

Atipik yerleşimli piyoderma gangrenozum olgusu*

Harun Düğeroğlu¹, Havva Erdem², Nurten Turhan Haktanır³, Sevda Önder⁴, Yasemin Kaya¹

¹Ordu Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ordu

²Ordu Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ordu

³Ordu Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ordu

⁴Ordu Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ordu

Öz

Piyodermagangrenozum(PG), nedeni tam olarak aydınlatılmamış, nötrofilikdermatozlar grubundan bir hastalıktır. Primer olarak anormal nötrofilkemotaksinininpatogeneizde sorumlu olduğu düşünülmektedir. Lezyonlar ağrılı, deriden kabarık, hassas ve ülsere nodüller şeklindedir. PG, birçok hastalıkla birlikte görülebilir. Ancak, PG idiyopatik olarak da görülebilir.Burada atipik yerleşimli olarak sol lateralgluteal bölgede ortaya çıkan büyük, ülsere, etrafı endüre ve eritemli olan, lezyonun yara kenarından alınan biyopside piyodermagangrenozum olarak değerlendirilen vakamızı sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Piyoderma gangrenozum, idiyopatik, nötrofilik dermatoz

Abstract

Piyoderma gangrenosum (PG) is a chronic inflammatory skin disease that is present in a group of rare, compromised, neutrophilic dermatoses. It is seen in adult ages, especially ages 25-50. From the lesions that start as painful nodules or pustules, ulcers develop on the edges, which tend to be puffy, tender, and gradually expanding. Lesions may be seen as idiopathic, single or multiple lesions with or without systemic diseases such as malignancy, ulcerative colitis, Crohn's disease, polyarthritis, monoclonal gammopathy. Here we present our case, which is a large, ulcerated, circumscribed, and erythematous lesion located at the left lateral gluteal region as atypically localized, biopsied piyoderma gangrenosum taken from the wound side of the lesion.

Key words: Piyoderma gangrenosum, idiopathic, neutrophilic dermatoses

Genel Tıp Derg 2018;28(3):127-130

Alınan: 03.01.2018 / 04.05.2018 / Yayınlanma: 20.09.2018

Yazışma adresi: Harun Düğeroğlu, Ordu Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ordu

E-posta: Harun.dugeroğlu@hotmail.com

Giriş

Piyodermagangrenozum (PG) nadir görülen, ağrılı ve hızlı gelişen nekrotik ülserlerle karakterize, destrüktif bir inflamatuvar hastalıktır (1). Özellikle 25-50 yaşlar arası olmak üzere erişkin yaşlarda görülür (2,3). Ağrılı nodül veya püstül şeklinde başlayan lezyonlardan, kenarları deriden kabarık, dokunmakla hassas, giderek genişleme eğilimi gösteren ülserler gelişir. PG'li hastaların yaklaşık %50'sinde altta yatan sistemik bir hastalık vardır. Bunlar inflamatuvar barsak hastalıkları, artrit, lösemi, hepatit, primer biliyer siroz, internal malignite ve monoklonalgammopatidir. Ancak bazen altta yatan bir hastalık olmaksızın idiyopatik olarak da tek veya çok sayıda lezyon olarak görülebilirler (4-6). Burada lokalizasyon olarak dekübit ülserine uymayan bölgede (sol lateralgluteal bölgede) ortaya çıkan su toplaması şeklinde başlayan, ülsere, etrafı endüre ve

eritemli olan lezyonun yara kenarından alınan biyopside piyodermagangrenozum olarak değerlendirilen 83 yaşındaki vakamızı sunuyoruz.

Olgu Sunumu

83 yaşında bayan hasta acil servisimize ishal, bulantı, kusma ve iştahsızlık nedeni ile getirildi. Hastanın genel durumu iyi, bilinç açık, oryante ve koopere idi. Ateş: 37,9 C, TA: 100/70 mmHg, Nbz: 96/dk, SS: 15/dk. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sol lateralgluteal bölgede 15x15cm boyutunda akıntılı, etrafı yaygın kızarıklık ve endüre, eritemli, ülsere bir lezyonu mevcuttu (**Resim 1**). Diğer sistemlerin fizik muayenesinde bir özellik yoktu. Özgeçmişinde hipertansiyon ve hipotiroidi vardı. Soygeçmişinde bir özellik yoktu. Sürekli kullandığı antihipertansif ve anti-tiroid ilaçları vardı. Bakılan kan tetkiklerinde: WBC:18.500

uL, Hgb:13,4 g/dl, Platelet:167.000 uL, BUN:57 mg/dl, Kreatinin:4,8 mg/dl, CRP:32,5 mg/dl, Potasyum:5,6 mmol/L, pH:7,24, Bikarbonat:18 mmol/L, serbest T4:1,5 ng/dl, TSH:0,453 uu/ml, Romatoid faktör(RF): <20, Hepatit markerları negatif, Tümör markerları normaldi (CA19-9: 10,1 u/ml, CA-125: 10,3 u/ml, CA-15-3: 7,8u/ml). Hasta, takip ve tedavi amacı ile akut gastroenterite bağlı akut böbrek yetmezliği ön tanısı ile İç Hastalıkları servisine yatırıldı. Hastaya hidrasyon ve antibiyotik başlandı. Hastanın biyokimyasal parametreleri 72 saat sonra düzelmeye başladı. CRP: 2,6 mg/dl, Kreatinin: 0,74 mg/dl, WBC: 9.000 ul. Hasta yaklaşık üç aydır kalçasının sol tarafında akıntılı bir yarasının olduğunu söyledi. Ancak, bu şikayetinden dolayı doktora gitmemiş. Herhangi bir tedavi almamış. Hasta önce dermatoloji kliniği ile konsulte edildi. Tanı amaçlı biyopsi önerildi. Paterji testi negatif. Plastik cerrahi kliniği ile konsulte edilen hastaya lezyon bölgesinden biyopsi alındı. Lezyon bölgesi Plastik Cerrahi kliniği tarafından debride edildi (**Resim 2**). Enfeksiyon hastalıkları kliniği ile konsulte edilen hastaya lokalkortikosteroidlipomad olarak diflukortolonValerat+Klorkinaldol 4x1 ve parantral antibiyotik olarak Daptomisin 1x500 mg ve Siprofloksasin 2x400 mg başlandı. Lezyon bölgesinden alınan biyopsi, Patoloji tarafından histopatolojik olarak incelendi. Alınan biyopsinin histopatolojik olarak saptanan bulguları: geniş ülser alanların yanısırskvamözsyringometaplazik değişiklikler, yoğun nötrofilikinfiltrasyonun eşlik ettiği ve subkutanyağdokuyuda içeren nekrotik alanlar ve PG ile uyumlu histopatolojik bulgular olarak raporlandı (**Resim 3**). Çekilen Abdominal, Toraks ve Beyin Bilgisayarlı Tomografilerinde internalmaligniteyi düşündürecek kitlesel bir lezyona rastlanılmadı, sol gluteal bölgede cilt altında yaygın ödem izlenmekte olup, belirgin abse ya da koleksiyon izlenmedi şeklinde rapor edildi. Hasta romatolojik hastalıklar yönünden Romatoloji kliniği ile konsulte edildi. Romatolojik bir hastalık düşünülmedi. Hastaya oral steroid tedavisi ve immünosüpresif tedavi verilmeden, mevcut uygulanan lokalkortikosteroidlipomad ve parantral antibiyotik tedavisi ile lezyon çevresindeki kızarıklık geriledi, yarada granülasyon dokusu oluştu, boyutunda küçülme oldu. Hasta önerilerle taburcu edildi.

Tartışma

PG, ağırlı ve hızlı gelişen, seyrek görülen, nekrotik ülserlerle karakterize, nötrofilikdermatozlar grubunda yer alan kronik, destrüktif bir inflamatuvar hastalıktır (1). PG, lezyonların tipine göre 4 klinik tipi ayrılır. Bunlar püstüler tip, vejetatif tip, ülseratif tip ve büllöz tiplerdir (7). Herbir tiplere için progresyon hızı, histolojik ve klinik durum, alakalı olduğu hastalıklar ve tedavi yöntemleri farklılık gösterebilmektedir(4). Ülseratif tip PG, düzensiz, nekrotik, mukopürülan ülserlerin eşlik ettiği bir lezyon olarak karşımıza çıkar (7). Bizim vakamızda lezyonların görünüşü ve histopatolojik tanım itibarı ile Ülseratif tip PG olarak tanı konuldu.

PG'li hastaların yaklaşık %50'sinde alakalı olduğu sistemik bir hastalık vardır. Özellikle, PG'li hastalar romatolojik hastalıklar (artrit gibi), lösemi, ülseratif kolit, crohn hastalığı, hepatit, primerbiliyer siroz, malignite ve monoklonalgammopati gibi hematolojik hastalıklar yönünden araştırılmalıdır. Ancak yapılan tüm etiyolojik araştırmalara rağmen bir sebep bulunamayabilir. Bu durumda idiyopatikPG'dan bahsedilir. PG, tek veya çok sayıda lezyonlarla karşımıza çıkabilir (4-6). Bizim hastamızda da etiyolojik nedeni bulmaya yönelik yapılan tüm tetkiklere rağmen bir neden bulamadık. Herhangi bir romatolojik hastalık, hematolojik hastalık, veya malignite bulunamadı. Vakamızı idiyopatikülseratif tip PG olarak tanımladık.

PG'daki lezyonlar tipik olarak %90 ihtimalle ekstremiteler ve gövde de ortaya çıkmaktadır. Atipik olarak baş, boyun ve az sıklıkla gluteal bölgede tanımlanmıştır (8). Bizim hastamızda da lezyonlar atipik olarak, sadece sol lateralg-luteal bölgede 15x15cm boyutlarında bir lezyon olarak mevcuttu. Diğer bölgelerde herhangi bir lezyon yoktu.

Cilt üzerindeki lezyonlara bakarak PG tanısını koymak genelde gözden kaçabilir. Cilt lezyonlarındaki ülserler, malign ülser, infektif ülser, dekübit ülser, kronik venöz veya arteryal ülser olarak tanımlanabilir (8). PG tanısında laboratuvar bulguları ve cilt histopatolojisi tanıda spesifik değildir. Tanısı, karakteristik olan cilt lezyonlarının varlığına dayanır. Son dönemde yapılan çalışmalarda, PG'un tanısında majör ve minör kriterler belirlenmiştir (8) (**Tablo 1**). Bu kriterlere göre 2 tane majör ve en az 2 minör kriter varlığında PG tanısı konulabilmektedir. Bizim hastamızda iki majör kriter olarak birinci kriter kenar-

ları menekşe renginde inflamatuvar lezyonların varlığı ve ikinci kriter venöz/arteriye ülserler, vaskülitler gibi ayırıcı tanıdaki hastalıkların olmaması ve iki minör kriter olarak birinci kriter alınan biyopsinin histopatolojik bulguları (dermistenötrofilden zengin infiltrasyonun varlığı) ve ikinci kriter konvansiyonel tedaviye kısmi yanıtın olması nedeni ile idiyopatik PG tanısı konuldu.

Hastamıza uygulanan konvansiyonel tedaviye kısmi yanıt olması nedeni ile tedaviye lokalkortikosteroidlipomad olarak DiflukortolonValerat+Klorkinaldol 4x1 ve paranteral antibiyotik olarak Daptomisin 1x300 mg ve Siprofloksasin 2x400 mg başlandı. Yara bölgesi debride edildi. Hastanın lezyonları uygulanan tedavi ile gerilemeye başladı. Klinik iyileşme tamamlanana kadar tedaviye devam edildi. Tedaviye yanıtın iyi olması nedeni ile oral steroid ilaç vermeye ve ek olarak immünosüpresif tedavi vermeye ihtiyaç kalmadı. Çünkü uzun dönemli oral steroid ve immünosüpresif tedavinin ciddi yan etkileri olduğu bilinmektedir (8).

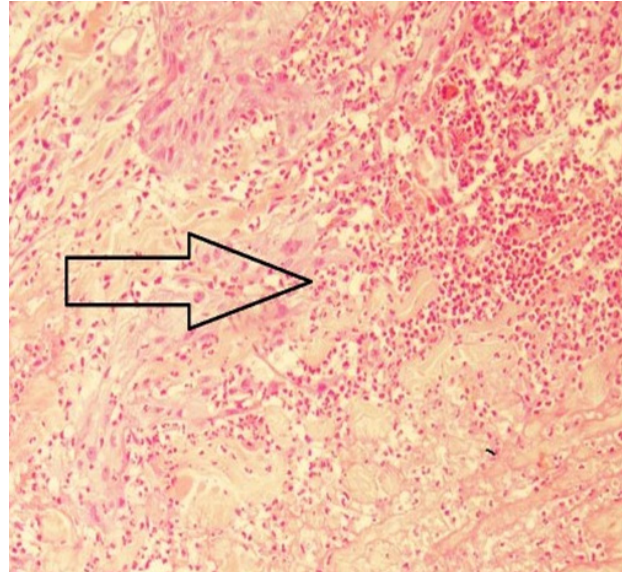
Sonuç olarak ciltte oluşan abse ve ülserle lezyonların ayırıcı tanısında PG'ü de düşünmemiz gerekmektedir. Ciddi şüphe durumunda eşlik eden sistemik bir hastalığın olup olmadığı araştırılmalıdır. Eşlik eden sistemik bir hastalığın olmaması durumunda idiyopatikPG'dan bahsedebiliriz.



Resim 1. Gluteal bölgede 15x15 cm çapında ve 1 cm derinliğinde viyolese renkte, ödemli ve deriden kabarık, etrafı fibüllü, zemini granüler tarzda ve kırmızı ülser.



Resim 2. Lezyonun debride edilmesi sonrasındaki görüntüsü.



Resim 3. Dermisde yoğun nötrofilik infiltrasyonun eşlik ettiği ve subkutan yağ dokuyuda içeren nekrotik alanlar (ok: nötrofilik infiltratın yoğun olduğu alan) (H&EX100).

Tablo 1. Piyoderma Gangrenozum Tanı Kriterleri.

<p>Majör kriterler</p> <p>1-Kenarları menekşe renginde inflamatuvar lezyon 2-Ayrırcı tanıdaki hastalıkların dışlanması (venöz ve arteriyel ülserler, vaskülitler)</p> <p>Minör kriterler</p> <p>1-Histolojik incelemede; dermistenötrofilden zengin infiltrasyonun gösterilmesi 2-İmmüoglobülin veya kompleman veya her ikisinin depolanması 3-İlişkili hastalık varlığı 4-Konvansiyonel tedaviye kısmi yanıt veya yanıtızlık 5-İmmünosüpresyon tedavisine yanıt</p>
--

Kaynaklar

1. Abdelrazeq AS, Lund JN, Leveson SH. Pouchitis-associated pyoderma gangrenosum following restorative proctocolectomy for ulcerative colitis. Eur J Gastroenterol Hepatol 2004; 16: 1057-8.
2. Callen JP. Pyoderma gangrenosum. Lancet 1998; 351: 581-5.
3. Powell FC, Schroeter AL, Su WP, Perry HO. Pyoderma gangrenosum: a review of 86 patients. Q J Med 1985; 55: 173-13.
4. Powell FC, Su WP, Perry HO. Pyoderma gangrenosum: classification and management. J Am Acad Dermatol 1996; 34: 395-14.
5. Mir-Madjlessi SH, Taylor JS, Farmer RG. Clinical course and evolution of erythema nodosum and pyoderma gangrenosum in chronic ulcerative colitis: a study of 42 patients. Am J Gastroenterol 1985; 80: 615-5.
6. Sampson JA, Harris OD, Van Deth AG. Pyoderma gangrenosum and chronic active hepatitis: a casereport. Australas J Dermatol 1982; 23: 93-5.
7. Ahmadi S, Powell FC. Pyoderma gangrenosum: uncommon presentations. Clin Dermatol 2005; 23: 612-8.
8. Abela CB, Soldin M, Gateley D. Pyoderma gangrenosum-Case report. Br J Oral Maxillo fac Surg (in press).