

# **Nekrotizan Fasiiti Taklit Eden Piyoderma Gangrenozum Olgusu**

## ***Mimic Necrotizing Fasciitis Sometimes The Phenomenon Of Gangrenosum***

**Dr.Nihal ALTUNIŞIK<sup>1</sup>,**  
**Dr. Serpil ŞENER<sup>1</sup>,**  
**Dr. Gülbahar SARAÇ<sup>1</sup>,**  
**Dr. Burcu Kayhan TETİK<sup>2</sup>,**  
**Dr. Gülden HAKVERDİ<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD, Malatya

<sup>2</sup>İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Malatya

<sup>3</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik AD, İzmir

**Yazışma Adresleri /Address for  
Correspondence:**

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD, Malatya/ TÜRKİYE

**Tel/phone:** +90 422 341 06 60

**E-mail:**burcu.tetik@inonu.edu.tr

### **Anahtar Kelimeler:**

Piyoderma, Gangrenozum,  
Nekrotizan, Fasiit

### **Keywords:**

Pyoderma, Gangrenosum,  
Necrotizing, Fasciit

### **Öz**

Piyoderma gangrenozum (PG), ilk kez 1930lu yıllarda ortaya çıkan, nadir görülen, kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Etyopatogenez tam olarak bilinmemektedir. Genellikle ağrılı eritematöz bir nodül olarak başlayan lezyonlar daha sonra inflame, irregüler sınırlı, nekrotik ve hemorajik tabanı olan ağrılı ülserlere dönüşür. Lezyonlar hızlı progresyona sahip olup, bazı hastalarda eşlik eden ateş, halsizlik, kas ağrısı ve eklem ağrıları görülmektedir. Burada klinik olarak nekrotizan fasiiti düşündüren bir piyoderma gangrenozum olgusu sunulacaktır.

### **Abstract**

Pyoderma gangrenosum (PG) is a rare chronic inflammatory disease which was firstly seen in the 1930s. Etiopathogenesis is not known exactly. The lesions, which usually start as a painful erythematous nodule, are then transformed into painful ulcers with inflammation, irregular confinement, necrotic and hemorrhagic base. Lesions have rapid progression and some patients have fever, fatigue, muscle pain and joint pain. Here we present a case of pyoderma gangrenosum suggesting clinically necrotizing fasciitis

### **Giriş**

Piyodermagangrenozum (PG), nadir görülen, etyopatogenezi belli olmayankronik inflamatuvar bir hastalıktır (1). Klinik olarak genellikle ağrılı eritematöz bir nodül olarak başlayan lezyonlar daha sonra inflame, irregüler sınırlı, nekrotik ve hemorajik tabanı olan ağrılı ülserlere dönüşür. Her yaşta görülebilen PG'da çoğunlukla lezyonlar bacak, kalça ve abdomende yerleşir ve soliterdir (2). Olguların çoğunda, inflamatuvar barsak hastalıkları, artritler ve hematolojik bozukluklar gibi sistemik hastalıklarla ilişki söz konusudur. Diğer inflamatuvar ya da ülseratif deri hastalıklarının dışlanması ile tanı konur. Nekrotizan fasiit ise yaşamı tehdit eden, deri, subkutan dokular ve fasyaların ilerleyici nekrozu ile karakterize yumuşak doku enfeksiyonudur (3).

Burada klinik olarak nekrotizan fasiiti düşündüren bir piyoderma gangrenozum olgusu sunulacaktır.

### **Olgu**

Yetmiş dokuz yaşında bayan hasta ayağında yara şikayetiyle Enfeksiyon Hastalıkları polikliniğine başvurdu. Laboratuvar tetkiklerinde WBC: 19,23 10<sup>3</sup>/ML CRP: 8,74 mg/dL Sedimantasyon: 47 olarak saptandı. Yumuşak doku enfeksiyonu düşünülerek sistemik antibiyotik tedavisi verilmesi amaçlı servise yatırıldı. Takip-

**Geliş Tarihi - Received**

26/01/2019

**Kabul Tarihi - Accepted**

27/02/2019

lerinde sağ ön kol ve gövdede yeni ülsere lezyonlar çıkması üzerine nekrotizan fasiit düşünülerek Plastik Cerrahi Anabilim Dalı ile konsülte edildi. (Resim 1) Plastik Cerrahi tarafından biyopsi ve debridman uygulandı. Takiplerinde çoklu antibiyotik tedavisine rağmen lezyonlarının gerilememesi, kültürlerde üreme saptanmaması ve kolda ki ülsere lezyonun derinleşmesi üzerine Dermatoloji Anabilim Dalı ile konsülte edildi. (Resim 2) Hastanın dermatolojik muayenesinde sağ ayak topukta ekimotik zeminde yaklaşık 5x6 cm'lik pürülan akıntılı ülsere plak, sağ ön kolda üzerinde insizyonel biyopsi nedeniyle süturların izlendiği yaklaşık 10x8 cm'lik ülsere plak ve karın sağ alt kadranda etrafı viyolase renkte ortası büllöz hemorajik ülsere plak izlendi. Hastada piyodermagangrenozum ön tanısı düşünülerek Dermatoloji servisine devralınıp sistemik steroid 1mg/kg, siklosporin 3x100mg ve lokal yara bakımı tedavisi başlandı. Deriden yapılan biyopsi sonucunda bulgular pyodermagangrenozum ile uyumlu bulundu. Etiyolojide altta yatan hastalıkları saptamaya yönelik yapılan taramada patoloji saptanmadı. Takiplerinde hastanın lezyonlarında tedavi ile gerileme izlendi.

### Tartışma

PG tanısı, spesifik laboratuvar ve histopatolojik bulgular olmadığından çoğunlukla klinik olarak konulmaktadır, bu nedenle kutanözülserasyon yapan diğer nedenler-



**Resim 1.** Olgunun ilk geliş diz lezyonu ve takipte yeni çıkan gövde lezyonu



**Resim 2.** Dermatoloji Kliniğine devredilirken lezyonların ülsere hali

le karışabilmektedir. Weening ve ark. Yaptıkları çalışmada PG tanısı konulan hastaların yaklaşık %10'unun yanlış tanı aldıkları ve tanıda en çok karışan hastalıklar, vaskülerokluzif veya venöz hastalıklar, vaskülitler, malign hastalıklar, enfeksiyonlar ve eksojendoku yaralanmaları olduğunu bildirmişlerdir (4). Bazı PG vakaları ise geç tanı almaktadır. Olgumuzda da PG vakamız literatüre benzer şekilde nekrotizanfasiit ile karıştırılmış ve tanı alması biraz gecikmiştir. Özellikle yumuşak doku enfeksiyonları klinik olarak PG benzeri tablolarla karşımıza çıkabilmektedir. Literatürde el dorsalinde ülsere pürülan akıntılı yara şikayeti ile başvuran bir olguda öncelikle enfeksiyöz nedenler düşünülerek tedavi verilmiş fakat sonrasında diğer ülser ile seyreden hastalıkların dışlanması, histopatolojik ve laboratuvar bulguları eşliğinde büllöz PG tanısı konulmuştur (5).

### Sonuç

Pyodermagangrenozum ve nekrotizanfasiit tedavi olarak birbirinden oldukça farklı olan, ancak görüntü itibarıyla birinci basamakta karıştırılabilme ihtimali olan hastalıklardandır. Erken tanı ve uygun müdahale ile lezyonun sınırlandırılması, bireyin yaşam kalitesine etkileyeceğinden olgumuzu paylaşarak dikkatinizi çekmek istedik.

### Kaynaklar

1. Wolff K, Stingl G. Pyodermagangrenozum. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, eds. Dermatology in general medicine. 6th ed. New York: McGraw-Hill Company; 2003. p.969-76.
2. Matis WL, Ellis CN, Griffiths CEM, Lazarus GS. Treatment of pyodermagangrenozum with cyclosporin. Arch Dermatol 1992;128(6):1060-4.
3. Paks MŞ, Kalaycı AG, Okur EG, Öztürk F. Nekrotizan Fasiit: Nadir Bir Olgu O.M.Ü. Tıp Dergisi 2006;23(3):101-5.
4. Weening RH, Davis MD, Dahl PR, Su WP. Skin ulcers misdiagnosed as pyodermagangrenozum. N Engl J Med 2002; 347: 1412-8.
5. Demirel BG, Koca R, Tekin NS, Çelebi G. El Dorsalinde Lokalize Atipik Büllöz Piyodermagangrenozum. Dermatol 2016;1:1-3