

Artrit Olmaksızın Akroosteoliz İle Seyreden Bir Psoriasis Vulgaris Olgusu

A CASE OF PSORIASIS VULGARIS APPEARING WITH ACROOSTEOLYSIS, WITHOUT ARTHRITIS

A. Tülin MANSUR*, Fatih GÖKTAY*, Sevil GÜNDÜZ*, Nurhan KOCAAYAN*, Gamze KILIÇOĞLU**

* Uz.Dr., S.B. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği,

** Uz.Dr., S.B. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Radyoloji Kliniği, İSTANBUL

Özet

Amaç: Akroosteoliz (AO) terimi özellikle distal falanksı, bazen de orta ve proksimal falanksı etkileyen, kemik yıkımı ile seyreden klinik bir antiteyi tanımlar. Akroosteoliz, donma, yanık gibi yerel faktörler nedeniyle oluşabileceği gibi, psoriatik artritin de içinde bulunduğu çeşitli sistemik hastalıklara ikincil olarak görülebilir. Psoriatik artrit, psoriasis ile ilişkili seronegatif, inflamatuvar bir artrit tipidir. Başlıca 5 klinik görünümü vardır. Son zamanlarda bunlara ek olarak, artrit olmaksızın periost reaksiyonu, yumuşak doku şişliği ve psoriazise özgü tırnak değişiklikleri ile karakterize, “psoriatik onikopakidermoperiostoz” olarak adlandırılan bir klinik görünüm de tanımlanmıştır. Psoriatik artrit, radyolojik olarak artrit bulgularına ek olarak AO görülmesi beklenen bir durumdur.

Materyel ve Metod: Burada, eklem tutulumu olmaksızın AO’ın görüldüğü, psoriasis vulgarisli 37 yaşındaki bir kadın hasta sunulmaktadır.

Bulgular: El parmaklarının distal kısımlarında ödem ve ağrıdan yakınan ve saçlı deride plak tipi psoriazisi olan hastada tırnaklarda raket tırnak görünümü, radyolojik incelemede ise aynı alanlarda özellikle taftları tutan şiddetli AO bulguları saptandı.

Sonuç: Akroosteoliz psoriasisli hastalarda, radyolojik olarak saptanabilen bir artrit olmadan da görülebilir. Bu nedenle, AO ve buna işaret eden tırnak bulgularının varlığında, ayırıcı tanıda mutlaka psoriasis düşünülmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akroosteoliz, Psoriatik artrit, Psoriasis vulgaris

T Klin Dermatoloji 2003, 13:166-170

Summary

Objective: The term acroosteolysis (AO) describes a clinical entity characterized by destructive processes of bone that affects especially distal phalanges and sometimes proximal and midphalanges. It may occur due to local factors such as frost bite and burn and may also be seen secondary to a variety of systemic diseases including psoriatic arthritis. Psoriatic arthritis is a type of inflammatory, seronegative arthritis related to psoriasis. Classically, there are 5 clinical forms. In addition, a clinical appearance called as “onychopachydermoperiostosis” characterized by periost reaction, soft tissue swelling and psoriatic nail changes without arthritis has recently been described. Radiologically, AO together with arthritic changes is an expected condition.

Materials and Methods: Here is reported a 37-year-old woman with psoriasis vulgaris, showing AO, without arthritis.

Results: The patient presented with painful edema on distal phalanges of fingers, rakuete-like fingernails and plaque-type psoriasis on the scalp. Radiological examination revealed severe AO, especially involving the tufts, without arthritis.

Conclusion: AO may manifest itself without a radiologically proven arthritis. Therefore, if AO or nail changes suggesting this finding is present, psoriasis should also be considered.

Key Words: Acroosteolysis, Psoriatic arthritis, Psoriasis vulgaris

T Klin J Dermatol 2003, 13:166-170

İlk olarak yüz yıl kadar önce tanınan psoriatik artrit (PA) gittikçe daha iyi anlaşılmaktadır. Psoriasis ve eklem hastalığı arasındaki ilişkiye ilk olarak 1818’de Alibert dikkat çekmiş, PA terimi ise bundan çok sonra, 1959’da kullanılmıştır. Daha sonra 1976’da, Moll ve Wright bugün hala kullanı-

lan PA sınıflamasını geliştirmişlerdir. Bu sınıflamaya göre PA, 1) esas olarak DİF tutulumu, 2) artrit mutilans, 3) romatoid artrit (RA) tipi simetrik poliartrit, 4) asimetrik oligoartrit, 5) spondilit olmak üzere 5 tipe ayrılır. Bu tipler arasında örtüşmeler olabileceği gibi, son yıllarda yeni tanı tekniklerinin

kullanımı ile başka klinik formlar da ortaya çıkmış ve yeni sınıflamalar yapılmaya başlanmıştır. Helliwell ve arkadaşlarının önerdiği yeni bir sınıflama, psoriasisdeki osteoartiküler belirtileri a) RA'ye benzeyen, ancak DİF tutulumunun sık olduğu ve daktilit ve entesopati gibi diğer patolojilere eşlik eden periferik artrit, b) sakroiliit ve spondilit, c) eklem dışı kemik bulguları olmak üzere üç guruba ayırmaktadır. Eklem tutulumu olmadan periostal reaksiyon ve psoriatik tırnak tutulumu gösteren olgular bildirilmekte ve bunlar da psoriatik artrit başlığı altında toplanmaktadır (1).

Akroosteoliz (AO) terimi esas olarak distal falanksı tutan, bazen de buna ek olarak orta ve proksimal falanksı ilgilendiren tahrip edici bir süreci tanımlar ve psoriatik artritte de görülebilir.

Bu yazıda, eklem tutulumu ve periostit olmaksızın belirgin AO'in izlendiği, psoriasis vulgarisli bir olgu sunulmaktadır.

Olgu

37 yaşında kadın hasta el parmak uçlarında şişme ve ağrı yakınmasıyla polikliniğimize başvurdu. Öyküsünden 4 yıldır plak tipi psoriasis olduğu, son 6 aydır el parmaklarının distal bölümünde ağrı ve ödem geliştiği öğrenildi.

Özgeçmişinde bir özellik olmayan hastanın soygeçmişi sorgulandığında teyzesinin kızı ve

ablasının kızında psoriasis olduğu anlaşıldı. Sistem sorgulamaları ve nörolojik muayene dahil tüm fizik muayene bulguları doğaldı.

Dermatolojik muayenesinde her iki elde 1. ve 2. parmaklar ile sağ el 3. parmağın distal kısımlarında ödem, yumuşak doku kitlesinde artma, periungual eritem ve tutulan tırnaklarda enine uzunluğun boyuna uzunluğa aştığı raket tırnak görünümü, ayrıca hafif distal onkoliz ve sarımsı renk değişikliği ile matlaşma saptandı. Yağ lekesi, yüksük tırnak görünümü ve distal subungual hiperkeratoz yoktu ve tırnaklarda kısalma dışında belirgin bir distrofi izlenmiyordu (Şekil 1). Hastanın ilk muayenesinde psoriasisle ait deri lezyonuna rastlanmadı, ancak izlem sırasında kulak arkalarında net sınırlı, eritemli, skuamli numuler plaklar gelişti.

Laboratuvar incelemelerinde hemogram, sedimentasyon, ASO, CRP, RF, hepatit A, B ve C serolojisi, VDRL, Wright aglutinasyon testi negatif ve/veya normal sınırlardaydı. Kan biyokimyası kreatinin yüksekliği dışında (hastada 1.46, N:0.60-1.30) anormallik göstermedi. İdrarda (++) proteinüri saptandı; kreatinin klirensi 67 ml/dk olarak hesaplandı. Tırnaktan alınan materyalin Sabouraud besiyerindeki kültüründe *Aspergillus niger* üredi ve kontaminasyon olarak değerlendirildi.

Saçlı deriden yapılan biyopsi psoriasisle uyumlu bulgular verdi. Sol el başparmak tırnağı insizyonel biyopsisinde çevre dermiste seyrek len-



Şekil 1. Her iki el 1. ve 2. parmaklar ve sağ el 3. parmak distalinde yumuşak doku kitlesinde artış, periungual eritem, raket tırnak görünümü.



Şekil 2. Her iki el distal falankslarda özellikle taftları tutan şiddetli akroosteoliz ile uyumlu radyolojik görünüm.

Tablo 1. Akroosteoliz nedenleri

Artrit
Skleroderma
Mikst bağ dokusu hastalığı
Polimiyozit
Psoriatik artrit
Reiter sendromu
Osteoartrit
Multisentrik retikülohistiositoz
Sarkoidoz
Bilier siroza eşlik eden artrit
Hiperparatiroidizm
Vasküler hastalıklar
Polivinil kloride maruz kalma
Romatoid vaskülit
Buerger hastalığı
Pernio
Raynaud hastalığı
Travmatik
Donuk/yanık
Elektrik çarpması
Gitar çalma
Nöropatik
Tabes dorsalis
Siringomyeli
Diabetes mellitus
Lepra
Doğumsal ağrı algılama kusuru
Karpal tünel sendromu
Servikal kot
Kalıtısal
Progeria
Rothmund sendromu
Ehlers-Danlos sendromu
Papillon-Levefre sendromu
Hadju-Cheney sendromu
Diğer
Sezary sendromu
Erişkin T hücreli lösemi/lenfoma
İdiyopatik

fositler, kollajen bağ dokusunda artış izlenmekteydi. Epitel ve tırnak normaldi. Mantar spor ve hifalarına rastlanmadı.

Akciğer grafisi ve böbrek ultrasonografisi doğal olarak değerlendirildi. Her iki elin radyolojik incelemesinde sağ el 1., 2., 3. distal falankslarda, sol el 1. ve 2. parmak distal falankslarda özellikle taftları tutan şiddetli AO ile uyumlu görünüm ve aynı parmaklarda yumuşak doku şişliği gözlemlendi (Şekil 2).

Tartışma

Akroosteoliz idiyopatik veya kalıtsal olabileceği gibi, geniş bir hastalık spektrumuna ikincil olarak da gelişebilir. Donma ve vinil klorid teması gibi yerel nedenler, ya da artrit, hiperparatiroidizm, kollajen doku hastalığı gibi sistemik olaylar AO'ye yol açabilir (2). Tablo 1'de AO nedenleri görülmektedir (2-11).

Olgumuzda, AO nedenini ortaya koymak üzere yapılan muayene ve incelemelerde psoriasis dışında bir patolojiye rastlanmamıştır ve bu nedenle AO'in psoriasisle ilişkili olduğu düşünülmüştür. Distal falanks harabiyetinin radyolojik görünümüleri çoğunlukla nonspesifik olsa da, osteolizin dağılımında bazı farklılıklar olabilir. Esas olarak tutulan terminal falanks bölgesine dayanan bu farklı görünüm AO'ye yol açan çeşitli hastalıkların birbirinden ayrılmasına yardım eder. Örneğin distal falanks uçlarının rezorbsiyonu ve şaft ile tabanların değişken ölçüde tutulumu hiperparatiroidizm, psoriasis, donma ve nörolojik hastalıklarda görülür. Distal falanksın proksimal ucunun distal interfalangeal eklem (DİF) hastalığının bir uzantısı olarak yıkımına psoriasis, RA ve diğer romatizmal hastalıklarda rastlanır. Taft ve proksimal kısmı sağlam bırakacak şekilde distal falanks şaftında enine bir osteoliz bandının varlığı ise, renal osteodistrofi, vinil klorid maruziyeti veya ailesel AO'ye işaret eder (2). Olgumuzda özellikle taftlarda belirgin AO dikkati çekmektedir ve bu durum psoriasisdeki tabloyla uyumludur.

Son yıllarda bildirilen, DİF tutulumunun olmadığı, buna karşılık terminal falankslarda belirgin bir periostal reaksiyon, tırnak çevresinde yumuşak doku şişliği ve psoriatik tırnak değişikliği ile karakterize psoriatik onikopakidermoperiostozis (POPP), Helliwell sınıflamasının üçüncü gurubuna girebilir (12). Olgumuz ise, periostal reaksiyonun ve psoriasis özü tipik tırnak değişikliklerinin bulunmamasıyla POPP'den ayrılmakta, ancak yine Helliwell sınıflamasının üçüncü gurubu olan eklem dışı kemik bulgularına girmeye hak kazanmaktadır.

Romatizmal hastalıklardaki terminal falanks yıkımında iki temel mekanizmanın sözkonusu olduğu ileri sürülmektedir. Distal interfalangeal

eklemin tutulumu, distal falanks tabanının harabiyetine yol açabilir ya da damarsal lezyonlar beslenme bozukluğu sonucu terminal taftların erimesine neden olabilir (2). Akroosteoliz PA'te de sık görülen bir bulgudur, ancak buradaki kemik yıkımının mekanizması açık değildir. Psoriasisteki sitokin profili T hücreleriyle monosit ve makrofajlar arasında karmaşık bir etkileşim olduğunu gösterir. Th1 sitokinlerinin (TNF-alfa, IL-1 beta ve IL-10) PA'te, akroosteolizin nadir olduğu RA'teki düzeylerden fazla olduğu bulunmuştur . Psoriatik artritle hastaların deri ve sinovyalardan elde edilen fibroblastların IL-1, IL-6 ve trombosit kökenli büyüme faktörlerini salgılama kapasitesi artmıştır (13). IL-1'in kemik rezorpsiyonu ve kırıkta yıkımına aracılık ettiği, ancak eklem şişliği ve inflamasyonda belirgin bir rol oynayabileceği ileri sürülmektedir (14).

POPP'de olduğu gibi eklem tutulumu olmadan kemik değişikliklerinin ortaya çıkmasının, doğrudan tırnak distrofisi ile ilişkili olduğu ve inflamasyonun subungual dermisten kemiğe geçtiği düşünülmektedir (13). Olgumuzun ilgi çekici yönü de eklemlerde değişiklik olmaksızın belirgin AO'in varlığıdır. Ancak tutulan tırnaklarda psoriasisde görmeye alışık olduğumuz subungual hiperkeratoz, yüksük tırnak görünümü gibi tipik değişikliklerin bulunmadığı görülmüştür. Gerek PA'te, gerekse birçok başka hastalıkta tırnak ve kemik arasında yakın bir bağ bulunduğu bilinmektedir. Nedeni ne olursa olsun AO'e yol açan olaylar zinciri sonucunda tırnak biriminin birçok bileşeninde normal yapıdan sapmalar ortaya çıkar. Tutulan parmaklarda çoğunlukla yumuşak dokuda kalınlaşma ve buna bağlı olarak psödo-çomaklaşma ve bulböz parmak uçları görülür. Distal falanksın kısalması tırnakların anormal şekilde geniş gözükmesine (raket tırnak) yol açar (5). Olgumuzdaki klinik bulgular bu tanımlanan tabloya tümüyle uymaktadır. Dolayısıyla psoriatik tırnak değişikliklerinin AO'e yol açmış olmasından çok, AO'in tırnak değişikliklerine neden olduğu izlenimi alınmaktadır.

Radyolojik olarak PA yumuşak doku şişliği, eklem çevresinde erozyonlar, AO, eklem aralığında daralma veya genişleme, periostit ve kemik

artımı gösterir. Şiddetli bir tutulum subluksasyon ve dislokasyonla birlikte eklemin tam olarak yıkımına veya kemiksi kaynaşmaya yol açabilir. Eklem çıplak alanlarını, örneğin kırıkta örtülü olmayan, kapsül içindeki kemiği etkileyen inflamasyon sonucunda erozyonlar başlar. Daha sonra erozyonlar merkeze doğru ilerleyerek eklem altındaki kemikte yaygın harabiyet oluşturur. Terminal taftlar da erozyonlar gösterebilirler ve bu durum daha da ilerleyince PA için tipik olan kalem-hokka görünümü oluşur. Ancak, PA her zaman radyolojik bulgu vermeyebilir. Bir çalışmada, bir romatoloji kliniğine başvuran PA'li hastaların sadece %67'sinde hastalığa özgü radyolojik bulgular elde edilmiştir. Yumuşak doku şişliği, osteoporoz ve muhtemelen periostit gibi erken ve gerileyen bulgular düz grafiyle atlanabilmektedir. Özellikle sakroiliitisin belirlenmesinde bilgisayarlı tomografinin, eklem çevresi yumuşak doku şişliği, eklem efüzyonları ve inflame sinovyumun ortaya konmasında ise manyetik rezonans (MR) tekniklerinin düz grafiye oranla daha üstün olduğu gösterilmektedir (15,16). Artrit bulgusu göstermeyen, numuler ve/veya plak tipi psoriasisi olan olgularda el eklemlerinin tutulum derecesinin MR görüntüleme ve standart X-ray teknikleriyle araştırıldığı bir çalışmada, MR'ın klinik olarak sessiz ve radyolojik olarak saptanamayan lezyonları belirlemede çok daha etkili olduğu ortaya konmuştur (17). Olgumuzda da düz filmlerde eklem inflamasyonuna ilişkin hiçbir bulguya rastlanmamış olsa da, erken ve hafif patolojilerin bu yöntemle belirlenememiş olma olasılığı göz ardı edilmemelidir.

Hem sinovya hem de ligament inflamasyonu ile karakterize, eklem ait ve eklem dışı bulgular gösteren sistemik bir hastalık olan PA'in henüz kesin tanısal ölçütleri yoktur . Psoriasisli bir hastanın inflamatuvar artrit bulguları göstermesiyle PA tanısı akla gelir ve eğer romatoid faktör negatifse tanıya varılması daha kolaylaşır. Psoriasisi olduğu bilinmeyen bir hastada ise tanı daha zordur. Bu nedenle ayrıntılı anamnez ve özellikle kulaklar, saç çizgisi, göbek, intergluteal bölge ve tırnaklar gibi psoriasis lezyonlarının gözden kaçabileceği alanların dikkatli muayenesi gereklidir (12,18). Olgumuzun da öz ve soygeçmişinde psoriasis öyküsü bu-

lunmakla birlikte başlangıçta psoriasis'e ait deri lezyonu saptanmamış, zaman içinde, saçlı deri ve kulak arkalarında tipik psoriasis plakları gelişmiştir. Bu nedenle dermatologların, DİF artriti ve/veya distal AO saptanan olgularda, psoriasis'i de ayırıcı tanı içine almaları ve ayrıntılı bir dermatolojik muayene yapmaları gerektiğini vurgulamak isteriz. Ayrıca dermatologlar, tırnak lezyonlarında kemik grafisi istemeyi sıklıkla ihmal etmektedirler. Eklem ve kemiği ilgilendiren neoplazmlar, infeksiyonlar ve çeşitli inflamatuvar durumlar, ilk belirtilerini tırnak biriminde gösterebilmektedir. Dolayısıyla, nedenini açıklayamadığımız ve kemik yıkımını düşündüren bulgularla seyreden tırnak lezyonlarında kemik grafisi altta yatan patolojilere büyük ölçüde ışık tutabilir.

KAYNAKLAR

1. Scarpa R, Biondi Oriente C, Oriente P. The classification of psoriatic arthritis: what will happen in the future? *J Am Acad Dermatol* 1997;36:78-83.
2. Kemp SS, Dalinka MK, Schumacher HR. Acro-osteolysis. Etiologic and radiological considerations. *JAMA* 1986 18;255:2058-61.
3. Scher RK. Acro-osteolysis and the nail unit. *Br J Dermatol* 1986;115:638-9.
4. Ammora L, Jones A. Unusual and memorable. Acro-osteolysis of the terminal phalanges. *Ann Rheum Dis* 1998; 57:389.
5. Baran R, Tosti A. Nails. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K, Ausren KF, Goldsmith LA, Katz SI, Fitzpatrick TB, eds. *Dermatology in General Medicine*. 5th ed. Newyork Mc Graw Hill Inc, 1999: 752-68.
6. De Smet AA. Acro-osteolysis occurring in a patient with idiopathic multicentric osteolysis. *Skeletal Radiol* 1980;5:29-34.
7. Baran R, Tosti A. Occupational acroosteolysis in a guitar player. *Acta Derm Venereol* 1993 ;73:64-5.
8. Lewkonian RM, Pope FM. Joint contractures and acroosteolysis in Ehlers-Danlos syndrome type IV. *J Rheumatol* 1985;12:140-4.
9. Trattner A, David M, Sandbank M. Papillon-Lefevre syndrome with acroosteolysis. *J Am Acad Dermatol* 1991;24:835-8.
10. Brennan AM, Pauli RM. Hajdu-Cheney syndrome: evolution of phenotype and clinical problems. *Am J Med Genet* 2001; 15;100:292-310.
11. Austin CB, Young JW, Park HJ, Needleman BW, Handwerger BS, Rosenbaum RC. Massive acroosteolysis in adult T-cell leukemia/lymphoma. *Radiology* 1987; 164:787-9.
12. Jury CS, Fleming C, Kemmett D. Severe nail dystrophy associated with painful fingertips. Diagnosis: psoriatic onychopachydermoperiostitis (POPP). *Arch Dermatol* 2000;136:925-30.
13. Gladman DD, Rahman P. Psoriatic arthritis. In: rudy S, Harris ED, Sledge CB, eds. *Keley's Textbook of Rheumatology*, 6th ed. Philadelphia: W.B.Saunders Company, 2001:1071-9.
14. Schiff MH. Role of interleukin 1 and interleukin 1 receptor antagonist in the mediation of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2000; 59:103-8.
15. Scarpa R, Mathieu A. Psoriatic arthritis: evolving concepts. *Curr Opin Rheumatol* 2000; 12:274-80.
16. Porter GG. Psoriatic arthritis. Plain radiology and other imaging techniques. *Baillieres Clin Rheumatol* 1994;8: 465-82.
17. Offidani A, Cellini A, Valeri G, Giovagnoni A. Subclinical joint involvement in psoriasis: magnetic resonance imaging and X-ray findings. *Acta Derm Venereol* 1998;78: 463-5.
18. McGonagle D, Conaghan PG, Emery P. Psoriatic arthritis: a unified concept twenty years on. *Arthritis Rheum* 1999; 42:1080-6.

Geliş Tarihi: 08.05.2002

Yazışma Adresi: Dr.Ayşe Tülin MANSUR
S.B. Haydarpaşa Numune Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği
İSTANBUL