

BİR VAKA NEDENİYLE PSORİYATİK ARTRİT

Dr. Şükrü BALEVİ, Dr. Hüseyin ENDOĞRU

S.Ü.T.F. Dermatoloji Anabilim Dalı

ÖZET

Psoriasis ve artritinin simultane meydana gelişi 15 yıldan daha fazla zamandanberi bildirilmektedir. Buna rağmen bu birlikteliğin önemi henüz belli değildir. Hernekadar ayak parmağı tutulursa da, guttan ayırılması zor değildir, ancak serum ürik asidi yükselmesi yaygın psoriasisde geçici olarak meydana gelebilir. Romatoid faktör psoriasisde bulunmaz.

Anahtar Kelime : Artrit

SUMMARY

A Case of Psoriatic Arthritis

The simultaneous occurrence of psoriasis and arthritis has been noted for more than 15 years. However, the significance of this association is still not clear. Although the toes often are involved as long as it is noted that elevated serum levels of uric acid may occur secondary to widespread psoriasis. Romatoid factor was not found in psoriatic arthropatica.

Key Word : Arthritis

GİRİŞ

Sedef hastalığı olan kişilerde romatizmal yakınmaların artmış sıklıkta bulunduğu çok eski bir gözlemdir. Psoriatik artritte prognoz genellikle iyidir. Olguların ancak % 5 kadar az bir kısmında eklem bozuklukları ağır bir şekil gösterir. Ancak psoriatik artropatinin nadir de olsa çok ağır seyredebileceği unutulmamalıdır (1).

Günümüzdeki görüşlere göre psoriasis artropatisinde 5 ayrı klinik tip kabul edilmektedir : 1 Özellikle distal interfalangeal eklemlerin tutulduğu şekil. Klasik tip denilen bu şekil hastaların % 5 inde görülür. 2. Artritis mutilans denilen ağır kemik harabiyeti gösteren opera dürbünü gibi parmak eklemlerinin birbiri üzerine geçmesine neden olan form 3. Tüm psoriatik hastaların % 15 kadarını oluşturan ve klasik simetrik romatoid faktör testinin negatif olması ile ayrılan şekil 4. Klasik ankilozan spondilit gibi omurga tutulması ile seyreden şekil (Tüm hastaların % 5 kadarı). 5. Bir veya birkaç eklemi asimetrik tutan ve eklemlerin sosis görünümü

yapabildiği şekil. Bu son şekil psoriatik artropatili hastaların % 70-75 kadarının oluştururlar. Bütün bu şekillerin ortak özelliği romatoid faktör testinin negatifliği ve romatoid nodüllerin olmayışdır. Sıklıkla parmak tutulumu olmasına rağmen guttan ayrılması serum ürik asit seviyesi yükselineye kadar oldukça zordur.

Psoriatik artriti olan hastalarda eğer sakroileit ve spondilit beraber olarak bulunursa, HLA-B 27 % 90 oranında spondilit veya sakroileitis tek başına olursa % 40 oranında bulunur. Sadece periferik artritis varsa ancak % 20 oranında pozitif bulunur. HLA A 13 taşıyan hastalarda ailesel birikim azdır ve hastalık hafif seyreder. Buna karşılık HLA-BW 17 taşıyanlarda hastalarda hastalık yoğun bir ailesel birikim gösterir (2).

Psoriatik artrite özgü bir laboratuvar testi yoktur. Lateks romatoid faktör sıklığı o bölgede görülen sıklıktan daha fazla görülmez. Antinükleer antikor negatif bulunur. Eritrosit sedimantasyon hızı genellikle artmıştır, hastaların normokrom normositer bir kro-

nik anemi bulunabilir, lökositoz görülebilir. Hiperysemide deri lezyonunun şiddeti ile doğru orantılıdır. Deri lezyonu az olanda hiperysemide bulunmaz, böyle hastalarda ürik asit yükselirse guttan şüphelenilir.

Psoriatik artrit radyolojik bulguları değişkenlik gösterir ve teşhiste klinikle beraber değerlendirilir. Meydana gelen sinovit histopatolojik guttan ayırt edilemez.

Ayırt edici teşhis Guttan, Reiter Sendromundan, Romatoid artrit ve seronegatif spondartrit grubundaki hastalıklardan yapılmalıdır.

Psoriatik artropatide antiinflamatuvarlar (örneğin İndometazin), basit ateller, altın tuzları, hidröksiklorokin, sitostatik ilaçlar (örneğin metotrexate) hastanın durumuna göre tercih edilebilir. (3,4)

VAKA TAKDİMİ

Hastamız (N.T.) 45 yaşında, erkek, evli, serbest meslek sahibi olup 15 yıllık psoriasis vulgaris hastası idi. El ve ayak parmaklarındaki şekil bozukluğu, hareket kısıtlılığı 2 yıl öce başlamış. Önceleri romatizmal bir hastalık zannedilerek birçok romatizmal ilaçlar kullanmış fakat faydası olmamış.

3.5.1991 tarihinde S.Ü.T.F. Dermatoloji Anabilim Dalı polikliniğine başvuran hasta tetkik ve tedavi amacıyla yatırıldı.

Şikayetleri : El ve ayak parmaklarında hareket zorluğu, dirsek ve dizlerinde kepeklenme.

Fizik muayene : T.A. : 12/8 cmHg, Nb: 75/dk düzenli ve sistem muayeneleri normal bulundu.

Dermatolojik muayene : Hastanın dirsek ve dizlerinde eritemli, skuamli plaklar mevcuttu. Saçlı deride ve sakrumda eritemli skuamli papüller görüldü. Ayrıca el ve ayak parmaklarında şekil bozukluğu ve hareket kısıtlılığı görüldü. (Resim-1,2) El ve ayak tırnaklarında şekil, renk bozukluğu, yüksük tırnak görünümü vardı.

Laboratuvar bulguları : eritrosit : 3.500000/mm³, lökosit : 8000/mm³, trombosit : 350000/mm³, hkt: % 45, sedimantasyon : 15 mm/saat, periferik yayma normal değerlendirildi. SGOT, SGPT, alkalen fosfataz, ürik asit normal sınırlar içinde idi. Romatoid faktör, lateks fiksasyon testi negatif idi. Diđer kan biokimyası ve idrar tahlilleri normal sınırlar içinde idi. El ve ayak iki yönlü radyografileri artrit multilans gösteren tipte idi. (S.Ü.T.F. Radyoloji 06.05.1991 Prot No: 10150). Fizik tedavi kon-



Resim 1. Hastanın ellerinin görünümü



Resim 2. Hastanın ayaklarının görünümü

sultasyonunda artrit mutilans gösteren psoriatik artrit tipi ile uyumlu bulundu. (S.Ü.T.Fak. F.T.Reha. 07.05.1991). Cilt biyopsisi psoriasis vulgaris bulgusu gösterdi. (S.Ü.T.Fak. Patoloji. Prot. No: 5864). Sakroileit bulgusu yoktu.

Hastanın tedavisi : Hasta kliniğimize başvurduğunda Salazopyrin tb kullanmaktaydı. Bu ilaç kesilerek ve hastanın izni alınarak Metotrexate başlandı ve fiziktedavi desteği (fiziksel egzersizler) sağlandı. Metotrexate amp başlangıçta 25 mg sonraki 7. gün 12.5 mg ve sonraki 7. gün 12.5 mg enjeksiyon yapılarak kademeli olarak ilaç 2.5 mg a düşüldü. Rahatlama meydana gelen hasta taburcu edilerek ayaktan izlenmeye alındı.

TARTIŞMA

Psoriatik artritli bir olgu sunuldu. Olgu birçok yönleri ile psoriatik artrite uymaktadır (5). Öncelikle diz ve dirsekte sakrumda ve saçlı deride eritemli skuamli papül ve plakların bulunması, psoriasis tırnağı, deri biyopsisi psoriasis vulgarise uymaktadır. Radyolojik incelemede artropatik mutilasyon görülmekteydi (6,7). Ürik asidin yüksek olmayışı guttan, Romatoid faktörün negatif oluşu ve lateks fiksasyon testinin negatif oluşu romatoid art-

ritten ayırmada önemlidir (9,10).

Psoriatik artrit ayırıcı tanısında dikkat edilmesi gereken önemli noktalar vardır. Bazı hastalarda psoriasis lezyonlarının çok az olabileceği ve hastanın bunun farkında bile olmayacağı unutulmamalıdır. O bakımdan eklem yakınmaları olan hasta incelenirken saçlı deri, kulak arkası, göbek içi ve psoriatik tırnak değişiklikleri iyice incelenmelidir. Tırnaktaki psoriasis lezyonlarını tinea inguimdan ayrılması nativ preparat, kültür veya biyopsi ile olur. (9, 10).

Sedef hastalığı bazen bir eklemde çok akut olarak başlayabilir. Eğer aynı hastada yaygın sedefe bağlı hiperürisemi de varsa gut ile karışabileceği doğaldır. İşleri daha da karıştıracak bir şekilde bazen psoriatik artrit kolsisine de aynen gut krizinde olduğu gibi iyi cevap verir. Bu durumda gut ile psoriatik artrit ayırmanın en iyi yolu eklem sıvısında gut için karakteristik sodyum monoürat kristallerini göstermekle olur (1).

Tedavide Metotrexatın yanında fizik tedavi desteğinin hastada rahatlama sağlaması önemlidir. Ancak eklem yüzleri bozulduğu için meydana gelen tablo düzelmez, daha fazla mutilasyonun meydana gelmesi engellenebilir (11, 12).

KAYNAKLAR

1. Tüzün Y, Kotoğan A, Saylan T, Yazıcı H. Dermatoloji, İstanbul : Anka Ofset, 1985; 362-7.
2. Karvonen W, Lassus A, Sievers V, Tiilikainen A. HLA antigens in psoriatic arthritis. Ann Clin Res 1974; 6: 304-7.
3. Farber EM, Abel EA, Charuwom A. Recent advances in the treatment of psoriasis. J Am Acad Dermatol 1983; 8 : 311-21.
4. Muller SA, Farrow GM, Martalock DL. Cirrhosis caused by methotrexate in the treatment of psoriasis. Arch Dermatol 1969; 100 : 523-30.
5. Farber EM, Cox AJ. Psoriasis, Proceedings of the 3 rd International Symposium, New York, 1981; 395-6.
6. Lever WF. Histopathology of the skin. Philadelphia : JB Lippincott Company, 1990; 156.
7. Demis DJ. Clinical dermatology. Philadelphia : Harper and Row Publishers, 1987; Vol 1 : Unit 1-2.
8. Marks R. Skin disease in old age. Singapore by Toppan Printing Company, 1987; 54-62.
9. Arndt KA. Manual of Dermatologic therapeutics. USA : Little, Brown and Company, 1983; 135-43.
10. Thiers B. Psoriasis. J Am Acad Dermatol 1980; 3: 101-4.
11. Cram DL. Psoriasis. Current advances in etiology and treatment. J Am Acad Dermatol 1981; 4 : 1-14.
12. Morison WL, Mümtaz TK, Parrish JA, Fitzpatrick TB. Combined methotrexate-PUVA therapy in the treatment of psoriasis. J Am Acad Dermatol 1982; 6 : 41-5.