

# Psoriasis ve Polinöropati

## PSORIASIS AND POLYNEUROPATHY

Dr.Ülkü TÜRK\*, Dr.Ülker GÜL\*\*, Dr.Yıldız KARABAY\*\*

S.B. Ankara Hastanesi \*Nöroloji, \*\*Dermatoloji Klinikleri, ANKARA

### ÖZET

*Psoriasisli 15 hastanın periferik sinirleri elektronöromyografik olarak incelendi. Oral tedavi almamış ve sistemik hastalığı olmayan hastalarda psoriasisle polinöropatinin ilgisi araştırıldı. Eşleştirilmiş yaş ve cinsiyette 10 sağlıklı kontrol grubu ile psoriasisli hastaların sonuçları karşılaştırıldı. Hasta grubunda motor ve sensoriyel iletim hızında hafif derecede yavaşlama olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı.*

Anahtar Kelimeler: Psoriasis, Polinöropati

T Klin Dermatoloji 1993, 3:4-6

### SUMMARY

*Fifteen patients with psoriasis were examined with electroneuromyographic method. A relationship between psoriasis and polyneuropathy was searched for in the patients who did not receive oral therapy before and who did not have systemic disease previously. The results of the patients with psoriasis were compared with an age and sex matched control group containing 10 healthy persons. Although the patients had light prolonged motor and sensory conduction velocities, the results didn't show any statistical important difference.*

Key Words: Psoriasis, Polyneuropathy

Turk J Dermatol 1993, 3:4-6

Psoriatik lezyonların oluşumunda pek çok etken suçlanmakla birlikte, psoriasis, henüz etyopatogenezi tam olarak açıklanamayan hastalıklar içinde yerini korumaktadır. Son yıllarda nöral mekanizmanın etken olduğu görüşü ilgiyi çekmiştir (1,2). Deri lezyonlarına ek olarak bazı hastalarda polinöropatinin de gözlenmesi bu ilgiyi artırmıştır (3,4). Ancak, psöriasisde gözlenen polinöropatinin, psoriasisde görülen bir tutulum mu, yoksa kullanılan ilaçların yan etkisi mi olduğu konusunda yayınlar birbiri ile çelişki göstermektedir (3,4).

Bu konuyu açığa çıkarmak amacı ile bu çalışmada sistemik hastalığı olmayan, ilaç ve toksik madde kullanmayan psoriasisli hastaların periferik sinirleri, polinöropati yönünden araştırıldı.

Geliş Tarihi: 9.11.1992

Kabul Tarihi: 15.1.1993

Yazışma Adresi: Dr.Ülker GÜL  
S.B. Ankara Hastanesi  
Dermatoloji Kliniği  
Başasistanı  
Cebeci, ANKARA

### MATERYEL VE METOD

Bu çalışmada Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi Dermatoloji polikliniğine başvuran psoriasis tanıtı 6 erkek ve 9 kadın toplam 15 hastada periferik nöropati araştırıldı. Hastalar 15 ile 64 yaşları arasında (ortalama 35.5) idi. Hastalarımızın 14'ünde psoriasis vulgaris, birinde ise palmoplantar psoriasis vardı. Hastalık anamnezleri 6 ay ile 15 yıl (ortalama 5.8 yıl) arasında değişiyordu. Kontrol grubu olarak 4 erkek, 6 kadın toplam 10 sağlıklı kişi alındı. Kontrol grubu bireylerinin yaşları 17 ile 60 (ortalama 39.8) arasında idi.

Hasta ve kontrol grubumuz sistemik ilaç tedavisi (kortikosteroid, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar gibi) almamış ve toksik madde kullanım anamnezli olmayan bireylerden oluşuyordu. Her iki gruba da tam kan, tam idrar, açlık kan şekeri, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ile dahiliye muayeneleri yapıldı. Polinöropatiye sebep olabilecek diğer hastalıkları olanlar çalışmaya alınmadı.

Hasta ve kontrol grubunun nörolojik muayeneleri yapıldı. Onbeş psöriasisli hastada ve 10 kontrol vaka-sında N.Medianus ve N.Peroneusda distal latans ve

duyu iletim hızına, N.Suraliste ise distal latans ve duyu iletim hızına bakıldı. Median sinir motor iletim hızı için sinir el bileğinden distalde ve ön kolda yüzeysel elektrodla uyarıldı. Kayıt abductor pollicis brevis kasından yüzeysel elektrodlarla yapıldı. N.Peroneus motor iletim hızını kayıt için sinir, ayak bileğinden ve fibula başından stlmüle edildi. Kayıtlar gümüş klorid yüzeysel elektrodlarla extensor digitorum brevis kasından yapıldı. Stimulator olarak bipolar yüzeysel stimulator kullanıldı. Uyarım için 0.2 ms süreli kare dalga kullanıldı. Sinir supramaksimal stimüle edildi ve en az iki cevap kaydedildi. N.Suralls sensoriyel iletim hızı orthodromik metodla tayin edildi. Dış malleolun arkasından yüzeysel bipolar stimulus elektrodu ile sinir stlmüle edildi. Kayıt, iğne elektrodlarla yapıldı. Kayıt elektrodu dış malleol hizasından 15 cm yukarıda aşıl tendonunun laterallne yerleştirildi.

Hasta ve kontrol grubuna alt bulgular, student t testi ile istatistiksel olarak değerlendirildi.

## SONUÇLAR

Onbeş psoriasisli hastanın ve 10 kontrol vakasının sonuçları Tablo 1'de özetlenmiştir. Hastalarımızın hepsinde nörolojik muayene normal bulundu. Elektrofizyolojik değerlendirmede N.Medianus ve N.Peroneusun distal latans ve motor iletim hızları ile N.Suralisin distal latans, sensoriyel aksiyon potansiyelleri (amplitud) ve duyu iletim hızları kontrol grubu ile karşılaştırıldı. N.Medianusun distal latans ve motor iletim hızları ile kontroller arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ( $p>0.05$ ). N.Peroneusun distal motor latansı ve motor iletim hızı da istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemekteydi ( $p>0.05$ ). N.Suralisin distal latansı, sensoriyel aksiyon potansiyelleri (amplitud) ve sensoriyel iletim hızının kontrollerle karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tesbit edilmedi ( $p>0.05$ ). N.Medianus ve N.Peroneus distal motor latansı ve motor iletim hızları ile N.Suralls sensoriyel iletim hızı hastalarda hafif derecede daha yavaş olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi.

## TARTIŞMA

Kısa bir süre önce Sindrup ve arkadaşları psoriasisli 3 vakada polinöropati tanımlamışlardır (3). Bu vakalardan birincisinde ağrı ve parestezi gibi klinik polinöropati belirtileri gözlenmiş. Bu hastada oral ilaç kullanımı anamnezi tanımlanmamış ve elektrofizyolojik olarak da polinöropati gösterilmiş. Diğer iki vakadan birinde nonsteroid antünflamatuvar ilaç, diğerinde nonsteroid antünflamatuvar ve Immunosüpresif Haç kullanım anamnezi varmış. Bu iki hastada da polinöropati gösterilmiş. İlaç kullanmayan birinci hastada da polinöropatinin gösterilmesi, psoriasisli polinöropatinin birlikte görülebileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Rothenberg ve arkadaşları psoriasisli bir hastada polinöropati göstermişler, bunun da nonsteroid ilaç kullanımına bağlı bir yan etki olduğunu iddia etmişlerdir (4).

Polinöropatiye sebep olacak bir hastalığı ve ilaç kullanım anamnezi olmayan 15 psoriasisli hastamızda polinöropati tesbit etmedik.

Psoriasisli hastalarda kutanöz nöral elementlerin değiştiğine dair bilgiler önceki yayınlarda belirtilmiştir (2). Substans P, sinir sistemi ve deri lezyonları arasındaki ilişkiden sorumlu görünmektedir (7,8). Polinöropatinin semptomu olan ağrı ve parestezi, C tipi sinir lifleri He spinal korda taşınmakta ve ağrı hissinden Substans P sorumlu tutulmaktadır (9).

Polinöropati görülen psoriasisli vakalarda hem motor, hem de sensoriyel iletim hızı yavaşlamakta ve sensoriyel aksiyon potansiyeli düşmüş olarak bulunmaktadır. Bu da bize hem aksonal, hem de demyellizan tip polinöropati örneğini göstermektedir. Ayrıca hastalarda ısı duyası bozukluğu da görülmekte ve bu da ince myelinsiz C tipi sinirlerin tutulduğunu göstermektedir (3,4).

Sonuç olarak bu konuda bugüne kadar yeterli araştırma yoktur. Bizim vakalarımızda polinöropatiye ait elektrofizyolojik bir bulgu gözlenmemesine rağmen, bu konuda daha geniş bir hasta grubunda çalışmanın konuya açıklık getireceği kanısındayız.

Tablo 1. Psoriasisli hasta ve kontrol grubunda elektrofizyolojik bulgular

Grup	N. Medianus		N. Peroneus		N. Suralis		
	Dis.Lat. (msn)	MİH (m/sn)	Dis.Lat. (msn)	MİH (m/sn)	Dis.Lat. (msn)	SİH (m/sn)	Amplitud (mikrovolt)
Psoriasis (n:15)	3.8±0.1	50.5±1.5	3.9±0.5	49±0.7	3.1 ±0.32	51.6±2.6	7.2±2.1
Kontrol (n:10)	3.1 ±0.2	61 ±0.5	3.6±0.4	52.9±5.8	2.9±0.4	53.1 ±2.8	7.3±2.5
p	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

Dis.Lat.: Distal latans

MİH: Motor iletim hızı

SİH: Sensoriyel iletim hızı

Ortalama değerler ± standart sapma olarak gösterilmiştir.

## KAYNAKLAR

1. Fry L Psoriasis. Br J Dermatol 1988; 119:445-61.
2. Dewing SB. Remisi3n of psoriasis associated with cutaneous nerve section. Arch Dermatol 1971; 104:220-21.
3. Sindrup SH, Ibsen HHW, Sindrup JH, Sindrup EH. Psoriasis and polyneuropathy. Acta Derm Venereol (Stockh) 1990; 70:445-48.
4. Rothenberg RJ and Stufft RL. Drug-Induced peripheral neuropathy In a patient with psoriatic arthritis. Arthritis and Rheumatism, 1987,30(2):221-25.
5. Chamberlain MA, Bruckner FE. Rheumatoid neuropathy: clinical and electrophysiological features. Ann Rheum Dis 1970; 29:609-16.
6. Feinglass EJ, Amett FC, Dorsch CA, Zlcic M, Stevens MB. Neuropsychiatric manifestation of systemic lupus erythematosus: Diagnosis, clinical spectrum and relationship to other features of the disease. Medicine (Baltimore), 1976, 58:323-339.
7. Farber EM, Nickoloff BJ, Recht B, Frak JE. Stress, symmetry and psoriasis: Possible role of neuropeptides. J Am Acad Dermatol 1986; 14:305-11.
8. Neukkurinen A, Nickoloff BJ, Farber EM. Quantification of cutaneous sensory nerves and their substance P content in psoriasis. J Invest Dermatol 1989; 92:126-29.
9. Henry JL. Relation of substance P to pain transmission: Neurophysiological evidence. Ciba found symp. 1982; 91:106-24.

NAZOLABİAL VE GLABELLAR KIRIŞIKLIKLARIN TEDAVİSİNDE  
MİKROCERRAHİ TEDAVİ

Yıllardır kırışıklıkların tedavisinde lineer skar dokusuna neden olduğundan direk eksizyon yöntemlerinden kaçınılmıştır. Ancak eksizyon yapılan bölgenin çevresindeki dokunun mikrocerrahi yöntemle soyulması ortadaki skar dokusunu gizlemektedir. Bu yöntemin deri kırışıklıklarının tedavisinde de uygulanmasının başarılı olacağı düşünülerek nasolabial veya glabellar kırışıklığı olan 30 olguda denenmiş ve olgular 2 yıl boyunca izlenmiştir. Olguların hepsinde deri kırışıklıklarında etkili bir azalma olduğu ve skar dokusu görülmediği saptanmıştır.

Operasyon lokal anestetik kullanılarak ve yaklaşık 10 büyütmele operasyon mikroskopu altında yapılmıştır. Operasyon birbirini izleyen 2 aşamada yapılmıştır ve 1 günde tamamlanmıştır. İlk aşamada kırışığın etrafındaki doku epidermis ve üst dermişi içerecek şekilde (0.7mm) şeritler şeklinde soyulmuştur. İkinci aşamada kırışık bölgesi altındaki subkutan doku korunacak şekilde lentiform bir insizyonla (5-1 Omm) çıkarılmıştır. Hemostazı takiben 7.0-8.0 naylon veya absorbe edilebilir sentetik materyallerle intradermal sütür atılmıştır. Daha sonra da 8.0-9.0 naylon ile yüzey dikilmiş ve operasyondan 3 gün sonra sütürler alınmıştır. Bir hafta sonra tam bir iyileşme görülmüştür.

Deri kırışıklıklarının tedavisinde yüz germe, dermal ve subdermal olarak kollojen ve otolog yağ enjeksiyonları, dermabrazyon ve kimyasal soyma yöntemleri de mevcuttur. Yüz germe derin kırışıklıklarda etkili fakat zor bir yöntemdir. İyi eğitilmiş bir ekip gerektirmektedir. Dermal ve subdermal doldurma teknikleri kısa dönemde etkindir. Ancak özellikle kollojen allerjik ve nonallerjik reaksiyonlara neden olabilir. Bu yöntemin çok uzun dönemdeki prognozu da bilinmemektedir. Dermabrazyon ve kimyasal soyma yöntemleri ise daha çok yüzeysel kırışıklıklarda etkili olmakta, postoperatif pigment artışına neden oldukları için esmerlerde tercih edilmemektedir.

Mikrocerrahi yöntemle çıkarılan dokunun derinliği uygun olarak ayarlanabildiğinden skar oluşumu daha iyi kontrol edilebilmekte ve operasyonun birinci aşaması lineer skar dokusu üzerine iyi bir kamuffaj etkisi yapmaktadır. Ortadaki çıkarılan kırışıklık zaten fazla bir doku olduğu için de doku gerginliği zayıf olmaktadır. Bu da hipertrofik skar oluşumunu önlemektedir.

J Dermatol Surg Oncol 1992; 18:31-7

Toshio Kobayalrı

Çev: Uz.Dr.Hatice ERDİ