

# Romatoid Artrit İle Birlikte Olan Bacak Ülseri

## LEG ULCER ASSOCIATED WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Ayten FERAHBAŞ\*, Ekrem AKTAŞ\*\*, Deniz TÜRKER\*\*\*, Serap UTAŞ\*\*\*\*

\* Uz.Dr., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD, Öğretim Görevlisi

\*\* Prof.Dr., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD, Öğretim Üyesi

\*\*\* Dr., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD, Araştırma Görevlisi

\*\*\*\* Doç.Dr., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD, Öğretim Üyesi, KAYSERİ

### Özet

Ülser; enflamatuvar nekrotik dokunun ayrılması sonucu ortaya çıkan, organ veya doku yüzeyinin lokal bir defektidir. Bacak ülseri tek başına bir hastalık olmayıp, alta yatan bir hastalığın semptomu olarak ortaya çıkmaktadır. Burada nadir görülmesi nedeniyle romatoid artrit (RA) ve bacak ülseri birlikteliği bulunan 60 yaşında bir olgu sunulmuş ve ilgili literatür gözden geçirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Bacak ülseri, Romatoid artrit

T Klin Tıp Bilimleri 2000, 20:369-371

### Summary

Ulcer is a defect of organ tissue surface which comes into being as a result of parting of inflammatory necrotic tissue. Leg ulcer is not only a disease, it can also appear as a symptom of underlying diseases. Here, in this article, because leg ulcer associated with RA is rarely seen, a case of sixty year old woman with this disease has been presented and the relevant literature has been reviewed.

**Key Words:** Leg ulcer, Rheumatoid arthritis

T Klin J Med Sci 2000, 20:369-371

Bacak ülserleri bir çok faktöre bağlı olup, özellikle yaşlılarda yaygın ve önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (1-3). Etiyolojik faktörler Tablo 1'de gösterilmiştir. Bunların dışında herhangi bir sınıflandırmaya girmeyen birçok faktör sık olmasa da bacak ülseri nedeni olabilir. Ancak bacak ülserlerinin %80'i venöz, %5-10'u arteriyel hastalıklar ve geri kalan kısmı da diğer hastalıklar sonucu gelişmektedir (1-3).

### Olgu

60 yaşında kadın hasta yaklaşık bir ay önce sağ ayak üzerinde başlayan ağrılı yavaş büyüyen ülser şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde; 30 yıldır romatoid artrit (RA), 2 yıl önce sol ayağında ülser sonrası diz altı amputasyonu mevcuttu. RA nedeni ile 10 yıldır indometazin, ibuprofen ve salisilik asit

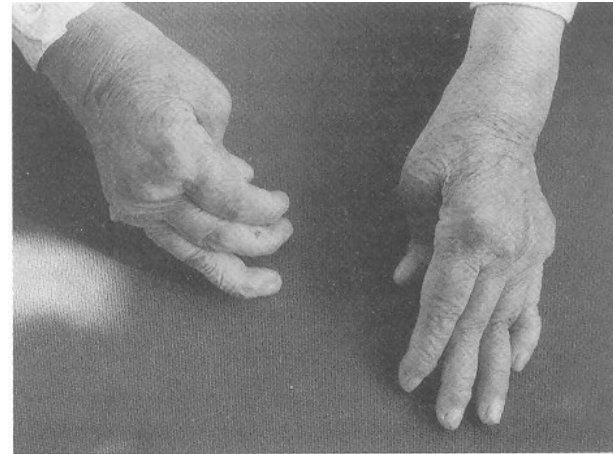
kullanıyordu. Yapılan dermatolojik muayenede; sağ ayak dorsal yüzünde etrafı eritemli, hafif endüre, keskin sınırlı 5x7 cm boyutunda zemini pürülan ülsere lezyon mevcuttu (Şekil 1). Her iki elde kuğu boynu deformitesi, proksimalde fleksi-yon, distalde ekstansiyon kontraktürü mevcuttu (Şekil 2). Sol bacak diz altından ampute edilmişti. Sağ ayak tırnaklarında diskolorasyon, subungual hiperkeratoz, ayak plantar yüzde hiperkeratoz, 3.-4. ve 4.-5. ayak parmakları arasında maserasyon mevcuttu. Yapılan nativ preparatta spor ve hifalar tespit edildi. Sağ alt ekstremite arteria (A.) femoralis ve A.tibialis posterior nabızları alınırken A.dorsalis pedis nabızı alınmıyordu. Sistemik muayene bulguları normaldi. Laboratuvar incelemelerinde; tam kan sayımı, tam idrar ve rutin biyokimya tetkikleri normal olarak değerlendirildi. Sedimentasyon hızı 79 mm/h, ASO:10 İ.Ü/ml (N <200), CRP:42mg/lt (N<6), RF:96 İÜ/ml (N<20), ANA (+) idi. Yara kültüründe üreme olmadı. Alt ekstremite arteriyel Doppler ultrasonografi (USG) incelemesinde sağ dorsalis pedis lokalizasyonunda arteriyel akım tespit edilemedi. Bu bulgularla hastaya RA'nın eşlik ettiği

**Geliş Tarihi:** 19.05.2000

**Yazışma Adresi:** Dr.Ayten FERAHBAŞ  
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Dermatoloji AD, 38039, KAYSERİ

**Tablo 1.** Bacak ülserinin etiyolojik faktörleri

Vasküler hastalıklar	Arteriyel Venöz Lenfödem
Enfeksiyonlar	Bakteriyel Spiroketal Tüberküloz Lepra Leishmaniasis Fungal Viral
Nöropatiler	Diabetes mellitus Tabes dorsalis Syringomyeli
Vaskülitler	Poliarteritis nodoza Wegener granülomatozu Romatoid artrit Piyoderma gangrenozum Sweet sendromu
Metabolik ve hematolojik hastalıklar	Polisitemia vera Orak hücreli anemi Talassemi Lösemi Kriyoglobülinemi Sferositoz Ovalositoz
Fiziksel ve kimyasal ajanlar İlaçlar	Halojenler Ergotizm Antikoagülanlar
Tümörler	Kutanöz Sekonder

**Şekil 1.** Sağ ayak dorsal yüzünde ülser lezyonu.**Şekil 2.** Her iki elde kuğu boynu deformitesi, proksimalde fleksiyon, distalde ekstansiyon kontraktürü.

arteriyel bacak ülseri tanısı konuldu. Göğüs kalp damar cerrahisi ve plastik cerrahi konsültasyonlarında cerrahi girişime gerek duyulmadı. Fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü tarafından RA için tedavi düzenlendi. Ülser tedavisi için lokal %0.5 klorheksidin asetat BP içeren tül gras sargı (Bactigras®) ve asiaticoside pomad, sistemik olarak pentoksifilin 3x400mg, çinko sülfat 2x50mg, asetil salisilik asit 1x300mg ve rheomacrodex 1x500cc I.V infüzyonu başlandı.

### Tartışma

Bacak ülseri nedenleri arasında vaskülitler veya bağ dokusu hastalıkları da düşünülmelidir. RA'da vaskülit; tipik olarak küçük ve orta boy

damarları tutar ve periferik nöropati, digital gangren, tırnak yatağı infarktleri ve palpabl purpura eşlik eder (1). Romatoid vaskülitte klinik lezyonların spektrumu hastalığın şiddeti ve tutulan damarların lokalizasyonu ve genişliğine bağlı olarak çeşitlidir. Lökositoklastik vaskülit genellikle derinin küçük venüllerini tutar, fakat aynı fibrinoid süreç arterioller, kalp ve sinir sistemi, visseral büyük damarlarda da görülebilir (1-3).

Kronik bacak ülseri yetişkin popülasyonda yaklaşık %1 oranında görülür. RA'lı hastalarda genel popülasyona oranla daha fazladır ve genellikle tedaviye daha dirençli olduğuna inanılır (4). RA'da kronik bacak ülserasyonunun etiyolojisi tam anlaşılmasına rağmen çok faktörlüdür (4-6).

Bu ülseler sıklıkla vaskülitte bağlı oluşmaktadır, fakat az bir bölümünde deri frajilitesi, arteriyel hastalık, venöz yetmezlik, periferik ödemin hepsi katkıda bulunabileceği gibi tam uymayan ayakkabı gibi basit mekanik bir faktör de etiolojide rol oynayabilir (4,5). Pun ve arkadaşları (6), RA'da bacak ülserinin en sık nedeni olarak %45.5 venöz yetmezlik, %36.4 arteriyel yetmezlik, daha az sıklıkla vaskülit ve nadiren Felty sendromu ve piyoderma gangrenozum tespit etmişlerdir. Bacak ülserli 23 RA'lı hasta grubunda yapılan bir başka çalışmada hastaların tümünde venöz yetmezlik tespit edilirken, sadece bir hastada arteriyel damar hastalığı saptanmıştır. Ayrıca kısıtlı ayak bileği hareketinin venöz dönüş yetmezliğine neden olduğu işaret edilmiştir (5). Herhangi bir nedenle bacak ülseri bulunan hastaların %10'unda ve kronik venöz ülserli hastaların %12'sinde romatoid faktörün pozitif olması ilginçtir (7,8). Bizim olgumuzda tespit edebildiğimiz etiolojik faktör arteriyel yetmezlikti. Ülser iyileşmesini geciktirebileceğinden biyopsi alınmasından kaçınıldı.

Arteriyel ülseler ayağın veya bacağın herhangi bir yerinde ortaya çıkabilir. Karakteristik olarak soluk ve sık olan bu ülselerin tabanında granülasyon dokusu yoktur ve keskin deri sınırına sahiptir. Kılımların kaybı, solukluk ve derinin parlaklığı gibi trofik değişiklikler arteriyel bir hastalığın bulgusu olarak değerlendirilir. İskemik ülseler karakteristik olarak ağrılıdır. Arteriyel yetmezlik düşünülen olgularda femoral, popliteal, dorsalis pedis ve posterior tibial arterlerin nabızları palpe edilmelidir. Arteriyel hipertansiyon veya diabetik hastalarda küçük damar tutulumuna bağlı olarak nabızlar alın-

masına rağmen iskemiye ait bulgular olabilir (1-3). Hastamızda ülser ayağın dorsal yüzüne yerleşmiş, granülasyon dokusu yok, ağrılı, soluk görünümde ülser kenarındaki deri parlaklığını yitirmiş idi. A.dorsalis pedis dışında diğer nabızlar alınıyordu. Bu özellikler ile arteriyel ülser olarak değerlendirildi. Alt ekstremitte arteriyel Doppler USG incelemesinde sağ dorsalis pedis arteriyel akımının olmaması tanımızı destekledi. RA'lı hastalarda arteriyel yetmezliğe bağlı bacak ülserinin oldukça nadir görülmesi nedeni ile sunumu uygun bulundu.

### KAYNAKLAR

1. Coffman JD. Cutaneous changes in peripheral vascular disease. In: Fitzpatrick TB, Freedberg IM, Eisen AZ, eds. *Dermatology in General Medicine*, 5th ed. New York: Mc Graw-Hill, 1999: 1946-62.
2. Fitzpatrick TB, Johnson RA, Wolff K, Polano MK, Suurmond D. *Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology*, 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 1997: 486-91.
3. Yılmaz E, Alpsoy E. Bacak ülselerinde tanı. XII. Prof. Dr.A.Lütfü Tat Simpozyumu Bildiri Kitabı. Ankara: Ayrıntı Ofset, 1995:109-16.
4. Mc Roire ER, Jobanputra P, Ruckley CV, et al. Leg ulceration in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1994; 33:1078-84.
5. Mc Rorie ER, Ruckly CV, Nuki G. The relevance of large-vessel vascular disease and restricted ankle movement to the aetiology of leg ulceration in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1998; 37:1295-8.
6. Pun YL; Barraclough DR, Muirden KD. Leg ulcers in rheumatoid arthritis. *Med. J Aust* 1990; 19:153:585-7.
7. Baker SR, Stacey MC, Singh G, et al. Aetiology of chronic leg ulcers. *Eur J Vasc Surg* 1992; 6:245-51.
8. Baker SR, Stacey MC, Jopp-McKay AG, et al. Epidemiology of chronic venous ulcers. *Br J Surg* 1991; 78:864-7.