

Pancreatitis ritka scrotalis érintettsége – A korai differenciáldiagnosztika fontossága

Juhász Dániel dr., Nyirády Péter dr., Majoros Attila dr.

Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika és Uroonkológiai Centrum, Budapest (igazgató: Nyirády Péter dr.)

Levelezési cím:
Juhász Dániel dr.
1082 Budapest, Üllői út 78/b
E-mail: ju88da@yahoo.com

ÖSSZEFOGLALÁS

Bevezetés: Az akut scrotum a herék duzzanatával, fájdalommal járó heveny kórállapot, ami gyulladás, trauma, a here és függelékeinek csavarodása következtében alakulhat ki. Bár irodalmi ritkaság, mégis a heveny hasnyálmirigy-gyulladás szövődményeként is kialakulhat scrotalis érintettség, tályog. Közleményünkben egy differenciáldiagnosztikai nehézséget okozó, herezacskó-duzzanattal és fájdalommal járó idült pancreatitis beteg esetét ismertetjük.

Esetismertetés: Egy 49 éves férfibeteg bal oldali heretáji, illetve alhasi fájdalom, bal oldali hereduzzanat és péniszödéma miatt kereste fel ügyeletünket. A fizikális vizsgálat és a here képalkotó vizsgálata felvetette az akut scrotalis gyulladás lehetőségét, azonban az ép here miatt szekunder eredet is szóba jött. Az elvégzett hasi-kismencei CT a has bal oldalán a rekeszi felszíntől kiinduló, többrekeszes, a háti izmok felé propagációt mutató folyadékgyülemet mutatott, amely a pancreasból kiinduló tályognak bizonyult. Sebészeti drenázs után a beteg konzervatív kezelés mellett gyógyult.

Megbeszélés és következtetés: A retroperitonealis tályogot okozó pancreatitis ritka szövődménye lehet, a lecsorgó váladék okozta scrotalis duzzanat, fájdalom. Akut scrotum esetében, amikor az etiológia nem egyértelmű, mindig gondoljunk esetleges szekunder eredetre is. A helyes differenciáldiagnosztika eredményeképpen esetünkben a betegnél nem volt szükség a here műtéti feltáráására, ehelyett oki kezelésre került. Akut scrotum esetén, exploráció elvégzése előtt az alapos differenciáldiagnosztika, illetve kiegészítő vizsgálatok pontosíthatják kórismézésünket.

KULCSSZAVAK

AKUT SCROTUM, EPIDIDYMITIS, PANCREATITIS, DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKA

Rare scrotal manifestation of pancreatitis – The role of early differential diagnostics

SUMMARY

Introduction: Acute scrotum is an acute condition associated with swelling of the testicles and pain, which can be caused by inflammation, trauma and torsion of testicles and testicular appendices. As a complication of the inflammation of the pancreas an abscess can occur. Scrotal involvement is a literary rarity. This is a case report of a patient with chronic pancreatitis, scrotal swelling and pain causing problem in early differential diagnostics.

Case report: A 49-year-old male patient with progressive left side scrotal and lower abdominal pain, left side testicular swelling and penis edema attended the outpatient's clinic. Physical examination and ultrasonography (US) of testicles arose the possibility of genital inflammation, but the intact male adnexal morphology raised the possibility of secondary process. The abdominal and pelvic CT-scan showed a large left-sided retroperitoneal multiregional abscess system with a propagation towards the back muscles presuming a pancreatic origin. After a surgical drainage the patient could be treated conservatively.

Discussion and conclusion: Scrotal swelling and pain can occur in case of acute retroperitoneal abscess, which is a rare complication of pancreatitis. In case of acute scrotum, if the etiology is unclear secondary origin shall be assumed. As a result of the correct differential diagnostics, the patient received targeted conservative therapy and no scrotal exploration was needed. In case of acute scrotum, prior to perform surgical exploration of the scrotum, correct differential diagnostics and treatment should be performed, additional tests can clarify the diagnosis.

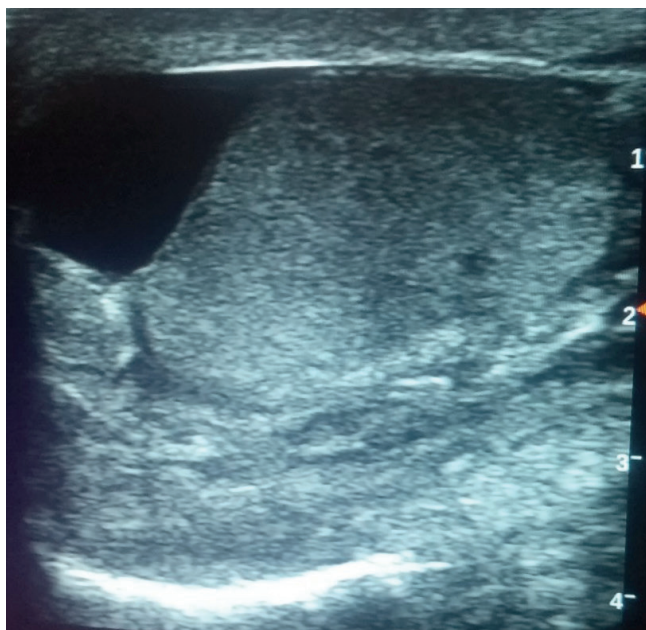
KEYWORDS

ACUTE SCROTAL DISEASE, EPIDIDYMITIS, PANCREATITIS, EARLY DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS

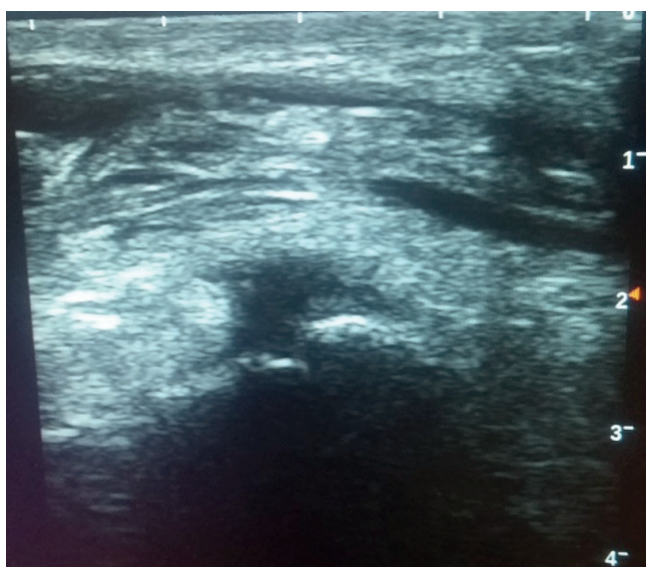
Bevezetés

Az akut scrotum a herék duzzanatával, fájdalommal járó heveny kórállapot. Hátterében állhat gyulladás és fertőzés, amit leggyakrabban húgyúti patogének, illetve STI (sexually transmitted infection – szexuálisan terjedő infekció) kórokozók (pl. *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* stb.)

okozhatnak. Fiatal gyermekkorban 2 éves kor alatt, valamint 15–20 év között leggyakrabban heretorzió, here-függelék-csavarodás, trauma, valamint Henoch–Schönlein-purpura okozhatja (1). Heretorzió során az ondózsínor megcsavarodása miatt az érintett oldali here heveny keringészavara alakul ki, ami sürgős beavatkozást igényel a here megőrzése érdekében (2).

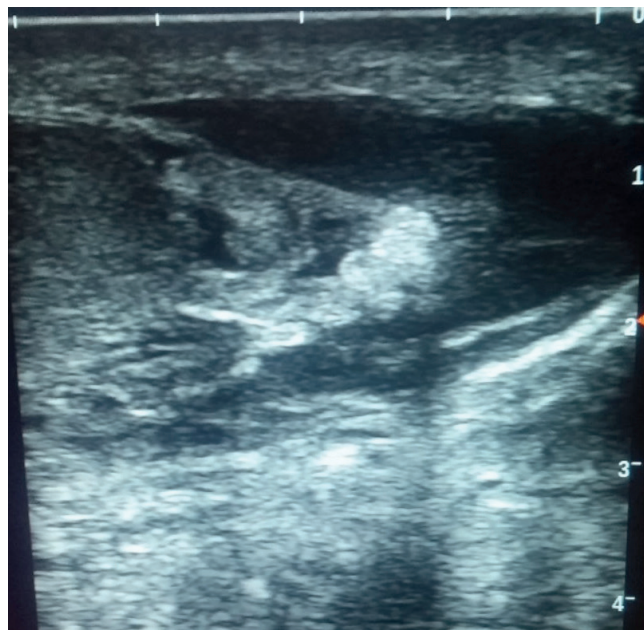


1. ÁBRA: ÉP BAL OLDALI HERE ULTRAHANGKÉPE



2. ÁBRA: KISZÉLESEDETT BAL OLDALI ONDÓZSINÓR ULTRAHANGKÉPE

A hasnyálmirigy heveny, szubakut vagy krónikus gyulladása és következményes tályogkialakulás ritkán scrotalis gyulladás kialakulásához vezethet. Az akut pancreatitis kétféle módon zajlik. Az esetek 85%-ában a benignusabb kimenetelű ödémás forma alakul ki, míg 15%-ban a fulmináns lefolyású nekrozissal járó típust látjuk, ami akár letális is lehet. Háttérben több faktor szerepelhet (pl. virális infekció, gyógyszer, epekő, alkoholfogyasztás stb.). Szövődményeként kialakulhat pseudocysta, tályog, ritkán többrekeszes tályogrendszer. Scrotalis érintettség irodalmi ritkaság. Egy differenciáldiagnosztikai nehézséget okozó herezacskó-duzzanattal és fájdalommal járó idült pancreatitis betegt esetét ismertetjük a következőkben.



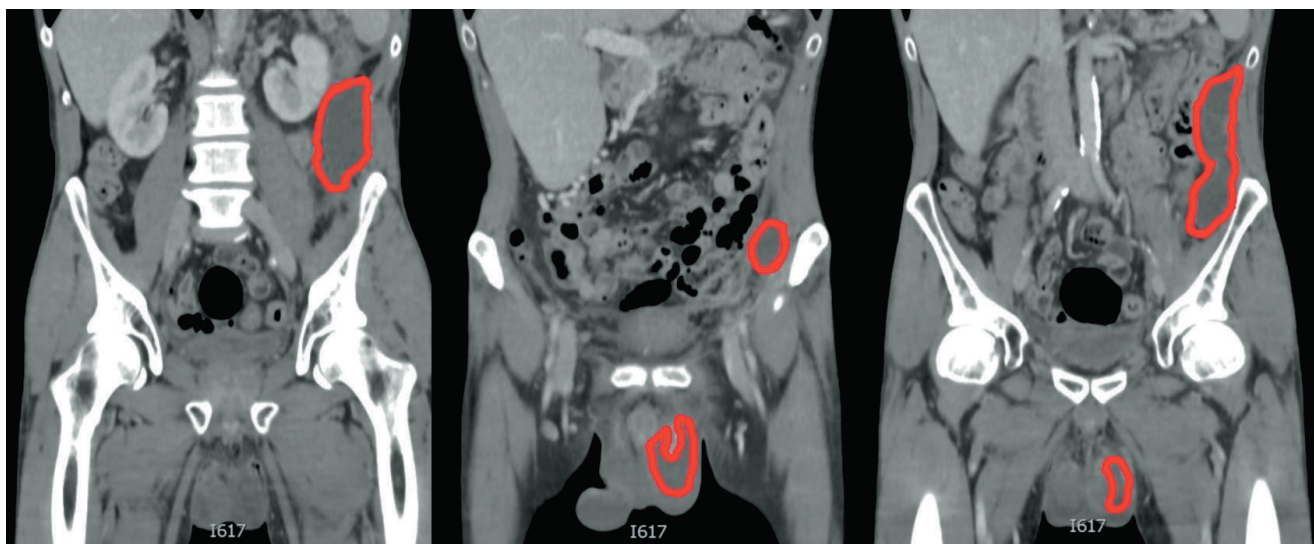
3. ÁBRA: BAL OLDALI HERE FELETTI FOLYADÉKGYÜLEM ULTRAHANGKÉPE

Esetismertetés

Egy 49 éves férfit beteg pár napos, progresszív bal oldali heretáji, illetve alhasi fájdalom, bal oldali hereduzzanat és péniszödéma miatt kereste fel ügyeletünket. Egyéb panasza nem volt, anamnéziséből krónikus alkoholizmus, korábban bal oldali lumbális tályog punkciója és akut pancreatitis miatt többszöri járó- és fekvőbeteg-kezelés volt kiemelhető. Fizikális vizsgálata során megnagyobbodott, bal oldalon hiperémiás, duzzadtabb, tömöttebb tapintatú, érzékeny, fájdalmas scrotumot találtunk. A hímvesszőn nagyfokú ödémát láttunk. A bal oldali here nem volt érzékeny, de felette a mellékherének megfelelően fájdalmas duzzanat volt tapintható. A bal oldali funiculus köteges tapintatú volt és az érzékenység a funiculus mentén az alhasban is tapintható volt. A has vizsgálata során kóros rezisztenciát, dőfense-t nem éreztünk.

A herék, mellékherék Colour-Doppler-ultrahangvizsgálata ép szerkezetet igazolt jó keringéssel. A bal oldali here felett sűrű bennéki folyadékgyülem ábrázolódott a funiculus kiszélesedésével. Felmerült genitális gyulladás lehetősége, de a morfológiailag ép férfi adnexumok felvetették szekunder folyamat lehetőségét (1–3. ábra). Vizeletvizsgálat húgyúti infekcióra utaló eltérést nem igazolt. A beteg laborértékeiben súlyos alarminozó eltéréseket nem láttunk, normál tartományban lévő fehérvérsejtszám mellett mérsékelt emelkedett C-reaktív proteinérték (39 mg/l) mutatkozott.

Radiológiai konzíliumot kértünk hasi ultrahangvizsgálat elvégzése céljából. A vizsgálat esetlegesen bizonytalan eredménye miatt hasi-kismencedei kontrasztanyag CT-vizsgálat történt, amely felvetette a has bal oldalán a rekeszi felszíntől kiinduló, egy a legnagyobb axiális átmérőjében 87×30 mm-es, többrekeszes, a háti izmok felé propagációt mutató tályogrendszer lehetőségét, amely az inguinális csatornán keresztül a scrotumig volt követhető. A pancreas morfológiája, Wirsung-vezeték tá-



4. ÁBRA: RETROPERITONEÁLIS TÁLYOGRENDSZER CORONALIS SÍKÚ CT-FELVÉTELEI

gula és egyidejű kisméretű lépfarktusok alapján kórokként hasnyálmirigy-eredet merült fel (4. ábra).

Sebészeti konzílium drenázst javasolt. Ultrahangvezérelt punkció során nyert minta amilázszintje 65 700 U/l értéket mutatott, ami megerősítette a pancreatogen eredetet. Baktériológiai vizsgálat során aerob, illetve anaerob kórokozó nem tenyésztett ki. Belgyógyászati áthelyezést követően konzervatív gyógyszeres terápia (intravénás ceftriaxon, majd piperacillin + tazobactam), laborkontroll (vérkép, máj-vesefunkció, gyulladásos paraméterek, vércukor, vérgáz) és a tályogrendszer szoros UH-obszervációja történt. A beteg néhány nap után otthonába bocsátott.

Megbeszélés

A nemzetközi szakirodalomban csupán néhány multidiszciplináris esetbemutató (sebészeti, radiológiai, belgyógyászati és urológiai), illetve összefoglaló olvasható, amelyek a pancreas gyulladásos folyamatai és a herezacskó megnagyobbodásának kapcsolatáról szólnak. Az első esetet, amelyben egy hasnyálmirigy-tályog scrotalis érintettségét írták le, *Steedman és munkatársai* közölték 1967-ben (3). Mind az akut, a krónikus pancreatitis, illetve annak akut exacerbációja is járhat heretáji érintettséggel. *Skouras és munkatársai* által 2011-ben írt 25 esetet összefoglaló cikke alapján elmondható, hogy az érintett betegek túlnyomó többségénél a tartós alkoholfogyasztás szerepel a heveny hasnyálmirigy-gyulladás, vagy tályagos folyamat kiváltó okaként, de kialakult epekőesség miatt vagy pancreasműtétet követően is (4). Panaszként minden esetben szerepelt a hasi vagy többnyire a bal, ritkábban mindkét oldalon jelentkező heretáji fájdalom. Hányinger, hányás, hipotenzió, hímvessző-ödéma, az ondózsínér érzékenysége és scrotumerythema jelentkezhet még társuló tünetként. Az irodalomban találunk rossz prognózist, az ondózsínér zsírnekrózisával járó nekrotizáló hasnyálmirigy-gyulladásához társuló, elülső hasfali tályogrendszerrel, phlegmonával járó,

hydrokelét okozó, illetve heretorziót utánzó eseteket is (5, 6, 7, 8, 9). A hasnyálmirigy anatómiai elhelyezkedéséből adódik, hogy a tályogképződéssel járó formáknál a retroperitoneumon keresztül lecsorgó váladék a herezacskó laza szöveteiben felszaporodhat és szekunder abscessus kialakulásához vezethet (10, 11, 12). *Skouras* beszámolt arról, hogy 10 betegnél exploratív laparotomia, herniotomia, illetve canalis inguinalis feltárás történt a primer heretáji tünetek alapján (4). Betegünknel a korábban kezelt és egyszer már retroperitonealis tályogképződés miatt operált krónikus hasnyálmirigy-gyulladás ismert anamnézise vetette fel a pancreatogen eredet gyanúját. Az akut scrotum egy urológiai sürgősségi állapot, aminek a hátterében állhat a here és függelékeinek csavarodása, trauma, orchido-epididymitis, heretályog, illetve kizáródott lágyéksér is. A felsorolt esetek alapján elmondható, hogy a scrotalis duzzanat ritkán pancreatitis szövődményeként is kialakulhat, a retroperitoneumból induló, az inguinális csatornán a herezacskót elérő gyulladásos eredetű tályog eredményeként (10, 13). Esetünkben a gondos preoperatív differenciáldiagnosztika tette lehetővé a szervkimélést, elkerülve a here feltárását, ami az elhúzódó sebgyógyulás miatt kedvezőtlenül befolyásolhatja a beteg életminőségét.

Következtetés

A retroperitonealis tályogot, tályogrendszert okozó pancreatitis ritka szövődménye lehet, a lecsorgó váladék okozta scrotalis duzzanat, fájdalom. Akut scrotum esetén, herefeltárási műtét elvégzése előtt az alapos differenciáldiagnosztika elengedhetetlen. Bizonytalanság esetén kiegészítő vizsgálatok (pl. hasi-kismedencei kontrasztanyag CT-vizsgálat, scrotumpunkció során nyert minta laboratóriumi vizsgálata) pontosíthatják kórismézésünket. Esetünkben a korrekt diagnosztika herefeltárási műtét elvégzése nélkül tisztázta az állapot etiológiáját.

Irodalom

1. Rózsahegyí J, Szepesváry Zs, Sebestyén L, Laki A, Gyányi L. Akut scrotum. *MEDICUS UNIVERSALIS* 2007 DECEMBER; 40(5).
2. Güneş, Mehmet Umul, Muammer Altok, Mehmet Akyüz, et al. Is it possible to distinguish testicular torsion from other causes of acute scrotum in patients who underwent scrotal exploration? A multi-center clinical trial Mustafa Cent European. *J Urol* 2015; 68: 252–256.
3. Steedman RA, Doering R, Carter R. Surgical aspects of pancreatic abscess. *Surg Gynecol Obstet* 1967; 125(4): 757–762.
4. Skouras C, Skouras T, Pai M, et al. Inguinoscrotal extension of a pancreatic collection: a rare complication of pancreatitis-case report and review of the literature. *Updates Surg* 2013; 65: 153. <https://doi.org/10.1007/s13304-012-0138-3>
5. Wolfson K, Sudakoff GS. Ultrasonography and color Doppler imaging of a scrotal phlegmon in acute necrotizing pancreatitis. *J Ultrasound Med* 1994 Jul; 13(7): 565–8. <https://doi.org/10.7863/jum.1994.13.7.565>
6. Kamble PM, Patil A, Jadhav S, Rao SA. Anterior abdominal wall abscess with epididymo-orchitis: an unusual presentation of acute pancreatitis. *J Postgrad Med* 2011 Oct-Dec; 57(4): 335–7. <https://doi.org/10.4103/0022-3859.90088>
7. Delamarre J, Descombes P, Grillo G, Deschepper B, Deramond H. Hydrocele of pancreatic origin. X-ray computed tomographic study of an intrascrotal collection in an acute outbreak of chronic pancreatitis. *J Radiol* 1988 Nov; 69(11): 689–90. <https://doi.org/10.1175/1520-0477-69.6.689>
8. Lin YL, Lin MT, Huang GT, Chang YL, Chang H, Wang SM, How SW. Acute pancreatitis masquerading as testicular torsion. *Am J Emerg Med* 1996 Nov; 14(7): 654–5. [https://doi.org/10.1016/S0735-6757\(96\)90081-9](https://doi.org/10.1016/S0735-6757(96)90081-9)
9. Chen W, Wang X, Zhang J. Left scrotal swelling caused by severe acute pancreatitis in a 38-year-old Chinese male. *Int J Clin Exp Med* 2015 May 15; 8(5): 8194–6.
10. Fukushi K, Tominaga K, Takenaka K, Takahashi F, Tsuchida K, Murohisa T, Iijima M, Irisawa A. Severe acute pancreatitis with inflammation extending to the scrotum *Clin Case Rep* 2019 Nov 6; 7(12): 2592–2593. <https://doi.org/10.1002/ccr3.2529>
11. Sutalo N, Dragisic V, Miskovic J, Soljic M. Scrotal abscess as the first symptom of fatal necrotizing pancreatitis. *Saudi Med J* 2019 Nov; 40(11): 1167–1170. <https://doi.org/10.15537/smj.2019.11.24488>
12. Moens L, Yengue Yengue P, Assenmacher C. Intrascrotal Collection in an Acute Pancreatitis: A Case Report and Review of the Literature. *Case Rep Urol* 2016; 2016: 7534781. Epub 2016 Nov 1. <https://doi.org/10.1155/2016/7534781>
13. Nikiforov I, Mansoor Q, Al-Khalisy H, Joseph S, Cheriya P. Scrotal Swelling as a Complication of Hydrochlorothiazide Induced Acute Pancreatitis Case Rep. *Gastrointest Med* 2015; 2015: 265273. <https://doi.org/10.1155/2015/265273>