

FİZİKSEL TIP

İDİOPATİK KALSİNOZİS KUTİS'TE CERRAHİ TEDAVİ : Vaka Takdimi

SURGICAL TREATMENT IN IDIOPATHIC CALSINOSIS CUTIS : A Case Report

Doğan ATLIHAN MD*, Nazım KARALEZLİ MD*, Serkan İLTAR MD*, Timur YILDIRIM MD*, Hasan YILDIRIM MD*

* S.B Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi II. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

ÖZET

Kalsinosis kutis tanımı olarak, çözünmez kalsiyum tuzlarının kutanöz dokuda depolanmasıdır.

Nadir görülen bu durum posttravmatik, renal kaynaklı, sekonder hiperparatiroidi sonrası veya idiyopatik olarak gelişir. Histolojik olarak irregüler kalsiyum kitlesi etrafında yabancı cisim dev hücre reaksiyonu vardır ve kitle subkutan yağ dokudadır.

Anahtar sözcükler : Kalsinosis kutis, Cerrahi tedavi

SUMMARY

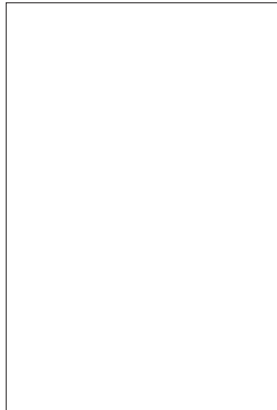
Calsinosis cutis is defined as the deposition of insoluble calcium salts in cutaneous tissues. This entity is rather uncommon and generally associated with renal or secondary hiperparatiroidism or trauma and also can be seen idiopathically . Histologically it consists of masses of calcium surrounded by a foreign body giant cell reaction in the subcutaneous fat tissue.

Key words : Calsinosis cutis, Surgical treatment

OLGU SUNUMU

17 yaşında ,sol popliteada ve lomber bölgede cilt altında plak tarzında sert, cilde yer yer infiltrate mobil olmayan kitleleri bulunan , lezyon bölgelerinde travmaya maruz kalmamış, sistematik olarak idiyopatik amiloidoz dışında belirlenmiş bir hastalığı bulunmayan , sürekli ilaç kullanımı olmayan bayan hasta.

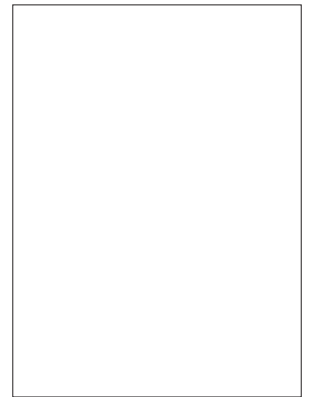
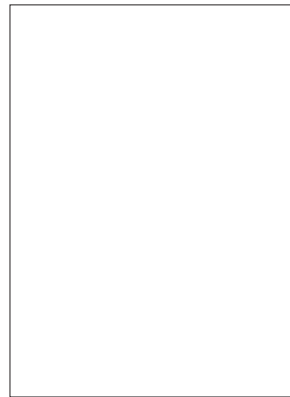
Hastanın sol popliteasında 10 x 12 cm. , lomber bölgede 6 x 2 cm. ve 1 x 1 cm. boyutlarında kitleler mevcut idi. Fizik muayenede kolay-



Resim 1 : 17 yaşındaki bayan hastanın popliteadaki kitlesinin a) arkadan b) yandan görüntüsü

lıkla palpe edilebilen kitlelerin üzerinde hassasiyet yoktu ve popliteadaki kitle diz hareketlerinde kısıtlılığa neden oluyordu. Kitleler sert, düzensiz yüzey ve kenarlı, yer yer cilde yapışıklık gösteriyordu (Resim 1).

X-Ray de ilgili bölgelerde subkutan dokuda plak tarzı kalsifikasyonlar dikkat çekiyordu (Resim 2).



Resim 2 : Sol popliteadaki kitlenin a) ön-arka - b) yan grafisi

Hasta ileri tetkik ve tedavi için Ankara Hastanesi 2.Ortopedi kliniğine yatırıldı ve tetkikler tamamlandıktan sonra operasyona alınarak kitleler çıkarıldı.

Operasyonda kitlelerin ciltaltı yağ dokuda olduğu ve özellikle popliteadaki kitlenin yer yer cilde yapışıklık gösterdiği ve bu yüzden tam olarak mobil olmadığı gözlemlendi (Resim 3). Kitleler oldukça sert idi (Resim 4).



Resim 3 : Popliteadaki kitlenin per-operatif görüntüsü



Resim 4 : Popliteadan çıkarılmış kitlenin operasyon sonrası görüntüsü

Patolojik olarak mononükleer hücre infiltrasyonu ve yaygın kalsifikasyon alanları saptandı ve Kalsinozis kutis olarak değerlendirildi. (1).

Hastanın kalsiyum (Ca), fosfor (P), alkalin fosfataz (ALP) dahil olmak üzere tüm rutin laboratuvar değerleri ve parathormon (PTH) düzeyleri normal seviyede idi. Ca: 8.9 mg/dl (8.2-10.2 mg/dl), P: 4.3 mg/dl (2.7-4.5 mg/dl), ALP: 122 u/L (42-141 u/L), PTH: 25 pg/ml (10-65 pg/ml), Anti-DNA (-) ve ANA 1/160 titrede pozitif idi.

Hastanın anamnezinde ailede benzer bir patoloji ,hastada endokrin (primer hiperparatiroidi ve hipoparatiroidi) ve metabolik bir bozukluğa (kronik böbrek yetmezliği, malabsorpsiyon sendromu) dair bulgu yok idi.

TARTIŞMA

Yumuşak dokularda kalsifikasyon saptanması kalsinozis kutisten farklı olarak ; metastatik tiroid papiller karsinomu, benign lenfoepitelyal paratiroid lezyonu, hiperkalsemi ve artmış serum PTH konsantrasyonunun olduğu sarkoidoz vakaları (hiperparatiroidial sarkoidoz), hiperparatiroidide görülen ve kemik resorpsiyonu sonucu oluşan patolojik kemik tablosu olan osteotis fibroza sistika, hipoparatiroidi ve cilt altındaki nekrotik dokularda Ca-oksalat kristallerinin çökmesine yol açan masif nekrotizan aspergillus niger enfeksiyonu gibi birçok antiteyi düşündürmelidir.

Kalsinozis kutis ; distrofik, metastatik ,idiopatik ve iatrojenik olarak 4 major tipe ayrılır (2) :

Distrofik tipte lokal travma major etkidir. Ca-P seviyesi normaldir. Genellikle konnektif doku hastalıkları ile birlikte dir. Tekrarlayan travmanın etkisi insülin bağımlı diabetes mellituslu bir hastada kalça ve uyluk lateralinde saptanan kalsinozis kutis plakları ile gösterilmiştir(3).İnfanlarda multipl topuk delmeleri sonucu topukta kalsifiye nodüller bildirilmiştir(4).

Metastatik tip kalsinozis kutis en sık kronik böbrek yetmezliği ile birlikte görülür. Kalsiyum kristalleri kan damarları, böbrek, akciğer ve gastrik mukozayı tutar. Kan Ca düzeyi düşerken, P düzeyi artar. Hastalarda sekonder hiperparatiroidi tablosu vardır. Hastamızın klinik ve laboratuvar bulguları bu iki tipe uyum göstermiyor idi.

İdiopatik Kalsinozis kutiste klinik ve laboratuvar bulgular normaldir.Hastalarda sadece subkutan dokularda kalsiyum depoları vardır.Etiyolojik etken belli değildir.

Yayınlarda ayrıca soliter idiyopatik kalsinozis kutisde bildirilmiştir. Bu tipte lezyon papül şeklinde ve cilttedir. Genellikle Down sendromu ile birlikte dir(5).

Ayrıncı tanıda tümöral kalsinozis de düşünülmelidir. Bu hastalık ilk olarak 1898'de tarif edilmiştir. Tümöral kalsinozisde kan Ca düzeyi normalken, P düzeyi yaklaşık 2 kat artmıştır. Eklem çevresinde CaPO₄ depozitleri oluşur. Otozomal resesif geçiş-

li ailesel bir hastalıktır ve 1-2. dekatlarda en sık görülür. İrregüler şekilli geniş kitleler X-Ray de görülür. Kalsinozis kutis' de ise aile anamnezi yoktur ve kan P düzeyi normaldir.

Kalsinozis kutis patofizyolojisinde etken, lokal alkalen fosfataz aktivitesinin artması ile ekstrasellüler fosfataz hidrolizi olması ve kalsiyum depolanmasının inhibe edilememesi olabilir(6). Patofizyolojide başka bir etken de kronik mikrotravma sonucu ölen hücrelerdeki denatüre proteinlere fosfat bağlanması ve nidusların oluşmasıdır(7).

Kalsinozis kutis tedavisinde medikal tedavi çok başarılı değildir. İntraepitelyal steroidin başarısı azdır(8). Etidronat disodyum , Pagette kullanılır , biomineralizasyonu inhibe eder ve bırakıldığında ektopik kalsifikasyona neden olur. Yüksek dozda ise osteomalazi ve kırıklara neden olur(9). Alüminyum hidrokisit oral fosfat bağlayıcıdır ve dermatomyozitte görülen kalsinozis tedavisinde başarılıdır(10). Bu tür ilaçlar kalsinosis kutisin oluşumunun önlenmesinde yararlı olmakta fakat oluşmuş ciltaltı kalsifiye kitlelerin tedavisinde yetersiz kalmaktadır (8-11). Cilt-altı kalsifiye kitlelerde cerrahi tedavi olarak total eksizyonun iyi sonuçları ve medikal tedaviye üstünlükleri bildirilmiştir(2,11).

Travma öyküsü, aile anamnezi, amiloidoz (literatürde amiloidozda subkutanöz kalsifiye kitle görüldüğüne dair bir yayın bulunamadı) dışında sistemik hastalığı olmayan hastamızda fizik muayene, x-ray ve laboratuvar bulguları ile idiyopatik kalsinozis kutis tanısı konmuş , cerrahi total eksizyon uygulanmıştır ve tanı patoloji sonucu ile desteklenmiştir.

Sonuç olarak cilt altı dokuda kalsifiye kitle saptanan hastalarda kalsinozis kutis ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Nadir görülen bu patolojinin tedavisinde ise konservatif ve cerrahi yaklaşımlar vardır. Cerrahi tedavi ile total eksizyon uyguladığımız kalsinozis kutis'li hastanın bir yıllık takibi sonucunda nüks görülmedi. Bunun sonucunda literatür bilgilerini de göz önüne ala-

rak cerrahi eksizyonun kalsinozis kutis tedavisinde seçilecek tedavi yöntemi olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Günhan O, Celasun B, Doğan N, Önder T, Pabuşçu Y, Finci R: Fine needle aspiration cytologic findings in a benign lymphoepithelial lesion with microcalcifications. A case report. Acta Cytol 1992; 36:744-47.
2. Marleen AMC, Daniel BJ, Michael PW, William WM: Surgical management calcinosis cutis universalis in SLE. Arthritis and Rheumatism. 1997; 40: 57072
3. Robert AS, Daid RD, John TW, Daniel PM: Massive dystrophic calcinosis cutis secondary to chronic needle trauma. Cutis 1997; 60: 259-62.
4. Sell EJ, Hansen RC, Struck-Pierce S: Calcified nodules on the heel a complication of neonatal intensive care. J Pediatr 1980; 96: 473-75.
5. Dong WL, Dou HY, Yeun SL, Sang IS, Baik K C: Solitary milia-like idiopathic calcinosis cutis: A case unassociated with Down syndrome. J Dermatology 1996; 23:53-5.
6. Neuman WF, Di Stefano V, Mubryan BJ: The surface chemistry of bone.III. Observations on the role of phosphatase. J Biol Chem 1951; 193: 227-236.
7. Glimcher MJ, Krane SM: Studies on the interactions of collagen and phosphate. In: Radioisotopes and Bone. A Symposium Edited by FC Mc Lean, Philadelphia: FA Davis, 1962.
8. Lee SS, Felsenstein J, Tanzer FR: Calcinosis cutis circumscripta: treatment with an intralesional corticosteroid. Arch Dermatol 1978; 114: 1080-81.
9. Rabens SF, Bethune JE: Disodium etidronate therapy for dystrophic cutaneous calcification. Arch Dermatol 1975; 111: 357-67.
10. Wang WJ, Lo WL, Wong CK: Calcinosis cutis in juvenile dermatomyositis : remarkable response to aluminum hydroxide therapy. Arch Dermatol 1988; 124: 1721-22.
11. Mendelson BC, Linscheid RL, Dobyms JH, Muller SA: Surgical treatment of calcinosis cutis in the upper extremity. J Hand Surg (Am) 1977; 2: 318-324.