

# Pyoderma Gangrenosum

Nuriye Taşdelen-Fışgın<sup>1</sup>, Fatma Aydın<sup>2</sup>, Esra Tanyel<sup>1</sup>, Nihat Çandır<sup>1</sup>, Mustafa Sünbül<sup>1</sup>, Ahmet Bektaş<sup>3</sup>, Necla Tülek<sup>1</sup>, Hakan Leblebicioğlu<sup>1</sup>

**Özet:** *Pyoderma gangrenosum nadir görülen, inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Bu yazıda ülseratif kolit ve pyoderma gangrenosum'u olan 55 yaşında kadın hasta sunulmuştur.*

**Anahtar Sözcükler:** *Pyoderma gangrenosum, infeksiyon.*

**Summary:** *Pyoderma gangrenosum. Pyoderma gangrenosum is a rare, inflammatory skin disorder, which is often associated with systemic diseases. We report a 55-year-old female who had ulcerative colitis and pyoderma gangrenosum.*

**Key Words:** *Pyoderma gangrenosum, infection.*

## Giriş

Pyoderma gangrenosum (PG) nadir görülen hasarlayıcı, inflamatuvar bir deri hastalığıdır (1). Özellikle 25-54 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 ülser gelişir. Lezyonlar, ülseratif kolit, Crohn hastalığı, poliartirit, monoklonal gammopati gibi sistemik hastalıklarla birlikte veya altta yatan bir hastalık olmaksızın tek veya çok sayıda olabilirler. Ülseratif koliti olan hastaların %0.5-5'inde meydana gelebilir (4). PG genellikle altta yatan inflamatuvar barsak hastalığının aktivitesiyle ilişkilidir (4). Bu olgu, apse ve infekte görünümlü deri ülserleriyle gelen hastada PG'nin, ayırıcı tanıdaki yerini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

## Olgu

55 yaşında kadın hasta, ateş, vücutta yaygın apse, pürülan akıntılı ülserler ve nekrotik yaralarla İnfeksiyon Hastalıkları Polikliniğine başvurdu. Öyküsünden şikayetlerinin 15 gün önce saçlı deride kızarıklık ve ağrılı apseler şeklinde başladığı, daha sonra sağ el üstü, sol el orta parmak, sırt ve gluteal bölgeye de yayıldığı, apselerin kendiliğinden açılarak akıntılı ve nekroze bir hal aldığı öğrenildi. Hasta başka bir hastanede 4 gün yatırılarak ampisilin/sulbaktam ve sefazolin tedavisi almıştı. İki yıldır ülseratif kolit tanısı nedeniyle düzensiz salazoprin tedavisi alan hastanın, son bir aydır günde 3-4 kez olan kanlı, mukuslu dışkılaması mevcuttu.

Ateş 38.2°C, nabız 102/dakika, TA 100/70 mmHg, solunum sayısı 22/dakika olarak tespit edildi.

Fizik muayenesinde pozitif bulgu olarak; saçlı deride, sol temporal bölgede 1 ile 3 cm çaplarında, flüktüasyon veren pürü-

rülan akıntılı 3-4 adet apsesi vardı. Bilateral skapula bölgesinde 1x2 cm çapında (Resim 1), gluteal bölgede 5x5 cm çapında ve 1 cm derinliğinde (Resim 2), sağ el üstünde 4x4 cm çapında ve sol el orta parmağında 1x1 cm çapında, çevresi viyolese renkte, ödemli ve deriden kabarık, zemini granüler tarzda ve kırmızı olan ağrılı nekrotik ülserleri (Resim 3) mevcuttu.

Kalp apeksinde dinlemekle 2/6 şiddetinde sistolik üfürüm vardı. Karaciğer midklaviküler hatta 3 cm palpe ediliyordu.

Laboratuvar tetkiklerinde; Hb 8.8 gr/dl, beyaz küre 22 000/mm<sup>3</sup>, trombosit 516 000/mm<sup>3</sup>, CRP 75 mg/dl, eritrosit sedimentasyon hızı 74 mm/saat olarak saptandı.

Tüm lezyonlardan Gram boyaması ve kültür yapıldı. Gram boyalı preparatlarda bol lökosit görülmesine rağmen mikroorganizma görülmedi. Apseler kültürlerinde ve kan kültüründe üreme tespit edilmedi. Kalpte üfürümü olması nedeniyle hastaya ekokardiyografi yapıldı ve vejetasyon tespit edilmedi. Gluteal bölgeden yapılan ultrasonografik incelemede o bölgede apse tespit edildi.

Dermatoloji ve gastroenteroloji klinikleri tarafından da değerlendirilen hastada klinik olarak ülseratif kolit alevlenmesi

**Tablo 1. Pyoderma Gangrenosum Tanı Kriterleri (1)**

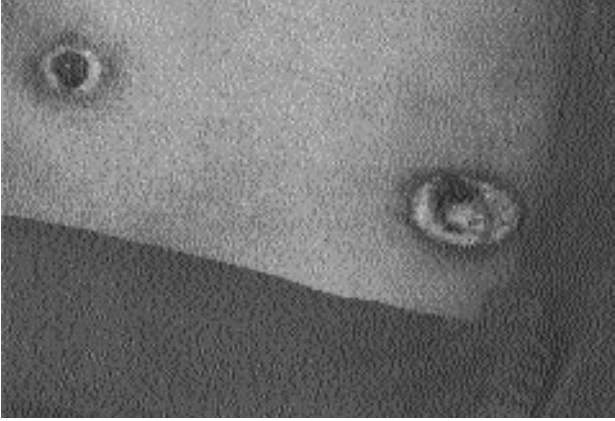
### Majör Kriterler

Kenarları menekşe renginde inflamatuvar lezyon  
Ayırıcı tanıdaki hastalıkların dışlanması (venöz ve arteriyel ülserler, vaskülitler)

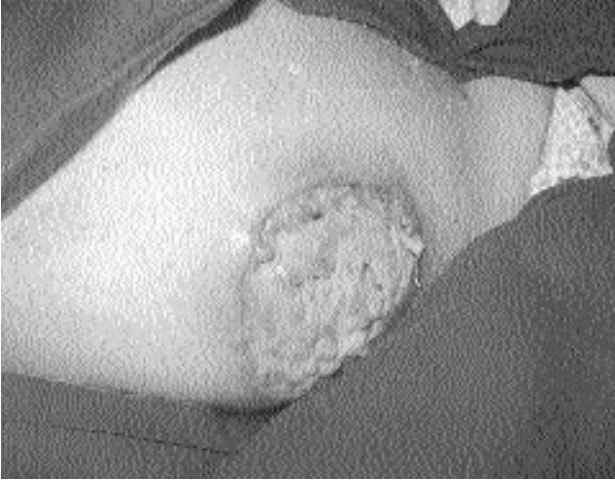
### Minör Kriterler

Histolojik incelemede; dermiste nötrofilden zengin infiltrasyonun gösterilmesi  
İmmüoglobülin veya kompleman veya her ikisinin depolanması  
İlişkili hastalık varlığı  
Konvansiyonel tedaviye kısmi yanıt veya yanıtızsızlık  
İmmüosüpresyon tedavisine yanıt

- (1) Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Samsun
- (2) Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Samsun
- (3) Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Samsun



**Resim 1.** Bilateral skapula bölgesinde 1x2 cm çapında çevresi viyolese renkte, ödemli ve deriden kabarık, zemini granüler tarzda ve kırmızı olan ağırlı nekrotik ülserler.



**Resim 2.** Gluteal bölgede 5x5 cm çapında ve 1 cm derinliğinde viyolese renkte, ödemli ve deriden kabarık, zemini granüler tarzda ve kırmızı ülser.



**Resim 3.** Sağ el üstünde 4x4 cm çapında ve sol el orta parmağında 1x1 cm çapında, çevresi viyolese renkte, ödemli ve deriden kabarık, zemini granüler tarzda ve kırmızı olan ağırlı nekrotik ülserler.

ve PG tanısı konuldu. Sırt bölgesinden alınan lezyondan yapılan patolojik inceleme; kronik aktif iltihabi olay ve iltihabi granülasyon dokusu olarak yorumlandı. Ayrıca rektosigmoidoskopik incelemede mukozada vasküler patern bozulmuştu; hiperemi, yer yer yüzeysel ülser ve fragilité saptandı. Görünüm aktif ülseratif kolitle uyumluydu.

Hastaya hastanede yatma öyküsü ve yaygın apseleri olması nedeniyle piperasilin/tazobaktam ve vankomisin tedavisi başlandı. Uygulanan antibiyotik tedavisine rağmen ateşte düşme ve lezyonlarda gerileme olmadı.

Hastaya altta yatan hastalığı ve PG nedeniyle, salazoprin tedavisine 40 mg/gün dozunda metilprednizolon tedavisi eklendi. Lezyonlara hidrokoloid pansumanlar uygulandı. Tedavinin 3. gününde ateşi düşen hastanın lezyonlarında da gerileme saptandı.

### İrdeleme

PG nadir görülen, ağırlı ve hızlı gelişen nekrotik ülserlerle karakterize, destrüktif bir inflamatuvar hastalıktır (5). PG'nin ülseratif, püstüler, büllöz ve vejetatif olmak üzere 4 klinik tipi vardır (6). Her bir sınıflama için klinik ve histolojik durum, progresyon hızı, ilişkili hastalıklar ve tedavi seçenekleri farklılık göstermektedir (7). Ülseratif PG düzensiz, nekrotik ve mukopürülan ülser şeklinde görülür ve inflamatuvar barsak hastalıkları ile ilişkisi vardır (6). Hastamızdaki lezyonlar görüntüsü ve ülseratif kolitle ilişkisi nedeniyle ülseratif tipteki PG olarak yorumlandı.

PG'li hastaların yaklaşık %50'sinde altta yatan sistemik bir hastalık vardır (7). Bunlar inflamatuvar barsak hastalıkları, artrit, lösemi, hepatit, primer biliyer siroz, internal malignite ve monoklonal gammopatidir (7-9). PG, ülseratif kolit ile birlikte olduğu zaman, deri lezyonları genellikle kolitin başlangıcından birkaç ay ile birkaç yıl sonra ortaya çıkar. Deri lezyonlarının barsak belirtilerinden önce görülmesi çok nadirdir. Deri lezyonu saptandığı zaman, genel olarak sistemik bozukluk da buna paraleldir. Ülseratif kolitin ekstraintestinal komplikasyonu olarak meydana gelen PG, özellikle kolonik hastalığın aktivasyonu sırasında ortaya çıkabilmektedir (5). Hastamızda da günde 3-4 kez kanlı, mukuslu dışkılama ve rektosigmoidoskopide yaygın ülserlerin görülmesi nedeniyle bu tablo ülseratif kolitin alevlenmesi olarak değerlendirildi.

PG tipik olarak %95 olasılıkla gövde ve ekstremitelerde ortaya çıkmaktadır (1). Atipik bölgeler olarak baş ve boyun daha az sıklıkla tanımlanmıştır (1). Hastamızda sırt ve ekstremitelerde gibi tipik tutulumlar yanında, baş ve gluteal bölge gibi atipik bölgelerde bulunmaktaydı.

PG tanısı sıklıkla gözden kaçırılır ve lezyonlar kronik ve nöz, arteriyel, malign ve infektif ülser şeklinde tanımlanabilir (1). PG tanısında deri histopatolojisi ve laboratuvar bulguları spesifik değildir. Tanısı, karakteristik deri lezyonlarının varlığına dayanır. Son yıllardaki çalışmalarda majör ve minör tanı kriterleri tanımlanmıştır (1) (Tablo 1). Buna göre 2 majör ve en az 2 minör kritere uyan hastalara PG tanısı konabilmektedir. Hastamızda ilk olarak yaygın apse ve pürülan ülserleri nedeniyle bir infeksiyon olduğu düşünülmüş; ancak ülseratif kolit tanısının olması ve yapılan dermatoloji ve gastroenteroloji konsültasyonları sonucunda PG düşünülerek gerekli tetkikler planlanmıştır. Klinik bulgular, histolojik veriler ve tedavi yanıtı değerlendirildiğinde 2 majör ve 3 minör bulgu saptanarak

PG tanısı kesinleştirilmiştir.

Ülseratif koliti olan hastalarda gelişen PG tedavisinde sistemik kortikosteroidler tek başına verilebileceği gibi salazoprin ve immünosüpresif diğer ajanlarla kombine edilebilmektedir (4). Bazı hastalarda 100-200 mg/gün şeklinde yüksek doz steroid tedavisi gerekebilir (11). Hastada salazoprin tedavisi altındayken PG ortaya çıkması nedeniyle kombinasyon tedavisi planlanmış ve sistemik 40 mg/gün steroid tedavisi başlanmıştır. Hastada klinik iyileşme sağlanana kadar tedaviye devam edilmesi planlanmıştır. Tedavi yanıtının iyi olması nedeniyle steroid dozunda artırmaya gidilmemiştir. Çünkü uzun süreli immünosüpresif tedavinin önemli yan etkilere neden olduğu bilinmektedir (1).

Sonuç olarak PG spesifik patojen mikroorganizmaların ortaya çıkardığı apse ve ülser lezyonların ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken bir durumdur ve şüphe edildiğinde sistemik bir bozukluğun bulunup bulunmadığı da dikkate alınmalıdır.

#### Kaynaklar

1. Abela CB, Soldin M, Gateley D. Pyoderma gangrenosum-Case report. *Br J Oral Maxillofac Surg* [In Press]
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; 55:173-86
4. Futami H, Kodaira M, Furuta T, Hanai H, Kaneko E. Pyoderma gangrenosum complicating ulcerative colitis: successful treatment with methylprednisolone pulse therapy and cyclosporine. *J Gastroenterol* 1998; 33: 408-11
5. Abdelrazeq AS, Lund JN, Leveson SH. Pouchitis-associated pyoderma gangrenosum following restorative proctocolectomy for ulcerative colitis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004; 16: 1057-8
6. Ahmadi S, Powell FC. Pyoderma gangrenosum: uncommon presentations. *Clin Dermatol* 2005; 23: 612-20
7. Powell FC, Su WP, Perry HO. Pyoderma gangrenosum: classification and management. *J Am Acad Dermatol* 1996 ; 34: 395-409
8. 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: 615-20
9. Sampson JA, Harris OD, Van Deth AG. Pyoderma gangrenosum and chronic active hepatitis: a case report. *Australas J Dermatol* 1982; 23: 93-6
10. Maturi MF, Fine JD, Schaffer EH, Minuk GY, Hoofnagle JH. Pyoderma gangrenosum associated with primary biliary cirrhosis. *Arch Intern Med* 1983; 143: 1261-3
11. Galun E, Flugelman MY, Rachmilewitz D. Pyoderma gangrenosum complicating ulcerative colitis: successful treatment with methylprednisolone pulse therapy and dapsone. *Am J Gastroenterol* 1986; 81: 988-9