

# Cerrahi Debridman Sonrası İlerleme Gösteren Atipik Yerleşimli Piyoderma Gangrenosum: Olgu Sunumu

Oğuzhan Karatepe<sup>1</sup>, Merih Altıok<sup>2</sup>, Muharrem Battal<sup>3</sup>, Bülent Çitgez<sup>3</sup>, Adem Akçakaya<sup>1</sup>

## ÖZET:

Cerrahi debridman sonrası ilerleme gösteren atipik yerleşimli piyoderma gangrenosum: Olgu sunumu

Piyoderma gangrenosum nadir görülen idiyopatik kronik deri değişiklikleri ile karakterize hızla ilerleyen ve sistemik hastalıklarla birlikte görülebilen bir hastalıktır. Piyoderma gangrenosum 3/106 sıklıkta görülür, 20-50'li yaşlar arasında ve kadınlarda daha sık karşımıza çıkar. Etiyolojisi tam olarak aydınlatılmamıştır. Son yıllarda yapılan araştırmalarda bir immün sistem hastalığı olduğu kesinleştirilmiştir. Bu vaka dolayısıyla cerrahi kliniklerinde nadir olarak görülen ve tanısı konulamadığı zaman cerrahi müdahale ile progrese olan 34 yaşında piyoderma gangrenosum olgusunu sunmaktayız.

**Anahtar kelimeler:** Piyoderma gangrenosum, ülseratif kolit, cerrahi debridman

## ABSTRACT:

Atypically located pyoderma gangrenosum worsen surgical debridement: case report

Piyoderma gangrenosum (PG) is a rare, inflammatory skin disorder, which is often associated with systemic diseases. It is seen with the frequent ratio of 3/106 between the ages of 20 and 50, especially in women. Its etiology is obscure. In recent surveys, it has proven to be a disease of the immune system. We hereby present a case of a 34-year-old patient with PG rarely seen in surgical clinics and when misdiagnosed, causing progress with surgical debridement.

**Key words:** Piyoderma gangrenosum, colitis ulcerosa, surgical debridement

Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2014;48(3):254-6



<sup>1</sup>Bezm-i Alem Üniversitesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul-Türkiye

<sup>2</sup>Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul-Türkiye

<sup>3</sup>Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:  
Oğuzhan Karatepe,  
Bezm-i Alem Üniversitesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul-Türkiye

Telefon / Phone: +90-533-540-8070

E-posta / E-mail:  
drkaratepe@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt:  
22 Ocak 2014 / January 22, 2014

Kabul tarihi / Date of acceptance:  
05 Haziran 2014 / June 05, 2014

## GİRİŞ

Piyoderma gangrenosum cerrahi kliniklerinde nadir olarak karşılaşılan klinik durumdur. Dermatoloji kliniklerinde tanısı konulan bu hastalığın tedavisi altta yatan sistemik hastalığa yönelik medikal tedavi ile ilişkilidir. Lezyonlar; ülseratif kolit, crohn hastalığı, poliartrit ve monoklonalgamapati gibi sistemik hastalıklarla birlikte veya sistemik hastalık olmaksızın tek veya çok sayıda görülebilir (1,2). Bu hastalıkta ayırıcı tanı yapmak özellik arz eder. Ayırıcı tanıda bakteriyel deri enfeksiyonları, nekrotizan fasiit, deri mikozları, vaskülitler, parazitik enfeksiyonlar ve anti-fosfolipid sendromu akılda tutulmalıdır (2,3). Biz kliniğimizde atipik yerleşimli Piyoderma gangrenosum tanısı koyduğumuz beraberinde ülseratif kolit hasta-

lığı bulunan ve başka bir merkezde nekrotizan fasiit tanısı ile tekrarlayan debridmanlar yapılan hastayı sunmaktayız. Bu vaka dolayısı ile piyoderma gangrenosumun cerrahi kliniklerindeki tanı ve tedavisini irdeleme amacındayız.

## OLGU SUNUMU

Otuzdört yaşında erkek hasta ateş, boyunda 20x10 cm boyutunda pürülan akıntı, nekroz, vasküller ve sinirsel yapıları ortaya çıkaran yara bulguları ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünde şikayetlerinin 6 gün önce sol klavikula üzerinde 2x4 cm boyutunda ağrı, kızarıklık ve şişlik şeklinde başladığı, mevcut şikayetleri ile başvurduğu dış merkezde abse tanısı konulup cerrahi drenaj uygulandığı belirlendi. Son-



**Resim 1:** Olgunun kliniğimize başvuru anındaki görüntüsü



**Resim 2:** Tedavi sonrası görüntü

rasında abse ve nekrozun ilerlemesi ile debridmanların tekrarlandığı öğrenildi. Hastaya debridmanlarla birlikte imipenem ve metronidazol başlandığı saptandı. Ülseratif kolit nedeni ile düzensiz salozoprin kullanan hasta son 15 gündür günde 4-5 kez kanlı mukuslu dışkılama tariflemekteydi. Ateş 38°C, tansiyon arterial 110/80, nabız 90/dakika, solunum sayısı 20/dakika, fizik muayene bulgusu olarak sol meme başı üst hizasından başlayıp lateralde ön aksiller çizgiye kadar uzanan, medialde sternuma kadar uzanan üst kısmı mandibula alt hizasında ve medialde trakeanın sağına geçen pürülan akıntılı, dışarıdan bakıldığında vasküler ve sinirsel yapıların görüldüğü nekrotik yarası vardı (Resim 1).

Laboratuar tetkiklerinde hemogloblin 9.0 gr/dl, lökosit 40.000/mm<sup>3</sup>, trombosit 200.000/mm<sup>3</sup>, CRP 140mg/dl, sedimantasyon hızı 120 mm/saat olarak saptandı. Yara yeri ve kan kültürlerinde üreme olmadı. Gram boyamalarda mikroorganizma görülmedi. Gastroenteroloji ve enfeksiyon hastalıkları uzmanları tarafından değerlendirilen hastaya ülseratif kolit akut alevlenmesine bağlı Piyoderma gangrenosum tanısı konuldu. Boyun bölgesinden alınan biyopsilerin patolojik incelenmesinde piyesler iltihabi granülasyon dokusu ve kronik iltihabi durum olarak değerlendirildi. Hastaya imipenem 4x500mg, metronidazol 2x500mg, antifungal olarak flukanazol 1x200mg ve salozoprin tedavisine ek olarak, ateşi düşmemesi nedeniyle 60mg/gün metilprednisolon eklendi. Lezyonlara günlük ıslak pansuman uygulandı. Herhangi bir debridman veya cerrahi girişimde bulunulmadı. Tedavinin 4. gününde ateşi düşen ve kliniği düzelen

hastanın takibine günlük seri pansumanlar ve steroid tedavisi ile devam edildi. Tedavi sonrası 15.günde yaralardaki iltihabi görünümün azaldığı görüldü (Resim 2). Hastanın klinik durumundaki düzelmeye sonrası plastik cerrahi kliniğine transfer edildi.

## TARTIŞMA

Abse cerrahi servislerinde oldukça sık karşılaşılan klinik durumdur. Çoğu zaman ayırıcı tanıya gidilmeden basit cerrahi drenajlar ve debridmanlar ile tedavi edilmektedir. Bu olgudaki gibi altta yatan sistemik hastalığı bulunan ve kliniğe atipik yerleşimli abse ile başvuran hastalarda tedaviyi basit bir abse drenajı olarak görmek drene etmemekten daha kötü sonuçlar doğurabilmektedir (4). Ayırıcı tanıda Piyoderma gangrenosum gibi nadir görülen ve hızla ilerleyen nekrotik ülserlerle karakterize destrüktif inflamatuvar hastalık düşünmek çoğu zaman hastalığın seyrini değiştirebilmektedir. Piyoderma gangrenosumun ülseratif, püstüler, büllöz ve vejetatif olmak üzere 4 klinik tipi vardır (5). Lezyonlar genellikle gövde ve ekstremitelerde ortaya çıkmaktadır. Atipik yerleşim olarak baş ve boyun daha nadir tanımlanmıştır. Yapılan bir çalışmada lezyonların oluşmasında %25-50 oranında minör travma ve cerrahi sorumlu tutulmuştur (6). Hastamızda ilk lezyonun boyun bölgesinde olması ve abse şeklinde başlaması tanı konulmasını güçleştirmiştir. Özellikle piyoderma gangrenosum tedavi ve takibinin cerrahi kliniklerinde değil de gastroenteroloji ve dermatoloji kliniklerinde yapıyor olması, ayırıcı tanıda düşünülmesini güçleştiren diğer

etkendir. Tanı konulamayan hastalarda agresif debridman kliniği daha da ağırlaştırmakta ve lezyonların progresif olarak artmasına neden olmaktadır (7).

Piyoderma gangrenosum tanısı tüm hastalıklarda olduğu gibi klinik şüphe ile başlar. Tanıda en önemli uyaran sistemik hastalığa eşlik eden ülser nekrotik ciltte yara veya yaraların bulunmasıdır. Histopatolojik değerlendirme tanıya yardımcıdır ancak patognomik özelliği yoktur (8). Aseptik deri nekrozu, hemoraji ve nötrofilik infiltrasyon mikroskopik bulguları oluşturur. Son yıllarda yapılan çalışmalar ile major ve minör kriterler tanımlanmıştır. Buna göre, 2 major ve 2 minör kriteri olan hastalara piyoderma gangrenosum tanısı konulmaktadır. Tanısı kesinleştirilen hastalara tedavide klasik debridman yerine standart yara bakımı, dirençli olgularda yüksek doz steroid (metilprednizolon 0.5-1mg/kg/gün) veya siklosporin

(5mg/kg/gün) buna ek olarak eşlik eden sistemik hastalığa yönelik medikasyonu içermektedir (2,9-11). İntralezyonal steroid uygulaması günümüzde uygulanan diğer bir alternatif tedavi seçeneğidir (2,12,13). TNF-alfa inhibitörleri (infliksimab 5mg/kg) dirençli olgularda tedaviye ek olarak son yıllarda önerilen diğer bir ajandır (14).

Sonuç olarak genel cerrahi alanlarından birisi olan yara bakımı her gün karşılaştığımız önemli bir sorundur. Atipik yerleşimli ve etiyojisi belli olmayan iltihabi lezyonlarda mutlaka sistemik hastalıkların varlığı sorgulanmalı ve piyoderma gangrenosum ayırıcı tanıları arasında düşünülmelidir. Sistemik hastalıklara eşlik eden komplike ve atipik yerleşimli lezyonlarda Piyoderma gangrenosumu akla getirmek sonrasında oluşabilecek mortalite ve morbiditeleri azaltmada önem arz etmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Van den Driessch P. Pyoderma gangrenosum: a report of 44 cases with follow-up. *Br J Dermatol* 199; 137: 1000-5.
2. 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* 200; 53: 273-83.
3. Hachem R, Raad I. Prevention and management of long-term catheter related infections in cancer patients. *Cancer Invest* 2002; 20: 1105-13.
4. Ronnau AC, Schmiedeberg SV, Bielfeld P, Ruzicka T, Schuppe H-C. Pyoderma gangrenosum after caesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 502-4.
5. Brooklyn T, Dunnill G, Probert C. Diagnosis and treatment of pyoderma gangrenosum. *BMJ* 2006; 333: 181-4.
6. Bennett ML, Jackson JM, Jorizzo JL, Fleischer AB Jr, White WL, Callen J. Pyoderma gangrenosum. A comparison of typical and atypical forms with an emphasis on time to remission. case review of 86 patients from 2 institutions. *Medicine (Baltimore)* 200; 79: 37-46.
7. Horner B, El-Muttardi N, Mercer D. Pyoderma gangrenosum complicating bilateral breast reduction. *Br J Plast Surg* 2004; 57: 679-81.
8. Abela CB, Soldin M, Gateley D. Pyoderma gangrenosum-Case report. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2007; 45: 328-30.
9. Ferda A, Nuran A, Nurdan L, Güliz K, Emel G. Cyclosporin Therapy in pyoderma gangrenosum in a patient with Behçet's Disease. *T Klin J Dermatol* 1998; 8: 34-6.
10. Nussenblatt RB, Palestine AG, Chan C, Mochizuki M, Yancey K. Effectiveness of cyclosporin therapy for Behçet's disease. *Arthritis and Rheum* 1985; 28: 671-9.
11. Fradin MS, Ellis CN, Voorhees JJ. Management of patients and side effects during cyclosporin therapy for cutaneous disorders. *J Am Acad Dermatol* 1990; 23: 1265-75.
12. Ehling A, Karrer S, Klebl F, Schaffler A, Muller-Ladner U. Therapeutic management of pyoderma gangrenosum. *Arthritis Rheum* 2004; 50: 3076-84.
13. Patel GK, Rhodes JR, Evans B, Holt PJ. Successful treatment of pyoderma gangrenosum with topical 0.5% nicotine cream. *J Dermatolog Treat* 2004; 15: 122-5.
14. Botros N, Pickover L, Das K. Image of the month. Pyoderma gangrenosum caused by ulcerative colitis. *Gastroenterology* 2000; 118: 654, 809.