

Ciddi Piyoderma Gangrenozumu Olan Ülseratif Kolitli Bir Olguda Lokal ve Sistemik Steroid Tedavisi

Dr. Kadir BAHAR, Dr. Ali ÖZDEN, Dr. Selim YALÇIN, Dr. Hülya ÇETİNKAYA, Dr. Şule ŞENGÜN, Dr. Nihat SİPAHİ, Dr. Özden UZUNALİMOĞLU

Özet: 28 yaşında erkek hasta kliniğimize diare, ateş ve alt ekstremitelerinde multipl ülserler nedeniyle başvurdu. Kliniğimizde 9 aydır Ülseratif kolit (ÜK) tanısı ile izlenmekte olan hastanın derin ülserlerinden sero-pürülan materyal drene edildi. Hasta ülserlerinin ağrısı nedeniyle oldukça rahatsız bir haldeydi. Her bir ülserle 150-200 mg metil prednisolon injeksiyonu sonrası şikayetleri hızlı bir şekilde kayboldu.

Bu olgu kliniğimizde son 10 yıl içinde ÜK nedeniyle gelişmiş Pyoderma gangrenozum (PG) olgusu olması nedeniyle bu nadir komplikasyonu ve tedavisini sunmak istedik.

Anahtar kelimeler: Piyoderma gangrenozum, ülseratif kolit.

Ülseratif kolit primer olarak kolonun hastalığı olmasına rağmen diğer organ tutulumları ile birlikte görülebilir. (1) Deri lezyonları seyrek olarak (%1-5) eritema nodosum ve PG şeklinde görülebilir (2). Yapılan araştırmalara rağmen inflamatuvar barsak hastalıklarında (İBH) ekstraintestinal tutulum nedeni tam açıklanamamıştır (3). PG değişik hastalıklarda görülmekle birlikte %36-50 si İBH nda görülür (3). PG daha ziyade alt ekstremitelerde görülen kenarları ödemli, ortası nekrotik ülserlerdir. Bu ülserlerden pü-

Summary: LOCAL AND SYSTEMIC STEROID THERAPY OF SEVERE PYODERMA GANGRENOSUM IN A CASE WITH ULSERATIF COLITIS

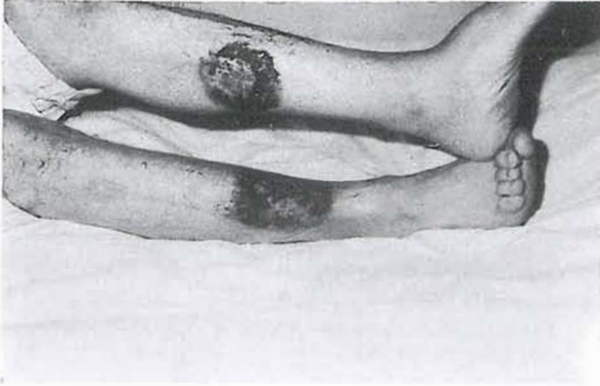
A 28 years old male patient was admitted to our clinic because of diarrhea, fever, and multiple ulcer in the lower extremities. This patient has been followed with the diagnosis of ulcerative colitis (ÜK) for the last 9 months in our hospital. Large and deep ulcers in his lower extremities were draining sero purulent material. The patient was too uncomfortable due to painful ulcers. After the injection of methylprednisolon 150-200 mg in to the each ulcers, his complaints begun disappear suddenly. This is the first case of pyoderma gangrenosum (PG) due to inflammatory bowel disease which we diagnosed in the last 10 years. For that reason, we wanted to present, this rare complication and its treatment.

Key words: Pyoderma gangrenosum, ulcerative colitis.

rülan, steril mayi drene olabilir (1). PG genellikle klasik ÜK tedavisi ile kaybolur. Seyrek olarak ilave tedavi gerektirir. Bu tür olgularda intralez-yonal steroid injeksiyonunun yararlı olduğu bildirilmiştir (4). Biz de klasik ÜK tedavisine cevapsız PG lu olgumuza intralez-yonal steroid injeksiyonu yaparak ve sistemik steroid vererek lezyonların tamamen kaybolduğunu gözledik ve bunu takdim etmeyi uygun bulduk.

OLGU SUNUSU

28 yaşında erkek hasta kliniğimize kansız diare, alt ekstremitelerinde ağrılı ülserler ve ateş ne-



Resim 1: Tedavi başlangıcında piyoderma gangrenozum



Resim 2: Tedavi sonrası iyileşmekte olan piyoderma gangrenozum

deniyle başvurdu. Hikayesinden şikayetlerinin bir yıl önce günde 20 kez olan kanlı diare, ateş ve kilo kaybı ile başladığı ve bu şikayetlerinin geçmemesi üzerine kliniğimize ilk defa nisan 92 de yatırıldığı, biopsi ile ÜK tanısı konduğu öğrenildi. Hastanın yakınmalarının başlamasından 1 yıl öncesine kadar 10 yıldır günde 45 adet sigara içtiği belirlendi. İlk yatışı sırasında her iki alt ve üst ekstremitesinde en büyüğü 1-2 cm çaplarında olan multipli PG ülserleri tesbit edilmiş. Hastaya 5 ASA tableti ve steroid lavman tedavisi uygulanmış ve şikayetleri azalmış. 4 ay sonra günde 2-3 kez kansız diare, ekstremitelerindeki küçük 1-2cm lik lezyonların büyümesi (resim 1), ağrı ve ateş nedeniyle tekrar kliniğe yatırıldı.

Fizik muayenede: Ateş 38 C, ağız mukozası ve dilde küçük aftöz lezyonlar, her iki bacak ve sol ayak üzerinde 4-12 cm çaplarında multipli, ağrılı, ödemli, hiperemik ve hemorajik mayi sızan dev ülserler vardı. Sol ayak üdemli ve hipere-mikti. Her iki ön kol fleksör yüzde iyileşmiş ülser scarları vardı. Laboratuvar tetkikinde: Lokosit: 6500/mm³, sedim: 125mm/saat, Hb: 5.3 g/dl, Hct: % 19.3, PY da nötrofil hakimiyeti vardı. Karaciğer fonksiyon testleri ve rutin biyokimyası normaldi. Kolonoskopide, inen kolon ve rektosigmoid alanda mukozada atrofi, yer yer erezyonlar lümende daralma, submukozal damarlarda belirginleşme, ve küçük pseudopolipler vardı. Hastanın kan kültürü ve ülserlerden alınan kültürlerde üreme olmadı. Bacaklarındaki ülserler nedeniyle uyku uyuyamamakta

ve iştahsız idi. Alt ekstremitelerdeki her bir ülser kenarı ve tabanına 150-200 mg M. prednisolon injeksiyonu yapıldı ve oral 4x15 mg prednisolon başlandı. Aynı gün akşam hastanın ülser ağrıları kaybolduğu ve hemorajik eksuda sızıntısının durduğu ve ülser üzerinin kuruduğu tesbit edildi. Ateşi kayboldu, 5ASA ya devam etmesi tavsiye edildi. Deri lezyonlarının iyileşmesine paralel olarak oral prednisolon 15 mg a düşürüldü. Diareyi kaybolan hastanın kontrol kolonoskopisinde subakut dönemde görülen lezyonların kaybolduğu tesbit edildi. Kolon grafisinde inen kolonda düzleşme görüldü. Kontrol kan analizinde sedimantasyon 17 mm/saat, lökosit 6000/mm³ e düştü. Bir ay sonunda hastanın 5 kg aldığı ve ülserlerinin kaybolduğu izlendi. (resim 2).

TARTIŞMA

PG genelde ÜK in aktivasyonu ile birlikte görülür. Buna karşın inaktif dönemde ve hatta total kolektomi yapılan olgularda da görüldüğü bildirilmiştir. (5,6,7) Bizim olgumuz ise akut dönemde PG lezyonları küçük iken, ÜK in düzeliş subakut döneme geçmesine rağmen deri lezyonlarında büyüme görülmüştür. Yine bazı araştırmacılar ÜK de deri lezyonları ile kolitis yaygınlığı arasında yakın ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Total kolitlilerin %81 inde PG görülürken, sadece sol kolon tutulumunda bu oran %14 e düşmüştür. (5,6,7,8) Bizim olgumuzda sadece sol kolon tutulmuştur. Aynı araştırmacılar

PG lu 21 olgunun 11 inde (%52) sadece sistemik steroid ve klasik ÜK tedavisi ile deri lezyonlarını iyileştirmişler, buna karşın 6 olgu (%29) da ilave intralezyonal steroid tedavisine gereksinim duymuştur. Olgumuzda da klasik ÜK tedavisiyle üst ekstremitedeki lezyonlar gerilerken alt eks-

tremitedekiler artmıştır. Bu olgumuzda lokal intralezyonal steroid tedavisi ile yüz güldürücü netice aldığımızı belirtmekteyiz. Ayrıca literatürde olduğu gibi ÜK uzun süre sigara içip bırakan kişilerde kısa süre sonra ortaya çıkabilmektedir. Olgumuzda da biz bu durumu tesbit ettik.

KAYNAKLAR

1. Stentson WF, Mac dermott RP. Inflammatory bowel disease. Yamada T. ed. textbook of Gastroenterology: Philadelphia, Lippincott. 1991: 1588-1645.
2. Morsau U, Sorstad J, Hellers G, Johansson C. Extracolonic diagnosis in ulcerative colitis: An epidemiological study, *Am j Gastroenterol* 1990;88:6:711-716.
3. Thorton JR, Teague HR, Low-Beer TS, Read AE: Pyoderma gangrenosum in ulcerative colitis. *Gut* 1980; 21: 247.
4. GoldsteinF Krain R- Thornton JR. Intralesional steroid therapy of pyoderma gangrenosum. *J Clin Gastroenterol* 1985; 7:499.
5. Johnson ML, Wilson HT. Skin lesions in ulcerative colitis. *Gut* 1969; 10: 255-53.
6. Basler RSW. Ulcerative colitis and skin. *Med clin North Am* 1980; 64: 941-54.
7. Spiro HM. Skin disease in ulcerative colitis. In: Spiro HM, ed *Clinical Gastroenterology* 3rd ed. New York: Macmillan, 1983 951-2.
8. Madjlessi SH, Taylor JS, Farmer GR. Clinical course and evolution of erythema nodosum and pyoderma gangrenosum in ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol* 1985; 80: 8; 615-20.
9. Srivastava ED, Barton JR, O Mahony S et al; Smoking, Humoral immunity and ulcerative colitis *Gut* 1991, 32; 1016-19.