

İnfanıl Pyoderma Gangrenozum

Infantile Pyoderma Gangrenosum

Mete Baba, Deniz Seçkin*, Filiz Bolat**

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Adana Hastanesi Dermatoloji ve **Patoloji Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

**Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Özet

Burada sağ gluteusu üzerinde pyoderma gangrenozumu olan bir infant sunulmuş ve diğer anogenital ve bez bölgesi yerleşimi gösterebilen ülser nedenleri ile ayırıcı tanısının önemi vurgulanmıştır. (*Türkdern 2006; 40 (Özel Ek B): B57-B59*)

Anahtar Kelimeler: Infant, pyoderma gangrenozum, ülser

Summary

Herein, we report a case of infantile pyoderma gangrenosum located on the right glutea and emphasize the importance of differential diagnosis of it from other ulcers presenting on anogenital and buttock region. (*Turkdern 2006; 40 (Suppl B): B57-B59*)

Key Words: Infant, pyoderma gangrenosum, ulcer

İnfanıl pyoderma gangrenozum, tüm pyoderma gangrenozum (PG) olgularının %0.4'ünü oluşturur^{1,2}. Bu dönemde görülen PG lezyonları, erişkin dönemdeki tipik bacak tutulumunun aksine daha çok anogenital ve bez bölgesine yerleşir^{1,2}. İnfantlarda anogenital ve bez bölgesinde ülserle seyreden çok sayıda hastalığın olması, PG tanısında gecikmeye neden olur^{3,4}. Bu gecikme, hastalıkta erken tanı ve tedavinin büyük önem taşıması nedeniyle bazen tehlikeli komplikasyonlara yol açabilir³.

Burada sağ gluteusu üzerinde PG'u olan bir infant sunulmuş ve diğer anogenital ve bez bölgesi yerleşimi gösterebilen ülser nedenleri ile ayırıcı tanısı vurgulanmıştır.

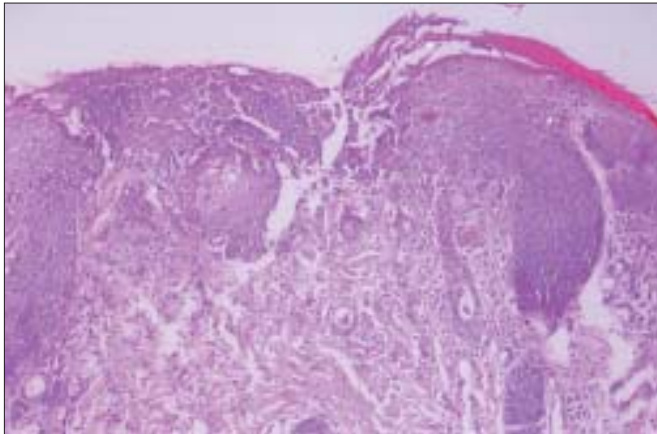
Olgu

Dört haftalık kız çocuğu, sağ gluteusu üzerinde 10 gün önce püstül şeklinde başlayan ve daha sonra giderek genişleyen bir ülserle dönüşen lezyonu nedeniyle getirildi. Öz ve soygeçmişinde özellik olmayan hastanın fizik muayene bulguları normaldi. Derma-

tolojik muayenede; sağ gluteus üzerinde, 2.5x3.5 cm boyutlarında, keskin sınırlı, kenarları eritemli ve deriden kabarık, ortası yer yer granülasyon dokusu, yer yer nekrotik doku ile kaplı ülser izlendi (Şekil 1A). Tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, eritrosit sedimentasyon hızı, tam idrar tetkiki ve protein elektroforezi normaldi. Romatoid faktör, anti-nükleer antikor, HIV ve sifiliz serolojisi negatifti. Bakteri ve mantar kültürlerinde üreme olmadı. Tzanck yaymasında, multinükleer dev hücre saptanmadı. Ülser kenarından alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde, epidermiste fokal nekroz ve bu alanın altında mikst tipte iltihabi hücre infiltrasyonu gözlemlendi (Şekil 2). İmmünohistokimyasal incelemede; damar endotelinde granüler tarzda IgG ve IgM birikimi saptandı. Paterji testi negatifti. Klinik görünüm ve diğer anogenital ve bez bölgesine yerleşen ülser nedenlerinin ekarte edilmesiyle hastaya PG tanısı konuldu. Pyoderma gangrenozum ile ilişkili olabilen herhangi bir sistemik hastalık saptanmadı. Triamsinolon asetonit oklüzyon şeklinde uygulandı. Ülser, kenarlardan ortaya doğru epitelize olarak 20 günde

Tablo 1. İnfantil dönemde anogenital ve bez bölgesi ülser nedenleri ve olgumuzun ayırıcı tanı özellikleri

Nedenler	Özellikler
İritan bez dermatiti	Öykü; sık bez değişimi, uygun bez kullanımı
Travma (kimyasal, fiziksel)	Travma öyküsünün olmaması
Enfeksiyon hastalıkları	
İmpetigo	Bakteri kültüründe üreme olmaması
Ektima gangrenozum	Bakteri kültüründe üreme olmaması
Konjenital sifiliz	Seroloji negatifliği
Herpes simpleks enfeksiyonu	Tzanck yaymasında multinükleer dev hücre görülmemesi
Sitomegalovirus enfeksiyonu	Bağışıklık sisteminin normal olması
HIV enfeksiyonu	Seroloji negatifliği
Mantar hastalıkları	KOH incelemesinde mantar elemanlarının görülmemesi, kültürde üreme olmaması
Hemanjiyom	Klinik görünümün uyumlu olmaması
Akrodermatitis enteropatika	Ortaya çıkış zamanı; göz, ağız ve burun çevresinde lezyon olmaması
Büllü hastalıklar	
Lineer Ig A dermatozu	Histopatolojik ve immünohistokimyasal bulguların olmaması
Epidermolizis büllöza	Histopatolojik bulguların olmaması
Langerhans hücreli histiyositoz	Histopatolojik bulguların olmaması

**Şekil 1.** Pyoderma gangrenozuma ait ülserin tedavi öncesi (A) ve sonrası (B) görünümü**Şekil 2.** Ülser kenarından alınan biyopsi örneğinde epidermiste fokal nekroz ve bu alanın altında mikst tipte iltihabi hücre infiltrasyonunun görünümü (HEx100)

atrofik skar ve telenjiyektazi bırakarak iyileşti (Şekil 1B). Hastanın tedavi sonrası 6 aylık izleminde, yeni deri lezyonu ve PG'la ilişkili bir hastalık gelişimi olmadı.

Tartışma

Olgumuzda PG tanısı, genel olarak kabul edildiği üzere, klinik görünüm ve diğer olası nedenlerin ekarte edilmesine dayanmaktadır^{1,2,4-8}. Çünkü PG'un tanı koydurucu, özgül histopatolojik veya serolojik bulgusu yoktur. Olgumuzun ayırıcı tanısında enfeksiyon hastalıkları başta olmak üzere infantrıl dönemde anogenital ve bez bölgesinde ülserle lezyon oluşumuna neden olabilecek iritan bez dermatiti, travmatik ülserler, hemanjiom, akrodermatitis enteropatika, büllü hastalıklar ve Langerhans hücreli histiyositozis gibi hastalıklar düşünöldü. Ancak olgumuzda öykü ile iritan bez dermatiti ve travmatik ülserler; bakteri ve mantar kültürlerinde üreme olmaması, Tzanck yaymasında herpetik enfeksiyonlara özgü

multinükleer dev hücrelerin görülmemesi, HIV ve sifiliz serolojisinin negatif olması ile enfeksiyon hastalıkları ekarte edildi (Tablo 1). Klinik görünümü, hemanjiyomla uyumlu değildi. Çinko eksikliğine bağlı akrodermatitis enteropatika, süttten kesilme döneminde ortaya çıkması ve perianal lezyonlara ek olarak ağız, göz ve burun kenarında da benzer lezyonlara yol açması gibi özellikleri ile ayırt edildi. Ayrıca olgumuzun biyopsi örneğinin histopatolojik incelemesinde, büllü bir hastalık veya histiyositoza ait bulgular tespit edilmedi.

Pyoderma gangrenozumlu bu olgumuz, yerleşim yeri dolayısıyla birçok hastalıkla ayırıcı tanıya girmesinin yanısıra 2 önemli özelliğiyle daha öne çıkmaktadır. Bunlardan biri infantil dönemde görülmesi, diğeri ise eşlik eden sistemik bir hastalığın olmamasıdır. Çünkü PG, en sık 25-54 yaşları arasında görülmekte ve olguların yarısından fazlasında sistemik bir hastalıkla ilişkili olmaktadır⁷⁻⁹. Ayrıca sistemik bir hastalığın PG'a eşlik etme sıklığı, infantil dönemde erişkindekine göre daha yüksektir⁷. Olgumuzda olduğu gibi PG'un sistemik bir hastalıkla birlikte olmadığı az sayıda infantil olgu bulunmaktadır¹⁰⁻¹². Ancak sistemik bir hastalığın başlangıçta olmayıp sonradan ortaya çıktığı infantil PG'lu olgular da bildirilmiştir². Bu nedenle sistemik hastalıkların PG lezyonlarından sonra da ortaya çıkabilecekleri unutulmamalıdır. Sonuç olarak infantil dönemde anogenital ve bez bölgesinde yerleşmiş ülsere lezyonların ayırıcı tanısında PG da akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Graham JA, Hansen KK, Rabinowitz LG, Esterly NB: Pyoderma gangrenosum in infants and children. *Pediatr Dermatol* 1994; 11: 10-7.
2. Al-Rimawi HS, Abuekteish FM, Daoud AS, Oboosi MM: Familial pyoderma gangrenosum in infancy. *Eur J Pediatr* 1996; 155: 759-62.
3. Halbert AJ, Chan JJ: Anogenital and buttock ulceration in infancy. *Australas J Dermatol* 2002; 45: 1-8.
4. Nguyen KH, Miller JJ, Helm KF: Case reports and review of the literature on ulcers mimicking pyoderma gangrenosum. *Int J Dermatol* 1995; 42: 84-94.
5. Dourmishev AL, Miteva I, Schwartz RA: Pyoderma gangrenosum in childhood. *Cutis* 1996; 58: 257-62.
6. Powell FC, Perry HO: Pyoderma gangrenosum in childhood. *Arch Dermatol* 1984; 120: 757-61.
7. Powell FC, Su WPD, Perry HO: Pyoderma gangrenosum: classification and management. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34: 395-409.
8. von den Driesch: Pyoderma gangrenosum: a report of 44 cases with follow-up. *Br J Dermatol* 1997; 137: 1000-5.
9. Köktürk A, Yazar A, Kaya Tİ, Koca A: Romatoid artrit eşlik ettiği bir piyoderma gangrenozum olgusu. *TÜRKDERM* 2002; 36: 221-2.
10. Glass AT, Bancila E, Milgraum S: Pyoderma gangrenosum in infancy: the youngest reported patient. *J Am Acad Dermatol* 1991; 25: 109-10.
11. Sood J, Sing M, Chaturvedi P: Infantile pyoderma gangrenosum. *Australas J Dermatol* 1992; 33: 43-4.
12. Sandhu K, Handa S, Kanwar AJ: Idiopathic pyoderma gangrenosum in a child. *Pediatr Dermatol* 2004; 21: 276-7.