




# Eklem ve Tırnak Tutulumu ile Prezante Olan Psöriyatik Artrit Sine Psöriyazis Olgusu

## Psoriatic Arthritis Sine Psoriasis Presented with Nail and Joint Involvement: A Case Report

 Mehmet NAYİMOĞLU<sup>a</sup>,  
 Banu SARIFAKIOĞLU<sup>a</sup>,  
 Kübra USTAÖMER<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD,  
Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Tekirdağ, TÜRKİYE

Received: 28 Feb 2019

Received in revised form: 26 Jun 2019

Accepted: 05 Jul 2019

Available online: 11 Oct 2019

Correspondence:

Mehmet NAYİMOĞLU

Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi,

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD,

Tekirdağ,

TÜRKİYE/TURKEY

drmehtmetnayimoglu@gmail.com

Bu çalışma Türk Romatoloji Kongresi  
(20-24 Mart 2019, Antalya)'nde,  
P-088 numarasıyla poster olarak  
yayınlanmıştır.

**ÖZET** Psöriyatik artrit (PsA), periferik artrit, entezit, spondilit ve psöriyazis ile karakterize inflamatuvar romatizmal bir hastalıktır. PsA'nın ortalama başlangıç yaşı 30-50 yaşları arasındadır. Klinik olarak, yaklaşık %15-17 hastada artrit, psöriyazisin başlangıcından daha önce gelişmektedir. Hastaların büyük bir çoğunluğunda ise psöriyazis, artritten önce gelişir. Özellikle distal interfalangeal eklem tutulumu olan hastalarda beraberinde tırnak tutulumu da görülmektedir. Bazen tutulum daktilit şeklinde olabilir ve bu bireylerde daha yıkıcı eklem hasarı gelişebilir. Nadiren de olsa eklem ve tırnak tutulumu birlikteliği cilt lezyonu olmaksızın karşımıza çıkabilir. Bu yazıda, eklem ve tırnak tutulumu ile başlayıp cilt lezyonu olmaksızın devam eden psöriyatik artrit olgusu literatür eşliğinde tartışılmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Psöriyazis; psöriyatik artrit; tırnak tutulumu; daktilit

**ABSTRACT** Psoriatic arthritis (PsA) is an inflammatory rheumatic disease characterized by peripheral arthritis, enthesitis, spondylitis and psoriasis. The average age of onset is between the ages of 30-50 in PsA. Clinically, approximately 15-17% of patients develop arthritis before the onset of psoriasis. In the majority of patients, psoriasis develops before arthritis. In particular, nail involvement is seen in patients with distal interphalangeal joint involvement. Sometimes, this joint involvement may be in the form of dactylitis, and these individuals have more destructive joint damage. Rarely, joint and nail involvement may occur without skin lesion. In this article, we report a case of psoriatic arthritis that begins with joint and nail involvement without skin lesions and is discussed with the literature.

**Keywords:** Psoriasis; psoriatic arthritis; nail involvement; dactylitis

**P**söriyatik artrit (PsA), psöriyazisli hastaların %7-34'ünde görülen aksiyel iskeletin ve periferik eklemlerin kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Psöriyazis, %70 hastada artritten önce gelişirken yaklaşık %15-17 hastada önce artrit, sonrasında psöriyazis gelişmektedir. Aynı anda ortaya çıkan vakalar %13-15 civarında olup, psöriyatik cilt lezyonları olan hastaların yarısından daha azında tırnak tutulumu ile ortaya çıkmaktadır. Özellikle cilt lezyonu olmaksızın artrit ile başvuranlarda tanı koymakta güçlük yaşanmaktadır. Bu gibi hastalarda tırnak lezyonları, psöriyatik cilt lezyonlarından daha evvel ortaya çıkabilir buna istinaden hastalarda ayrıntılı ve dikkatli bir tırnak muayenesi yapılmalıdır.<sup>1</sup>

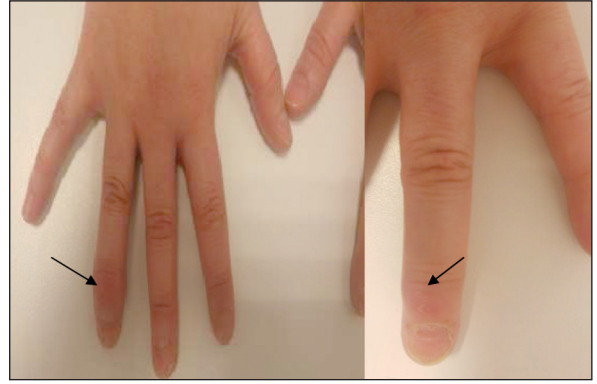
### OLGU SUNUMU

Sağ el 4. parmakta şişlik ve ağrı şikâyetleri olan 33 yaşındaki kadın olgu, polikliiniğimize başvurdu. Olgunun şikâyetlerinin 6 aydır olduğu, son 1 haftada

sol el 4. parmak distal interfalangeal (DİF) ekleminde şişlik ve kızarıklık geliştiği öğrenildi. Olgunun hikâyesinde 2 ay önce aynı şikâyetler ile dış merkeze başvurduğu ve çekiç parmak deformitesi nedeni ile opere edildiği; ancak şişlik, kızarıklık ve deformitesinde düzelme olmadığı ve bu nedenle tarafımıza yönlendirildiği öğrenildi.

Olgunun öz geçmiş sorgulamasında, daha önce herhangi bir ekleminde artrit öyküsü olmadığı; bel, kalça, topuk ağrısı gibi ek şikâyetleri ve daha önce psöriyazis öyküsü olmadığı belirtildi. Sabah tutukluluğu, üveit öyküsü, cilt döküntüsü yoktu. Diğer romatolojik sorgulaması negatifti. Olgunun soy geçmişinde annesinde psöriyazis dışında ek hastalık öyküsü yoktu.

Fizik muayenede sağ el 4. parmakta DİF eklem proksimalinden başlayan ve distale doğru uzanım gösteren şişlik ve kızarıklık ile aynı ekleminde 20 derece fleksiyon postürü olduğu görüldü. Bu ekleminde pasif eklem hareketleri açıktı. Sol el 4. parmak DİF ekleminde şişlik ve kızarıklık mevcuttu. Olgunun diğer eklemlerinde hassasiyet yoktu. Sakroiliyak eklem kompresyon testi ve özel testleri negatifti. Olgunun tırnak muayenesinde tutulan parmaklarda daha fazla olmak üzere 20'den fazla pitting ve onikoliz mevcuttu (Resim 1). Olgunun psöriyazis cilt bulguları açısından tarandı; özellikle umblikus çevresi, gluteal bölge, kulak arkası, saç dipleri ve meme altları dikkatle kontrol edildi fakat psöriyatik lezyonlara rastlanılmadı. Olguyu psöriyazise yönelik tekrar sorguladığımızda, bulguların son 1 ayda başladığı daha öncesinde olmadığı öğrenildi.



**RESİM 1:** Olgumuzun sağ ve sol el 4. parmak distal interfalangeal ekleminde artrit görünümü ve tırnak lezyonları.

Olgunun çekilen mukayeseli el grafisinde sağ el 4. parmak DİF eklem çevresinde yumuşak doku ödemi, eklem aralığında daralma ve her iki eklem yüzeyinde erozyon mevcuttu (Resim 2).

Olgunun laboratuvar bulgularında hemogram ve biyokimya normal, eritrosit sedimentasyon hızı 7 mm/h, C-reaktif protein 15,9 mm/L ve Rf negatifti. Olgunun doku antijen gruplarından sadece human lökosit antijen-B27 (HLA-B27) çalışıldı ve negatif bulundu.

Olgunun fizik muayene, laboratuvar ve grafi bulguları ile beraber PsA tanısı konularak metot-reksat 15 mg dozunda, subkütan, haftalık enjeksiyon şeklinde ve ek olarak oral folik asit tedavisine başlandı. İki ay sonraki kontrolünde tırnak lezyonlarında ve artritte gerileme gözlemlendi.

Tıbbi bilgiler için hastadan imzalı onam formu alınarak paylaşılmıştır.



**RESİM 2:** Olgumuzda sağ el 4. parmak distal interfalangeal eklem çevresinde kemik erozyonları, sol el 4. parmak distal interfalangeal eklem çevresinde ise yumuşak doku ödemi görülmektedir.

## TARTIŞMA

PsA; psöriyazis ile ilişkili bir tür kronik, heterojen, destrüktif ve inflamatuvar bir artropatidir. Hastalık periferik eklem, aksiyel iskelet ve entezis bölgelerini etkileyebilmektedir. PsA'lı hastaların %84'ünde deri bulgularının PsA başlangıcından ortalama 12 yıl önce ortaya çıktığı gösterilmiştir.<sup>2</sup> Oysa PsA %17 oranında deri lezyonları oluşmadan önce de ortaya çıkabilmektedir.<sup>3</sup> Tutulum yerine göre sınıflandırılması 1973'te Moll ve ark. tarafından yapılmış ve geçerliliğini hâlâ korumaktadır. Bu sınıflamaya göre PsA tutulum yerine göre 5 ana gruba ayrılır:<sup>4</sup>

1. Romatoid artrit benzeri simetrik poliartriküler tutulum (%12-20)
2. Oligo-monoartiküler, asimetrik artrit (%60-70)
3. DİF tutulumu ağırlıklı artrit (%8-15)
4. Aksiyel tutulum (%5-20)
5. Artritis mutilans (nadiren)

Fakat bu sınıflamaya göre PsA tanısı konulabilmesi için psöriyazis varlığı aranmaktaydı. Bu nedenle son yıllarda Fournié ve ark. tarafından geliştirilen kriterlere göre, psöriyazis yokluğunda da PsA tanısı konulabilmektedir.<sup>5</sup> 2006 yılından beri kullanılan Psöriyatik Artrit Sınıflandırma Kriterleri bu eksikliğin giderilmesini sağlamıştır. Bu kriterlere göre eklem, omurga veya entesial bulguları olan hastalarda 5 kriterden 3'ü PsA tanısı için yeterli olmaktadır.<sup>6</sup> Olgumuzda da cilt tutulumundan önce DİF eklem tutulumu ile birlikte tırnak lezyonu, Rf negatifliği ve aile öyküsü mevcuttu. Literatüre baktığımızda, psöriyazis hastalarında, genellikle DİF eklem ya da daktilit şeklinde tutulumu tırnak lezyonlarının eşlik etmediği görülmektedir.<sup>7</sup>

PsA ayırıcı tanısında, özellikle poliartriküler formu için, elin küçük eklemlerini tutan, romatoid nodüller ve tenosinovit nedeni ile artrit veya daktiliti taklit edebilen romatoid artrit, akılda tutulması gereken hastalıkların başında gelir. Özellikle cilt lezyonları henüz ortaya çıkmamış PsA olgularında sıklıkla tanıda güçlük yaşanmaktadır. Asimetrik eklem tutulumu, radyografilerde yeni kemik oluşumu, sosis parmak, tırnak lezyonları ve

aksiyel tutulum gibi PsA'ya özgü klinik bulgularla romatoid artrit ayırt edilebilir.<sup>8</sup>

Yine reaktif artrit; asimetrik oligoartrit, entezit, sosis parmak gibi bulgularla beraber olabilir, ancak hastanın genitoüriner ya da gastrointestinal enfeksiyon öyküsü olması ile ayırt edilebilir. Asimetrik sakroileit ve oligoartrit ile seyredabilen enteropatik artritte gastrointestinal semptomların varlığı ve bağırsak duvarı biyopsi ile ayırıcı tanıya gidilebilir.<sup>8,9</sup>

Ankilozan spondilit, aksiyel tutulumun ön planda olduğu PsA hastalarında sıklıkla tanıda karışıklığa yol açar. Cilt bulguları haricinde asimetrik sakroileit, non marjinal sindesmotit gibi radyolojik bulgular ve PsA'da servikal tutulumun artmış sıklığı ile ayırıcı tanıya gidilebilir.<sup>9</sup> Osteoartritin ve gutta sırasıyla DİF eklemine tutması ve eklem çevresinde yaptığı birikimler ile daktilit benzeri bir tabloya neden olabilir.<sup>9</sup>

Psöriyazisli hastalarda tırnak tutulumu, sadece tırnaklarda sınırlı olabileceği gibi diğer cilt lezyonları ile beraber de görülebilir. Psöriyazisli hastaların yaklaşık %50'sinde tırnak tutulumu bulunur. PsA'sı da olan psöriyazis hastalarının tırnak tutulumu daha sık görülmektedir.<sup>10,11</sup> El tırnakları ayak tırnaklarından daha sık tutulur.<sup>12</sup> Psöriyatik tırnaktan görülen başlıca bulgular renk değişiklikleri, lökonişi, pitting, onikolizis, yüksük tırnak, tırnak plağında hiperkeratoz, splinter hemorajilerdir.<sup>11</sup>

Olgumuzda da onikolizis ve pitting gibi tırnak lezyonları eklem tutulumu ile beraber ve cilt lezyonu olmaksızın mevcuttu.

## SONUÇ

PsA; tüm eklemleri ve omurgayı tutabilen, farklı manifestasyonlar ile kendini gösterebilen klinik bir durumdur. PsA, çoğunlukla psöriyazis üzerine artrit gelişimi şeklinde görülse de az da olsa cilt bulgusu olmadan artrit kliniği ile hasta başvurabilmektedir. Özellikle bu hastalarda tırnak muayenesi kesinlikle atlanmamalıdır, cilt lezyonlarından önce ortaya çıkabilecek herhangi bir psöriyatik tırnak lezyonu bize tanıda yol gösterici olacaktır.

Bu yüzden artrit ile gelen her hastada detaylı cilt ve tırnak muayenesi yapılmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Kulluk P, Utaş S. Diagnose and treatment of nail psoriasis. *Turkish Journal of Dermatology*. 2009;3:83-8.
2. Gottlieb A, Korman NJ, Gordon KB, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 2. psoriatic arthritis: overview and guidelines of care for treatment with an emphasis on the biologics. *J Am Acad Dermatol*. 2008;58:851-64. [[Crossref](#)]
3. Helliwell PS. Relationship of psoriatic arthritis with the other spondyloarthropathies. *Curr Opin Rheumatol*. 2004;16:344-9. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
4. Moll JM, Wright V. Psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum*. 1973;3(1):55-78. [[Crossref](#)]
5. Fournié B. et al. Proposed classification criteria of psoriatic arthritis. A preliminary study in 260 patients. *Rev Rhum Engl Ed*. 1999;66(10):446-56.
6. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum*. 2006;54:2665-73. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
7. Olivieri I, Padula A, D'Angelo S, et al. Psoriatic arthritis sine psoriasis. *J Rheumatol Suppl*. 2009;83:28-9. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
8. Turkiewicz AM, Moreland LW. Psoriatic arthritis: current concepts pathogenesis-oriented therapeutic options. *Arthritis Rheum*. 2007;56:1051-66. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
9. Helliwell PS, Taylor WJ. Classification and diagnostic criteria for psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2005;64:ii3-8. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
10. Mosher D, Fitzpatrick T, Hovi J, et al. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, et al, eds. Chapter-18, Psoriasis Fitzpatrick's *Dermatology in General Medicine*. 7<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 2007. p.181.
11. Manhart R, Rich P. Nail psoriasis. *Clin Exp Rheumatol*. 2015;33:S7-13. [[PubMed](#)]
12. Sánchez Regaña M, Márquez Balbás G, Umberto Millet P. Nail psoriasis: a combined treatment with 8% clobetasol nail lacquer and tacalcitol ointment. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008;22:963-9. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]