uzun süreli lokal kullanımında deride atrofi ve yüzeysel çatlaklar oluşturabileceğini bildiren yazarlar varsa da bizim uzun dönem izlediğimiz olgularda bu yönde bir değişiklik görülmemiştir²⁰. Ayrıca BKO etyolojisinde spiroketlerin rol oynayabileceği ve bundan dolayı da tedavide antibiyotiklerin kullanılmasını öneren araştırmacılar vardır. Bu yazarlar antibiyotik tedavisi ile iyi sonuç aldıklarını bildirmişlerdir²⁰.

BKO tanımlanan hastaların bir bölümünde mea ve üretra darlığı olabileceği konusunda birçok araştırmacı fikir birliği içerisinde^{1,2,3,19}. Mea darlığı görülme oranının %25 olduğunu bildirenler vardır¹. Biz üç olgumuzun ikisinde mea darlığı gözlemledik. BKO oldukça az görülen bir patolojidir. Bildirilen olgu sayısı arttıkça oranlar da değişebilecektir.

BKO'da görülen kronik enflamatuvar lezyonların, tedaviye rağmen progresyon gösterebileceği veya remisyondan sonra tekrar nüks edebileceği bilinmektedir. Bundan dolayı tedavi için her yerde ve her zaman kullanılabilen, ucuz ve uzun süre uygulanması sorun olmayacak bir yaklaşım en ideal olanıdır. BKO tedavisinde üzerinde hemfikir olunan bir rejim olmadığından amaç uzun bir remisyona sağlamaktır. Biz topikal kortikosteroid ve testosteron karışımının ve de gerekirse intraüretral kortikosteroidlerin bu amaç için uygun olduklarını düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

- 1- Meffert JJ, Davis BM, Grimwood RE: Lichen sclerosus. J. Am. Ac. Dermatol. 32(3): 393-416, 1995
- 2- Johnson RA: Diseases and disorders of the anogenitalia of males; in Freedberg IM, Eisen AZ (eds): Fitzpatrick's dermatology in general medicine, 5.Baskı, 1348-1376, 1999
- 3- Pride HB, Miller III OF, Tyler WB: Penile squamous cell carcinoma arising from balanitis xerotica obliterans. Acta. Dermatol. Venerol. 29: 469-473, 1993
- 4- Bainbridge DR, Whitaker RH, Shephard BGF: Balanitis xerotica obliterans and urinary obstruction. Br. J. Urol. 43: 487-491, 1971
- 5- Fairgrieve J, Parker RA: Acquired phimosis in the elderly caused by lichen sclerosus at atrophicus. Br. J. Urol. 31: 74-76, 1959

- 6- **Khezri AA, Dounis A, Dunn M:** Balanitis xerotica obliterans. Br. J. Urol. 51: 229-231, 1979
- 7- **Garat JM, Chechile G, Algaba F, et al:** Balanitis xerotica obliterans in children. J. Urol. 136: 436-437, 1986
- 8- **Kumar MVK, Hariris DL:** Balanitis xerotica obliterans complicating hypospadias repair. Br. J. Plas. Surg. 52: 69-71, 1999
- 9- **Petrozzi JW, Wood MG, Tisa W:** Palmar-planter lichen sclerosus et atrophicus. Arch. Dermatol. 115: 884-886, 1979
- 10- **Ratz JL:** Carbondioxide laser treatment of balanitis xerotica obliterans. J. Am. Acad. Dermatol. 10: 925-928, 1984
- 11- **Conelly MG, Winkelmann RK:** Coexistence of lichen sclerosus, morphea and lichen planus. J. Am. Acad. Dermatol. 12: 844-851, 1985
- 12- **Murphy FR, Lipa M, Haberman HF:** Familial vulvar dystrophy of lichen sclerosus type. Arch. Dermatol. 118: 329-331, 1982
- 13- **Crow KD, Ellis J, Wynne EJC:** Lichen sclerosus at atrophicus of the penis. Br. J. Dermatol. 103 (Supp 18): 17-19, 1980
- 14- **Friedrich EG:** Topical testosterone for benign vulvar dystrophy. Obstet. Gynecol. 37: 677-686, 1971
- 15- **Pasieczny TAH:** The treatment of balanitis xerotica obliterans with testosterone propionate ointment. Acta Dermatol. Venerol. 57: 275-277, 1977
- 16- **Friedrich EG:** Vulvar disease. Philadelphia. WB Saunders, 129-142, 1983
- 17- **Friedrich EG, Mc Laren NK:** Genetic aspects of vulvar lichen sclerosus. Am. J. Obstet. Gynecol. 150: 161-166, 1984
- 18- **Shankar KR, Rickwood AMK:** The incidence of phimosis in boys. Br.J.Urol. 84: 101-102, 1999
- 19- **Romppanen U:** Long-term results of etretinate therapy in vulvar dystrophy. Curr. Ther. Res. 40: 442-447, 1986
- 20- **Shelley WB, Shelley ED, Grunenwold MA, et al:** Long term antibiotic therapy for balanitis xerotica obliterans. J. Am. Acad. Dermatol. 40: 69-72, 1999

YORUM:

Uzun süreli topikal kortikosteroid kullanılması sırasında lokal enfeksiyonların reaktivasyonunun da (kandida, herpes simpleks ve insan papilloma virüs enfeksiyonları) ortaya çıkabileceği göz önünde bulundurulmalıdır¹.

Eksternal meat'usu tutarak meatal darlık oluşturan BKO vakalarında, erken dönemde dilatasyon (±topikal steroid) denenebilirse de klinik tablonun iyice yerleşmesi durumunda rekürrens riskini azaltmak amacı ile meatomiden ziyade meatoplasti yapılması ile daha yüz güldürücü sonuçlar elde etmek mümkündür. Bunun için Brannen ve De Sy'in tarif ettiği teknikler başarı ile kullanılabilir^{2,3}.

Üretra tutulumuna bağlı gelişen üretra darlıklarında rekürrensi azaltmak için tercih edilmesi önerilen tedavi şekli: Tutulan segment kısa ise bukkal mukoza, uzun ise bukkal ve mesane mukozası ile rekonstrüksiyon yapmaktır⁴.

KAYNAKLAR

- 1- **Dahlman-Ghozlan K, Hedblad M, Krogh G:** Penile lichen sclerosus at atrophicus treated with clobetasoldipropionate 0.00% cream: A retrospective clinical and histopathologic study. J. Am. Acad. Dermatol. 40: 451-457, 1999.
- 2- **Brannen GE:** Meatal reconstruction. J. Urol. 116: 319-321, 1976.
- 3- **De Sy WA:** Aesthetic repair of meatal stricture. J. Urol. 132: 678-697, 1984.
- 4- **Depasquale I, Park AJ, Bracka A:** The treatment of balanitis xerotica obliterans. BJU International. 86: 459-465, 2000.

Doç. Dr. Demokan Erol
S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Üroloji Kliniği