

# PYODERMA GANGRENOSUM - PRIKAZ BOLESNIKA

VLATKA ČAVKA, MIRNA ŠITUM, SANJA PODUJE, ANĐELKA BRTAN,  
NIKOLINA MANDUŠIĆ i ŽELJKICA ČUBRILOVIĆ

*Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“, Klinika za kožne i spolne bolesti, Zagreb, Hrvatska*

Bolesnik u dobi od pedesetišest godina upućen je u Kliniku zbog pogoršanja fizikalnog nalaza rezistentnih ulceracija na desnoj nozi. U dva navrata histološki je potvrđena klinička sumnja na *Pyoderma gangrenosum*. Opsežnom obradom utvrđene su promjene na sluznici kolona te je i histološki potvrđena Crohnova bolest. Nakon terapije sistemskim kortikosteroidima te primjerene njege i liječenja ulceracija oblogama za vlažno cijeljenje rana došlo je do potpune epitelizacije svih ulceracija.

**KLJUČNE RIJEČI:** Pyoderma gangrenosum, Morbus Crohn, vrijed

**ADRESA ZA DOPISIVANJE:** Vlatka Čavka, dr. med.  
Klinika za kožne i spolne bolesti  
Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“  
Vinogradska cesta 29  
10000 Zagreb, Hrvatska  
Tel.: +385915060039;  
e-pošta: vlatka.cavka@yahoo.com

## UVOD

*Pyoderma gangrenosum* je bolest karakterizirana bolnim, nekrotičnim ulceracijama uzrokovanim destruktivnim neutrofilnim infiltratom koji oštećuje krvne žile. Najčešće se javlja na donjim ekstremitetima, u početku kao eritematozna papula ili nodus nakon čega nastaje plitka ulceracija edematozne nekrotične baze i uzdignutih podminiranih eritematoznih rubova (1). Promjene su vrlo bolne i opsežne sa često otkrivenim mišićima, fascijom ili kostima. Teško se dijagnosticira i vrlo često pogrešno dijagnosticira (2). Postoji čitav niz sistemskih bolesti koje se javljaju uz gangrenoznu piodermu, a najčešće su to upalne bolesti crijeva i reumatoidni artritis (tablica 1). S obzirom da laboratorijski i patohistološki nalazi nisu specifični, bolest se dijagnosticira isključivo na temelju kliničke slike (1-3). Liječi se sistemskim kortikosteroidima (prednisolon) ili imunosupresivima (ciklosporin), ali sve je više dokaza o povoljnom učinku bioloških lijekova (posebno TNF- $\alpha$  antagonista) (1,2,4,5). Važna je i lokalna terapija i njege rane te izbjegavanje nepotrebnih kirurških intervencija (1,6).

Tablica 1.

*Bolesti povezane s Pyoderma gangrenosum*

Učestalo	Rjeđe
Reumatoidni artritis	Kronični aktivni hepatitis
Ulcerozni kolitis	Dijabetes melitus
Crohnova bolest	Sistemski lupus eritematosus
IgA gamopatija	Wegenerova granulomatoza
	Sistemska skleroza
	Miješana bolest vezivnog tkiva
	Behçetova bolest
	PAPA sindrom

## PRIKAZ BOLESNIKA

Bolesnik u dobi od pedesetišest godina primljen je u Kliniku zbog obrade i liječenja ulceracija desno potkoljениčno, natkoljениčno, te glutealno koje su prethodno histološki verificirane kao *Pyoderma gangrenosum*. Promjene su se pojavile za vrijeme hospitalizacije zbog desnostrane lumboishialgije u početku kao eritematozni areali, a potom papule na fleksornoj strani desne potkoljenice, te proksimalno natkoljениčno nakon čega ubrzo dolazi do razvoja mjestimično nekrotičnih ulceracija. Tijekom obrade u drugoj ustanovi učinjena je ekscizija nekrotičnih promjena zbog pogoršanja

fizikalnog nalaza rezistentnih ulceracija sa supuracijom i flegmonom, te je patohistološki potvrđena klinička sumnja na *Pyoderma gangrenosum*. S obzirom na nezadovoljavajuću regresiju lokalnog nalaza nakon kirurške intervencije i na ponovnu aktivaciju procesa na rubovima ekscizije s akutnim upalnim promjenama kože, bolesnik je upućen na daljnje liječenje u Kliniku. Kliničkim pregledom utvrđene su ulceracije veličine muškog dlana ispunjene nekrotično-gnojnim sadržajem, tamnog nekrotičnog ruba i okolne eritematozne kože u području desne potkoljenice (sl. 1) i desne natkoljenice (sl. 2), te ulceracija veličine veće kovaniče, eritematoznog dna i blago eritematozne okolne kože desno glutealno.



Sl. 1. Ulceracija na desnoj potkoljenici prije provedene terapije.



Sl. 2. Ulceracija na desnoj natkoljenici prije provedene terapije.

Učinjenom laboratorijskom obradom utvrđene su povišene vrijednosti sedimentacije (62 mm/3.6ks), leukocita ( $12,4 \times 10^9/L$ ), limfocita ( $16,3 \times 10^9/L$ ) i CRP-a (109,6 mg/L). Bakteriološkim brisevima ulceracija nisu utvrđene patološke bakterije. Učinjena je biopsija ulceracije desno natkoljenično, a histološki nalaz je pokazao akantotičan, hiperkeratotičan i spongiotičan epidermis s eksudatom plazme i neutrofila u kornealnom sloju te obilan intersticijski upalni infiltrat neutrofila u dermisu. Zbog proljevastih stolica, ponekad s primjesama krvi, učinjena je opsežna gastrointestinalna obrada. U stolici nisu utvrđene bakterije i paraziti, kao ni toksini A i B *Clostridium difficile*, ali je utvrđen veći broj *Candida* sp. Imunokromatografijom nisu dokazane *Entamoeba histolytica*, *Lamblia*



Sl. 3. Ulceracija na natkoljenici nakon dva mjeseca od početka terapije.



Sl. 4. Ulceracija na potkoljenici nakon dva mjeseca od početka terapije.

*intestinalis* niti *Cryptosporidium parvum*. Ultrazvučna pretraga abdomena bila je uredna. Pasaža tankog crijeva, kao i nalaz duodenoskopije bili su uredni. Ezofagogoskopijom utvrđene su manje nakupine *Candida* spp., a gastroskopijom hiperemična sluznica s erozijama antralno. Patohistološkim nalazom želučane sluznice utvrđen je umjereni kronični gastritis s blagom žarišnom atrofijom. Kolonoskopijom je utvrđena edematozna valvula Bauchinii s ulkusom, a patohistološki srednje gusti do gusti difuzni infiltrat mononukleara u lamini propriji. Kolonoskopom se nije uspjelo ući u terminalni ileum. Uzlazni i transverzni dio kolona bili su uredni. U silaznom dijelu kolona utvrđeno je nekoliko uzdužnih ulkusa uz stenožu jednog kraćeg segmenta. U sigmi je utvrđen manji polip te divertikuli. U patohistološkom nalazu dijelova sluznice debelog crijeva opisuje se lamina proprija s nešto nespecifičnog upalnog granulacijskog tkiva uz infiltraciju mononuklearima i dijelom eozinofilima. Svi nalazi upućivali su na Crohnovu bolest. Antinuklearna antitijela (ANA) kao i antineutrofilna citoplazmatska antitijela (ANCA) bila su negativna. Bolesnik je liječen sistemskim kortikosteroidima uz kasnije uvođenje mesalazina (nakon dijagnosticanja Crohnove bolesti). Na primjenu hidrogela i obloga za vlažno cijeljenje rana (alginat i poliuretanska pjena sa srebrom) došlo je do stvaranja granulacija uz rubnu epitelizaciju ulceracija na desnoj potkoljenici i natkoljenici, te potpune epitelizacije manje ulceracije desno glutealno. Nakon otpusta preporučena je daljnja primjena hidrokoloidne obloge na ulceraciju na desnoj natkoljenici te hidrogela i poliuretanske pjene na ulceraciju na desnoj potkoljenici. Nakon dva mjeseca ulceracija na desnoj natkoljenici u potpunosti je epitelizirala (sl. 3), dok je u području ulceracije na desnoj potkoljenici došlo do stvaranja granulacija i početka cijeljenja (sl. 4). U sljedećih mjesec dana došlo je do potpune epitelizacije ulceracije na desnoj potkoljenici.

## RASPRAVA

U 30-50% slučajeva, kao i kod našeg bolesnika, *Pyoderma gangrenosum* se javlja uz neku sistemsku bolest, najčešće upalnu bolest crijeva ili reumatoidni artritis (1-3). Vrlo često je pogrešno dijagnosticirana i liječena kirurški što najčešće dovodi do pogoršanja (1,2,6,7). Kod bolesnika s brzo rastućim ulceracijama koje se pogoršavaju nakon kirurškog debridmana treba uvijek imati na umu da se radi o *Pyoderma gangrenosum*, te u bolesnika s takvim nalazom tražiti neku od sistemsku bolest.

## LITERATURA

1. Sepp N. Vasculitis. U: Burgdorf WHC, Plewig G, Wolff HH, Landthaler M, ur. Braun-Falco's Dermatology. Heidelberg: Springer, 2009, 893-5.
2. Ahronowitz I, Harp J, Shinkai K. Etiology and Management of Pyoderma Gangrenosum: A Comprehensive Review. Am J Clin Dermatol 2012 (Epub ahead of print).
3. 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: 1244-50.
4. Ueda M, Katoh M, Tanizaki H, Tanioka M, Matsumura Y, Miyachi Y. Refractory pyoderma gangrenosum associated with ulcerative colitis successfully treated with infliximab. Dermatol Online J 2012; 15: 12.
5. Carrasco Cubero C, Ruiz Tudela MM, Salaberri Maestrojuan JJ, Pérez Venegas JJ. Pyoderma gangrenosum associated with inflammatory bowel disease. Report of two cases with good response to infliximab. Reumatol Clin 2012; 8: 90-2.
6. Barańska-Rybak W, Kakol M, Naesstrom M, Komorowska O, Sokołowska-Wojdyło M, Roszkiewicz J. A retrospective study of 12 cases of pyoderma gangrenosum: why we should avoid surgical intervention and what therapy to apply. Am Surg 2011; 77: 1644-9.
7. Wong WW, Machado GR, Hill ME. Pyoderma gangrenosum: the great pretender and a challenging diagnosis. J Cutan Med Surg 2011; 15: 322-8.



SUMMARY

*PYODERMA GANGRENOSUM: CASE REPORT*

V. ČAVKA, S. PODUJE, A. BRTAN, N. MANDUŠIĆ and Ž. ČUBRILLOVIĆ

*Sestre milosrdnice University Hospital Center, University Department of Dermatovenereology, Zagreb, Croatia*

A 56-year-old patient presenting necrotic ulcerations on the right leg was admitted to our Department for physical status deterioration. Clinically suspected diagnosis of pyoderma gangrenosum was confirmed histologically. Considering the association of pyoderma gangrenosum with several systemic diseases, extensive diagnostic evaluation was performed. Colonoscopy showed multiple ulcerations on descendent colon with stenosis of the shorter segment. Histologic examination confirmed the diagnosis of Crohn's disease. After systemic treatment with corticosteroids and wound management with proper wound dressings, complete epithelialization of ulcerations was accomplished.

**KEY WORDS:** Pyoderma gangrenosum, Crohn's disease, ulcer