

Kalça Artroplastisi Sonrası Nadir ve Şiddetli Bir Postoperatif Komplikasyon: Piyoderma Gangrenozum

Ömer Cihan Batur, Muhammed Kazez, Oğuz Aydın, Ali Sami Şeker

Ortopedi ve Travmatoloji, Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Elazığ, Türkiye

ABSTRACT

Piyoderma gangrenozum (PG), özellikle ortopedik girişimlerden sonra postoperatif yara enfeksiyonlarını taklit edebilen, nadir görülen, ülseratif bir nötrofilik dermatozdur. Yanlış tanı, uygunsuz cerrahi girişimlere ve artmış morbiditeye yol açabilir. Burada, femur boyun kırığı nedeniyle hemiartroplasti uygulanan 76 yaşındaki bir kadın olgu sunulmaktadır. Postoperatif 7. günde yara ülserasyonları ve başlangıçta cerrahi alan enfeksiyonu olduğu düşünülen pürülan akıntı gelişti. Tekrarlayan debridmanlara ve antibiyotik tedavisine rağmen durumu kötüleşti. Dermatoloji konsültasyonu ve histopatolojik inceleme PG tanısını doğruladı. Sistemik kortikosteroid tedavisiyle hızlı bir iyileşme sağlandı ve yara 25. günde başarıyla kapatıldı. Hasta postoperatif 45. günde sorunsuz olarak taburcu edildi. Özellikle debridmanla lezyonların kötüleştiği durumlarda, cerrahi sonrası atipik yara iyileşmesi veya ülserasyon olgularında PG akılda tutulmalıdır. Erken tanı ve multidisipliner yaklaşım, en iyi sonuçlar için kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Artroplasti, komplikasyon, kalça, piyoderma gangrenozum, yara enfeksiyonu.



Atıf için yazım şekli:

Batur ÖC, Kazez M, Aydın O, Şeker AS. A Rare and Severe Postoperative Complication After Hip Arthroplasty: Piyoderma Gangrenosum. Orthop Surg Trauma 2025;1(2):85–88.

Yazışma Adresi:

Muhammed Kazez,
Ortopedi ve Travmatoloji, Elazığ
Fethi Sekin Şehir Hastanesi,
Elazığ, Türkiye
E-posta: mkzz23@hotmail.com

Geliş Tarihi: 03.07.2025

Revizyon Tarihi: 14.07.2025

Kabul Tarihi: 22.07.2025

Yayın Tarihi: 05.09.2025

Etik: Gerekli değildir.

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Orthopedic Surgery & Trauma -
Available online at www.ortst.org



This work is licensed under
a Creative Commons
Attribution-NonCommercial
4.0 International License.

GİRİŞ

Piyoderma gangrenozum (PG), doku nekrozu ve ülserasyona yol açabilen nadir bir inflamatuvar deri hastalığıdır.^[1] Kesin etiolojisi hâlâ bilinmemekle birlikte, bağışıklık sistemi işlev bozukluğu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.^[2] PG sıklıkla yara enfeksiyonları veya nekrotizan fasiit ile karıştırılmakta ve cerrahi girişimlerin ardından ortaya çıkabilmektedir.^[3] Bu raporda, femur boyun kırığı nedeniyle uygulanan hemiartroplasti sonrasında gelişen nadir bir PG olgusu sunulmaktadır.

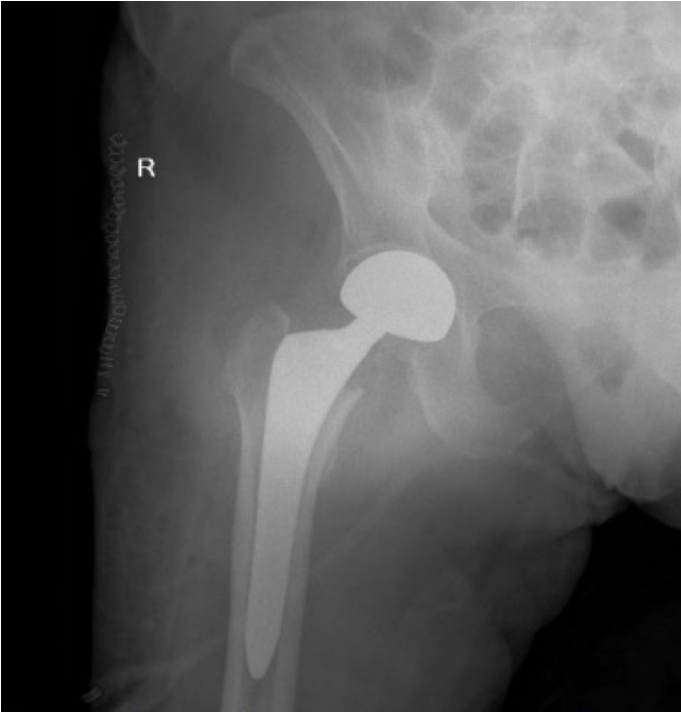
OLGU SUNUMU

Altmış altı yaşındaki kadın hasta, düşük enerjili düşme sonrası gelişen sağ femur boyun kırığı nedeniyle ortopedi ve travmatoloji kliniğimize başvurdu (Şekil 1). Bilinen sistemik hastalığı yoktu ve düzenli ilaç kullanımı bulunmamaktaydı. Başvurudan altı saat sonra spinal anestezi altında sağ kalça hemiartroplastisi uygulandı (Şekil 2). Dren alındı ve hasta postoperatif 1. günde mobilize edildi. Komplikasyon gelişmediğinden, hasta postoperatif 3. günde taburcu edildi.

Postoperatif 7. günde hasta, yara ile ilgili şikâyetlerle polikliniğe başvurdu. Sütur hattının proksimal ve distal kısımlarında ve dren çıkış yerinde oval deri lezyonları ile kötü kokulu seropürülan akıntı gözlemlendi (Şekil 3). Laboratuvar bulgularında lökositoz (beyaz kan hücresi sayısı [WBC]: 18.000/µL), eritrosit sedimentasyon hızında artış (ESH: 70 mm/sa) ve C-reaktif protein yüksekliği (CRP: 200 mg/L) saptandı. Başlangıçta cerrahi alan enfeksiyonu düşünüldü ve hasta yeniden yatırıldı. Steril koşullarda yara kültürleri alındı, lokal debridman yapıldı ve enfeksiyon hastalıkları ekibi ile görüşülerek ampirik olarak intravenöz vankomisin (1 g, günde iki kez) başlandı.



Şekil 1. Sağ femur boyun kırığını gösteren preoperatif anteroposterior (AP) pelvis radyografisi.



Şekil 2. Sağ kalçanın parsiyel protezini gösteren postoperatif anteroposterior (AP) radyografi.



Şekil 3. Hastanın yara enfeksiyonu şikâyetiyle başvurduğu postoperatif 7. gündeki yara görünümü.



Şekil 4. Lokal debridman sonrası lezyon ilerlemesi üzerine postoperatif 10. günde uygulanan vakum destekli kapama (VAC) tedavisi.

Postoperatif 10. günde lezyonlar ilerledi ve yara ayrışması gelişti; bu nedenle sedasyon altında geniş debridman yapılarak vakum destekli kapama (VAC) tedavisi uygulandı (Şekil 4). Her müdahale sonrası lezyonların ilerlemesi ve yaranın çevresinde eritemli papüller ile ülseratif lezyonların ortaya çıkması üzerine (Şekil 5) dermatoloji konsültasyonu istendi. Ön tanı olarak PG düşünülerek deri biyopsisi alındı ve ampirik olarak intravenöz metilprednizolon (1 mg/kg/gün) başlandı. Biyopsi sonucunda PG tanısı doğrulandı. Yara kültürlerinde bakteri üremesi olmadı. Debridman sonlandırıldı, yara bakımı topikal tedaviler ve sistemik steroidlerle sürdürüldü (Şekil 6).

Lezyonların gerilemesini takiben yara, postoperatif 25. günde primer olarak kapatıldı (Şekil 7) ve süturlar postoperatif 45. günde alındı. Hasta sorunsuz olarak taburcu edildi (Şekil 8).



Şekil 5. Her debridman sonrası ilerleyen lezyon büyümesi ve yaranın çevresinde eritemli papüller ile ülseratif lezyonların görünümü.



Şekil 6. Debridmanın sonlandırılmasının ardından topikal yara bakımı ve sistemik steroid tedavisi sırasında yaranın görünümü.

TARTIŞMA

Piyoderma gangrenozum genellikle cerrahiden sonraki ilk 15 gün içinde gelişir ve kolaylıkla cerrahi alan enfeksiyonu ile karıştırılabilir.^[4] Paterji fenomeni, PG lezyonlarını ağırlaştırabilir; bu da cerrahi debridmanın durumu kötüleştirebileceği anlamına gelir. Bizim olgumuzda da başlangıçta cerrahi alan enfeksiyonu düşünüldü; ancak tekrarlayan debridmanlardan sonra hastanın durumu kötüleşti ve kesin tanı dermatolojik konsültasyon ile histopatolojik inceleme sonucu konuldu.

PG idiyopatik olabilmekle birlikte, sıklıkla inflamatuvar bağışsık hastalığı, otoimmün bozukluklar veya hematolojik maligniteler gibi sistemik hastalıklarla ilişkilidir.^[5] Hastamızda altta yatan durumları araştırmak amacıyla romatolojik değerlendirmeler, endoskopik ve kolonoskopik incelemeler ile tümör taramaları yapıldı. PG ile ilişkili herhangi bir patoloji saptanmadı.



Şekil 7. Lezyonların gerilemesini takiben postoperatif 25. günde gerçekleştirilen primer yara kapaması.



Şekil 8. Postoperatif 45. günde süturların alınması.

PG tedavisi büyük ölçüde klinik deneyime dayanır ve sistemik kortikosteroidler birinci basamak tedavi olarak kabul edilir.^[6] Hastaların çoğu birkaç gün içinde tedaviye yanıt verir.^[7] Nazik yara bakımı ve gereksiz cerrahi girişimlerden kaçınılması kritik öneme sahiptir. Dirençli olgularda ek tedavi seçenekleri arasında topikal ajanlar, negatif basınçlı yara tedavisi (VAC), hiperbarik oksijen tedavisi ve immünsüpresif ilaçlar yer almaktadır.^[8,9]

Piyoderma gangrenozum, nadir, agresif ve potansiyel olarak yaşamı tehdit eden, tanı ve tedavide güçlükler yaratan bir durumdur. Özellikle debridman sonrası lezyonların kötüleştiği postoperatif yara komplikasyonlarında akılda tutulmalıdır. Erken tanı ve multidisipliner yaklaşım, gereksiz cerrahi girişimlerin önlenmesi ve hasta sonuçlarının iyileştirilmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Etik Kurul Onayı: Bu bir olgu sunumu olduğundan, kurum politikaları gereği etik kurul onayı gerekmemiştir.

Bilgilendirilmiş Onam: Hastadan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmış olup olgu sunumunda kişisel bilgileri gizlenmiştir.

Çıkar Çatışması: Yazarların beyan edecek herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek: Yazarlar, bu çalışmanın herhangi bir maddi destek almadığını belirtmiştir.

Yazma Yardımı için Yapay Zekâ Kullanımı: Yapay zekâ desteği kullanılmadığı beyan edilmiştir.

Yazar Katkıları: Konsept – Ö.C.B., M.K., A.S.Ş.; Tasarım – M.K., A.S.Ş., O.A.; Denetleme – O.A., C.B., Ö.C.B.; Kaynak – O.A., Ö.C.B., M.K.; Malzemeler – O.A., Ö.C.B., M.K.; Veri Toplanması ve/veya İşleme – O.A., Ö.C.B., M.K.; Analiz ve/veya Yorum – Ö.C.B., M.K., A.S.Ş.; Literatür Taraması – M.K., Ö.C.B., O.A.; Yazım – M.K., Ö.C.B., O.A.; Eleştirel İnceleme – M.K., A.S.Ş., O.A.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız hakemler tarafından değerlendirilmiştir.

KAYNAKLAR

- Maverakis E, Marzano AV, Le ST, Callen JP, Brüggen MC, Guenova E, et al. Pyoderma gangrenosum. Nat Rev Dis Primers 2020;6(1):81. [CrossRef]
- Cugno M, Borghi A, Marzano AV. PAPA, PASH and PAPASH Syndromes: Pathophysiology, Presentation and Treatment. Am J Clin Dermatol 2017;18(4):555-62. [CrossRef]
- Shah VI, Patel S, Patil J, Shetty GM. Post-surgical Pyoderma Gangrenosum after Total Knee Arthroplasty: A Rare Case Report and Literature Review. J Orthop Case Rep 2024;14(3):182-6. [CrossRef]
- Burnett RSJ, Nair R, Sawyer DM, Zbar AZ, Mathers JW. Pyoderma Gangrenosum in Revision Total Hip Arthroplasty: Clinical and Histopathological Findings with a Seven-Year Follow-up: A Case Report. JBJS Case Connect 2015;5(4):e113. [CrossRef]
- Bar D, Baum S, Druyan A, Mansour R, Barzilai A, Lidar M. Clinical course and prognostic disparities of pyoderma gangrenosum based on underlying disease: A long-term comparative study in 124 patients. Ann Dermatol Venereol 2025;152(2):103364. [CrossRef]
- She GR, Chen JY, Zhou ZQ, Zha ZG, Liu N. Total hip arthroplasty for femoral neck fracture with pyoderma gangrenosum patient: A case report. Int J Surg Case Rep 2017;30:134-7. [CrossRef]
- Etemadi SR, Sedaghatnia M, Hosseinienejad SM, Kokly S. Pyoderma gangrenosum following surgical treatment of distal humerus fracture; A case report. JOREP 2024;3(1):100227. [CrossRef]
- Attar S, Spangehl MJ, Casey WJ, Smith AA. Pyoderma gangrenosum complicating bilateral total knee arthroplasty. Orthopedics 2010;33(6):441. [CrossRef]
- Fracalvieri M, Fierro MT, Salomone M, Fava P, Zingarelli EM, Cavaliere G, et al. Gauze-based negative pressure wound therapy: a valid method to manage pyoderma gangrenosum. Int Wound J 2014;11(2):164-8. [CrossRef]
- Zimmermann J, Hunkin S, Meffert RH, Schmalz J. Pyoderma gangrenosum after reverse shoulder arthroplasty. Obere Extremität 2025 Mar 10. German. doi: 10.1007/s11678-025-00855-6. Epub ahead of print. [CrossRef]