

# Enterokutan Fistül Açılımını Takiben Gelişen Peristomal Piyoderma Gangrenozum

## A Case of Peristomal Pyoderma Gangrenosum Following Enterocutaneous Fistula

Mustafa Turhan Şahin, Serap Öztürkcan,  
Aylin Türel Ermertcan, Yamaç Erhan\*, Peyker Türkdoğan\*\*

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji, \*Genel Cerrahi ve \*\*Patoloji Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

### Özet

Piyoderma gangrenozum (PG), en çok inflamatuvar barsak hastalığıyla olmak üzere, sıklıkla altta yatan sistemik hastalıklarla ilişkili olan nadir bir ülseratif deri hastalığıdır. Minör travma ve cerrahiden sonra da gelişebilmektedir. Abdominal cerrahiden sonra gelişebilen bu durumu anlatan çoğu makalede ostomi açılmasını takiben izlendiği bildirilmektedir. Peristomal piyoderma gangrenozum (PPG), inflamatuvar barsak hastalığı olan hastalarda neredeyse hiç izlenmeyen ve sıklıkla yanlış tanı konulan, daha nadir bir PG varyantıdır. Bu makalede, geçirmiş olduğu enterokutan fistül operasyon yerinde tedaviye dirençli bir PPG gelişen, 62 yaşında bir bayan hasta sunmaktayız. PPG'nin nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonunu taklit edebilmesi nedeniyle, hasta, sonunda herhangi bir düzelme olmayan, çok sayıda gereksiz cerrahi girişime maruz kalabilmektedir. Bu nadir durumun daha da alevlenmesine yol açan bir cerrahi girişimden sakınmak için, ayırt edici klinik özellikler ve bunu destekleyen histolojik tabloya dayanan bir doğru tanıya gereksinim vardır. (*Türkderm 2006; 40: 111-3*)

**Anahtar Kelimeler:** Peristomal piyoderma gangrenozum, enterokutan fistül, cerrahi girişim

### Summary

Pyoderma gangrenosum (PG) is an uncommon ulcerative skin disorder that is often associated with underlying systemic diseases, the most common of which is inflammatory bowel disease. It can rarely develop after minor trauma or surgery. Most reports of this condition developing after abdominal surgery have been reported following ostomy formation. Peristomal pyoderma gangrenosum (PPG), an unusual variant of PG, has been reported almost exclusively in patients with inflammatory bowel disease and is frequently misdiagnosed. We describe a 62-year-old woman with refractory PG, which has developed at surgical site of enterocutaneous fistula operation. As PG can mimic a necrotizing soft tissue infection, multiple unnecessary surgical procedures can be performed on such a patient, without improvement. A right diagnosis, based upon the distinctive clinical features and a compatible histology, is essential to avoid surgical procedure that often tends to exacerbate this unusual process. (*Türkderm 2006; 40: 111-3*)

**Key Words:** Peristomal pyoderma gangrenosum, enterocutaneous fistula, surgical procedure

Piyoderma gangrenozum (PG) nadir görülen, kronik seyirli, etyolojisi bilinmeyen bir nekrotik deri ülseri tipidir. PG, sıklıkla ülseratif kolit, sistemik, hematolojik ya da romatolojik hastalıklarla ilişkilidir. Mavimsi menekşevi sınırları izlenen ülserasyon ile karakterize bu hastalık travmaları takiben, cerrahi sonrası ya da spontan olarak da ortaya çıkabilmektedir<sup>1</sup>. Abdominal stomalar etrafındaki deri alanlarını etkileyen peristomal piyoderma gangrenozumlar (PPG) stoma cerrahisini takiben ortaya çıkarlar. Patogenez defektif bir immün yanıtı dayandırılmaktadır<sup>2</sup>. Lezyonlar nekrotizan enfeksiyonu taklit ederler, ne-

var ki cerrahi debridman ya da antibiyotik sağaltımına yanıt vermezler. Hatta cerrahi debridmanın postoperatif alevlenmeleri tetiklediği bildirilmektedir<sup>3</sup>. Bu yazıda dermatoloji kliniklerinde çok nadir görülen bir PPG olgusu sunularak, gereksiz cerrahi girişimden sakınmanın, doğru tanının ve tedavinin önemi vurgulanmaktadır.

### Olgu

Altmışiki yaşındaki kadın hasta enterokutan fistül açılımını takiben fistül ağzında gelişen iyileşmeyen bir ül-

**Yazışma Adresi:** Yrd.Doç.Dr. Mustafa Turhan Şahin, Mansuroğlu mah., 273/1 Sok. Cemre Apt. A-Blok, No 36/3-3 35030 Bornova, İzmir, Türkiye  
Gsm: 0532 477 82 42 Fax: 0236 237 02 13, E-mail: mustafaturhan@superonline.com **Alındığı tarih:** 29.12.2003 **Kabul tarihi:** 07.04.2004

**Not: Bu olgu 30 Eylül - 4 Ekim 2001 tarihleri arasında Ankara'da düzenlenen XV. Prof. Dr. A. Lütfü Tat Sempozyumu'nda poster olarak sunulmuştur.**



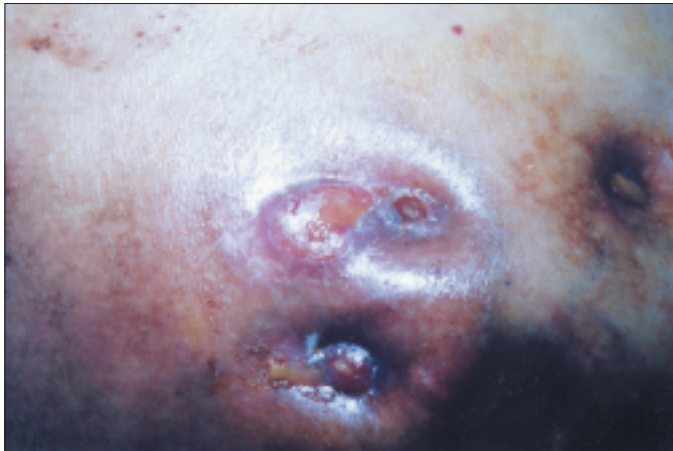
ser yakınması nedeniyle, yatmakta olduğu Genel cerrahi kliniğinde konsülte edilmiştir. Hastanın öyküsünden, 20 yıl önce appendektomi operasyonu geçirdiği ve 1 yıl önce aynı alanda insizyonel herni geliştiği öğrenilmiştir. 3 ay önce laparoskopik gore-tex greftli intraperitoneal herni onarımı uygulanan hastada operasyon sonrası 7. günde ince barsakta iyatrojenik kaçak düşünülerek, eksploratris laparotomi, ince barsak rezeksiyonu ve ileoileal uc uca anastomoz uygulanmıştır. Bu operasyondan sonra da kaçağın devam etmesi üzerine yapılan batin BT'de enterokutan fistül tanısı konulmuştur. İkinci kez laparotomi uygulanan hastada fistül debisi zaman içinde ve somatostatin kullanımının da etkisiyle giderek azalmasına rağmen, fistül ağzındaki ülserin gerilemediği öğrenilmiştir. Yapılan dermatolojik muayenede, umbikal bölgede çevresi eritemli ve yer yer masere çok sayıda fistül ağzları tespit edilmiştir. Bunlardan birisinin kenarında daha eleve ve etrafının morumsu renkte halka ile çevrelenmiş bir lezyon izlenmiştir (Şekil 1). Zemini nemli ve granüler bir manzara gösteren lezyonun kenarından alınan biyopsinin histopatolojik tetkikinde, non-spesifik yangısal granülasyon dokusu görülmüş ve PG'nin ileri dönemleriyle uyumlu olabileceği bildirilmiştir (Şekil 2). Lezyondan alınan sürüntünün mikolojik ve bakteriyolojik kültüründe herhangi bir patojen ürememiştir. Ayrıca, hemogramda Hb: 9.2 sonucu dışında, tam idrar, biyokimya, kanama ve serolojik tetkikleri normal sınırlarda bulunmuştur. Akciğer grafisinde, aterosklerotik kalp hastalığı ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı lehine bulgular tespit edilmiştir. Hasta bu bulgular ve klinik görünümüyle PG olarak değerlendirilmiş ve sistemik kortikoterapi başlanması önerilmiştir.

## Tartışma

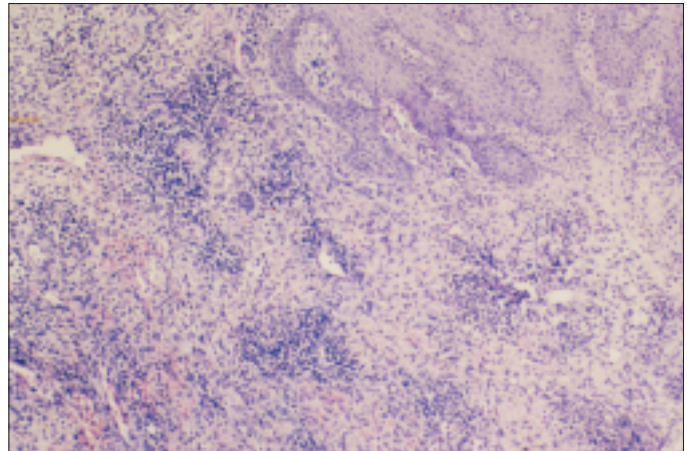
Piyoderma geometrikum, ektima gangrenozum, dermatitis ülseroza gibi sinonimlerle de anılan PG, seyrek görülen, kronik likefaksiyon yapan bir deri gangrenidir. Erişkin yaşlarda ve kadınlarda daha sık görülür. Bir piyodermi olmayan bu hastalığın nedeni bilinmemektedir. Antibiyotiklere yanıt vermeyen ülserlere bakteriler sekonder olarak yerleşmektedirler. Başlangıç döneminde özellikle dermal kan damarlarının tutulmuş olması, tablonun aslında bir anjiit tipi olduğunu düşündürmektedir. Küçük travmalar bile yeni lezyonu başlatabilmektedir. PG'li hastaların kendi deri greftlerini reddetmeleri nedeniyle, deri lezyonlarının bir otosensitizasyon fenomenine bağlı olarak ge-

liştiği akla gelmektedir. PG olgularının %50'si bir başka hastalıkla birlikte bulunmaktadır. Bu hastalıklar arasında ülseratif kolit, Crohn hastalığı, subkorneal püstüler dermatoz, selim ve malin barsak tümörleri, romatoid artrit ve diğer artritler, lösemi ve lenfomalar, polisitemia vera, paraproteinemiler, plazmasitom, miyelom, Takayasu sendromu, Mondor flebiti, intravas-küler koagülopati, Wegener granülomatozu, SLE, hepatit, sarkoidoz, Behçet hastalığı, AIDS, bakteriyel hastalıklar, DM, tiroid hastalıkları, ilaç allerjileri ve immünosupresif ilaç kullanımı sayılabilir<sup>4</sup>. Olgumuzun erişkin yaşta ve kadın olması yanısıra, antibiyoterapiye yanıt vermeyen bir ülserin varlığı PG'yi düşündürmekteydi. Buna karşın PG ile birlikte görülebilen hastalıklardan hiçbirisi hastamızda tespit edilememiştir.

PG'de lezyonlar derinin herhangi bir yerinde görülebilse de, en çok gövde ve alt ekstremitelerde ortaya çıkarlar. Herhangi bir travma, sağlam deri alanında yeni lezyonların başlamasına yol açabilir. Başlatıcı nedenler arasında deri testleri, enjeksiyonlar, çizik, pikür, biyopsi ve operasyonlar sayılabilir<sup>4</sup>. Abdominal stomalar etrafındaki deri alanlarını etkileyen PPG'ler hemen hemen hiç bilinmemekte ve muhtemelen çoğu kez dikkate alınmamaktadırlar. Ancak, beraberinde bir takım klinik tedavi problemleri getirmektedirler. Literatürde az sayıda PPG bildirilmiştir. Bu olguların hepsi stoma cerrahisini (genellikle ileostomi formasyonunu) takiben ortaya çıkmıştır. PG'nin bu bölgede ortaya çıkışının etyolojisi hakkında ipucu verdiğini düşünenler, bunun bir paterjik fenomen olduğunu ve dolayısı ile lokal deri travmasının PPG'yi tetikleyeceğini ileri sürmüşlerdir. Ne varki, paterji, yapılan çalışmalarda gösterilememiştir<sup>2</sup>. Olgumuzun, umbikal ülserinin cerrahi girişim sonrası ortaya çıkan enterokutan fistül ağzı etrafında yerleşmesi ve spontan iyileşme eğilimi göstermemesi, PPG lehine değerlendirilmiştir. PG'de histopatoloji spesifik değildir. Ülser aktif kenarında yoğun nötrofil infiltrasyonu, yanısıra lenfosit, plazma hücresi, histiyosit ve bazen de yabancı cisim dev hücreleri gözlenir. Dermisde belirgin ödemle birlikte, lenfosit ve plazma hücrelerinden oluşmuş belirgin bir perivasküler infiltrasyon vardır. Yeni damar oluşumu ve damar duvarlarında endotel proliferasyonu görülebilmektedir. Vaskülit bulgularına ise ancak başlangıç halindeki lezyonlarda rastlanmaktadır<sup>4</sup>. Olgumuzun biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde, yüzeyde yer yer ülsere pseudoepitelyomatoz hiperplazi gösteren epidermis altında, ödemli bağ dokusu içinde polimorfonükleer lökositler, lenfositler ve plazma hücrelerinden oluşan yoğun



Şekil 1. Klinik görünüm



Şekil 2. Non-spesifik yangısal granülasyon dokusu (H&Ex100)

yangısal hücre infiltrasyonu ve belirgin kapiller damar proliferasyonu izlenmiştir. PAS, Gram ve Gomori'nin gümüş boyası ile herhangi bir organizma saptanamamıştır. Bu bulgular, PG'nin ileri döneminde görülebilen bulgularla uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

PG tanısı, tipik deri lezyonlarının varlığına dayanır. Eşlik eden sistemik bir bozukluğun bulunup bulunmaması dikkate alınmaz. Histolojik bulguların tanıya bir katkısı olabilirse de, bunlar diagnostik değillerdir<sup>4</sup>. Sergilediği tipik lezyon görünümüyle olgumuz PG tanısı almıştır.

PG lokal sağaltımında, hafif ıslak pansumanlar ile mekanik veya enzimatik debridman uygulanır. Hidrokolloid pansumanlar lezyonu kolayca kapattığı gibi, ağrıyı da azaltmaktadır. Lezyonların intrakutan deri testlerinden uzak tutulması gerekir. Aksi taktirde yeni lezyonların çıkmasına neden olunabilir. Sistemik sağaltımda kortikosteroidler<sup>1,2,4-6</sup>, intravenöz immüno-globulin + sistemik kortikosteroid<sup>7</sup>, siklosporin<sup>8</sup>, takrolimus, sulfasalazin<sup>8</sup>, dapson<sup>9</sup>, azatiyoprin, klorambusil, kolşisin ve klofazamin kullanılabilir. Topikal kortikosteroid uygulamasının, sistemik uygulama kadar başarılı olduğu ileri sürülmektedir<sup>10</sup>. Olgumuzda sistemik kortikosteroid sağaltımı planlanmış ve hasta izleme alınmıştır.

Bu olgu, hem PPG'nin nadir görülmesi nedeniyle, hem de bu tip kronik ülserlere çabuk ve doğru tanı konulmasının, gereksiz debridmanları ve antibiyoterapileri önlediğinin vurgulanması amacıyla sunulmaya uygun bulunmuştur.

## Kaynaklar

1. Lyon CC, Smith AJ, Beck MH, Wong GA, Griffiths CE: Parastomal pyoderma gangrenosum: clinical features and management. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42: 992-1002.
2. Powell FC, Su WP, Perry HO: Pyoderma gangrenosum: classification and management. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34: 395-409.
3. Hopfl R, Hefel L, Fritsch P: Pyoderma gangraenosum: differential diagnosis in ulcer cruris and postoperative exacerbating processes. *Wien Med Wochenschr* 1994; 144: 279-80.
4. Tüzün Y: Piyoderma gangrenozum. *Dermatoloji*. Ed. Tüzün Y, Kotoğyan A, Aydemir EH, Baransü O. 2.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 1994; 412-4.
5. Hill MP, Vigneaud H, Zukervar P, Perrot H: Parastomal pyoderma gangrenosum: 3 new cases. *Ann Dermatol Venereol* 1991; 118: 121-3.
6. Goudet P, Pillon D, Bensa F, Collet E, Cougard P, Viard H: Peristomal pyoderma gangrenosum after colectomy for Crohns disease: successful medical treatment. *Ann Chir* 1992; 46: 525-9.
7. Gleichmann US, Otte HG, Korfer R, Stadler R: Posttraumatisches Pyoderma gangraenosum: Kombinationstherapie mit intravenösen Immunglobulinen und systemischen Kortikosteroiden. *Hautarzt* 1999; 50: 879-83.
8. Martin de Hijas C, del-Rio E, Gorospe MA, Velez A, Garcia del Pozo JA: Large peristomal pyoderma gangrenosum successfully treated with cyclosporine and corticosteroids. *J Am Acad Dermatol* 1993; 29: 1034-5.
9. Cairns BA, Herbst CA, Sartor BR, Briggaman RA, Koruda MJ: Peristomal pyoderma gangrenosum and inflammatory bowel disease. *Arch Surg* 1994; 129: 769-72.
10. Forbes A, Myers C: Pyoderma gangrenosum responds to topical occlusion steroid therapy [abstract]. *Gut* 1997; 41: A228.