

# Memede Yerleşen Piyoderma Gangrenozum<sup>1</sup>

## PYODERMA GANGRENOSUM LOCALIZED ON THE BREAST

Pınar Yüksel BAŞAK\*, Vahide BAYSAL\*, Çağnur ÖZCANLI\*, Aliye SARI\*\*

\* Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,

\*\* Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD, ISPARTA

### Özet

Piyoderma gangrenozum (PG) nadir görülen, ağrılı ve hızlı gelişen nekrotik ülserlerle karakterize, destrüktif bir inflamatuvar hastalıktır. Tipik yerleşim bölgesi alt ekstremiteler olup göğüste görülme oranı oldukça düşüktür. Sol meme üzerinde yerleşen ülsere lezyonu ile piyoderma gangrenozum tanısı alan ve sistemik steroid tedavisine olumlu yanıt veren 55 yaşındaki erkek hasta sunulmaktadır. Olağan bir yerleşim bölgesi olmamakla birlikte memede görülen, hızlı seyirli ülsere lezyonların ayırıcı tanısında PG'un da akılda bulundurulmasının uygun olacağı görüşüdeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Piyoderma gangrenozum

T Klin Tıp Bilimleri 2002, 22:521-524

### Summary

Pyoderma gangrenosum is a rare, destructive inflammatory disorder characterized by painful, rapidly enlarging, necrotic ulcers. The typical predilection site is lower limbs and its occurrence on the breast is extremely uncommon. A 55-year-old male patient with an ulcerative lesion on his left breast diagnosed as pyoderma gangrenosum and treated successfully with systemic steroids is presented. Though an uncommon predilection site, we propose that pyoderma gangrenosum should be remembered in the differential diagnosis of the rapidly enlarging ulcers localized on the breast.

**Key Words:** Pyoderma gangrenosum

T Klin J Med Sci 2002, 22:521-524

Piyoderma gangrenozum (PG) nedeni bilinmeyen, ağrılı, nekrotik ülserlerle karakterize, nadir görülen bir nötrofilik dermatozdur. Olguların yarısında inflamatuvar bağırsak hastalıkları, maligniteler, plazma hücre diskrazileri, kollajen doku hastalıkları ve otoimmün hastalıklar tabloya eşlik edebilir (1-3). Az sayıda olguda subkorneal püstüler dermatoz (SPD) ile birlikteliği de bildirilmiştir (3,4). Spontan iyileşme eğilimi olmayan lezyonların tedavisi güç ve uzun sürelidir (1,3,5). Meme etrafında başlayıp hızla ülserleşen ağrılı lezyonu nedeniyle servisimize yatırılan, klinik ve histopatolojik bulguları PG ile uyumlu bir hasta sunulmuştur.

### Olgu

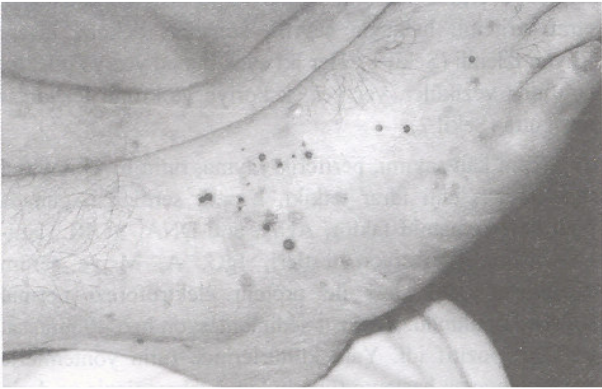
Ellibeş yaşındaki erkek hasta 2 hafta önce sol meme lateralinde sivilce şeklinde başlayıp hızla büyüyen sulantılı yara nedeniyle başvurdu. Öyküsünden lezyonun ağrılı ve hassas olduğu, uygulanan antibiyotik tedavisinden fayda görmediği öğrenildi. Hasta 6 yıldır ayak sırtlarında çıkıp kaybolan içi su dolu kabarcıklardan da yakınmaktaydı. Özgeçmişinde orşiektomi operasyonu geçirdiği ve 7 yıl önce akciğer tüberkülozu nedeniyle 2 yıl süreyle tedavi aldığı bildirildi. Sistem sorgulamasında anormal bulgu yoktu. Akciğer sol lobda saptanan yaygın ve kaba ralleri ve

sol aksiller mikrolenfadenopati dışında fizik muayenesi ve vital bulguları normal bulundu. Dermatolojik muayenede göğüs ön yüzde sol meme areolası etrafında 13x9 cm ebatlarında, üzerinde nekrotik alanlar ve pürülan akıntı izlenen, etrafı eritemli halkayla çevrili, kenarları dekole, ülsere lezyon izlendi (Şekil 1). Her iki ayak dorsal yüz ve bilekler etrafında veziküler, yer yer ekskoriye ve krutlu lezyonlar mevcuttu (Şekil 2).

Tam kan sayımı, periferik yayma, rutin biyokimyasal incelemeler, tam idrar tetkiki, hepatit serolojisi, gaitada gizli kan, romatoid faktör, ANA, anti-DNA, VDRL, anti-HIV, tiroid fonksiyon testleri, IgG, A, M ve serum kompleman düzeyleri ile protein elektroforezi normal sınırlarda bulundu. Eritrosit sedimentasyon hızı 40mm/saat ve CRP pozitif idi. Yara kültürlerinde rutin yöntemlerle üreme olmayan hastanın tüberküloz, leishmaniazis ve derin mantar enfeksiyonu açısından incelenen yayma ve kültürlerinde patolojik veri saptanmadı. Paterji testi negatif, tüberkülin testi 48. saatte 15 mm idi. Sakroiliak eklem grafisi, abdominal USG, tüm gastrointestinal sistem endoskopisi, çift kontrastlı kolon ve ince bağırsak pasaj grafilerinde patolojik bulgu saptanmayan hastanın posteroanterior akciğer grafisi ve toraks tomografisinde inaktif dönem tüberküloz ile uyumlu olduğu düşünülen



Şekil 1. Ülsere lezyonun klinik görünümü



Şekil 2. Ayak sırtındaki veziküler lezyonlar

lezyonlar izlendi.

Meme etrafındaki ülsere lezyonun kenarından alınan

insizyonel biyopsi örneğinde üst dermiste perivasküler lenfositik infiltrasyon, alt dermisten subkutan dokuya kadar ilerleyen abse odakları, yoğun polimorfonükleer lökosit, histiyosit ve nekrotik hücrelerden oluşan infiltrat mevcuttu (Şekil 3). Ayak sırtındaki veziküler lezyondan alınan pañç biyopside ise stratum korneumun altında polimorfonükleer lökosit ve seyrek epitel hücresi içeren püstül formasyonu, hafif spongiöz ve dermiste minimal perivasküler lökosit infiltrasyonu izlendi. Direkt immunflöresan inceleme yapılamadı. Bu bulgular PG ile uyumlu olarak değerlendirildi.

Biyopsi sonuçlanmadan önce parenteral sulbaktam/ampisilin tedavisi alan ve fayda görmeyen hastaya 80mg/gün oral steroid başlanması ardından ülsere lezyonun ebatları, ödem, eritem ve ağrısı gerilerken ayak sırtındaki lezyonlarda tamamen düzelmeye kaydedildi. Tedavinin 4. haftasından itibaren steroid dozu azaltılarak Allevyn Hydrocellular® ile kapama tedavisi de uygulandı. Dokuz haftadan beri steroid tedavisi alan hastanın ülsere lezyonu kenarlardan skatris ile iyileşti (Şekil 4). Steroid



Şekil 3. Ülsere lezyonun kenarından histopatolojik görünüm (H&E, x40)



**Şekil 4.** Sistemik steroid tedavisinin 9. haftasında lezyonun klinik görünümü

dozu kademeli olarak azaltılıp 2 haftadır 20mg/gün şeklinde devam edilmektedir.

### Tartışma

PG nedeni bilinmeyen, azalmış veya anormal immün cevap sonucu gelişebileceği düşünülen bir deri hastalığıdır (1-3). İzotretinoin, sulpirid ve granülosit koloni stimulan faktör tedavisine bağlı gelişen olgular da bildirilmiştir (6,7). Genellikle atrofik skar dokusuyla iyileşen, ağrılı ve hızla ülserleşen, eritemli ve düzensiz kenarlı bir lezyon olup sıklıkla alt ekstremitelerde yerleşebileceği gibi vücudun diğer bölgelerinde de görülebilir. Püstüler, büllöz ve vejetatif şekilleri de tanımlanmıştır (1,2). PG'un memede yerleşimi oldukça nadir olup literatürde, çoğu cerrahi girişimlerin ardından geliştiği bildirilen az sayıda olgu mevcuttur (8-11). Hastamızın lezyonu meme etrafında, travma veya operasyon öyküsü olmaksızın kendiliğinden ortaya çıkan ve günler içinde nekrotik hale gelen bir ülser görünümündeydi.

PG tanısı için spesifik histolojik veya mikrobiyolojik

laboratuvar bulgusu yoktur. Morfolojik özellikler tanisal değer taşıırken histopatoloji, ayırıcı tanı açısından önemlidir. Histopatolojik özellikler lezyonun tipi, evresi ve alındığı bölgeye göre değişebilir (1,2,12). Kapiller tromboz izlenen steril abse, kanama, nekroz ve nötrofil infiltrasyonu sıklıkla mevcutken, lezyonun kenarından alınan materyalde lökositoklastik vaskülit bulgularına rastlanabileceği bildirilmektedir (2,3). Nötrofilik dermatozlar grubunda yer alan PG ve SPD, histopatolojik bulgular açısından benzer özellikler gösterebileceği gibi bir olgu, aynı anda herbirinin özelliklerini de taşıyabilir (3,13,14). Bunun yanında PG'un SPD ile birlikte görülebileceği de bildirilmektedir (3,4). Sunulan olguda memedeki ülserle lezyon, klinik ve histopatolojik olarak PG ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Ayak sırtındaki lezyonlar ise püstüler tip PG ve SPD arasında ayırım yapılamayacak histopatolojik özellikler göstermektedir. Ülseratif ve püstüler tip PG'un birarada görülebileceği bildirilmekle birlikte püstüler tip PG olgularına çoğunlukla inflamatuvar bağırsak hastalıkları eşlik etmektedir (1,5). Olgumuzda sistemik bir hastalıkla birliktelik bulunmayıp ayak sırtındaki lezyonları klinik görünümü ile püstüler tip PG şeklinde değerlendirmenin daha doğru olacağı görüşündeyiz.

PG tablosuna artrit, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, hematolojik maligniteler, plazma hücre diskrazileri, solid tümörler, otoimmün hastalıklar, kronik aktif hepatit, sarkoidoz, Behçet hastalığı ve Takayasu arteriti eşlik edebilir (1,5,12,13,15). Biz olgumuzla birliktelik gösteren sistemik hastalık ve viseral tutulum saptamadık. Olgumuzda izlediğimiz gibi tedaviye verilen olumlu cevap ve iyi seyrin, eşlik eden sistemik hastalık olmaması nedeniyle kolaylaştığı bilinmektedir (3).

Siklosporin ile tedavi edilen PG'da kutanöz tüberküloz gelişebileceği bildirilen bir olgu dışında PG'a eşlik eden hastalıklar arasında tüberküloz sayılmamaktadır (16). Olgumuzda geçirilmiş akciğer tüberkülozunun sebep olabileceği immunolojik değişikliklerin PG gelişimine zemin hazırlama riski düşünülse de hastalığın inaktif dönemde olması ve tüberkülin testi pozitifliği bu olasılığı desteklememektedir.

PG'un ayırıcı tanısında Sweet sendromu, vaskülitler, sifilis, bakteriyel, mikobakteriyel ve derin mantar enfeksiyonları hatırlanmalıdır (2,3,12). Sunulan olguda ülserin klinik özellikleri PG ile uyumlu iken histopatolojide spesifik bulgular olmaması, yayma ve kültürlerde üreme saptanmaması nedeniyle malignite ve enfeksiyonlardan, serolojik testlerin normal ya da negatif sonuçlar vermesiyle sifiliz ve otoimmün hastalıklardan uzaklaşmıştır.

Ülsere tip PG, eşlik eden hastalığın tedavisi yanında sistemik steroidler ve lokal yara bakımı ile tedavi edilebilir (1-3,17). Şiddetli ve agresif tiplerde siklosporin başta olmak üzere birçok farklı ajan denenmiştir (1,3,5,8,18).



Lezyonların destrüktif iyileşmelerini azaltmak amacıyla erken tanı ve tedavi önem kazanmaktadır (9,19). Olgumuzda da sistemik steroid tedavisine akut dönemde başlanması nedeniyle hızlı ve olumlu yanıt alınmıştır.

#### KAYNAKLAR

1. Powell FC, Su WP, Perry HO. Pyoderma gangrenosum: classification and management. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34: 395-409.
2. Odom RB, James WD, Berger TG. *Andrew's Diseases of the skin*. 9th ed. Philadelphia, WB Saunders Company, 2000; 146-71.
3. Lear JT, Atherton MT, Byrne JP. Neutrophilic dermatoses: pyoderma gangrenosum and Sweet's syndrome. *Postgrad Med J* 1997; 73: 65-8.
4. Stone MS, Lyckholm LJ. Pyoderma gangrenosum and subcorneal pustular dermatosis: Clues to underlying immunoglobulin A myeloma. *Am J Med* 1996; 100: 663-4.
5. Fearfield LA, Ross JR, Farrell AM, Costello C, Bunker CB, Staughton RC. Pyoderma gangrenosum associated with Takayasu's arteritis responding to cyclosporin. *Br J Dermatol* 1999; 141: 339-43.
6. Srebrnik A, Shachar E, Brenner S. Suspected induction of pyoderma gangrenosum-like eruption due to sulpiride treatment. *Cutis* 2001; 67: 253-6.
7. Gangaram HB, Tan LP, Gan AT, Suraiya HH, Ganesapillai T. Pyoderma gangrenosum following treatment with isotretinoin. *Br J Dermatol* 1997; 136: 636-7.
8. Dolan OM, Burrows D, Walsh M. Pyoderma gangrenosum of the breast treated with low-dose cyclosporin A. *Clin Exp Dermatol* 1997; 22: 92-5.
- 9.- Pekmezci S, Saribeyoglu K, Mat C, Tasci H, Cicek Y, Ones S. Pyoderma gangrenosum: an idiopathic case and recurrence after surgery. *Surgery* 1999; 126: 85-7.
10. Grau Salvat C, Miquel FJ, Pont V, Aliaga A. Pyoderma gangrenosum: unusual complication following mammoplasty reduction. *Int J Dermatol* 1998; 37: 794-6.
11. Havlik RJ, Giles PD, Havlik NL. Pyoderma gangrenosum of the breast: sequential grafting. *Plast Reconstr Surg* 1998; 101: 1909-14.
12. Litvak D, Kirsner RS, Pakdaman NN, Federman DG. Pyoderma gangrenosum and myelodysplastic syndrome. *South Med J* 2000; 93: 923-5.
13. Vadillo M, Jugla A, Podzamczar D, Rufi G, Domingo A. Pyoderma gangrenosum with liver, spleen and bone involvement in a patient with chronic myelomonocytic leukaemia. *Br J Dermatol* 1999; 141: 541-3.
14. Wayte JA, Rogers S, Powell FC. Pyoderma gangrenosum, erythema elevatum diutinum and IgA monoclonal gammopathy. *Australas J Dermatol* 1995; 36: 21-3.
15. Coors EA, von den Driesch P. Pyoderma gangrenosum in a patient with autoimmune haemolytic anaemia and complement deficiency. *Br J Dermatol* 2000; 143: 154-6.
16. Matsui M, Ohtoshi E, Yamaoka J, Matsuyoshi N, Ohta K, Toda K et al. Cutaneous tuberculosis and pyoderma gangrenosum. *Int J Dermatol* 2000; 39: 38-40.
17. Akyol M, Öztürkcan S, Dökmetaş S, Marufihah M. Atipik piyoderma gangrenozum. *TURKDERM* 1996; 30: 206-8.
18. Artüz F, Alı N, Lenk N, Karakayalı G, Güngör E. Cyclosporin therapy in pyoderma gangrenosum in a patient with Behçet's disease. *T Klin Dermatoloji* 1998; 8: 34-6.
19. Harris AJ, Regan P, Burge S. Early diagnosis of pyoderma gangrenosum is important to prevent disfigurement. *BMJ* 1998; 316: 52-3.

**Geliş Tarihi:** 10.01.2002

**Yazışma Adresi:** Dr. Pınar Yüksel BAŞAK  
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Dermatoloji AD,  
pinarbasak@hotmail.com

<sup>§</sup>XV. Prof. Dr. A. Lütfü Tat Simpozyumu'nda poster olarak sunulmuştur. (30 Eylül-4 Ekim 2001, Ankara)