

İMPETİGO HERPETİFORMİS: OLGU SUNUMU

Dr.Gürsoy DOĞAN*
Dr. Ersoy HAZNECI*
Dr.Yelda KARINCAOĞLU*
Dr.Süleyman ÖZEN**

İmpetigo herpetiformis gebeliğin nadir ve sıklıkla ciddi bir püstüler dermatozudur. Klinik ve histolojik olarak püstüler psöriasis benzemesi nedeniyle, birçok yazarca gebeliğin püstüler psöriasisi olarak adlandırılmıştır. Bu makalede, ilk gebeliği sırasında ortaya çıkan impetigo herpetiformisli 24 yaşında bir kadın hasta tanımladık ve püstüler psöriasisle karşılaştırarak ayrı bir antite olup olmadığını tartıştık.

Anahtar kelimeler: İmpetigo herpetiformis, gebelik, püstüler psöriasis

İmpetigo herpetiformis: a case report

Impetigo herpetiformis is a rare and often serious pustular dermatosis of pregnancy. Clinically and histologically, it bears some resemblance to pustular psoriasis. This similarity has led authors to name the disease the pustular psoriasis of pregnancy. We describe the case of a 24-year-old woman presenting with impetigo herpetiformis as compared to pustular psoriasis during her first pregnancy and emphasize the need to preserve the disease as a separate entity.

Key words: Impetigo herpetiformis, pregnancy, pustular psoriasis

* İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dermatoloji Anabilim Dalı
MALATYA

** İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
Patoloji Anabilim Dalı
MALATYA

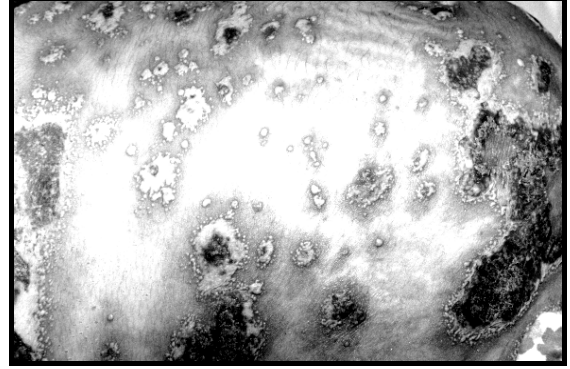
Yazışma Adresi:
Dr. Gürsoy DOĞAN
İnönü Üniversitesi
Dermatoloji Anabilim Dalı
MALATYA

Gebeliğin generalize püstüler psöriasisi olarak da isimlendirilmiş olan bu tablo ilk olarak 1872'de Hebra tarafından tarif edilmiş olup, ülkemizde ilk yayın 1913 yılında yapılmıştır.^{1,2} Klinik tablo büyük ölçüde generalize püstüler psöriasis ile uyumlu olup, püstüller hemen daima sterildir. Püstüler psöriasis tablosunun premenstrüel olarak kötüleşmesi oldukça iyi bilinen bir özelliktir. Ayrıca bu hastalarda klomifen ve progesteron uyarımı ile püstüler alevlenmelerin geliştiği bilinmektedir. Buna karşın kimi yazarlarca impetigo herpetiformis ayrı bir antite olarak kabul edilmektedir.² Olguların çoğunda kişisel veya ailesel psöriasis hikayesi yoktur.¹ Buna karşı ikiz kız kardeşlerde impetigo herpetiformis olgularının bildirilmesi genetik rolün olabileceğini desteklemektedir.^{3,4} Bazı yazarlara göre de hastanın kendisinde veya ailesinde psöriasis öyküsünün olmaması, impetigo herpetiformis ve püstüler psöriasis arasındaki önemli farklardandır.^{5,6} Trevisan ve Kokelje⁵ göre, impetigo herpetiformis klinik özellikleri açısından generalize püstüler psöriasis'e çok benzer olmakla beraber, impetigo herpetiformisin deri çizgilerini tutması, herpes benzer püstüler görünüm ve nadiren eritrodermi gelişme eğilimi bu iki antiteyi birbirinden ayıran özelliklerdir. Olguların bir kısmında hipoparatiroidizm belirtileri (tetani, hipokalsemi, hiperfosfatemi) bulunur. Günümüzde, endokrin faktörlerin direkt etkisinden çok gebelik sırasında veya tiroidektomi / paratiroidektomi sonrasında gelişen hipoparatiroidizme bağlı olarak latent durumdaki püstüler psöriasisin belirgin hale geçiyor olması fikri daha çok kabul görmektedir.²

OLGU

EA, 24 yaşında kadın hasta, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji polikliniğine gövde ve ekstremitelerdeki yaygın püstüler lezyonları nedeniyle başvurdu. Hastanın şikayetleri birinci gebeliğinin üçüncü ayında, ilk olarak inguinal bölgelerden simetrik olarak başlamış, daha sonra gövde ve ekstremitelere yayılım göstermişti (Resim 1, 2).

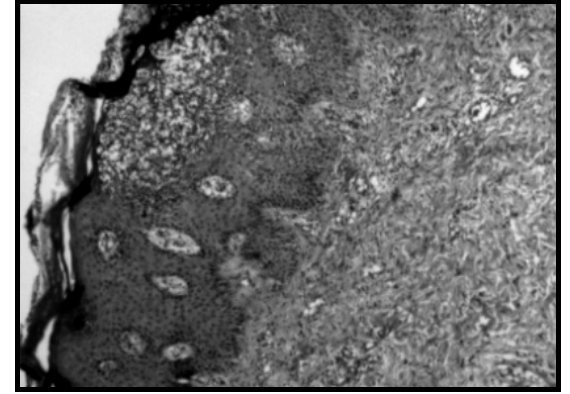
Püstüller yer yer gruplaşma eğilimi göstermekteydi. Püstüler lezyonlardan yapılan biyopsinin



Resim 1. Gövdedeki lezyonların görünümü.



Resim 2. Bacaklardaki lezyonların görünümü.



Resim 3. Epidermiste spongioform püstüller (H&E x20).

histopatolojik incelemesinde parakeratoz ve spongiotik multiloküler püstüller görüldü (Resim 3). Laboratuvar incelemesinde eritrosit sedimentasyon hızı: 68 mm/saat, beyaz küreler: 11.800 /mm³ dışında tam kan tetkiki normal olarak saptandı. Kan

İmpetigo herpetiformis: olgu sunumu

biyokimyasının incelenmesinde karaciğer, böbrek ve tiroid fonksiyon testleri normal, total protein: 7.6g/dl (N:6-8g/dl), albumin: 4.2g/dl (N:3.5-5 g/dl), Ca: 9.6 mg/dl (N:9-11 mg/dl), P: 5.6 mg/dl (N:4-6 mg/dl), ve parathormon: 56.5 pq/ml (N:12-72 pq/ml) olarak saptandı.

Püstüler lezyonlardan yapılan bakteriyolojik incelemede herhangi bir mikroorganizma saptanmadı. Hastaya klinik ve histopatolojik özelliklerine dayanarak impetigo herpetiformis tanısı konularak 80 mg/gün predizolon başlandı. Lezyonlarda iyileşme izlendikten sonra 10 mg/güne düşürülerek doğuma kadar tedaviye devam edildi. Doğumdan sonra şikayetleri tamamen iyileşti.

TARTIŞMA

Erüpsiyon genellikle üçüncü trimesterde ortaya çıkmakla beraber ilk ay içinde gelişmiş olgular da bildirilmiştir. Klinik olarak ilk fleksural alanlardan başlayan, simetrik, eritemli plaklar tarzındadır. Daha sonra, özellikle bu plakların periferinde birbirleriyle birleşme eğilimindeki püstüller belirir. Bu püstüller periferik genişleme göstererek çevreye yayılırken, merkezdeki eski püstüller açılarak krutlanırlar veya impetigo benzeri bir görünüm alırlar. Lezyonlar bu şekilde yayılarak halka şeklinde, düzensiz kenarlı bir görünüm oluştururlar. Ağız ve farenkste de lezyonlar gelişebilir. Bazı olgularda subungual püstüller gelişerek onikolizise neden olabilirler. Hastalarda genel durum da bozularak, halsizlik, iştahsızlık, baş ağrısı, ateş, titreme; bazen bulantı, kusma, diyare gibi belirtiler mevcut erupsiyona eşlik edebilirler. Hipokalsemiye bağlı deliryum ve tetani nöbetleri bazı olgularda görülebilir. Sedimentasyon çok hızlanmıştır. Nötrofil hakimiyeti gösteren bir lökositoz vardır. Hipokalsemi ve hiperfosfatemi hastalarda sık olarak saptanır^{1,2}. Olgumuzda kalsiyum ve fosfor seviyeleri normalken, hafif lökositoz ve sedimentasyon hızında artma tespit edildi.

Lezyonlar postpartum dönemde, postinflamatuar bir hiperpigmentasyon bırakarak iyileşirler. Ancak doğumdan sonra da uzun süreler devam eden olgular bildirilmiştir. Hastalık, sonraki

gebeliklerde de yinelenme eğilimindedir. Kısa sürede ölümlü sonuçlanan hızlı, akut seyirli olgular da mevcuttur. İmpetigo herpetiformis olgularında maternal mortalite riski ve plasental yetmezlik nedeniyle fetal mortalite ve morbidite riski de yüksek olarak belirtilmektedir.¹

İmpetigo herpetiformis olgularında, histopatolojik bulgu olarak taze bir lezyonda, epidermisteki spongiyoz odaklarında polimorf nüveli lökosit birikimi oldukça karakteristik olup bunlar, psöriasis özgü Kogoj'un spongioform püstülleri ile aynı kabul edilmektedirler. Olgun lezyonlarda bu spongioform püstüller oldukça büyürler ve subkorneal bir yerleşim gösterebilirler. Histopatolojik incelemede, parakeratoz ve papillalarda uzama da sıklıkla gözlenebilir.^{1,2}

Tedavide esas olarak sistemik steroid uygulaması gereklidir. 30-60 mg/gün dozlarında prednizolon ile tablo kontrol altına alınabilir. Akut erüpsiyon kontrol altına alındıktan sonra doz tedricen düşürülür. Doz hızlı düşürüldüğünde ani alevlenmeler olabileceği unutulmamalıdır. Hastalarda kan kalsiyum ve albumin düzeyleri araştırılmalı, eksikliğinde replasman tedavisi yapılmalıdır. Hipoparatriodi saptanması halinde diyetle fosfat alımı kesinlikle sınırlandırılmalıdır. Kalsiyum replasmanının yanı sıra paratiroid hormon yerini tutabilecek bazı metabolik etkileri bulunan kalsiferol veya dihidroktakisterol uygulaması önerilmektedir^{1,2}. Diğer tedavi seçenekleri olan metotreksat, asitretil, siklosporin ancak gebelik sonlandığında kullanılabilir. Bazı olgularda fotokemoterapi denenebileceği de bildirilmektedir.^{1, 2, 5}

Sonuç olarak, impetigo herpetiformisin ayrı bir antite mi, yoksa püstüler psöriasisin bir formu mu olduğu hala tartışılmaktaysa da günümüzde birçok yazar impetigo herpetiformisi generalize püstüler psöriasisin bir varyantı olarak kabul etmektedir. Tedavide steroidler temel yaklaşım olup, doğum sonrası püstüler psöriasis gibi tedavi edilebileceği önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Lawley TJ, Yancey KB. Skin changes and diseases in pregnancy. Ed. Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF. 4th edition. New York, McGraw Hill, 1993;2105-12.

Doğan ve ark

2. IŖçimen A. Gebelik ve deri. Dermatolojide. Ed. Tüzün Y, Kotođyan A, Aydemir EH, Baransü O. Nobel tıp Kitapevleri, İstanbul 1994:471-82.
3. Vicdan K, Gökay Z, Var T, DaniŖman N, Gökmen O. Twin sisters with impetigo herpetiformis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995;63(2):195-6.
4. Allı N, Lenk N. Twins with impetigo herpetiformis (letter). Int J Dermatol 1996;35(2):149-50.
5. Trevisan G, Kokelj F. Impetigo herpetiformis and RhE Isoimmunization: A case report. Cutis 1996;58:87-9.
6. Lotem M, Katzenelson, Rotem A, et al. Impetigo herpetiformis: A variant of pustular psoriasis or separate entity? J Am Acad Dermatol 1989;20:338-9.