

SEZARYAN SONRASI NADİR GELİŞEN BİR KOMPLİKASYON: PYODERMA GANGRENOZUM

A RARE COMPLICATION AFTER CESAREAN SECTION: PYODERMA GANGRENOSUM

Bilsev İnce, Mehmet Dadacı, Zeynep Altuntaş, Fatma Bilgen

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, KONYA

ÖZET

Giriş: Pyoderma gangrenozum nedeni bilinmeyen, nadir görülen inflamatuvar cilt hastalığıdır. Bir nötrofilik dermatoz olup, aseptik, nötrofilik infiltrasyon ile karakterize lezyonlar görülmektedir.

Lezyonlar eritematöz papül veya püstül olarak başlayıp, kenarları deriden kabarık, ağrılı, giderek genişleme eğilimi gösteren kutanöz ülserler ile sonlanır. Lezyonlar spontan olarak ortaya çıkabileceği gibi cerrahi sonrası ya da minör travma sonrası görülebilmektedir.

Olgu sunumu: Otuz yedi yaşında bayan hasta sezaryen sonrası vertikal olarak inguinal bölgeden umbilikusa, horizontal her iki lumbal bölge arasında uzanan üstü nekroze, çevresi hiperemik, granüle görümlü açık yara nedeniyle tarafımıza konsülte edildi. Alınan biyopsi incelemesinde nötrofilik infiltrasyon ve pyoderma gangrenozumla uyumlu bulgular tespit edildi. Metilprednisolon 100 mg/gün başlanarak gün aşırı nemli, yağlı pansuman yapıldı.

Bulgular: Hastada Tip 2 diabetes mellitus dışında pyoderma gangrenozum ile birliktelik gösteren patoloji tespit edilmedi. Pyoderma gangrenozum nedeni olarak cerrahiye bağlı travma olduğu düşünüldü. Açık yara 5 ayda epitelize oldu. Hastada ek problem görülmedi.

Sonuç: Postoperatif ülseratif defekt oluşan, standart yara bakım ve antibiyoterapiye rağmen düzelmeyen, alınan kültür sonuçları negatif olan hastalarda pyoderma gangrenozum akla gelmelidir. Erken tanı ve tedavi, sonrasında meydana gelecek olan skar dokusunun sınırlandırılması için çok önemlidir.

Anahtar sözcükler: Pyoderma gangrenozum, sezaryen, metilprednisolon

ABSTRACT

Introduction: Pyoderma gangrenosum is a rare inflammatory skin disease that unknown cause. It is a neutrophilic dermatosis, aseptik, lesions are characterized by neutrophilic infiltration.

Lesions begin as erythematous papules or pustules, edges raised, painful, tends to expand gradually ends with cutaneous ulcers. The lesions may occur spontaneously or after a minor trauma, such as can be seen after surgery.

Case report: A 37 year old female patient after cesarean section was consulted due to open wound extending vertically from the inguinal area to the umbilicus, horizontally over both sides of the lumbar area. The wound was covered with necrotic tissue and hyperemia was found on the surrounding tissues. The biopsy report was revealed with neutrophilic infiltration and other findings compatible with pyoderma gangrenosum. Methylprednisolone therapy (100 mg/day) and moist ointment was applied

Findings: No pathologies associated with pyoderma gangrenosum other than type 2 diabetes mellitus were detected. Surgical trauma was thought as the cause of pyoderma gangrenosum. The open wound was epithelialized in five months. No additional problem was seen in the patient.

Conclusion: If ulcerative defect occurs at the postoperative period and if it does not improve with standard wound care and antibiotherapy, and if the culture results are negative, Pyoderma gangrenosum should be considered. Early diagnosis and treatment is crucial for limiting scar tissue that will take place after.

Keywords: Pyoderma gangrenosum, cesarean section, methylprednisolone

GİRİŞ

Pyoderma gangrenozum (PG) nedeni bilinmeyen nadir görülen inflamatuvar cilt hastalığıdır.^{1,2} Bir nötrofilik dermatoz olup, aseptik, nötrofilik infiltrasyon ile karakterize lezyonlar görülmektedir.

Lezyonlar eritematöz papül veya püstül olarak başlayıp, kenarları deriden kabarık, ağrılı, giderek genişleme eğilimi gösteren kutanöz ülserler ile sonlanır.^{3,4}

Lezyonlar spontan olarak ortaya çıkabileceği gibi cerrahi sonrası ya da minör travma sonrası görülebilmektedir.⁵ Etiyolojisi tam olarak anlaşılamamış olmakla birlikte birçok hastada immun sistem anormallikleri tespit edilmiştir.^{6,7} Lezyonlar tipik olarak alt ekstremiteler ve gövde yerleşimli olup, %50 oranında inflamatuvar barsak hastalıkları (ülseratif kolit, Crohn hastalığı), romatoid artrit, IgA gammopatisi, kronik aktif hepatit, HIV enfeksiyonu, hematolojik ve lenforetiküler

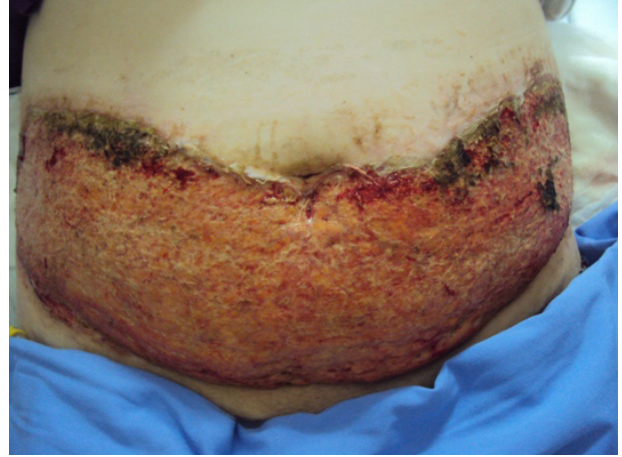
malig nitelerle birlikte bulunabilmektedir.^{7,8}

Bu olgunun sunum amacı, sezaryen insizyon alanında enfekte görünüşlü deri ülseri olan hastanın ayırıcı tanısında pyoderma gangrenozumun yerini vurgulamaktır.

OLGU SUNUMU

Otuz yedi yaşında, 12. gebeliğinde düzenli antenatal takipleri yapılan bayan hasta 28. gebelik haftasında ağrılarının başlaması üzerine acil olarak sezaryene alınmış. Prematüriteye bağlı komplikasyonlar nedeniyle postoperatif 15. günde bebek exitus olmuş. Kadın Doğum Hastalıkları kliniğinde postoperatif takipleri sırasında 1. haftada operasyon alanında yaygın hiperemi ile ekimoz oluşması ve enfeksiyon belirteçleri CRP:160, ESR:42 ve WBC:21000 olması üzerine enfeksiyon hastalıkları tarafından tazobaktam ve teikoplanin başlanılarak günlük nemli pansuman uygulanmış. Bu tedaviye karşın 2. haftada umbilikus inferiorundan inguinal bölgeye ve her iki lumbal bölgeye uzanan epidermis ve dermisi içeren, kenarları hiperemik halka ile çevrili açık yara oluşması üzerine hasta tarafımıza konsülte edildi. Hasta tarafımızdan değerlendirildiğinde vertikal olarak inguinal bölgeden umbilikusa, horizontal her iki lumbal bölge arasında uzanan üstü nekroze, çevresi hiperemik, granüle görünümülü açık yara tespit edildi (Şekil 1). Hastanın kliniğimize yatışı yapıldı. Hastanın takipleri sırasında kültüründe üreme olmaması ve verilen antibiyoterapiye ve nemli pansumanla takiplerine rağmen lezyonda hızla genişleme olması nedeniyle hastada pyoderma gangrenozum düşünerek biyopsi alındı. Patoloji sonucunda nötrofilik infiltrasyon ve pyoderma gangrenozum ile uyumlu bulgular tespit edildi. Hastaya steroid tedavisi başlanması planlandı ve Dermatoloji konsültasyonu istendi. Planladığımız tedaviye Dermatoloji kliniğince onay verilmesi üzerine tarafımızdan steroid başlandı. Bunun üzerine hastaya metilprednisolon 100 mg/gün başlanarak nemli, yağlı pansuman yapıldı. Bu pansumanlar gün aşırı travmatik olarak değiştirildi. 72 saat sonrasında hipereminin azaldığı görüldü. Kortikosteroid tedavisi başlanmasının 1.hafta sonunda CRP: 1,1, ESR: 21 ve Lökosit sayısı: 11.000 olarak saptandı ve yarının üst sınırından itibaren küçülmeye başladığı gözlemlendi. Haftalık kortikosteroid tedavisi ile enfeksiyon belirteçleri normal seviyeye düştü. Hastada bulunan pyoderma gangrenozuma bağlı açık yara 1. ay sonunda sezaryen insizyon hattı seviyesi 10 cm proksimaline kadar geriledi (Şekil 2). Yara iyileşmesinin 1. ay sonunda yavaşlamaya başlaması üzerine steroid tedavisinin yetersiz geldiği düşünülerek kademeli olarak kademeli olarak kesildi ve siklosporin 200mg/gün başlandı. Açık yara 5 ayda tamamen epitelize oldu (Şekil 3).

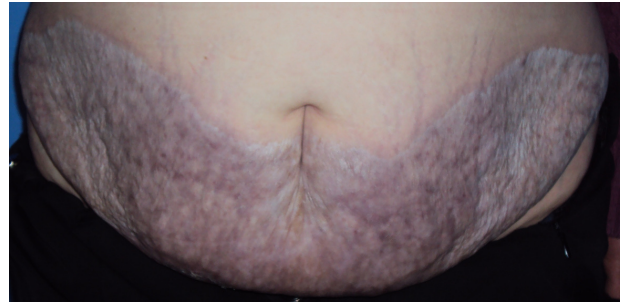
Hastanın detaylı anamnezi sorgulandığında tekrarlayan düşük ve ölü doğum hikayesi belirlendi. Fizik muayenede daha önce hastanede yatışları sırasında her iki kolda enjeksiyon yapılan alanlara ait yaygın skarlar tespit edildi (Şekil 4). Bu skarların enjeksiyona sekonder



Şekil 1. Hastanın başvuru anındaki görünümü. Vertikal olarak inguinal bölgeden umbilikusa, horizontal her iki lumbal bölge arasında uzanan üstü nekroze, çevresi hiperemik, granüle görünümülü açık yara.

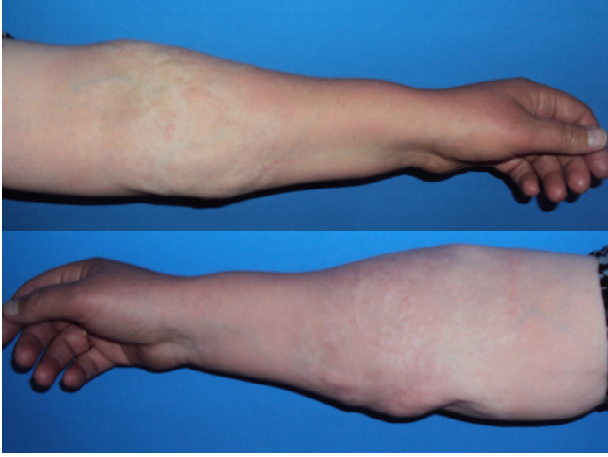


Şekil 2. Hastanın birinci aydaki görünümü. Pyoderma gangrenozuma bağlı açık yara 1. ay sonunda sezaryen insizyon hattı seviyesi 10 cm proksimaline kadar geriledi



Şekil 3. Hastanın beşinci aydaki görünümü.

açık yara halini aldığı ve steroidli pomat ile gerilediği öğrenildi. Antids DNA, ANA, VDRL, anti histon antikor, anti ribozomal protein, AntiJO1, AntiscI, Anti SSA, Anti SSB değerleri negatif bulundu. Hastanın tekrarlayan düşükler ve ölü doğum hikayesi olması nedeniyle Antifosfolipid sendromu araştırıldı ve antikardiyolipin antikorlar negatif olarak bulundu. Romatoloji tarafından değerlendirilen hastada romatolojik bir hastalık düşünülmedi. Hastanın rutin tetkikleri sırasında kan şekeri yüksekliği ve HbA_{1c} düzeyinin 6,2 tespit edilmesi üzerine oral glikoz tolerans testi yapıldı ve hastaya Tip



Şekil 4. Kolda enjeksiyona bağlı oluşan açık yara skarı

2 diabetes mellitus tanısı konuldu. İnsülin tedavisi başlanarak kan şekeri regülasyonu sağlandı. Crohn ve ülseratif kolit açısından incelenen hastada ülseratif kolit ve Crohn hastalığı düşünülmedi.

Hasta tetkikler sonucunda Tip 2 diabetes mellitus dışında pyoderma gangrenozum ile birliktelik gösteren patoloji tespit edilmedi. Hastamızda pyoderma gangrenozum nedeni olarak cerrahiye bağlı travma olduğu düşünüldü.

TARTIŞMA

Bu olgu, sezaryen sonrası görülen steroid tedavisine dirençli, siklosporinle tedavi edilebilen, tespit edemediğimiz ilk PG'dur. Steroid ve siklosporin tedavisine karşın açık yaranın kapanması 5 ay süre almıştır. Bununla birlikte karında bu kadar uzun süre açık olan bir yarada sekonder enfeksiyon gelişmemiştir.

PG nadir görülen ülseratif bir cilt hastalığıdır. Lezyonlar spontan olarak ortaya çıkabileceği gibi, cerrahi sonrası veya minör travmaya bağlı olarak da oluşabilir. Lezyonlar tek veya çok sayıda olabilir, ayrıca kronikleşebilir. Çevresinde eritemli halka bulunan foliküler püstül veya fluktuasyon veren nodül şeklinde başlayarak, ağrılı, hızlı büyüyen, sınırları keskin, deriden kabarık ve viyole renkli ülserlere dönüşür.⁵ Lezyonlar tipik olarak alt ekstremitelerde ve gövdede yerleşir. Çocuklarda ise kalçalar, perineal bölge ve baş-boyun bölgesinde sık yerleşir.⁷

Ülseratif (klasik form), püstüler, büllöz ve vejetatif olmak üzere başlıca dört klinik formu vardır. Püstüler PG, sıklıkla ince bağırsak hastalıkları ile birlikte görülürken, büllöz pyoderma gangrenozum hematolojik hastalıklarla birlikte görülmektedir.^{7,9} PG'un %40-50'inde herhangi bir etiyolojik sebep saptanmazken (idiyopatik PG), %50-60'ı altta yatan sistemik bir hastalık ile ilişkilidir.^{7,8} Olgumuzla birliktelik gösteren Diabetes mellitus haricinde herhangi bir sistemik hastalık saptamadık.

PG tanısını destekleyecek spesifik laboratuvar tetkiki bulunmamaktadır. Hastaların büyük kısmında nötrofilik lökositoz ve eritrosit sedimentasyon hızında artış görülmektedir.

Olgumuzda da bu değerlerin yüksek olduğu gözlemlendi. Histopatolojik incelemede spesifik bir bulgu olmasına rağmen, nötrofilik infiltrasyon tespit edilmektedir ve histopatoloji sıklıkla diğer cilt ülserasyonlarından ayırt etmek için kullanılmaktadır. Özellikle primer enfeksiyonlar (bakteriyel, fungal ve viral), vaskülit, malignite, vasküler tıkaçıcı veya venöz hastalıklar, ilaca bağlı veya eksojen doku hasarı ve diğer inflamatuvar hastalıklarla ilgili ülserlerin ayırıcı tanısında yardımcı olmaktadır.⁵ PG'un patofizyolojisi de tam olarak bilinmemektedir. Ancak gerçekleşen olayların immun sistemle ilgili olduğuna inanılmaktadır. Birlikte olduğu hastalıklar arasında sıklıkla artritler (seronegatif ve seropozitif), inflamatuvar barsak hastalıkları ve hematolojik hastalıklar (lösemi ve monoklonal gamapatiler) gelmektedir. Daha nadir olarak karaciğer hastalıkları, myelom, immünolojik hastalıklar ve HIV enfeksiyonu ile birlikte görülmektedir. Bu nedenle pyoderma gangrenozum görülen hastalarda mutlaka tarama testleri yapılmalıdır.⁸

PG hastalarında yanlış tanı konma oranı yüksektir. Weening ve ark.¹⁰ yaptığı 240 hastanın incelendiği çalışmada, yanlış tanı oranı %10 olarak belirlenmiştir. Nitekim olgumuzda tanının konulması için 3 haftalık bir süreç gerekmiştir. Eğer tedaviye yanıt alınmıyorsa, pyoderma gangrenozumdan şüphelenilerek biyopsi alınmalı ve tanıya ait değerler tekrar değerlendirilmelidir.

Pyoderma gangrenozum üzerine yapılan literatür taramasında hastalığın tedavisinin cerrahi değil medikal olduğunu belirtilmektedir.^{3,10}

Tedavide ilk seçenek yüksek doz kortikosteroid tedavisidir. Kortikosteroid tedavisi ile yarada gözlenen dramatik iyileşme pyoderma gangrenozum tanısını desteklemektedir. Kortikosteroid tedavisine dirençli veya şiddetli yan etki görülen olgularda alternatif tedavi seçenekleri arasında siklosporin A, mikofenolat mofetil, takrolimus, infliksimab ve plazmaferez bulunmaktadır.¹¹

İnflamatuvar barsak hastalığı olanlarda abdominal cerrahi sonrası peristomal kolostomi hattında pyoderma gangrenozum sık görülmektedir.⁵ PG'un meme küçültme ameliyatlarından sonra da görülebilir.¹² Sezaryen sonrası pyoderma gangrenozum nadir olarak gözlenmektedir.¹³ Bu nedenle tanı konulmada geç kalınabilmektedir. Stone ve ark.¹³ önceden sağlıklı, 36 yaşında, primigravite gebelikte, 29. haftada fetal distress nedeniyle acil sezaryen sonrası pyoderma gangrenozum gelişen bir olgu bildirmişlerdir. Yine Steadman ve ark.¹⁴ sezaryen sonrasında pyoderma gangrenozum gelişen olguyu tariflemişlerdir. Bu hastanın pyoderma gangrenozum geliştikten sonra yapılan immunglobulin

elektroforezinde, kortikosteroid tedavisi ile düzelen gama globulin düşüklüğü tespit edilmiştir.

Literatürde sezaryen sonrası görülen pyoderma gangrenosum vakalarında açık yaralar olgumuzdakine göre daha küçüktür. Açık yaranın yaklaşık 2 kat büyük olması tedavi sürecinin de uzamasına yol açmıştır.

SONUÇ

Ameliyat sonrası ülseratif yara gelişen, standart yara bakım ve antibiyoterapiye rağmen düzelmeyen, alınan kültür sonuçları negatif olan hastalarda pyoderma gangrenozum akla gelmelidir. Erken tanı ve tedavi sonrasında meydana gelecek olan skar dokusunun sınırlandırılması için çok önemlidir.

Dr. Bilsev İNCE

NE Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, KONYA
E-posta: bilsevince@yahoo.com

KAYNAKLAR

- Banga F, Schuitemaker N, Meijer P. Pyoderma gangrenosum after caesarean section: a case report. *Reproductive Health* 2006;39.
- Taşdelen N, Aydın F, Tanyel E, Çandır N, Sünbül M, Bektaş A, Tül-ek N, Leblebicioğlu H. Pyoderma Gangrenosum. *Klinik Dergisi*. 2009;19(2):824.
- Arıcan Ö, Önver N, Yalçın Ö. İnfliksımab ile Tedavi Edilen Steroid ve İmmünesüpresanlara Dirençli Bir İdiyopatik Pyoderma Gangrenozum Olgusu. *Dermatoz* 2010;1(4):17982.
- Aktürk AŞ, Kıran R, Bayramgürler D, Dizdar T, Turan G. Pyoderma Gangrenosum ve Nörolojik Tutulum. *Türk Dermatoloji Dergisi* 2009;3:402.
- Callen JP. Pyoderma gangrenosum. *Lancet* 1998;351(9102):5815.
- Brunsting LA, Goeckerman WH, O'Leary PA. Pyoderma gangrenosum: clinical and experimental observations in five cases occurring in adults. *Arch Dermatol Syphilol*. 1930; 22:65580.
- Ruocco PE, Sangiuliano S, Gravina AG, Miranda A, Nicoletti G. Pyoderma Gangrenosum: an updates review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009;23(9):100817.
- Öztürkcan S, Bilaç C. Pyoderma gangrenozum'da tedavi. *Dermatose* 2006;5(3):15162.
- Saigal R, Singh Y, Mittal M, Kansal A, Maharia HR. Pyoderma gangrenosum. *J Assoc Physicians India* 2010;58(6):37883.
- Weenig RH, Davis MD, Dahl PR, Daniel Su WP. Skin ulcers misdiagnosed as pyoderma gangrenosum. *N Engl J Med*. 2002;347(18):14128.
- Reichrath J, Bens G, Bonowitz A, Tilgen W. Treatment recommendations for pyoderma gangrenosum: an evidencebased review of the literature based on more than 350 patients. *J Am Acad Dermatol*. 2005;53(2):27338.
- Horner B, ElMutterdi N. Pyoderma gangrenosum complicating bilateral breast reduction. *Br J Plast Surg*. 2004;57(7):67981.
- Stone N, Harland C. Pyoderma gangrenosum complicating caesarian section. *Clin Exp Dermatol*. 1996;21(6):468.
- Steadman UA, Brennan TE. Pyoderma gangrenosum following delivery. *Obstet Gynecol*. 1998;91:8346.