



MESALAZİN VE STEROİD İLE TEDAVİ EDİLEN PYODERMA GANGRENOZUMUN EŞLİK ETTİĞİ ÜLSERATİF KOLİT VAKASI

TREATMENT OF A PYODERMA GANGRENOSUM ACCOMPANYING ULCERATIVE COLITIS PATIENT WITH MESALAZINE AND CORTICOSTEROIDS

SAYI

4

CILT

1

Balkan A¹, Balkan Y², Namıduru M², Mete AÖ², Konduk
BT¹, Yıldırım AE¹, Gülşen MT¹

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı,
²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları
ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Gaziantep

Balkan A, Balkan Y, Namıduru M, Mete AÖ, Konduk BT, Yıldırım AE, Gülşen MT. Mesalazin ve Steroid ile Tedavi Edilen Pyoderma Gangrenozumun Eşlik Ettiği Ülseratif Kolit Vakası. ISJMS 2015;1(4): 67-69.

ABSTRACT

Pyoderma gangrenosum (PG) is a serious skin lesion which may accompany numerous diseases and it can cause of painful, and recurrent ulcer. The lesions may arise as single or multiple lesions secondary to systemic diseases such as ulcerative colitis, Crohn's disease, polyarthrititis, monoclonal gammopathy or spontaneously without any underlying disease. A 25-year-old male patient was admitted with complaints of fever, abdominal pain, bloody diarrhea, painful and infected deep ulcers on head, trunk and extremities. Rectosigmoidoscopy was performed eight days ago and biopsies on sigmoid colon mucosa from the ulcerated lesions were taken because of suspected from ulcerative colitis (UC). Mesalazine and fluocortolone was initiated with diagnosis of UC and PG. Complaints of patient and colonic and skin lesions rapidly regressed. An amputation of his right foot's on 3rd finger and skin graft operations for skin defects on his right arm and right leg was performed three months later. He was discharged from the hospital with improved symptoms. Here, we aimed to emphasize the importance of PG in differential diagnosis in patients who was admitted to hospital with skin abscess and skin ulcers which seem like to be infected.

Key Words: Fluocortolone, Mesalazine, Pyoderma gangrenosum, Ulcerative colitis

ÖZET

Pyoderma gangrenozum (PG), çok çeşitli hastalıklarla birlikte olabilen, ağrılı ve rekürren derin ülserasyonlarla seyredabilen ciddi bir deri lezyonudur. Lezyonlar, ülseratif kolit, Crohn hastalığı, poliartrit, monoklonal gammopati gibi sistemik hastalıklarla birlikte veya altta yatan bir hastalık olmaksızın tek veya çok sayıda görülebilirler. 25 yaşında erkek hasta, ateş, karın ağrısı, kanlı ishal ve alında, gövde ve ekstremitelerde yaygın ağrılı, enfekte ve derin ülserlerle başvurdu. Hastaya 8 gün önce rektosigmoidoskopi yapılmıştı ve ülseratif kolitten (ÜK) şüphelenilmişti ve sigmoid kolondaki ülsere lezyonlardan biyopsi alınmıştı. Hastaya ÜK ve PG teşhisiyle mesalazine ve fluocortolone başlandı. Hastanın şikayetleri, barsak ve deri lezyonları hızla geriledi. 3 ay sonra sağ ayak 3. parmağa amputasyon ve sağ koldaki ve sağ bacadaki cilt defektleri için greft operasyonu yapıldı. Hasta şifa ile taburcu edildi. Biz bu vakayı, apse ve enfekte görünümülü deri ülserleriyle gelen hastada PG'nin, ayırıcı tanıdaki yerini vurgulamak amacıyla rapor ettik.

Anahtar Kelimeler: Fluocortolone, Mesalazin, Pyoderma gangrenozum, Ülseratif kolit

Giriş

Pyoderma gangrenozum (PG), inflamatuvar ve ülseratif deri lezyonları ile ortaya çıkan ve nadir görülen bir bozukluktur. PG'nin en yaygın formunda lezyonlar inflamatuvar papül veya püstül şeklinde başlar ve mor renkli ağrılı, pürülan akıntılı ve derin yerleşimli ülserlere dönüşür. PG vakalarının yaklaşık

%14-34'ü inflamatuvar barsak hastalıklarında, %11-25'i artropatilerde, %20'si ise hematolojik hastalıklarda veya hematolojik malignensilerde görülür (1, 2). Ülseratif kolit (ÜK) ve Crohn hastalarının %0.75'inde PG görülebilir (3). Tanı klinik hikaye, muayene bulguları ve deri biyopsisine göre konur (4).

Hafif PG lokal kullanımlı steroid veya kalsinörin inhibitörleri ile tedavi edilirken, yaygın PG genellikle sistemik steroid, anitibiyotik, altta yatan sistemik hastalığın tedavisi ve bazen de cerrahi debrütman gerektirir (5). Tedaviye dirençli vakalarda infliximab gibi biyolojik ajanlar veya mycophenolate mofetil, methotrexate, azathioprine ve cyclosporine gibi immünyosupresif ajanlar verilmesi gerekebilir (4).

Olgu Sunumu

25 yaşında erkek hasta, ateş, karın ağrısı, kanlı ishal ve alında, kasıkta ve ekstremitelerde yaygın ağrılı, enfekte ve derin ülserlerle (alında 0.5x0.5 cmlik pürülan akıntılı nekrotik ülser, sağ kol iç yüzünde 9x4 cmlik, sağ ön kolda dorsal yüzde 3x3 cmlik 2 adet pürülan akıntılı derin yerleşimli ve doku kaybına neden olan nekrotik ülserler, sağ ön göğüs ve koltuk altında 0.5-1 cm çaplarında papülo-püstüler lezyonlar, sağ kasık bölgesinde 2x1 cmlik pürülan akıntılı nekrotik ülser, sağ bacakta femoral bölgede 1-2 cm çaplarında 7 adet pürülan akıntılı nekrotik ülserler, sol bacakta tibial bölgede 1.5-2 cm çaplarında 3 adet pürülan akıntılı nekrotik ülserler, sağ ayak 3.parmakta distal interfalangial eklemden itibaren nekroze ülser ve ayak dorsumunda 3x2 cmlik pürülan akıntılı nekrotik ülserler) acil servise başvurdu. Hasta 8 gün önce 25 gündür devam eden ateş, karın ağrısı ve kanlı ishal nedeniyle Gastroenteroloji polikliniğimize başvurmuştu. Yapılan rektosigmoidoskopide sigmoid kolonda 3-4 mm çapında etrafı hiperemik yüzeysel ülserler saptanmıştı ve bu ülser kenarlarından biyopsiler alınmıştı. Ancak sonuçlar henüz çıkmamıştı. Acil servisten hasta hospitalize edildi. Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğine yatırıldı. Meropenem 3x1 gr IV ve vancomycine 4x500 mg IV başlandı.

Plastik Cerrahi bölümü tarafından ülserlerdeki pürülan akıntılar drene edildi ve günlük pansumana başlandı.

Pürülan lezyonlardan kültür alındı ve üreme olmadı. Bacaktaki lezyondan alınan deri biyopsisi sonucu retiküler dermiste perivasküler inflamasyon olarak geldi. Hastaya ekokardiyografi yapıldı ve normal bulundu. Hastaya hastanede yatarken tekrar kolonoskopi yapıldı. Transvers kolon distalinden başlayan, splenik flexura, inen kolon, sigmoid kolon ve rektuma kadar devam eden mukozada yaygın diffüz granüler, hiperemik görünüm ve yer yer yüzeysel ülserasyonlar görüldü. Ayrıca inen kolon bölgesinde yaygın psödopolipoid oluşumlar izlendi (Resim 1). Buradan biyopsiler alındı. Biyopsi sonucu diffüz aktif kronik inflamasyon ve ülserasyon olarak geldi. Hastaya ÜK (ekstansif kolit) ve PG teşhisi konuldu.

Mesalazin 4x1 gr ve fluokortolon 3x20 mg başlandı. 3 ay sonra sağ ayak 3. parmağa distal interfalangial eklemden itibaren amputasyon ve sağ koldaki cilt defektleri için greft operasyonu yapıldı.

Hasta 2. ay sonunda klinik ve laboratuvar olarak remisyona girdiği için, fluocortolon tedavisi haftada 5 mg azaltılarak 4.ayın sonunda stoplandı ve tedaviye 4. ayın bitiminden itibaren mesalazin 3x1 gr ile devam edildi.

Cilt lezyonları tedavinin 6. ayında tamamen iyileşti (Resim 2). Yaklaşık 2 yıl mesalazin tedavisine devam edildi. 2 yıl sonra tedavi stoplandı.

Yaklaşık 5 yıldır tedavisiz takipte olan hastanın herhangi bir şikayeti bulunmamakta ve hastalığı remisyonda yaşamına devam etmektedir.



Resim 1: Hastanın kolonoskopik görüntüleri.



Resim 2: Hastanın pyoderma gangrenosum lezyonlarının seyri. A. Tedavi öncesi. B. Tedavinin 9. günü. C. Tedavinin 2 ay sonrası.

Tartışma

Nekrotik ülserlerle karakterize, destrüktif bir inflamatuvar hastalık olan PG'un ülseratif, püstüler, büllöz ve vejetatif olmak üzere 4 tipi vardır (6). Ülseratif PG, nekrotik ve müköpürülen ülser şeklinde görülür ve inflamatuvar barsak hastalıkları ile ilişkisi vardır (6). PG, ÜK ile birlikte olduğunda, deri lezyonları genellikle kolitin başlangıcından birkaç ay ile birkaç yıl sonra ortaya çıkar. ÜK'in komplikasyonu olarak ortaya çıkan PG, özellikle kolonik hastalığın aktivasyonu sırasında ortaya çıkmaktadır (7). PG çoğunlukla gövde ve ekstremitelerde ortaya çıkmaktadır. Baş ve boyun bölgesinde de daha az sıklıkla tanımlanmıştır (8). Bizim vakamızda da gövde ve ekstremitelerde tutulumlarının yanında, alın bölgesinde de lezyon saptandı.

PG tanısı sıklıkla gözden kaçırılır ve lezyonlar kronik, venöz, arteriyel, malign ve enfektif ülser olarak tanımlanabilir (8). Bizim hastamızda da acil servise ilk başvurduğunda da hastanın deri lezyonları, abse formasyonları gösteren enfektif ülserler olarak tanımlanmıştı. PG tanısında deri biyopsisi ve laboratuvar bulguları spesifik değildir. Tanısı karakteristik deri lezyonlarının varlığına dayanır. Hastamızda ilk olarak yaygın apse ve pürülen ülserleri nedeniyle bir enfeksiyon olduğu düşünülmüş; ancak ÜK tanısının olması ve yapılan dermatoloji ve gastroenteroloji konsültasyonları sonucunda PG düşünülerek gerekli tetkikler planlanmıştır. ÜK'i olan hastalarda gelişen PG tedavisinde sistemik kortikosteroidler tek başına verilebileceği gibi mesalazin ve immünoşüpresif diğer ajanlarla kombine edilebilmektedir (9). Bizim hastamızda da mesalazin ve flucortolon tedavisi ile hem kolit hem de yaygın cilt lezyonları düzelmiş, daha güçlü etki gösteren biyolojik ajanların ve konvansiyonel immünoşüpresiflerin kullanımına gerek kalmadan hasta remisyona girmiştir.

Sonuç olarak PG, apse ve ülser lezyonların ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken bir durumdur ve şüphe edildiğinde sistemik bir bozukluğun bulunup bulunmadığı da göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynakça ve Notlar

1. von den Driesch P. Pyoderma gangrenosum: a report of 44 cases with follow-up. Br J Dermatol. 1997 Dec;137(6):1000-5.
2. Binus AM, Qureshi AA, Li VW, Winterfield LS. Pyoderma gangrenosum: a retrospective review of patient characteristics, comorbidities and therapy in 103 patients. Br J Dermatol. 2011;165(6):1244.
3. Farhi D, Cosnes J, Zizi N, Chosidow O, Seksik P, Beaugerie L, Aractingi S, Khosrotehrani K. Significance of erythema nodosum and pyoderma gangrenosum in inflammatory bowel diseases: a cohort study of 2402 patients. Medicine (Baltimore). 2008 Sep;87(5):281-93.

4. Ahronowitz I, Harp J, Shinkai K. Etiology and management of pyoderma gangrenosum: a comprehensive review. Am J Clin Dermatol. 2012;13(3):191.
5. Bennett ML, Jackson JM, Jorizzo JL, Fleischer AB Jr, White WL, Callen JP. 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). 2000;79(1):37.
6. Ahmadi S, Powell FC. Pyoderma gangrenosum: uncommon presentations. Clin Dermatol. 2005; 23: 612-20.
7. Abdelrazeq AS, Lund JN, Leveson SH. Pouchitis-associated pyoderma gangrenosum following restorative proctocolectomy for ulcerative colitis. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2004; 16: 1057-8.
8. Abela CB, Soldin M, Gateley D. Pyoderma gangrenosum—case report. Br J Oral Maxillofac Surg. 2007; 45(4):328-30.
9. 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.

Sorumlu Yazar:

Yrd. Doç. Dr. Ayhan Balkan
Gastroenteroloji Bilim Dalı
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi
Email: dr.ayhanbalkan@hotmail.com

Geliş Tarihi:9 Haziran 2015

Kabul Edildiği Tarih:20 Ekim 2015

Çıkar Çatışması

Hiç bir yazarın açıklayacağı finansal ilişkisi veya beyanı yoktur.