

İmpetigo Herpetiformis: Olgu Sunumu

Miğraci TOSUN*, Erdal MALATYALIOĞLU**, Arif KÖKÇÜ**,
Mehmet Bilge ÇETİNKAYA***, Tayfun ALPER**

- ✓ İmpetigo herpetiformis çoğunlukla gebelikte ortaya çıkan nadir ve ciddi püstüler dermatozlardan biridir. Erken tanı, maternal ve fetal morbidite ve mortalitenin azaltılması açısından önemlidir. Bu makalede ilk gebeliğinde impetigo herpetiformis gelişen 23 yaşındaki hastaya yaklaşımı tartışmaya çalıştık.

Anahtar kelimeler: *İmpetigo herpetiformis, gebelik, tedavi*

- ✓ **İmpetigo Herpetiformis: Case Report**

İmpetigo herpetiformis is one of the rare and serious pustular dermatosis that mostly occurs in pregnancy. Early recognition is important to reduce both of maternal and fetal morbidity and mortality. In this article we discussed the management of a pregnant case of 23-year-old at her first pregnancy and presenting with impetigo herpetiformis.

Key words: *İmpetigo herpetiformis, pregnancy, treatment*

GİRİŞ

İmpetigo herpetiformis (İH) özellikle gebeliğin son trimesterinde ortaya çıkan, püstüler erüpsiyonlarla seyreden, etyolojisi bilinmeyen bir hastalıktır. Bazı yazarlar İH'i püstüler psöriazisin bir komponenti olarak kabul ederlerken bazıları ayrı bir antite olarak görürler. Olguların çoğunda ailesel veya kişisel psöriazis öyküsü yoktur. Gebeliğe özgü olduğu düşünülen İH puerperiumda da⁽¹⁾ tanımlanmıştır.

OLGU

23 yaşında ilk gebeliği olan hasta, 33. gebelik haftasında özellikle tüm sırtını ve karın bölgesini içine alan, ağrılı ve kaşıntılı lezyon şikayetiyle Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne

başvurdu. Vital bulgularından ateşi 37.1 °C, tansiyon arteriyali 110/80 mmHg ve nabızı 71 olarak tespit edildi. Başvurudaki ultrasonografik incelemesinde biyometrik ölçümleri 32 hafta 5 gün ve son adet tarihi ile uyumlu olup amnion sıvısı normal sınırlardaydı. İlk değerlendirme ve daha sonraki ağrı takiplerinde kontraksiyon tespit edilmedi. Öyküsünden lezyonların ilk olarak başvurudan 10 gün önce ortaya çıktığı öğrenildi. Ailede psöriazis öyküsü mevcut değildi. Dermatolojik incelemede tüm sırt ve kasıklar dahil karın bölgesini kaplayan, periferde püstüller, merkezde deskuamasyon içeren yama şeklinde lezyonların varlığı gözlemlendi (Resim 1). Lezyonlardan yapılan biyopsinin histolojik incelemesinde akantotik, spongiotik ve parakeratotik epidermis mevcut

* Yrd.Doç.Dr., ** Prof.Dr., *** Doç.Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, SAMSUN

olup multiloküler intraepidermal spongioform püstüller ve dermiste etrafları lenfositlerle infiltre genişlemiş damarlar mevcuttu (Resim 2). Laboratuvar incelemesinde eritrosit sedimentasyon hızı 45 mm/saat, Hb 11 g/dl, beyaz küre 14 000/mm³, serum kalsiyumu 9.1 mg/dl (8.1-10.7), serum fosforu 4.1 mg/dl (2.3-4.7) olarak tespit edildi. Karaciğer, böbrek, tiroid fonksiyon testleri, tam idrar incelemesi ve idrar kültürü normaldi. Püstüller lezyonlardan yapılan bakteriyolojik incelemede herhangi bir mikroorganizma saptanmadı. Klinik ve histopatolojik özelliklerine göre İH tanısı konulan hastaya 50 mg/gün dozunda prednizolon başlandı. Tedavinin 6. gününde cilt lezyonlarında belirgin düzelme yoktu. Hastaya steroid tedavisine alternatif olarak siklosporin tedavisi planlanırken etyolojik faktörü tespit



Resim 1. Karın ön yüzündeki lezyonların görünümü.



Resim 2. Akantotik, spongiotik ve parakeratotik epidermis ve multiloküler intraepidermal spongioform püstüller.

edilemeyen spontan amnion sıvısı gelişi gözlemlendi. Hasta amnion sıvısı gelişinden on iki saat sonra başlayan doğum eylemi sonucu 1800 gram ağırlığında 47 cm boyunda 1. ve 5. dakika apgar skorları 6 ve 8 olan bir erkek bebek doğurdu. Steroid dozu giderek azaltılan hastanın lezyonları doğumu takip eden yirminci günde tamamen ortadan kayboldu.

TARTIŞMA

İlk olarak 1872 yılında tanımlanan İH olgularından literatürde yayınlanan olgu sayısı 1999'a kadar yalnızca 350'dir⁽²⁾. Bu yıldan sonra literatürde 17 olgu daha bildirilmiştir. İH sıklıkla 3. trimesterde ortaya çıkmaktadır. Ancak ilk trimester⁽³⁾ ve puerperal dönemde ortaya çıkan⁽¹⁾ İH olguları da bildirilmiştir. Bizim olgumuzda da lezyonlar son trimesterde ortaya çıktı. Genellikle fleksural bölgelerden başlayan püstüller lezyonlar, vücudun diğer bölgelerine yayılırlar. Bizim hastamızın ilk lezyonlarının başlangıç yeri de benzer şekilde bilateral kasık bölgesiydi. Eritemli plakların periferinde birbirleriyle birleşme eğiliminde olan püstüller vardır. Püstüller hemen daima sterildir. Zamanla merkezdeki püstüller açılır, kurutlanır ve impetigo benzeri bir görünüm ortaya çıkar⁽⁴⁾.

İH terarlayan gebeliklerle beraber daha erken gebelik haftalarında ve daha şiddetli olarak karşımıza çıkabilir⁽⁵⁾. Bir sonraki gebelikte tekrarlamaya oranıyla ilgili literatür bilgisi yoktur. İkiz kız kardeşlerde hastalığın gösterilmesi genetik rolün olabileceğini düşündürmektedir⁽⁶⁾. Bazı yazarlar tiroidektomi uygulanması sırasında paratiroidektominin de yapılmasının, gelişen hipokalsemi nedeniyle İH gelişimine etkisi olabileceğini düşünmektedirler⁽⁷⁾. Bizim olgumuzda etyolojisi kesin olmayan bu hastalığa ait predispozan bir faktöre rastlanmadı.

Biyopsi materyalinde nötrofillerle dolu subkorneal püstüller İH için karakteristik bulgudur. Bunlar psöriazise özgü Kogoj'un spongioform püstülleri ile aynı kabul edilmektedir. Histopatolojik incelemede, parakeratoz ve papillalarda uzama da sıklıkla görülür⁽⁶⁾.

İH'e bağlı maternal yüksek ateş, üşüme titreme, bulantı, kusma, diyare, hipokalsemiye bağlı tetani, delirium ve epileptik nöbetler görülebilir^(8,9). Püstüller başlangıçta steril olmasına rağmen rüptüre olduktan sonra enfekte olabilirler ve tablo sepsise kadar ilerleyebilir. Annede laboratuvar bulgusu olarak sedimantasyon hızında artma, lökositoz ve hipalbuminemi, serum kalsiyum ve fosfor değerlerinde düşüklük görülebilir⁽⁹⁾. Olgumuzda müracaattan itibaren sedimantasyon yüksekliği dışında yukarıdaki bulgulardan hiçbiri görülmedi.

İH'in komplike ettiği gebelik, ölü doğum ve plasental yetmezlikle sonuçlanabilir. Bebeklerin düşük doğum ağırlıklı olması plasental yetmezliği desteklemektedir⁽¹⁰⁾. Erken membran rüptürü ve preterm doğum fetal morbidite ve mortaliteyi arttırabilir. Fetal mortalite ve morbidite annenin geçirdiği enfeksiyonun şiddeti ile de ilişkilidir. Oumeish ve arkadaşları arka arkaya oluşan dokuz gebeliğin hepsinde İH oluşan ve bu gebeliklerden üçünün hidrosefali, ikisinin nedeni açıklanamayan perinatal ölümle sonuçlandığı bir kadın tanımlamışlardır⁽¹¹⁾. Olgumuz da preterm prematür membran rüptürü ile komplike oldu.

Sıvı ve elektrolit desteğinin yanısıra sistemik veya bölgesel steroid başlanması İH'de başlangıç tedavisini oluşturur. Sekonder enfeksiyonlar için antibiyotik kullanılabilir. Steroid tedavisine yeterli yanıt vermeyenlerde oral psoralen ve ultraviyole A (PUVA)⁽¹⁾, sistemik retinoid ve siklosporin tedaviye eklenebilir⁽¹²⁾. Steroid olarak prednizolona ilave siklosporin tedavisi daha güvenli bir seçenek olup PUVA ve sistemik retinoidlerin gebelikte kullanım güvenliği tam olarak gösterilememiştir⁽⁹⁾. Olgumuzda steroid tedavisine cevap vermemesi nedeniyle siklosporin tedavisi düşünüldü. Ancak doğum eyleminin başlaması ve doğumdan sonra lezyonların gerileme göstermesi siklosporin tedavisine başlamamıza engel oldu. Doğum sonrası lezyonları gerilemeyen hastalarda methotrexate başlanması alternatif tedavi olabilir⁽⁹⁾. Olgumuz steroidlere çok iyi yanıt ver-

mediği halde gebeliğin doğumla sonuçlanması semptomların gerilemesinde esas faktör olmuştur. İH olgularında sıvı elektrolit dengesi sağlanmalı, özellikle hipokalsemi düzeltilmelidir. İmpetigo herpetiformise bağlı maternal riskler steroid tedavisiyle önemli ölçüde azaltılmışken fetal riskler önemini korumaktadır. Uygulanan tedavilere yanıt alınamayan, hastanın cilt lezyonlarının ve ağrılarının kötüleştiği durumlarda gebeliğin sonlandırılması düşünülebilir⁽¹³⁾.

Lezyonlar genellikle doğumu takip eden birkaç hafta içerisinde postenflamatuvar bir hiperpigmentasyon bırakarak iyileşirler. Doğumdan sonra lezyonları uzun süre devam eden olgular bildirilmiştir. 26 yaşında İH gelişen ve doğumu takip eden 7 yıl boyunca her menstruel siklusta lezyonların alevlenmeler gösterdiği bir olgu yayınlanmıştır⁽¹⁴⁾. Olgumuzda doğumdan 20 gün sonra tüm lezyonlarında tam iyileşme gerçekleşti.

SONUÇ

İH nadir ortaya çıkmasına rağmen, erken tanı konulması ile maternal ve fetal morbidite ve mortalitenin azaltılabileceği önemli bir gebelik dermatozudur.

Geliş Tarihi : 23.01.2006

Yayına kabul tarihi : 18.04.2006

Yazışma adresi :

Dr. Miğraci TOSUN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

55139 Kurupelit / SAMSUN

Tel.-Fax : 0362 312 19 19 / 2245

e-posta: mirtosun@omu.edu.tr

KAYNAKLAR

1. Katsamba A, Stovropoulos PG, Katsiboulas V, et al. İmpetigo herpetiformis during puerperium. *Dermatology* 1999; 198: 400.
2. Erdem T, Karakuzu A, Parlak M, et al. Non gestational impetigo herpetiformis. *Tr J of Medical Sciences* 1999; 29: 597-599.
3. D. Sassaville, R. Wilkinson, J. Schnader. Dermatitis of pregnancy. *Int J Dermatol* 1981; 20: 223.

4. Doğan G, Hazneci E, Karıncaoğlu Y, et al. İmpetigo herpetiformis: olgu sunumu. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 1999; 6: 162-165.
5. M. Lotem, V. Katzenelson, A. Rotem, et al. Impetigo herpetiformis: a variant of pustular psoriasis or a separate entity? J Am Acad Dermatol 1989; 20: 338.
6. Vicdan K, Gökay Z, Var T, et al. Twin sisters with impetigo herpetiformis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995; 63: 195-196.
7. Moynihan GD, Ruppe JP. Impetigo herpetiformis and hypoparathyroidism. Arch Dermatol 1985; 121: 1330-1331.
8. George Kroumpouzou, Lisa M. Cohen. Dermatoses of pregnancy. J Am Acad Dermatol 2001; 45: 1-19.
9. KS Lim, MBY Tang. Impetigo herpetiformis - a rare dermatosis of pregnancy associated with prenatal complications. Ann Acad Med Singapore 2005; 34: 565-568.
10. Henson TH, Tuli M, Bushore D, et al. Recurrent pustular rash in a pregnant woman. Arch Dermatol 2000; 136: 1055-1060.
11. Oumeish OY, Farraj SE, Bataineh AS. Some aspects of impetigo herpetiformis. Arch Dermatol 1982; 118: 103.
12. Chang SE, Kim HH, Choi JH, et al. Impetigo herpetiformis followed by generalized pustular psoriasis: more evidence of same disease entity. Int J Dermatol 2003; 42: 754-755.
13. Arslanpence I, Dede FS, Gokcu Mehmet et al. Impetigo herpetiformis unresponsive to therapy in a pregnant adolescent. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology 2003; 16: 129-132.
14. Chaidemenos G, Lefaki I, Tsakiri A, et al. Impetigo herpetiformis: menstrual exacerbations for 7 years postpartum. J Eur Acad Dermatol Venereol 2005; 19: 466-469.