

Romatoid Artritin Eşlik Ettiği Bir Piyoderma Gangrenozum Olgusu

Ayşın Köktürk*, Aziz Yazar**, Tamer İrfan Kaya*, Aynur Koca*

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı

** Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Özet

Pyoderma gangrenozum sıklıkla kronik inflamatuvar veya malin hastalıklarla birlikte olabilen ülseratif bir deri hastalığıdır: Ülseratif kolit, romatoid artrit, Crohn hastalığı, IgA monoklonal gammopati, kronik aktif hepatit, HIV enfeksiyonu, hematolojik ve lenforetiküler maliniteler pyoderma gangrenozum ile birlikte olabilen hastalıklardandır. Burada, demonstratif olması nedeniyle romatoid artritin eşlik ettiği bir pyoderma gangrenozum olgusu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, piyoderma gangrenozum.

Köktürk A, Yazar A, Kaya Tİ, Koca A. Romatoid artritin eşlik ettiği bir piyoderma gangrenozum olgusu. *TÜRKDERM* 2002; 36: 221-222.

Summary

Pyoderma gangrenosum is an ulcerating skin disease which often occur in association with chronic inflammatory or malignant disease: Ulcerative colitis, rheumatoid arthritis, Crohn's disease, IgA monoclonal gammopathy, chronic active hepatitis, HIV infection, and hematologic and lymphoreticular malignancies are among the many diseases seen in conjunction with pyoderma gangrenosum. We present a rheumatoid arthritis patient with typical lesions of pyoderma gangrenosum.

Key Words: Rheumatoid arthritis, pyoderma gangrenosum.

Köktürk A, Yazar A, Kaya Tİ, Koca A. A case of pyoderma gangrenosum associated with rheumatoid arthritis. *TÜRKDERM* 2002; 36: 221-222.

Pyoderma gangrenosum, özellikle 40-60 yaşlarında görülen destrüktif, nekrotizan, noninfektif deri ülserasyonlarıyla seyreden bir deri hastalığıdır^{1,2,3}.

Kesin mekanizması bilinmemekle birlikte Swartzman tipi bir reaksiyon olduğuna inanılmaktadır. Vücudun bütün bölgelerinde ortaya çıkabilirse de özellikle bacak, kalça, uyluk ve yüzü tutar. Lezyonlar paterji, intradermal deri testi, prick test, enfeksiyonlar, böcek ısırıkları, biyopsi gibi travmalara sekonder olarak veya normal deri üzerinde ortaya çıkabilir.

Pyoderma gangrenosumun ayırıcı tanısında; postoperatif gangren, ektima gangrenozum, atipik mikobakteriyel ve klostridial enfeksiyonlar, derin mikoz, amebiazis, topikal ülserler ve pemfigus vejetans düşünülmelidir^{3,4,5}.

Pyoderma gangrenosum, %50 oranında bir başka hastalıkla birlikte olabilmektedir. En sık birlikte olduğu hastalık ülseratif kolit olmakla beraber diğer gastrointestinal sistem hastalıkları, karaciğer hastalıkları, romatoid artrit, lösemiler, miyeloproliferatif hastalıklar ve enfeksiyöz hastalıklarla da birlikte olabilir^{1,2,3,4,5,6,7}.

Burada, demonstratif olması nedeniyle, romatoid artritin eşlik ettiği bir piyoderma gangrenozum olgusu sunuldu.

Olgu

52 yaşındaki kadın hasta, her iki bacağına 1.5 aydır mevcut olan multipl, iyileşmeyen, ağrılı yaraları nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde; her iki bacakta 2-4 cm arasında değişen büyüklüklerde, tabanları nekrotik siyah renkte, kenarları deriden kabark ve kalın, multipl ülser lezyonları gözlendi (Şekil 1). Saç, saçlı deri, tırnaklar doğaldı. Kas-iskelet sistemi muayenesinde; el küçük eklemlerinde ve el bileklerinde simetrik eklem deformitesi saptandı. Her iki el parmaklarında kuğu boynu ve düğme-ilik deformitesi, ulnar deviasyon ve interosseos kaslarda atrofi saptandı. Her iki ayakta da simetrik eklem deformiteleri gözlendi. Özgeçmişinden, mevcut eklem deformiteleriyle ilgili yakınmalarının 20 yıl öncesine dayandığı ve sabah sertliği olduğu anlaşıldı.

Laboratuvar tetkiklerinde; RBC:3.09x10⁶/mm³,

Alındığı Tarih: 20.12.2000 - **Kabul Tarihi:** 25.09.2001

Yazma Adresi: Yard.Doç.Dr. Ayşın Köktürk, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalı 33070 Zeytinlibahçe/Mersin

WBC:6210/mm³, Hgb:8.64 gr/dl, Hct:%25.6, Plt:326x10³/mm³, sedim:24mm/s idi, romatoid faktör ve gaitada gizli kan negatif bulundu. AST, ALT, BUN, kreatinin değerleri normal, açlık kan şekeri yüksek olarak saptandı. Yapılan günlük kan şekeri takipleri sonucu hastaya, diabetes mellitus tanısı kondu. Ülser yüzeyinden yapılan bakteriyel kültür sonucu, Pseudomonas aeruginosa üredi. Radyografide her iki el grafisinde radyokarpal, karpokarpal, karpometakarpal, metakarpofalangeal ve interfalangeal eklemlerde erozyon, daralma ve skleroz, ulnar deviasyon, 1. parmak metakarpofalangeal eklemlerde fleksiyon, interfalangeal eklemlerde hiperekstansiyon saptandı. Stiloidlerde erozyon, karpal kemik aralıklarında ankiloza giden daralma tesbit edildi.

Deri lezyonlarından alınan biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde hemoraji, nekroz ve yoğun mikst hücre infiltrasyonu gibi nonspesifik bulgular saptandı.

Hastaya, 1987 yılında revize edilen "American Rheumatism Association/ American Collegee of Rheumatology" (ARA/ACR) kriterlerine göre romatoid artrit tanısı kondu⁹. Böylelikle hasta romatoid artrit eşliğinde bir pyoderma gangrenozum olgusu olarak değerlendirildi. Hastaya, diabet açısından iç hastalıklarıyla konsülte edilerek, iv 60 mg/gün prednizolon başlandı. Yara yüzeyinden yapılan kültür ve antibiyograma göre Siprofloksasin, iv olarak 1000 mg/gün dozunda 10 gün uygulandı. Topikal olarak önce rifampisin ve gentamisin, sonra hidrojel yara örtüsü ile okluzif tedavi uygulandı. Diabeti için kristalize insülin ve NPH insülin başlandı. Hasta, uygulanan tedaviye hızla cevap verdi. Küçük lezyonların kribriform skar bırakarak iyileşme eğiliminde oldukları gözlemlendi.

Tartışma

Pyoderma gangrenozumda, diabet ve immunolojik kaynaklı hastalıklar önemli predispozan faktörlerdir^{1,3,4,5,7}. Günlük kan şekeri takipleri sonucu diabetes mellitus tesbit edilen hastada, diabet de bir predispozan faktör olarak düşünülebilir.



Şekil 1: Pyoderma gangrenozumda bacak ülserleri.

Pyoderma gangrenozumda lezyonlar derin yerleşimli ağrılı bir nodül veya süperfisyal hemorajik bir püstül şeklinde başlayabilir. Lezyonlar ülserleşir, ülser yüzeyinde pürülan ve hemorajik eksuda oluşur. Karakteristik lezyonları deriden kabarık, irregüler, koyu kırmızı veya viyolase nekrotik ülserler şeklindedir^{3,4,5}. Hastamızda, ülsere lezyonların püstül şeklinde başlayıp hemorajik karakter kazandığı gözlemlendi. Pyoderma gangrenozumda paterji, intradermal deri testleri veya enfeksiyonlar, prik test, böcek ısırıkları ve biyopsi gibi herhangi bir travma yeni lezyonların başlamasına yol açabilir⁴. Hastamızda, biyopsi yerinde oluşan yeni ülsere lezyon bu açıdan dikkati çekti.

Hastanın romatolojik bulguları 1987 yılında revize edilen ARA/ACR kriterleri esas alınarak değerlendirildi⁹: Sabah sertliği, en az 3 bölgenin artrit, el eklemlerinin artrit, simetrik artrit, romatoid nodüller, romatoid faktör pozitifliği, radyografik değişiklikler olmak üzere 7 kriterden oluşan ARA kriterlerinden, tanı için gereken en az 4 kriter koşulunu sağlayan hastaya romatoid artrit tanısı kondu.

Tedavide sistemik glukokortikoidlerin oldukça etkili olduğu gösterilmiştir. Steroidler, mevcut ülserlerin progresyonunu dramatik olarak durdurmakta ve yeni lezyonların gelişmesini önlemektedir. Salazoprin, klofazimin, siklosporin, siklofosfamid, klorambusil, azatiyoprin, dapson tedavide kullanılan ilaçlardır^{1,3,4,5,6}. Medikal tedavinin yanısıra cerrahi tedavi de, seçilmiş olgularda tedavi alternatifleri arasında yer almaktadır⁹.

Lezyonlar, pyoderma gangrenozumda tipik olarak gözlemlendiği gibi kortizon tedavisine hızlı cevap verdi ve kribriform skar bırakarak iyileşme gösterdi.

Kaynaklar

1. Hickman JG, Lazarus GS: Pyoderma gangrenosum: A reappraisal of associated systemic diseases. Br J Dermatol 1980; 102:235-237.
2. Prystowsky JH, Kahn SN, Lazarus GS: Present status of Pyoderma Gangrenosum. Arch Dermatol 1989; 125:57-64.
3. Ryan TJ: Cutaneous Vasculitis. Textbook of Dermatology. Ed. Champion RH, Burns DA, Burton JL, Breathnach SM. Oxford, Blackwell Science, 1998; 2155-2225.
4. Wolff K, Stingl G. Pyoderma Gangrenosum. Dermatology in General Medicine. Ed. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Fitzpatrick TB et al. 5'inci baskı. McGraw Hill, 1999:1140-1148.
5. Habif TP: Hypersensitivity Syndromes and Vasculitis. Clinical Dermatology. Missouri, Mosby, 1996; 566-596.
6. Powell FC, Schroeter AL, Daniel Su WP: Pyoderma Gangrenosum and monoclonal gammopathy. Arch Dermatol 1983; 119:468-472.
7. Philpott JA, Goltz RW, Park RK: Pyoderma gangrenosum, rheumatoid arthritis and diabetes mellitus. Arch Dermatol 1966; 94:732-8.
8. Wollheim FA: Rheumatoid arthritis: the clinical picture. Textbook of Rheumatology. Ed. Maddison PJ, Isenberg PA, Woo P, Glass DN. 5'inci Baskı. New York, Oxford University Press, 1998:1004-1031.
9. Alam M, Grossman ME, Schneiderman PI et al: Surgical Management of Pyoderma Gangrenosum: Case Report and Review. Dermatol Surg 2000; 26(11):1063-1066.