

Akroosteolizis İle Seyreden Psoriatik Artrit Olgusu¹

A CASE OF PSORIATIC ARTHRITIS PRESENTING WITH ACROOSTEOLYSIS

Emine TAMER*, Züleyha SOYTÜRK**, Güneş GÜR TOY*, Nuran ALLI***

* Uz.Dr., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği,

** Dr., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği,

***Doç.Dr., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği, ANKARA

Özet

Amaç: Akroosteolizis, primer ya da sekonder olarak ortaya çıkabilen, distal falankların destrüksiyonuyla giden bir klinik antitedir. Psoriatik artrite sekonder gelişebilir.

Olgu: Olgumuz püstüler psoriasis lezyonları ile birlikte klinik ve radyolojik olarak tipik akroosteolizis bulguları göstermekteydi.

Sonuç: Bu olguyu dermatoloji ve fizik tedavi kliniklerinde ender rastlandığı için bildiriyoruz.

Anahtar Kelimeler: Psoriasis, Psoriatik artrit, Akroosteolizis

T Klin Dermatoloji 2003, 13:225-228

Summary

Purpose: Acroosteolysis is a clinical entity which is characterized by either primary or secondary destruction of distal phalanx. It may develop secondary to psoriatic arthritis.

Case: Our patient displayed pustular psoriasis lesions associated with typical features of acroosteolysis clinically and radiologically.

Conclusion: We are reporting this case since it is rarely encountered in dermatology and physical therapy clinics.

Key Words: Psoriasis, Psoriatic arthritis, Acroosteolysis

T Klin J Dermatol 2003, 13:225-228

Psoriatik artrit (PA), etyolojisi kesin olarak bilinmeyen, psoriasisli hastalarda görülen inflamatuvar bir artrittir. Romatoid faktör genellikle negatiftir. Periferik eklemlere ilaveten sakroiliak ve aksiyel tutulum da görülebilir (1-5).

PA'in gerçek sıklığı bilinmemektedir. Genel popülasyondaki prevalansı %0.02-%0.1 arasındadır. Psoriasisli hastalarda PA sıklığı %1.6-41.6 arasında bildirilmektedir (2-10).

PA'in etyopatogenezi kesin olarak bilinmemekle beraber hastalığın gelişmesi ve devamından sorumlu olabilecek çeşitli faktörler üzerinde durulmaktadır. Bunlar; genetik, vasküler, immünolojik ve çevresel faktörlerdir (1,5,11).

PA'in başlangıcı genellikle sinsidir, fakat hastaların yaklaşık 1/3'ünde akut başlangıç olabilir. Her yaşta görülebilmekle birlikte başlangıç yaşı sıklıkla 35-45 yaşları arasındadır. Kadın ve erkekte yaklaşık olarak eşit oranda görülür (2-5,12).

Osteolizis, kemik yıkımıdır ve neoplastik, enfeksiyöz, metabolik, travmatik, vasküler, konjenital ve artiküler pek çok nedene sekonder ortaya çıkabilir. Primer osteolizis ise, mesleksi akroosteolizis, posttravmatik osteolizis ve primer osteolizis sendromları olmak üzere 3 şekilde görülebilir (13).

Psoriasis, vaskülitler, kollajen vasküler hastalıklar (skleroderma), pitriazis rubra pilaris, epidermolizis bulloza gibi bazı dermatolojik hastalıklarla birlikte de akroosteolizis görülebilir (13). Burada püstüler psoriasis ile psoriatik artrite bağlı akroosteolizis gelişen bir olgu sunulacaktır.

Olgu

59 yaşındaki erkek hasta avuç içleri ve ayak tabanlarındaki iltihaplı yaralar şikayetiyle başvurdu. Öyküsünden şikayetlerinin 30 yıldır aralıklarla devam ettiği ve daha önceden vücudunda kabuklu yaralar olduğu öğrenildi.



Şekil 1. Her iki elin distal falankslarında rezorbsiyon ve tırnakların bazılarında parsiyel, bazılarında total kayıp



Şekil 2. Her iki el palmar yüzde eritemli zeminde yer yer püstüller, yer yer skuamli psoriatik plaklar

Özgeçmiş, soygeçmiş ve sistem sorgulamasında bir özellik saptanmadı.

Genel fizik muayenesi normaldi. Dermatolojik muayenesinde; her iki avuç içi ve ayak tabanında eritemli zeminde çok sayıda püstül ve deskuamasyon, boyunda ve sağ bacak ekstansör yüzde eritemli püstüler plakları mevcuttu. El ve ayak parmak distallerinde rezorbsiyon, yer yer skuamli püstüler lezyonlar ve el tırnaklarının bazılarında parsiyel, bazılarında total kayıp izleniyordu (Şekil 1,2).

Rutin laboratuvar tetkiklerinde patoloji saptanmadı. ASO, CRP, RF, ENA screen, ANA, Anti dsDNA değerleri normal ya da negatif olarak saptandı. Sol avuç içinden alınan punch biopsinin histopatolojik incelemesi püstüler psoriasis ile uyumlu olarak değerlendirildi. Anteroposterior el grafisinde; bilateral radiokarpal, interkarpal, metakarpofalangial eklem aralıkları normal olup erozyon ve kist izlenmiyordu. Proksimal interfalangial ve distal interfalangial eklem aralıklarında daralma ve distal falankslarda osteolizis saptandı (Şekil 3). Tüm vücut kemik sintigrafisinde; sağ omuz ve S1 vertebrada dejeneratif değişikliklere bağlı artmış aktivite tutulumu görüldü. FTR kliniğiyle konsültasyon sonucu mevcut bulgular psoriatik artritle uyumlu bulundu.

Püstüler psoriasis tanısıyla hastaya Kolsin tb 3x1 ve topikal tedaviler başlandı.



Şekil 3. El grafisinde distal falankslarda osteolizis

Tartışma

PA'in bu konuda en çok çalışmış araştırmacılar olan Moll ve Wright tarafından beş klinik formu tanımlanmıştır (2). Bunlar;

- Predominant olarak distal interfalangial eklem tutulumu
- Artritis mutilans
- Simetrik poliartrit
- Asimetrik oligoartiküler artritis
- Aksiyel tutulum

Artritis mutilans PA'in en ağır formudur. Hastaların yaklaşık %5'inde görülür. Falankslar, metakarp ve metatarslarda osteolizis, ankiroz ve ağır deformitelere yol açabilen bir tablodur. Hastamızın el distal falankslarında klinik ve radyolojik

olarak osteolizis saptadığımızdan ve ellerde ağır deformite gelişmiş olduğundan olgumuz PA'in artrit mutilans formu olarak değerlendirildi.

Hastaların %60-80'inde artrit 1-2 dekat önce psoriasis görülmeyle birlikte %15-20'sinde artrit psoriasisden önce başlayabilir (3,4). Hastamızın öyküsünden 30 yıldır tekrarlayan plak tipi psoriasis lezyonlarının olduğu öğrenildi. Ancak eklem şikayetlerinin ne kadar süredir devam ettiği kesin olarak saptanamadı. PA, psoriasisin bütün tiplerine eşlik edebilirse de en sık rastlanan form klasik plak tip psoriasisdir (3,4). Hastamız öyküsünde plak tipi psoriasis lezyonlarının olduğunu ifade ediyordu. Bize başvurduğunda ise lezyonları püstüler formdaydı.

PA'li vakalarda tırnak bulguları komplikasyonsuz psoriasislilerden daha sık görülür. Tırnak bulguları; subungual hiperkeratoz, pitting, onikolizis, lökonişi, sarı yağlı tırnak, splinter hemoraji şeklindedir. Püstüler psoriasisli hastalarda tırnak yatağı veya matriksinde yerleşmiş subungual püstüller tırnak kaybına neden olabilir (2-4,12). Hastamızın subungual yerleşimli püstüller ve distal falankslarda destrüksiyona sekonder gelişen el tırnaklarının bazılarında parsiyel, bazılarında total kayıp mevcuttu.

PA için karakteristik bir laboratuvar testi yoktur. PA'li hastalarda komplikasyonsuz psoriasislilere göre sedimentasyon hızı yüksektir ve anemi daha fazla görülür (3,12). Hastamızın rutin laboratuvar değerleri ise normal olarak tespit edildi.

PA'in çok belirgin radyolojik özellikleri vardır (2-4,14):

- Romatoid artritteki kadar belirgin periartriküler osteoporoz olmaması
- Distal interfalangial eklemlerin tutulumu
- Terminal falanks tepesinin erozyonu (akroosteolizis)
- Hokka içinde kalem deformitesi
- Simetrimin olmayışı
- Kemiksel ankiloz gelişmesi
- İzole küçük eklemlerin ağır destrüksiyonu

- Kemiklerin özellikle metatarsların osteolizi
- Özellikle karpal ve metakarpal kemiklerde yumuşak periostit görünümü
- Paravertebral ossifikasyon (15)
- Asimetrik sakroileit
- Nonmarjinal ve asimetrik olarak birkaç seviyede, atipik sindesmofitlerle karakterize spondilit görülmesi
- İntervertebral disk aralığında daralma ve servikal vertebraların ankiloz eğilim göstermesi

Osteolizis primer olarak veya neoplastik, enfeksiyöz, metabolik, travmatik, vasküler, konjenital ve artiküler pek çok nedene sekonder ortaya çıkabilen kemik yıkımıdır.

Primer osteolizis, mesleksi akroosteolizis, posttravmatik osteolizis ve primer osteolizis sendromları olmak üzere 3 şekilde görülebilir. Mesleksi akroosteolizis kimyasal veya fiziksel travma sonucu; örneğin nalbantlarda ve endüstriyel bir takım maddelerle temas ederek çalışanlarda (polivinil klorid gibi) gelişir. Posttravmatik osteolizis komplike kırıklardan sonra gelişir. Osteolizis sendromları, *Hadju ve Cheney'in akroosteolizis sendromu*, *Gorham'in masif osteolizisi*, *İdiopatik multisentrik osteolizis (Karpal-Tarsal osteolizis)* ve diğer osteolizis sendromları olmak üzere 9 tanedir. Genetik geçişli ya da sporadik olarak genellikle çocukluk yaşlarında başlangıç gösterirler (13).

Romatoid artrit, juvenil kronik artrit, SLE, skleroderma, miks konnektif doku hastalığı, multisentrik retikülohistiositoz, gut, kalsiyum pirofosfat dihidrat kristal depo hastalığı, nöropatik osteoartropati, osteonekrozis, hiperparatroidizm, renal osteodistrofi, plazma hücreli myeloma, kemik metastazları, tüberküloz, fungal enfeksiyonlar, sarkoidoz gibi hastalıklarda çok sayıda odakta, sekonder olarak ciddi ve progresif osteolizis ve kondrolizis (kıkırdak yıkımı) gelişebilir. Ayrıca hayvan ısırıkları, donma, radyasyon, termal ve elektrik yanıklarını takiben osteolizis görülebilir (13).

Terminal falanksların bant şeklinde resorbsiyonu, osteolizisin alışılmış paterninden farklıdır. Psoriasis, vaskülitler, kollajen vasküler hastalıklar

(skleroderma), pitriazis rubra pilaris, gut, epidermolizis bulloza ile birlikte akroosteolizis görülebilir (13).

PA tedavisi, deri ve eklem hastalığının yaygınlığına, ilerleme hızına, eklem tutulumunun şekline ve lokalizasyonuna, hastanın fonksiyonel durumuna göre planlanır (1). Hafif periferik artritis vakalarının çoğu nonsteroid antiinflatuar ilaçlar (NSAİİ) ile tedavi edilebilir (1,3,4). NSAİİ'lerin yetersiz kaldığı hastalarda ve ilerleyici veya erosiv artriti olanlarda hastalığı modifiye eden, uzun etkili antiromatizmal ilaçların veya immünsüpresif ajanların kullanılması gerekir. İlaç tedavisinin yanısıra hastalar düzenli olarak rehabilite edilmelidir (1,3,4,16).

Olgumuz püstüler psoriasis lezyonları ile birlikte klinik ve radyolojik olarak akroosteolizis bulgularına sahipti. Klasik kitaplarda akroosteolizisin PA'e eşlik edebileceğine dair bilgiler olmasına karşın literatüre baktığımızda benzeri bir olguya rastlanmamıştır. Olgumuzun hem dermatoloji, hem de FTR kliniklerinde ender karşılaşılan bir olgu olması nedeniyle sunulması uygun görülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Çalgüneri M, Karaaslan Y. Psoriatic artritis. Romatoloji Bülteni 1994; 1:3-9.
2. Moll JMH, Wright V. Psoriatic arthritis. Semin Arthritis Rheum 1973; 3:55-78.
3. Michet CJ. Psoriatic arthritis. In: Kelley WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CB, eds. Textbook of rheumatology, 4th ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1993; 974-84.
4. Bennet RM. Psoriatic arthritis. In: Mc Carty DJ, Koopman WJ, eds. Arthritis and allied conditions, 12th ed. Philadelphia: Lea and Febiger, 1993; 1079-94.

5. Gladman DD. Psoriatic arthritis: recent advances in pathogenesis and treatment. Rheum Dis Clin Noth Am 1992; 18: 247-56.
6. Stern RS. The epidemiology of joint complaints in patients with psoriasis. J Rheumatol 1985; 12: 315-20.
7. Leonard DG, O'Duffy JD, Rogers RS. Prospective analysis of psoriatic arthritis in patients hospitalized for psoriasis. Mayo Clin Proc 1978; 53: 511-8.
8. Scarpa R, Oriente P, Pulino A. Psoriatic arthritis in psoriatic patients. Br J Rheumatol 1984; 23: 246-50.
9. Oriente CB, Scarpa R, Pucino A, Oriente P. Psoriasis and psoriatic arthritis. Acta Derm Venereol Suppl 1989; 146:69-71.
10. Green L, Meyers OL. Arthritis in psoriasis. Ann Rheum Dis 1981; 40: 366-9.
11. Finzi AF, Gibelli E. Psoriatic arthritis. Int J Dermatol 1991; 30: 1-7.
12. Laurent MR. Psoriatic arthritis. Clin Rheum Dis 1985; 11: 61-85.
13. Resnick D, Niwayama G. Osteolysis and chondrolysis. In: Diagnosis of bone and joint disorders, 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1995; 4467-83.
14. Greespan A, Gershwin ME. In: Radiology of the arthritis - a clinical approach. New York: Gower Medical Publishing, 1990; 5.30-5.36.
15. Bywaters EGL, Dixon ASJ. Paravertebral ossification in psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis 1965; 24: 313-31.
16. Goupille P, Soutif D, Valat JP. Treatment of psoriatic arthropathy. Semin Arthritis Rheum 1992; 21: 355-67.

Geliş Tarihi: 25.07.2002

Yazışma Adresi: Emine TAMER
Ankara Numune Eğitim ve
Araştırma Hastanesi
Dermatoloji Kliniği,
ANKARA
eminetamer@hotmail.com

§XV. Prof. Dr. Lütfü Tat Simpozyumu'nda yazılı bildiri olarak sunulmuştur.