

T. C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon  
Ana Bilim Dalı

+

PSÖRİASİSLİ HASTALARDA  
PSÖRİATİK ARTROPATİ

T178/1-1

UZMANLIK TEZİ  
Dr. Tiraje TUNCER  
Antalya - 1984

Çalışmam sırasında ilgi, destek ve yardımlarını esirgemeyen, yetişmemde büyük katkısı olan değerli hocam Prof.Dr.Aker AKYOKUŞ'a teşekkürlerimi sunmayı bir borç bilirim.

Bu vesile ile klinik çalışmalarımda teşvik ve desteklerini gördüğüm Yrd.Doç.Dr.Emel ÖZCAN, Yrd.Doç. Dr.Mehmet İ.ARMAN ile Dr.Fuat ESEN'e ve ayrıca çalışmamda büyük yardımları olan Dermatoloji Ana Bilim Dalı Hekimlerine teşekkür ederim.

Dr.Tiraje TUNCER

## İ Ç İ N D E K İ L E R

Sayfa No:

Giriş ve Amaç . . . . .	1
Psöriatik Artrit . . . . .	2
Materyal ve Metod . . . . .	24
Bulgular . . . . .	30
Tartışma . . . . .	46
Sonuç . . . . .	52
Özet . . . . .	54
Literatür . . . . .	55

## GİRİŞ VE AMAÇ

Psöriatik artrit; kronik, inflamatuvar, idyopatik, eritemli ve kepekli lezyonlarla karakterize bir cilt hastalığı olan psöriasisde görülebilen seronegatif, inflamatuvar bir spondartrittir. Kendi içinde subgruplara ayrılabilir ve romatoid artritden tamamen farklı bir klinik antitedir.

Günümüzde seronegatif artropatilerin tanı ve tedavisine yönelik çeşitli çalışmalar mevcuttur, ancak daha aydınlanması gereken birçok bilinmeyen veya tartışmalı nokta vardır. Seronegatif spondartritlerin farklı birer klinik antite olduğunun bilinmesi hekime daha geniş bir yaklaşım alanı sağlamaktadır.

Biz, olanaklarımız elverdiği ölçüde seronegatif spondartritler arasında önemli bir yer tutan psöriatik artropatileri klinik, laboratuvar, radyolojik ve istatistiki yönden incelemeye çalıştık. Bu çalışmada amacımız toplumumuzda halen bir sosyal problem olan psöriasis bir de artritin eklenmesi ile ortaya çıkacak tablonun erken tanısının önemini ve gerekliliğini vurgulamaktır.

## PSÖRİATİK ARTRİT

Psöriatik artrit cilt veya tırnak psöriaziyle birarada görülen, oldukça tipik bir inflamatuvar poliartrittir. (29) Özellikle distal interfalangeal eklemleri tutan asimetrik poliartrit, romatoid faktörün negatif olması, subkutan nodüllerin bulunmaması, eklem grafilerinde sıklıkla resorbtif-destrüktif değişikliklerin bulunması, unilaterale veya bilateral sakroiliit olması, cilt veya tırnakta psöriasis bulunması veya ailede psöriasis anamnezi verilmesi ile karakterize kronik bir sistem hastalığıdır.(19,27,44)

Psöriasis ile bir inflamatuvar artritin birlikte görülmesi ilk kez Baron Jean Louis Alibert tarafından 1818 de belirtilmiştir.(27) Alibert bu konuyu "Les Maladies de la Peau" adlı kitabında Lepre Squamose başlığı ile kısa bir paragraf olarak bahsetmiştir. " Psoriasis arthritique " terimi ise ilk kez Fransız dermatoloğu Pierre Bazin tarafından " Leçons Théorique et Cliniques sur les Affections Cutanées de Nature Arthritique et Dartreux " kitabında kullanılmıştır. Hastalığın ilk detaylı tanımını Charles Bourdillon doktora tezi " Psoriasis et Arthropathies " ile 1888 de yapmıştır.(27)

Psöriatik artritin romatolojik hastalıklar arasın-

da ilk klasifikasyonu ise ancak romatoid faktörün tesbitinden sonra olmuş (Vaaler 1940, Rose 1948) ve psöriatik artrit Seronegatif Romatoid Artrit Varyasyonları arasına sokulmuştur.

Daha sonra 1964 de Wright ve Reed Seronegatif Romatoid Artrit Varyasyonlarını incelemiş ve sonraki çalışmalarla da Seronegatif Spondartrit kavramını ortaya atmışlardır. (27, 44) Psöriatik artrit de içinde bulunduğu Seronegatif Spondartritlerin genel özellikleri ise şöyle sıralanabilir:

- Romatoid faktörün bulunmaması,
- Subkutan nodüllerin bulunmaması,
- İnflamatuvar periferik artrit bulunması,
- Radyolojik sakroiliit ile ankilozan spondilit bulgularının olması,

-Birbirleri arasında klinik benzerlikler bulunması: Psöriaziform cilt ve tırnak lezyonları; konjunktivit, akut uveit gibi okulär inflamasyon; ağız ve genital bölge ülserasyonları; ince ve kalın barsak ülserasyonları; özellikle uretrit ve prostatit olmak üzere genito-üriner inflamasyon; eritema nodosum; piyoderma gangrenosum; tromboflebit gibi bulgulardan bir veya birkaçı bu grup hastalıklar arasında görülebilir.

-Ailevi geçiş gösterme eğilimi olması. Bu gruptaki hastalıklar arasında histokompatibilite antijenleri de

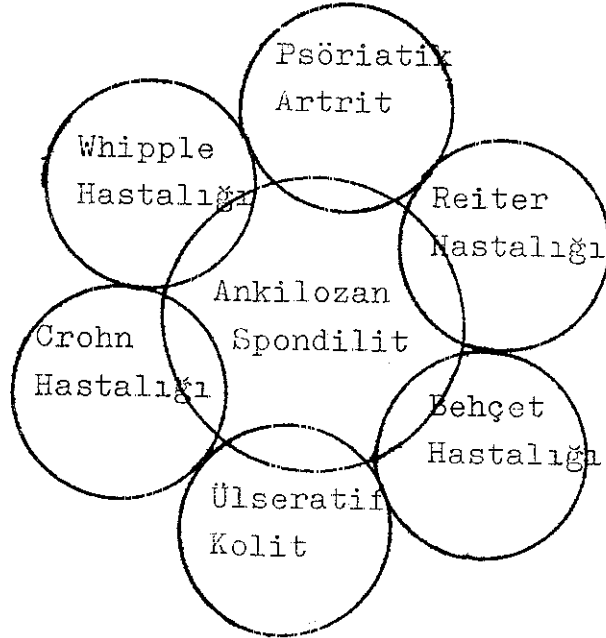
benzerlik göstermekte ve ailevi geçişi desteklemektedir.

Psöriatik artrit de bu kriterleri taşıdığından Seronegatif Spondartritler arasında kabul edilmektedir. Seronegatif Spondartritler şunlardır:(19, 27, 44)

- Ankilozan Spondilit
- Psöriatik Artrit
- Reiter Hastalığı
- Ülseratif Kolit
- Crohn Hastalığı
- Whipple Hastalığı
- Behçet Hastalığı

Seronegatif Spondartritlerin birbirleri ile ilişkileri Venn Diyagramı ile gösterilmiştir:(44)(Şekil I)

Şekil I :



## E p i d e m i y o l o j i

Psöriasis oldukça yaygın görülen bir cilt hastalığıdır. Amerika'da yapılan bir çalışmada popülasyonun % 0.025 - % 1.5 inde psöriasis saptandığı bildirilmektedir.

(1) Baker ise genel popülasyondaki psöriasis oranını % 1.2 olarak bildirmektedir.(27)(Tablo 1)

Tablo 1 :

Genel popülasyonda psöriasis	% 1.2
Seronegatif spondartritte psöriasis	% 20.2
Seropozitif spondartritte psöriasis	% 1.2
Psöriasisde spondartrit	% 6.8
Genel popülasyonda romatoid artrit	% 3.8
Genel popülasyonda psöriatik artrit	% 1.2

Bu tablodan da anlaşıldığı gibi seropozitif spondartritlerde psöriasis insidansı genel popülasyondaki insidansı ile aynıdır. Seronegatif spondartritteki insidansı ise % 20.2 ile çok yüksektir. Psöriasisli hastalarda seropozitif ,ya da seronegatif spondartrit insidansı % 6.8 ile



genel popülasyondaki romatoid artrit oranınının 2 katıdır. Bu nedenle psöriatik artrit tanımında seronegativite önemli bir kriter olarak kabul edilmektedir.

Psöriasis heriki cinste eşit sıklıkta görülmektedir.(10) Psöriatik artrit ile ilgili cins dağılımı çalışmalarında ise Moll ve Wright kadın/erkek oranını 1/1.04 olarak bulmuştur.(33)Diğer bazı çalışmalarda da erkeklerde biraz daha fazla oranda görüldüğü bildirilmektedir. Romatoid artritte ise bu oran 3/1 dir.(27)

Psöriasisin ortalama başlama yaşı 27 dir, yaş dağılımı ise birkaç aylıktan 70 yaşlarına kadar değişmektedir.(10) Psöriatik artrit in sıklıkla 30-55 yaşlarında başladığı bildirilmektedir.(33)

Psöriasis ve psöriatik artritte yapılan aile çalışmaları sonucunda psöriasisin % 36 vakada akrabalarında da görüldüğü anlaşılmıştır. Psöriatik artritli hastalarda ise % 80-90 vakada akrabalarında psöriasis, ya da psöriatik artrit bulunduğu bildirilmiştir.(18, 32)Aile çalışmaları sonunda histokompatibilite antijenlerinden HLA-B17, HLA-B13, HLA-B27, HLA-BW17 nin akrabalarda da sık olarak bulunduğu görülmüştür.(32) Normal popülasyonda HLA-B13 ve HLA-BW17 taşıyan kişilerin psöriasis için 5 kez daha fazla risk altında olduğu bildirilmektedir.(10)

## P a t o l o j i

Psöriatik artrit makroskopik olarak romatoid artrit'ten ayırdedilmeyen bir inflamatuvar sinovit ile karakterizedir. Sinovyal biyopsi ve postmortem incelemeler sinovyal hücre proliferasyonu ve mononükleer hücre infiltrasyonu göstererek romatoid artrite benzer. Her ikisinde de ödemli kronik generalize bir inflamasyon vardır, fakat psöriatik artritte daha fazla oranda fibrosis ve eklem kenarlarında erozyon dikkati çekmektedir. Ayrıca tipik romatoid pannus hiç görülmez.(19)

Görüldüğü gibi psöriatik artrite ait özel histopatolojik bulgu yoktur. Romatoid artrit, enteropatik artropati, Reiter hastalığı, sistemik lupus ve ankilozan spondilitte de buna benzer histopatolojik değişiklikler olmaktadır. Psöriatik artritte sinovyal biyopsi ancak piyojenik artrit, tuberküloz artrit, travmatik artrit ve pigmente villonodüler sinovit ile nadiren ayırıcı tanı düşünülüyorsa yapılır.

Artroskopi ile ise psöriatik artrit diğer artritlerden ayırdedilemez.(44)

## E t y o l o j i

Psöriasis ve psöriatik artrit etyolojik nedenleri tam olarak bilinmeyen hastalıklar arasındadır. Genel olarak psöriasisin multifaktöriyel etyolojik nedenleri olan bir hastalık olduğu kabul edilmektedir.(3) Psöriatik artrit

patogenezinde de genetik, morfolojik, biyoşimik ve immüno-  
lojik olayların rol aldığı ileri sürülmektedir.

Komplike olmayan psöriasisli hastalarda sağlam ve hasta cilt bölgelerinde anormal kapillerler gösterilmiştir. (10) Lawrence de bu görüşten giderek aynı olayın sinovyal membranda da olabileceğini belirtmiştir.(27)Pletismografik çalışmalar falanxların küçük damarlarında reaktif hipere-miye cevabın artmış olduğunu göstermiştir. (Diabetes Mel-litustaki gibi) Bu heriki hastalıkta da akro-osteolizisin bulunuşunu açıklayabilir.

Psöriasisde dehidroepiandresteronun (DHEA) plazma düzeyinin azaldığı saptanmış ve bu bulgunun genetik olarak aile bireylerinde azalmış penetransta devam ettiği görül-müştür. Ayrıca farklı çevre uyaranları da geçici DHEA a-zalmasına neden olmaktadır. Bu da psöriasis ve psöriatik artrit'in predispozan faktörlerle ilgisini açıklayabilir. (29)

Psöriasisli kişilerde bir eklemeye yönelik travmanın aynı eklemde tetik rolü oynayarak osteolizis yaptığı gös-terilmiştir. Travmanın eklem dokuları üzerine derin Koeb-ner etkisi yaptığı düşünölmektedir.(27)

Psöriatik artrit'te immünolojik faktörlerin önemli bir rolü gösterilememiştir. Zaten romatoid faktör ve diğer otoantikörlerin bulunmaması psöriatik artrit tanı kriter-lerindedir. Kompleman düzeyleri psöriatik artrit'te normal

veya biraz yüksektir, romatoid artritte ise düşüktür.(50) Bu farklılık artrit patogeneğinde intraartiküler immün kompleks formasyonunun romatoid artritteki gibi önemli bir rol oynamadığını gösterir. Komplike olmayan psöriasis ve psöriatik artritte bazı vakalarda serumda IgG antiglobulinleri gösterilmiştir. Aynı globulin periferde lenfositlerin yüzeyinde de saptanmıştır. (% 7.5 oranında) Bu antikolar nötrofillerin yüzeyinden ayırılmış ve hasta olmayan cilt dokusuna karşı da aktif olduğu görülmüştür. (27) Bu immünolojik olayların patogeneğindeki yeri ise bilinmemektedir.

Komplike olmayan psöriasis, periferik psöriatik artrit ve psöriatik spondilitte genetik faktörlerin önemi açıktır. Aile incelemelerinde, özellikle ikizlerin incelenmesinde, genetik geçiş olduğu kabul edilmektedir. (20) Bu görüş aile incelemelerinde aynı tip histokompatibilite antijenlerinin sıklığı ile de desteklenmektedir. Psöriasisde HLA-B13, HLA-BW17, HLA-BW16, HLA-BW371 saptanmıştır ve Abele ve arkadaşlarına göre muhtemelen basit, otozomal geçiş sözkonusudur. (1) Periferik psöriatik artritte ise HLA-BW17 ve HLA-B13 insidansı artmıştır; sakroiliit ve spondilitli psöriatik hastalarda HLA-B27 insidansı artmış, HLA-B13 insidansı azalmış bulunmaktadır.(2, 5, 18, 22, 28) Bu sonuçlarla, eklem ve deri bulgularından aynı genin farklı fenotipi mi, yoksa farklı bir genotipin mi sorumlu olduğu anlaşılammıştır. (29)

Sonuç olarak kesin bir genetik geçiş şablonu bu-

lanamamıştır. Çalışma sonuçları poligenetik geçiş yönündedir. Multifaktöriyel-genetik ve çevresel faktörlerden oluşan genetik geçiş teorisi, yalnız genetik geçiş teorisinden daha geçerli görülmektedir. Psöriasis için kabul edilen genetik penetrans(% 60) psöriatik artrit için de olasıdır, ancak artrit komponenti yönünden ispatlanamamıştır.

Sonuç olarak psöriatik artrit etyopatogenezinde şüphesiz en önemli yeri genetik faktörler içermektedir.  
(29, 32)

#### T a n ı     K r i t e r l e r i

Psöriatik artrit için henüz kesin tanı kriterleri geliştirilememiştir. Son yıllarda en çok Moll ve Wright'ın kriterleri ile ARA'nın kriterleri kullanılmaktadır.(27, 43)

Psöriatik artrit için gerekli kriterler:(ARA'nın)

Esas kriter: Klinik olarak tanı konmuş cilt veya tırnak psöriasisi ile ağrı, yumuşak doku şişliği ve/veya hekim tarafından en az 6 hafta süreyle belirlenmiş en az bir eklem hareketlerinde kısıtlılık.

Destekleyici kriterler:

1- Hekim tarafından saptanmış bir veya daha fazla eklem hareketinde kısıtlılık, ağrı, yumuşak doku şişliği.

2- Distal interfalangeal(DIP) eklemlerde inflamatuvar artrit.(Heberden hariç)

3- El ve ayak parmaklarında distal interfalangeal, proximal interfalangeal ve metakarpofalangeal eklemlerde

artrit ile sosis parmak görünümü.

4- Subkutan nodül yokluğu.

5- Serumda romatoid faktörün bulunmaması.

6- Normal veya artmış C3-C4 düzeyli inflamatuvar sinovyal sıvı.(infeksiyon, urat ve kalsiyum pirofosfat kristali yok)

7- Sinovyal biyopside sinovyum hücrelerinde hipertrofi, mononükleer hücre infiltrasyonu.(granülom,tümör hariç)

8- Periferel radyografide küçük eklemlerde eroziv artrit görülmesi, osteoporozun bulunmaması.(eroziv osteoartrit hariç)

9- Axial radyografide sakroiliit(unilateral veya bilateral), sindesmofit, paravertebral ossifikasyon olması.

Bu kriterlere göre:

-Kesin psöriatik artrit: Esas ve 6 destekleyici kriter.

-Muhtemel " " : Esas ve 4 destekleyici kriter.

-Olası " " : Esas ve 2 destekleyici kriter.

Görüldüğü gibi bu kriterler daha çok periferik tutulumlu psöriatik artrit ile ilgilidir. Moll ve Wright omurga tutulumunu da içine alan daha geniş kapsamlı kriterler oluşturmuştur.(Tablo 11) Omurga tutulumu için kısaca şu kriterler sayılabilir:(29, 35)

- Hayatın herhangi bir devresinde en az 3 ay süreyle bel ağrısı,

- Gece uykuyu bozan bel ağrısı veya sabah ağrı ile

uyanma, sabah sertliği,

- İnatçı belagrısı, muayenede sakroiliak hassasiyet bulunması, omurga hareketlerinde kısıtlılık.

### K l i n i k      Ö z e l l i k l e r i

Psöriasis; eritematöz, çeşitli büyüklük ve sayıda kepekli cilt lezyonları ile karakterizedir. Genellikle lezyonlar saçlı deri, tırnaklar, extremitelerin extensor yüzleri, dirsek, dizler ve sakral bölgeleri tutar.

Psöriasis ve artrit başlama yaşları genellikle farklı olmaktadır. Bazı vakalarda psöriasis ve artrit birlikte başlamaktadır(% 10), vakaların çoğunda psöriasis artritтен önce başlamaktadır(% 74), vakaların bir kısmında ise artrit psöriasisтен önce başlamaktadır(% 16). Böyle vakalarda tipik eklem bulguları ve aile anamnezi tanıya yardımcı olur.(19)

Psöriasis aktivasyonu ile sinovit exaserbasyonları genellikle pek ilgili değildir. Vakaların çoğunda inatçı cilt lezyonları ile zaman zaman exaserbe olan eklem bulguları vardır. Bazan cilt ve eklem exaserbasyonları birbirini izler, nadiren aynı zamanda aktivasyon görülür.

Psöriatik artrit özellikle distal interfalangeal eklemler olmak üzere, hemen tüm eklemleri tutabilmektedir. Wood 2 vakada temporo-mandibuler eklem tutulumu bildirmiştir.(51)

Çeşitli klinik şekiller tanımlanmaktadır :

1) Asimetrik Oligoartiküler tip : En sık rastlanan formudur. Moll ve Wright % 70 olarak bildirmişlerdir.(33) Bir defada bir veya birkaç eklem tutulur, daha çok el ve ayakta bir parmakta görülür. Distal interfalangeal(DIP), proksimal interfalangeal(PIP), metatarsofalangeal(MTP) ve metakarpofalangeal(MCP) eklemlerin birlikte tutulmasıyla sosis parmak görünümü ortaya çıkar. Karakteristik olarak asimetriktir.

2) Romatoid Artrit benzeri simetrik poliartrit : % 15 vakada görüldüğü bildirilmektedir. Artrit diğerlerine göre daha benign özelliktedir.(44)

3) Artritis Mutilans : % 5 vakada görülmektedir. Eklem tam rezorbsiyonuna bağlı olarak parmaklarda teleskop, opera dürbünü deformitesi gelişir. Sıklıkla sakroiliitle birlikte.

4) Klasik Psöriatik Artrit : DIP tutulumu ve genellikle tırnak lezyonları vardır. Yaklaşık % 5 vakada görülmektedir. DIP eklemlerinde şişlik, ısı, kızarıklık olabildiği gibi yalnız periartiküler hassasiyet ile de kendisini gösterebilir.

5) Psöriatik spondilit : % 5 vakayı kapsar. % 20 vakada sakroiliit görülebilir. Ankilozan spondilite benzemekle birlikte bazı farkları vardır. Psöriatik artritte simfiz pubis daha az tutulur, minimal osteoporoz vardır, horizon-



tal sindesmofit görülür.

Psöriatik artrit huzursuzluk, halsizlik, ateş ile başlayabilir, veya gut gibi ani olarak bir eklemdede ağrı, şişlik ile ortaya çıkabilir. Hiperürisemi, kolşisine çabuk cevap tanıyı güçleştirir. Özellikle yaygın cilt lezyonları olan psöriazisli hastalarda ürik asit yüksek olabilmektedir.

Psöriasis sıklıkla yalnız tırnaklarda görülmektedir. Genelde DIP tutulumu ile tırnak psöriasisi arasında karakteristik bir ilişki olduğu kabul edilmektedir. Psöriatik artritli hastalarda tırnak distrofisi komplike olmayan psöriasisli hastalara göre en az 2 misli daha fazla görülmektedir. (19) Psöriatik artritli hastalarda tırnak distrofisi sıklığı % 80 bulunmuştur. (4, 48, 52) Tırnak distrofileri çeşitli şekillerde olmaktadır. Travma olmaksızın bir tırnakta onikolizis varsa böyle bir tırnak distrofisinde psöriatik orijin en başta düşünülmelidir. Yine onikolizis, yüksük görünümü, parsiyel ve total beyazlıklar(lökonişi), kıvrık tırnak, subungual keratoz, tırnak yatağı renk değişimleri öncelikle psöriasis düşündürmelidir. Tek başına yüksük tırnak eğer başka bulgu yoksa, psöriasis tanısı koydurmaz; ancak bir tırnakta 20 den fazla delik görünümü psöriasis lehine kabul edilmektedir.(11)Tırnak distrofilerini tanımak inflamatuvar poliartrit, ya da spondiliti olan kişilerde psöriasis tanısı yönünden önemlidir.(55)Böyle durumlarda dikkatli bir cilt muayenesi ile tanı kesinleşebilir.

Psöriatik artritte % 31.2 vakada okuler inflamasyon görülmektedir.(21) Diğer seronegatif artritlerde de okuler tutulum oldukça sık görülmektedir. Reiter hastalığı olanların % 10 unda iritis, % 30 unda konjunktivit saptanmıştır.(7) Kronik reküran artrit vakalarında prevalansın % 40 a yükseldiği bildirilmektedir. Ankilozan spondilitte % 20 vakada iritis saptanmıştır.(21) Ülseratif kolitlilerin ise % 25 inde iritis bulunmuştur.(53) Behçet hastalığında ise hastaların % 56 sında uveit, % 16 sında keratit olduğu bildirilmektedir.(26)

Okuler inflamasyon(konjunktivit ve uveit) seronegatif artritlerde seronegatif spondartrit varlığını göseren bir geçiş özelliği olarak kabul edilmektedir.(34) Ayrıca uveitin HLA-B27 ile de ilgili olduğu gösterilmiştir. % 40 vakada HLA-B27 pozitifdir, % 43 ünde ise sakroiliit saptanmıştır.(6)

Psöriatik artritte ensık rastlanan göz lezyonu konjunktivittir.(% 19.6) İritis % 7.1, episklerit % 1.8 ve keratokonjunktivitis sikka % 2.7 dir.(21) Mladenovic iridosklit oranını % 2.7 bulmuş ve artritın süresi veya şiddeti ile ilgisi olmadığını bildirmiştir.(30) Sonuç olarak inflamatuvar göz lezyonları psöriatik artritte de diğer seronegatif artritlerde olduğu gibi oldukça sık rastlanan önemli bir klinik özelliktir.

## L a b o r a t u a r     B u l g u l a r ı

Psöriasis veya psöriatik artrit için patognomonik bir laboratuvar bulgusu yoktur. En önemli bulgu çoğunlukla romatoid faktörün negatif olmasıdır. Romatoid faktör hangi yöntemle bakılırsa bakılsın, genel popülasyondaki yüzdesinden fazla bulunmamaktadır. Yalnız romatoid artrit benzeri psöriatik artritte % 16 pozitif bulunmuştur.(44)

Psöriasisde sık olarak hiperürisemi saptanmaktadır. Psöriatik artritli hastaların ise % 10-20 sinde hiperürisemi bulunmaktadır. Yaygın cilt hastalığı olanlarda görülen bu olay, epidermopoiezisin artması ile fazla keratin üretimine bağlanmaktadır. Psöriasisli ciltte mitoz sayısının normal cilde göre 27 defa daha fazla ve epidermal hücre yıkımının da daha hızlı olduğu kabul edilmektedir.(10, 27)

Kronik, uzun süreli bir hastalık olduğundan psöriatik artritte hipokrom mikrositer anemi sık görülmektedir. Geçici lökositöz olabilir.

Ataklar sırasında akut faz reaktanları artmış bulunur. Eritrosit sedimentasyon hızı da artmıştır. Remisyon dönemlerinde bu değerler normal sınırlara inerler. Laurent ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, akut faz reaktanları(CRP, fibrinojen, alfa 1 antitripsin, C9) psöriasisli hastalarda normal sınırlarda bulunurken psöriatik artritli hastalarda ise önemli oranda artmış bulunmuştur.(23)

Psöriasis ve psöriatik artritte serum globulinleri de incelenmiş ve oldukça farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Psöriasisde serum IgG ve IgA değerlerinde artma, bazı hastalarda IgE değerinde yükselme olduğu ve % 45 hastada serumda anti IgG bulunduğu bildirilmektedir.(17) Psöriatik artritte gamma ve alfa -2 globulin yüksek bulunabilmektedir. Orta derecedeki psöriatik artritte IgM azalmış bulunurken, şiddetli psöriatik artritte IgM artmış görülmektedir.(29, 44) Laurent ise serum IgG ve IgA düzeylerinin psöriasis ve psöriatik artritte aynı şekilde ve artmış olduğunu, IgM değerinin normal düzeylerde bulunduğunu bildirmektedir.(23) Florin ise, psöriasis ve psöriatik artritli hastaların % 18.5 inde anti gamma globulin saptamıştır. (14)

Psöriatik artritte antinükleer antikor negatiftir. (27,44,49) Froebel ve arkadaşları invitro çalışmalar sonunda ankilozan spondilit, Reiter hastalığı ve psöriatik artritte T-cell popülasyonunda anormallik bulunduğunu bildirmişlerdir.(15)

Lambert,psöriatik artritte histokompatibilite antijenleri prevalansını araştırmış ve HLA-B27 yi periferik psöriatik artritte normal prevalansta bulmuştur. Aynı çalışmada; sakroiliit ve sindesmofitli hastalarda prevalans % 75, yalnız sakroiliiti olanlarda % 78, yalnız sindesmofitli olanlarda % 36 bulunmuştur. Tümü ele alınacak olursa HLA-B27 antijeni prevalansı, psöriatik spondilitte % 60 tır. Ankilozan spondilitte ise % 71 dir.(22)

Metzger, HLA-W27 nin psöriatik spondilitte artmış olduğunu saptamış ve HLA-W27 pozitif olan hastaların genellikle erkek olduğunu, cilt hastalığı süresinin de kısa olduğunu bildirmiştir. (28) HLA-B27 negatif olan periferik artritli grupta eklem hastalığının daha şiddetli, cilt tutulumunun daha fazla olduğu, kadın-erkek oranının 1/0.06 bulunduğu bildirilmektedir. Sonuç olarak, HLA-B27 varlığının spinal tutulumun bir göstergesi olduğu düşünülmektedir. Seronegatif spondartritlerin hepsinde de HLA-B27 bulunması olasılıkla birbirleri ile geçişte de rol oynamaktadır. (5, 18, 22)

HLA-B13 ve HLA-BW17 prevalanslarında ise, psöriatik artritte istatistikî yönden önemli bir değişiklik bulunamamıştır. Psöriatik spondilitte HLA-B13 prevalansında azalma gösteren çalışmalar vardır. (22) Oysa komplike olmayan psöriasisde heriki antijenin de artmış olduğu görülmüştür. (8)

### R a d y o l o j i

Psöriatik artritî tanımakta radyolojik bulgular çok önemlidir. Radyolojik bulgular yalnız tanıyı desteklemekle kalmaz, bazan tek tanı yöntemi olarak da kullanılır. (13) Erken, ılımlı, intermittant psöriatik artritte grafiler genellikle normaldir. Erken devrede romatoid artrite benzer bulgular görülebilir, yalnız artrit asimetrik ve oligoartikülerdir. İleri devrelerde tipik özellikleri or-

taya çıkar.

Radyolojik bulgular, periferik ve axial bulgular olarak gruplandırılabilir.(18, 19, 27, 44)

Periferik radyolojik bulgular:

- Terminal falangeal yatakların erozyonu(akro-osteolizis),
- Falanks, metakarpal ve metatarsal kemiklerin distal ucunun güdükleşmesi,
- Falanks kemiklerinin proximalinin, tendon yapışma yerlerinde kemik oluşumu ile çanak şeklini alması(pencil in cup-hokka içinde kalem görünümü),
- Falangeal yatak boyunca marjinal erozyonlar,
- Özellikle DIP eklemi tutulması,
- Tırnak kalsifikasyonları,
- Özellikle metakarpal ve metatarsal kemiklerde, ligamentöz yapışma yerleri bitişiginde periostit görünümü,
- Küçük eklemlerde destrüksiyon, komplet rezorpsiyon.

Axial radyolojik bulgular:

- Unilateral veya bilateral sakroiliit,
- Paravertebral ossifikasyon,
- Nonmarjinal, atipik sindesmofitler(korpus vertebradan çıkan boynuz şeklindeki kemik parçaları, paraspinal yeni kemik teşekkülü(9) )
- Apofizer eklemlerde skleroz, eklem aralığı daralması,
- Nadiren tipik bambu görünümü,
- Torasik vertebralarda solid füzyon.

Psöriatik artritte servikal bölgede, apofizer ek-

lem değişiklikleri ile anterior ligaman kalsifikasyonu da sık görölmektedir.(13, 44) Yeadon ve Little,3 hastada erozyon sonucu, C1-C2 de lateral subluxasyon bildirmişlerdir. (24, 54) Ankilozan spondilitte de atlanto-axial subluxasyon bildirilmektedir, ancak neden olarak daha çok ligaman laxitesi suçlanmaktadır.(46)

Sundaram ve arkadaşları, paravertebral ossifikasyon ile nonmarjinal sindesmofitlerin, psöriatik artritte distal interfalangeal eklemlerin tutulması kadar önemli bir bulgu olduğunu ve psöriasisin cilt bulgularından önce de ortaya çıkabileceğini ileri sürmektedirler.(47)

Psöriatik artritin önemli bir radyolojik özelliği de, artrit olan eklemlerde osteoporozun çok az görülmesidir. Ellerde klasik deformiteler yerine alışılmamış deformiteler yapar. Psöriatik artriti,romatoid artritden ayıran en önemli radyolojik bulgular bunlardır.(9)

#### A y ı r ı c ı T a n ı

Psöriatik artrit ayırıcı tanısında en önemli yeri diğer seronegatif spondartritler tutmaktadır. Bazı vakalarda psöriatik artriti Reiter hastalığından ayırmak oldukça güçtür. Herikisinde de tırnak tutulumu olabilir ve püstüller psöriasisine ait cilt lezyonları ile Reiter'e ait keratoderma blenorrajika ayırdedilemiyebilir. Ancak Reiter hastalığının artrit, konjunktivit, uretrit triadı genellikle tanıya yardımcı olur, ayrıca Reiter hastalığında art-

rit genellikle oligoartiküler ve büyük eklem seçici tiptedir.(18)

Sıklıkla psöriatik artrit gut hastalığı ile karıştırılır. Hiperürisemi bulunması tanıyı daha da güçleştirir. Gutun kolşisin tedavisine cevap vermesi ve gutta sinovyal sıvıda urat kristali saptanması ile ayırıcı tanı yapılır.

Bazı durumlarda psöriatik artrit ile romatoid artriti ayırmak güçleşir. Psöriatik artritte romatoid faktörün negatif olması, subkutan nodüllerin bulunmaması tanıya yardımcı olur. Ayrıca psöriatik artritte DIP eklemi tutulumu daha sıktır, asimetrik eklem tutulumu vardır. Ayırıcı tanıda en önemli fark, radyolojik farklılıktır.

Psöriatik spondilit ile ankilozan spondilit tanısı da karışabilmektedir. Ayırıcı tanıda radyolojik bulgular önemlidir. Psöriatik artritte paravertebral ossifikasyon, vertebral füzyon, disk kalsifikasyonu ve nonmarjinal sindesmofitler vardır. (19)

### P r o g n o z

Hastaların büyük çoğunluğunda psöriatik artrit ılımlı seyretmekte ve oldukça episodik olup genellikle az sayıda eklemi tutmaktadır. Uzun süre yalnız küçük eklemleri tutmuş ise prognozun çok daha iyi olduğu ileri sürülmektedir.

Prognozda en önemli rolü yaş, cins, artrit başlama yaşı, artrit dağılımı ve genetik faktörler ile



artritinin tipi oynamaktadır.(18) Artritis mutilans en kötü deformitelere yol açarak hastaları sakat sınıfına sokar. Psöriatik spondilit de uygun şekilde tedavi edilmemişse sakatlık sayılabilecek hareket kısıtlılığına neden olur.

Psöriatik artritinin oldukça nadir görülen bir komplikasyonu amiloidozdur. Çocukta daha sık görüldüğü bildirilmektedir.(37) Kanama diyatezi ve travma anamnezi olmaksızın hemartroz gelişen bir vaka bildirilmiştir.(12)

### T e d a v i

Psöriasis, bir cilt hastalığı olarak oldukça güç tedavi edilebilmektedir. Bazı hastalarda her türlü tedavi şekilleri başarısız olmaktadır. Psöriatik artrit tedavisinde de kesin sonuç verecek bir yöntem henüz geliştirilememiştir.

İlımlı psöriatik artritte nonsteroidal antiinflamatuarlar, hastalığı kontrol altına alabilmektedir. Az sayıda eklem tutulduğunda lokal steroid enjeksiyonları uygulanabilir.(45)

İleri psöriatik artritte salisilat ve diğer NSAİ etkili olmayabilir; böyle progressiv ve potansiyel olarak deforman artrit olan hastalarda daha etkili ve tehlikeli ajanlar kullanmak gerekir.

Daha önceleri bilinenlerin tersine Altın tedavisi kontrendike değildir. Psöriatik cilt lezyonları agrave olmaz, yalnız eğer komplikasyon olarak cilt lezyonları olur-

sa tanınması güçleşebilir. Richter periferik psöriatik artrit olan hastalarda Au tedavisi uygulamış ve sonucun iyi olduğunu, yan etkilerin romatoid artrit ile karşılaştırıldığında daha az olduğunu bildirmiştir.(38)

Antimalarial ilaçlardan kaçınılması önerilmektedir. Cilt lezyonlarını agrave etmektedir.(19) Bazı çalışmalarda ise iyi sonuçlar alındığı bildirilmektedir.(38)

D-Penicillamin ile tedavi sonuçları iyidir. Sık olarak kullanılmaktadır.(19, 41) İmmün stimulan ajanlarla tedavinin yararlı olmadığı bildirilmektedir.(40)

Hem psöriasis, hem de psöriatik artrit tedavisinden etkili, ancak en tehlikeli ilaçlar immünsupressif ajanlardır. Özellikle Methotrexate ve 6-aminomerkaptopürinin etkili olduğu görülmüştür. Son zamanlarda Siklosporin-A denemekte ve başarılı sonuçlar alındığı bildirilmektedir.(36)

Oral veya parenteral kortikosteroid kullanımından kaçınılmaktadır. Maximal 10 mg prednisolon günlük dozu yeterli olmaktadır. Ancak kesildiğinde akut ataklar olduğundan yalnız kısa süreli kullanılmaktadır.(27)

## MATERYAL VE METOD

Akdeniz Üniversitesi Hastanesine 1983 yılı içinde başvuran, psöriasis tanısı konmuş hastalar psöriatik artropati yönünden araştırıldı. Bu hastaların bir kısmı Dermatoloji kliniğine, bir kısmı ise eklem ağrıları nedeniyle kliniğimize başvurmuştu. Hastalar cilt lezyonunun yeri ve aktivasyonu gözönüne alınmaksızın, periferik eklem yakınına olsun olmasın, ayırım gözetilmeden çalışma kapsamına alındılar. Yaş, cins ayırımı da yapılmadı.

Hastalara psöriatik artropatiye yönelik anamnez, klinik muayene, radyolojik ve laboratuvar incelemeler uygulandı.

Anamnezde ailede psöriasisli başka birey olup olmadığı araştırıldı; fakat psöriatik artrit ve diğer seronegatif spondartritler yönünden güvenilir anamnez alınamadığından ailede psöriatik artrit araştırılmadı. Aile anamnezi veren hastaların tutulan kişiyle akrabalık derecesi saptandı. Anne, baba, kardeş I. derece akraba; diğer aile bireyleri II.derece akraba olarak değerlendirildi.

Her hastaya cilt hastalığının başlama yaşı, varsa sabah sertliği ve süresi soruldu.

Anamnezde herhangi bir eklemdede; hayatın herhangi bir devresinde ağrı, şişlik, hareket kısıtlılığı olup olmadığı, olduysa yeri ve süresi araştırıldı. Periferik ek-

lemlere ait bir yakınım varsa ilk tutulan eklem ve daha sonra tutulan eklemler belirlendi. Ayrıca eklem yakınımının cilt lezyonları aktivitesiyle paralellik gösterip göstermediği öğrenildi.

Omurga tutulumunu araştırmak amacıyla hastaya bel ve sırt ağrısı olup olmadığı, varsa özellikle zamanı ve süresi soruldu. En az 3 ay süreyle inatçı bel ağrısı, gece uykudan uyandıran ağrı, en az yarım saatlik sabah sertliği inflamatuvar karakterde bel ağrısı kabul edildi; ve değerlendirim içine alındı. Ağır kaldırmakla ortaya çıkan, yorgunlukla artan, istirahatle azalan bel ağrıları değerlendirim içine alınmadı.

Fizik Muayene olarak hastalara cilt muayenesi, periferik eklem muayenesi, omurga muayenesi yapıldı.

Cilt muayenesiyle, cilt lezyonlarının yerleşim yerine göre hastalar 3 gruba ayrıldı:

- 1- Generalize cilt lezyonu olanlar,
- 2- Lokalize cilt lezyonu olanlar,
- 3- Tırnak lezyonu olanlar.

Hastalar cilt lezyonunun aktivasyonuna göre ise 2 gruba ayrıldılar:

- 1- Aktif cilt lezyonu olanlar,
- 2- Nonaktif cilt lezyonu olanlar.

Periferik eklem muayenesi ile eklemlerde pasif ve aktif hareket esnasında ağrı, spontan ağrı, yumuşak doku

şişliği, ısı artışı, renk değişimi olup olmadığı belirlendi. Eklem hareketliliği ise nötral-0 sistemine göre değerlendirildi.(Nötral-0 sisteminde anatomik pozisyonda iken eklem konumu 0 noktası kabul edilerek ölçüm yapılır.)

Omurga muayenesi ile her hastanın kolumna vertebralisinin hareketliliği ve sakroiliak eklemlerin durumu araştırıldı. Servikal bölgede hareket kısıtlılığı parametresi olarak çene-sternum mesafesi (baş tam flexionda ve ağız kapalı iken çene-manubrium sterni arasındaki mesafe) kullanıldı. Torakal ekspansiyon derecesi ise inspirium-expirium farkı ile saptandı.(2.5 cm altındaki değerler patolojik kabul edildi.) Lomber bölgede ise Schober ölçüldü. (L5-S1 aralığı saptanarak yukarı doğru 10 cm işaretlendi ve anterior flexionda artış mesafesi ölçüldü, 4 cm altındaki değerler patolojik kabul edildi.)

Sakroiliak eklem muayenesi ise 3 şekilde yapıldı:

1- Direkt sakroiliaklar üzerine baskı ile ağrı olup olmadığı,

2- İliak kemikleri birbirine doğru sıkıştırırken ağrı olup olmadığı,

3- Mennel delilinin pozitif olup olmadığı(Bir kalça ve diz flexiondayken diğerinin hiperextansiyonu ile o tarafta ağrı olması)

araştırıldı.(16)

Radyolojik inceleme olarak öncelikle her hastadan

pelvis grafisi istendi. Sakroiliak eklemlerin radyolojik değerlendirimi New-York(ARA) kriterlerine dayanılarak yapıldı.(16, 18, 42)

0- Normal.

1- Şüpheli.

2- Minimal bozukluk: Eklem aralığında daralma olmaksızın küçük erozyon ve skleroz odakları.

3- Eklem aralığında genişleme, daralma, parsiyel ankiloz, erozyon, skleroz.

4- Total ankiloz.

Sakroiliit saptanan her hastanın omurga grafileri istendi. Omurgada aranan radyolojik özellikler aşağıda belirtilmiştir:

- Nonmarjinal sindesmofit.

- Paravertebral ossifikasyon.

- Apofizer eklemlerde düzensizlik, genişleme veya daralma.

- Ligaman kalsifikasyonu(özellikle anterior ligaman)

- Bambu kamışı görünümü.

Muayenesinde artropati düşünülen hastalarda, periferik eklemlerin radyolojik incelemesi yapıldı. Periferik eklemlerde artropati tanısı için gerekli kriterler aşağıda sıralanmıştır:

- Terminal falangeal yatakların erozyonu(akro-osteoliz)

- Metakarpal ve metatarsal kemiklerde ligamentöz yapışma yerleri bitişiginde periostit görünümü.

- Küçük eklemlerde destrüksiyon, komplet rezorpsiyon.
- Falangeal yatak boyunca marjinal erozyonlar.
- Hokka içinde kalem görünümü(pencil-in cup deformitesi)

Çalışma kapsamına alınan her hastadan Latex Romatoid faktör, CRP, tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı ile ürik asit tetkikleri istendi. Olanaklarımız elvermediği için HLA tayini yapılamadı.

Psöriatik artropati tanısı için Moll ve Wright'ın kriterleri kullanıldı. (Tablo II)

Psöriatik artropati kriterlerine uyan her hasta için bir de Göz konsültasyonu istendi.

Psöriatik artropati saptanan hastalara tedavi amacıyla NSAI ajanlar verildi. Tedavinin değerlendirilmesinde hastalık aktivasyonu gözönüne alındı. Aktivasyon parametresi olarak öncelikle sabah sertliği süresi, eklem hareketlerinde rahatlama, sedimentasyon saptandı. Ancak artropatili hasta sayısının az olması, kontrol grubu olması nedeniyle kesin sonuçlar verilemedi.

İstatistikî değerlendirmeler için t-testi ile Fisher'in kesin ki-kare testi kullanıldı.

Tablo II : Tanı Kriterleri.(Moll ve Wright)

Tanı	Kriter
Büyük Eklem Artropatisi	Omuz, dirsek, el bileği, kalça, diz ve/veya ayak bileğinde yumu- şak doku şişliği veya belirgin oranda pasif hareket güçlüğü. (Yalnız bir eklemden bile olsa artropati olarak değerlendirildi)
Küçük Eklem Artropatisi	En az bir el ve/veya ayak par- mak ekleminde luxasyon, sublux- asyon, yumuşak doku şişliği ve- ya belirgin oranda pasif hareket güçlüğü.
Klinik Sakroiliit	İnatçı bel ağrısı, gece bel ağrı- sı ve/veya sakroiliak eklemleri bastırmakla hassasiyet, Mennel delilinin pozitif olması.
Spondilit	Yaşamın herhangi bir zamanında en az 3 ay süreyle hergün bel- ağrısı, sabah sertliği, omurga hareketlerinde kısıtlılık.



## BULGULAR

A.Ü. Hastanesine başvuran 73 psöriasisli hasta ayırım gözetilmeksizin çalışma kapsamına alındı. 73 hastanın 43 ü kadın, 30 u erkek idi. Yaşları 5-72 arasındaydı.

Değerlendirme sonunda 73 hastadan 13 ünde psöriatik artrit saptandı(% 17.7). Hastaların 6 sı kadın, 7 si erkekti; erkek-kadın oranı 1.1/1 idi. Yaşları 19-54 arasında değişmekteydi(ortalama 37.4). Kadın hastaların yaşları 24-45(ortalama 35), erkek hastaların yaşları ise 19-54(ortalama 39.5) arasındaydı.

Psöriatik artrit tanısı konmuş olan hastaların 9 unda periferik psöriatik artrit(% 69), 4 ünde psöriatik spondilit(% 31) vardı.(Tablo III)

Periferik psöriatik artritli hastalar tutulan eklemlerine göre büyük eklem artropatisi(diz, kalça, ayak bileği, el bileği, dirsek, omuz) ve küçük eklem artropatisi (proximal interfalangeal-PIP, distal interfalangeal-DIP, metakarpofalangeal-MCP, metatarsofalangeal-MTP) olarak ayrıldılar.(Tablo IV)

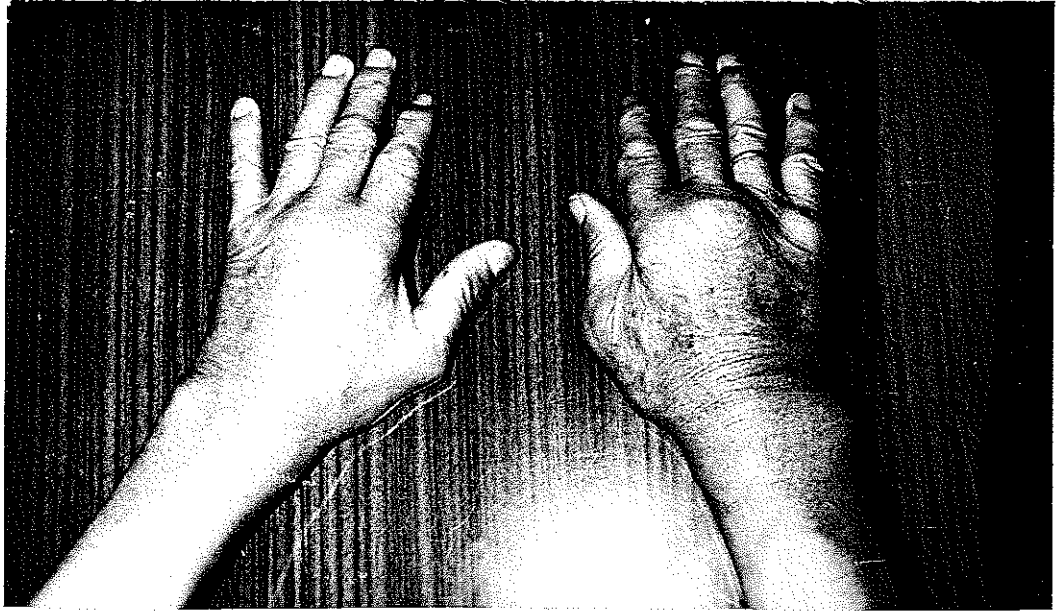
3 hastada yalnız küçük eklem artropatisi vardı; hastaların 2 si erkek, 1 i kadındı. 2 erkek hastada ise yalnız büyük eklem artropatisi vardı. 4 hastada ise hem büyük, hem küçük eklem artropatisi saptandı; hastaların 3 ü kadın, 1 i erkekti.

Tablo III : Psöriatik artropatili hastaların toplu dökümü.

Adı Soyadı	Prot. No	Yaş	Cins	Bulgular
M.K.	43	54	E	Küçük eklem artropatisi, bilateral sakroiliit, tırnak ve cilt p.
A.Ç.	74	45	E	Küçük eklem artropatisi, tırnak ve cilt psöriasisi.
H.B.	153	28	K	Küçük eklem ve büyük eklem artropatisi, tırnak ve cilt psöriasisi.
İ.K.	341	51	E	Büyük eklem artropatisi, bilateral sakroiliit, lokalize psöriasis.
A.Ş.	419	40	E	Spondilit, unilateral sakroiliit, tırnak ve cilt psöriasisi.
H.R.	748	19	E	Büyük eklem artropatisi, unilateral sakroiliit, generalize psöriasis.
M.Ç.	795	44	K	Büyük eklem ve küçük eklem artropatisi, tırnak psöriasisi.
R.T.	921	32	K	Spondilit, bilateral sakroiliit, generalize psöriasis.
G.Ü.	1167	37	K	Spondilit, unilateral sakroiliitis, generalize psöriasis.
F.B.	1228	45	K	Büyük eklem ve küçük eklem artropatisi, tırnak ve cilt psöriasisi
M.G.	1398	38	E	Büyük ve küçük eklem artropatisi, unilateral sakroiliit, tırnak, cilt.
M.S.	1444	24	K	Küçük eklem artropatisi, tırnak psöriasisi.
M.B.	1465	30	E	Spondilit, bilateral sakroiliit, tırnak ve cilt psöriasisi.

Tablo IV : Periferik psöriatik artrit.

Tutulmuş eklem	Kadın	Erkek	Toplam
Yalnız küçük eklem	1	2	3
Yalnız büyük eklem	-	2	2
Büyük ve küçük eklem	3	1	4
Toplam	4	5	9



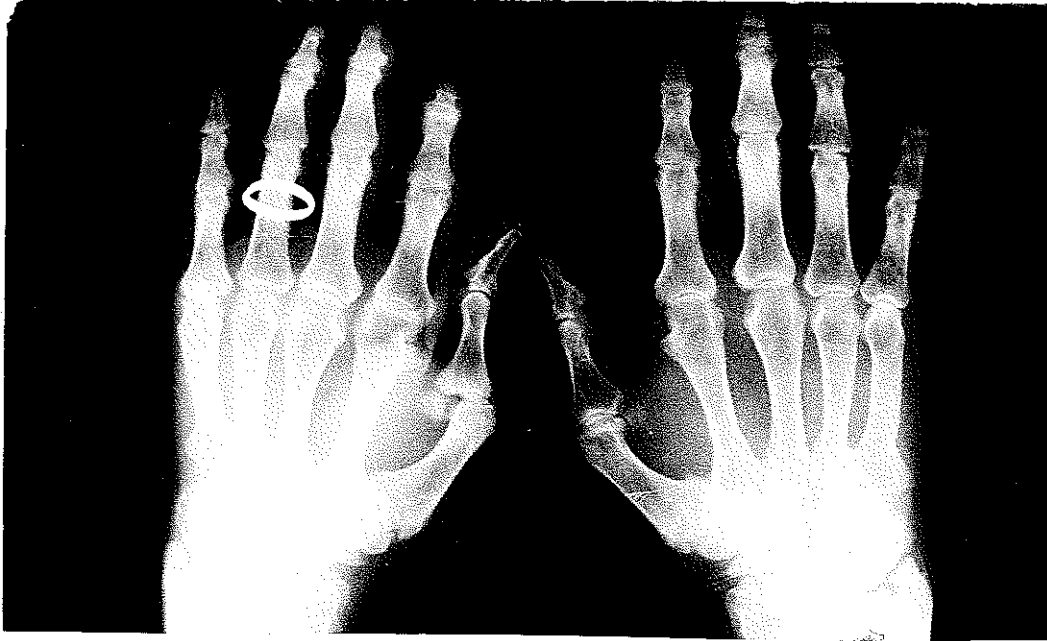
Resim 1 : M.K.Prot.No:43, Küçük eklem tutulumlu simetrik artrit.

Periferik psöriatik artrit olarak değerlendirilen hastalarda artrit eklemlere göre dağılımı ise Tablo V de gösterilmiştir. Görüldüğü gibi en çok tutulan periferik eklem distal interfalangeal (DIP) eklemdir. 6 hastada toplam 36 DIP eklem artritisi gözlenmiştir.

Tablo V : Artritin eklemlere dağılımı.

Tutulan eklem	Hasta sayısı	Tutulan eklem sayısı	%
PIP	2	9	9.5
DIP	6	36	38.3
MCP	4	21	22.3
MTP	4	17	18.08
el bileği	1	2	2.1
ayak bileği	2	2	2.1
diz	4	5	5.3
dirsek	-	-	-
kalça	1	2	2.1
omuz	1	1	1.06

Proximal interfalangeal eklem tutulumu ise yalnız 2 hastada ve toplam 9 PIP ekleminde mevcuttu.



Resim 2 :M.K.Prot.No:43,DIP-PIP-MCP eklem aralığında daralma,artrit görünümü,sağ başparmakta subluxasyon.

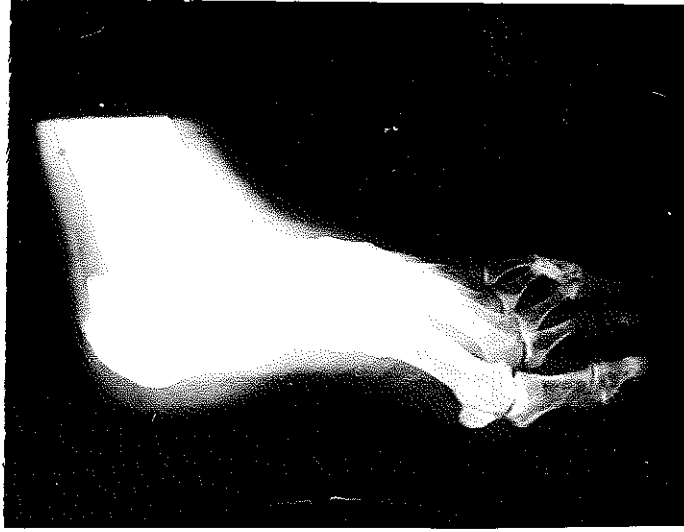
DIP eklemlerinden sonra en çok tutulan eklemler MCP ve MTP eklemleriydi. El bileği ise yalnız 1 hastada ancak bilateral tutulmuştu. Hiç dirsek tutulması gözlenmedi. Omuz eklemi ise 1 hastada ve unilateral olarak tutulmuştu.



Resim 3 : A.Ç.Prot.No:74, küçük eklem tutulumlu simetrik artrit.

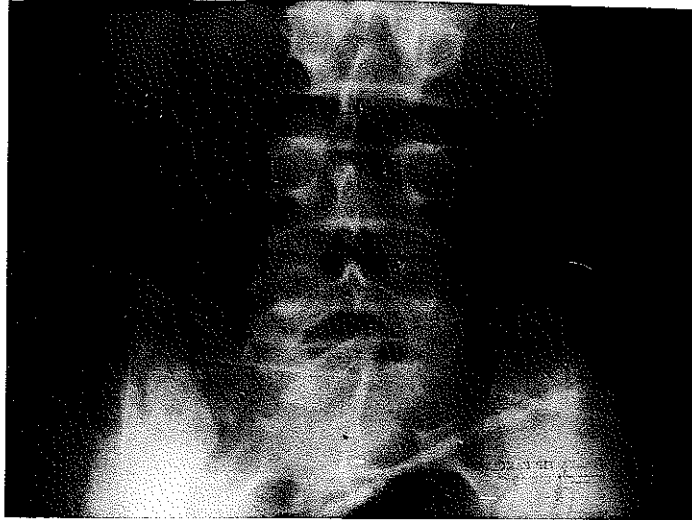
4 hastada diz eklemi artritisi vardı ve bunlardan yalnız 1 hastada heriki diz birden tutulmuştu. Kalça eklemi tutulması 1 hastada ve bilateral mevcuttu. Bu hasta erkekti ve kalça eklemi dışında periferik eklem tutulması olarak omuz tutulması da vardı, ayrıca unilateral sakroiliitisi mevcuttu.

2 hastamızda ise unilateral ayak bileği artritisi vardı ve herikisinde de ayrıca ayak DIP eklemleri tutulmuştu.



Resim 4 : A.Ç.Prot.No:74,epin kalkanei,aşil tendonu kal-sifikasyonu.

73 psöriasisli hastanın rutin olarak istenen pel-vis grafiilerinin incelenmesi sonucu 15 hastada radyolojik sakroiliit saptandı. 6 sı bilateral, 9 u unilateraldi. Er-kek-kadın oranı 9/6 idi.

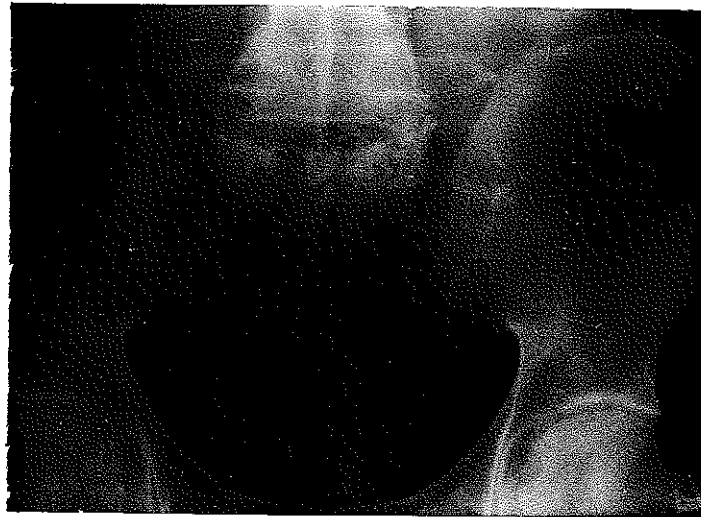


Resim 5 : İ.K.Prot.No:341,bilateral sakroiliit.

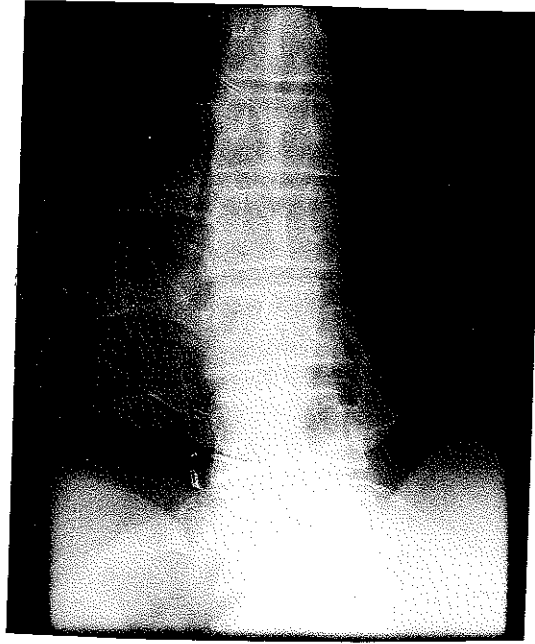
Tablo VI : Psöriatik spondartrit.

Klinik bulgu	Sakroiliit (11)	Spondilit (4)
Erkek / Kadın	7/4	2/2
Sabah sertliği var	2	4
Belagrısı var	9	4
Torakal ekspansiyon 2.5 cm veya daha az	2	4
Lomber hareket limitasyonu var	2	3
Servikal hareket limitasyonu var	-	2

Sakroiliiti olan hastalardan 4 ünde spondilit mevcuttu.(Tablo VI) Bu 4 hastanın 2 si kadın, 2 si erkekti. Hepsinde de sabah sertliği vardı ve en az 1 saat sürüyordu, ayrıca periferik eklem tutulumu yoktu.

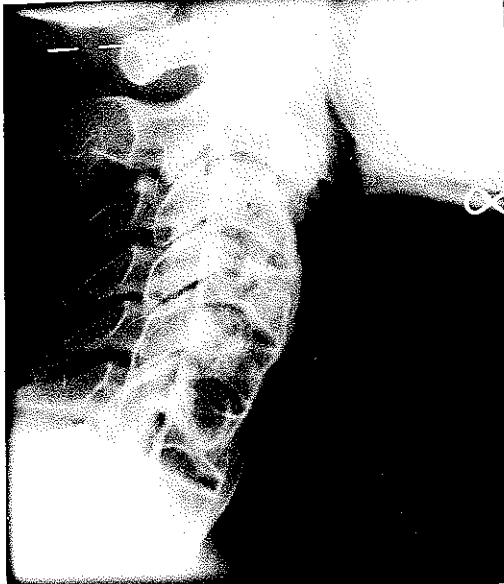


Resim 6 : M.B.Prot.No:1465, bilateral sakroiliit, ant. ligaman kalsifikasyonu.



Resim 7 : A.Ş.Prot.No:419, torakolomber bölgede nonmarginal sindesmofit.

Radyolojik incelemede 3 ünde torakolomber nonmarginal sindesmofit, apofizer eklemlerde düzensizlik vardı. 1 hastada ise marjinal sindesmofitlerle bambu kamışı görünümü, anterior ligaman kalsifikasyonu vardı.



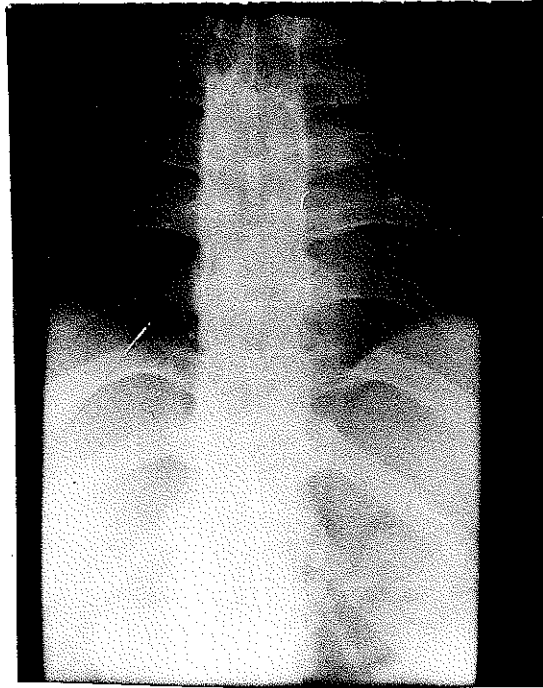
Resim 8 : M.B.Prot.No:1465, servikal bölgede ant.lig.kalsifikasyonu.



Resim 9 : M.B.Prot.No:1465, P.spondilit(Baş-boyun max. extansiyonda)



Toplam 3 spondilitli hastada lomber hareketlerde limitasyon mevcuttu.(Schober 14 cm altında) Servikal hareketlerde limitasyonu olan 2 hastadan birisinde anterior ligaman kalsifikasyonu vardı, diğesinde ise radyolojik olarak patoloji saptanamadı.



Resim 10 : M.B.Prot.No:1465, bambu kamışı görünümü,ant. ligaman kalsifikasyonu.

Sakroiliiti olan 11 hastanın ise 4 ü kadın, 7 si erkekti(Tablo VI). yalnız 2 hasta sabah sertliği tanımlıyordu. Torakal ekspansiyon spondilitli hastaların tümünde azalmış bulunurken, bu grup hastaların yalnız 2 sinde azalma saptandı. Yine bu 2 hastada lomber hareket limitasyonu da vardı. Bu grup hastalar içinde servikal hareket limitasyonu saptanmadı.

Sakroiliiti olan hastaların 4 ünde periferik eklem tutulumu mevcuttu. 11 sakroiliitli hastanın 2 sinde büyük eklem, 1 inde küçük eklem ve 1 inde de hem küçük eklem, hem büyük eklem tutulumu vardı.

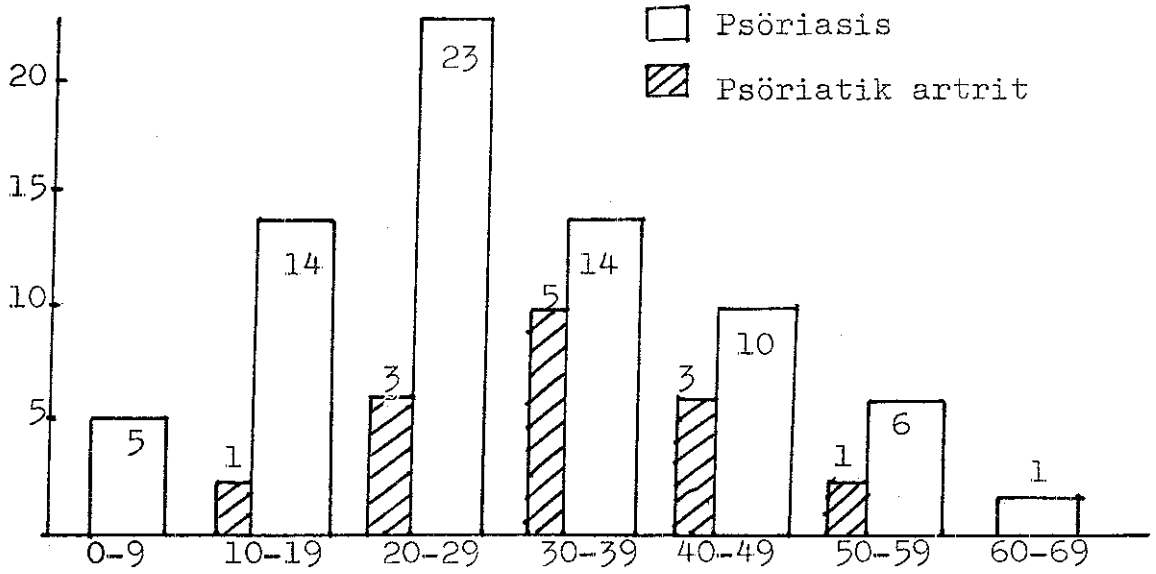
Sakroiliit yanında spondilit ve periferik eklem tutulumu olan hastalar psöriatik spondartrit kavramı içine alındı. 8 hasta bu kavrama giriyordu. Diğer 7 hasta ise psöriasis'e ait cilt lezyonları ile sakroiliit dışında subjektif ve objektif bulgu vermediğinden psöriatik spondartritler arasına alınmadı. Bu 7 hastanın 5 inde klinik sakroiliit de vardı, 2 hasta ise tamamen asemptomatikti.

Saptadığımız psöriatik artritlerin genel gruplandırması Tablo VII de görülmektedir. % 30.7 si psöriatik spondilit, % 45.9 u oligoartiküler artrit, % 23.4 ü DIP tutulumlu simetrik artrit grubuna girmektedir.

Tablo VII : Psöriatik artritlerin sınıflandırılması.

	Hasta sayısı	%
DIP tutulumlu simetrik artrit	3	23.4
Oligoartiküler artrit	6	45.9
Psöriatik spondilit	4	30.7

Hastalarda psöriasis ve psöriatik artrit başlama yaşı belirlenmiş ve Şekil 2 de gösterilmiştir.



Şekil 2 : Psöriasis ve psöriatik artropati başlama yaşlarının yaş gruplarına göre dağılımı.

Buna göre psöriatik cilt lezyonları en çok 20-29 yaşları arasında başlamaktadır. Psöriatik artrit ise en çok 30-39 yaşları arasında ortaya çıkmıştır.

Cilt lezyonları ile artropati başlama zamanları arasındaki ilişki ise Tablo VIII de gösterilmektedir. Cilt lezyonları ile artrit arasında 6 aydan az bir süre varsa herikisinin aynı zamanda başladıkları kabul edilmiştir.

13 hastanın 3 ünde cilt lezyonları ve artropati birlikte başlamıştı. (%23.07). 3 ü de kadın olan hastaların birisinde psöriatik spondilit, birisinde oligoartiküler artrit, birisinde ise DIP eklem artritini vardı.

Cilt lezyonları artritinden sonra ortaya çıkan hasta sayısı 4 idi (% 30.7). Hastaların 4 ü de erkekti ve 4 ün-

de de sakroiliit vardı. Ayrıca 1 hastada sakroiliit ile birlikte büyük eklem tutulumu, 1 hastada ise DIP eklemi tutulumu vardı.

Tablo VIII : Psöriasis ve psöriatik artropati başlama zamanları arasındaki ilişki.

Başlama zamanı	Hasta sayısı	%
Cilt lezyonu artritten önce	6	46.2
Cilt lezyonu-artrit birlikte	3	23.07
Cilt lezyonu artritten sonra	4	30.7

Cilt lezyonları artritten önce ortaya çıkan hasta sayısı ise 6 idi(% 46.2). Hastaların 3 ü erkek, 3 ü kadındı. 2 hastada spondilit vardı. 2 hastada küçük eklem artropatisi, 2 hastada büyük eklem artropatisi mevcuttu.

39 hastanın cilt lezyonları aktif, 34 hastanın nonaktifti. Aktif cilt lezyonu olan hastaların 2 sinde, nonaktif cilt lezyonu olan hastaların 11 inde psöriatik artrit saptandı.

Psöriasisli ve psöriatik artritli hastaların cilt lezyonunun lokalizasyonuna göre dağılımı Tablo IX da gösterilmektedir. Psöriasisli 12 hastada generalize, 14 ünde lokalize, 6 sinda yalnız tırnak ve 28 inde tırnak ile cilt lezyonu vardı. Psöriatik artritli hastaların 3 ünde generalize, 1 inde lokalize, 1 inde yalnız tırnak, 8 inde tırnak

ve cilt lezyonu mevcuttu.

Tablo X : Cilt lezyonu lokalizasyonu.

Cilt lezyonu	Psöriasis	Psöriatik artrit	Toplam
Generalize	12	3	15
Lokelize	14	1	15
Yalnız tırnak	6	1	7
Tırnak ve cilt	28	8	36
Toplam	60	13	73

Tırnak lezyonu olan toplam hasta sayısı 43 olarak saptandı. (% 58.9) Bu 43 kişinin ise 9 unda psöriatik artrit vardı. Tırnak tutulumu ile psöriatik artropati arasındaki ilişki Tablo XI de araştırılmıştır.

Tablo XI : Tırnak tutulumu ile psöriatik artropati ilişkisi.

Klinik	Hasta sayısı	Tırnak tutulumu	%
Psöriatik artrit	13	9	69.2
Psöriasis	60	34	56.6
Toplam	73	43	58.9

$$t = 29.153 , \quad p < 0.05$$

Psöriasisli hastalara göre psöriatik artritli hastalarda daha fazla tırnak tutulumu görülmektedir ve aradaki fark istatistiki olarak da anlamlıdır. ( $p < 0.05$ )

Tırnak tutulumu gösteren psöriatik artritli hastaların büyük çoğunluğunda DIP eklem artritli olduğu gözlemlendi. (6 hasta) Tırnak tutulumu olmayan DIP eklem artritli yoktu.

Psöriasis ve psöriatik artritli hastaların aile anamnezi sonuçları da değerlendirildi. (Tablo XII) 12 I. derece, 12 II. derece akrabada psöriasis olduğu saptandı.

Psöriatik artritli hastaların akrabalarında, psöriasisli hastaların akrabalarına göre daha fazla oranda psöriasis olduğu gözlemlendi. Aradaki fark istatistiki yönden araştırıldı ve I. derece akrabalar için anlamlı bulundu. ( $p < 0.05$ ) II. derece akrabalarda psöriasis tutulumu da araştırıldı, ancak psöriasis ve psöriatik artrit arasında anlamlı bir farklılık bulunamadı. ( $t = 0.90, p > 0.05$ )

Tablo XII : Psöriasis ve psöriatik artritte akraba tutulumu.

Klinik	Hasta sayısı	I. derece akraba	%
Psöriasis	60	7	11.66
Psöriatik artrit	13	5	38.46
Toplam	73	12	16.4

$$t = 2.145 , p < 0.05$$

Psöriatik artropatili hastalarda Göz muayenesi sonucu 3 hastada inflamatuvar göz lezyonu saptandı(% 23). Hastaların 2 si erkek, 1 i kadındı. Göz lezyonları konjunktivit ve keratokonjunktivitis sikka idi. Hastaların 1 inde psöriasis 7 yıllık, psöriatik artrit 1 yıllıktı; hastanın konjunktiviti vardı. 1 inde ise 24 yıllık psöriatik artrit, 19 yıllık psöriasis vardı ve göz lezyonu keratokonjunktivitis sikka idi. Diğer hastada psöriasis ve psöriatik artrit henüz 1 yıllıktı ve göz lezyonu konjunktivitti.

73 hastadan istenen rutin kan tetkikleri incelendi. Latex romatoid faktör 73 hastanın 65 inde negatif bulundu. 8 hastada pozitif idi, ancak bu hastaların hiçbirinde artritik değişiklik yoktu.

CRP 73 hastanın 42 sinde pozitif idi(% 57.5). Bunların 11 i psöriatik artropati olarak kabul edilmişti. Yalnız 1 hastada (+++) idi ve bu erkek hastanın sedimantasyonu ortalama 72 mm/sa bulundu, cilt lezyonları ile artropati aktivasyonu paralellik göstermekteydi. Hasta 1 yıllık psöriatik spondilitti, cilt lezyonları generalize idi, ort. 1 saat sabah sertliği tanımlıyordu. 4 hastada ise CRP (++) bulundu, sedimantasyon ort.42 mm/sa idi. 6 hastada CRP (+) idi ve sedimantasyon ort. 23 mm/sa bulundu.

73 hastanın ürik asit ortalamaları 5.2 mg idi. yalnız 3 hastada ürik asit 7 mg üzerindeydi. Bu hastalardan 1 inde psöriatik spondilit vardı ve cilt lezyonları aktifti.

Psöriatik artropati saptanan hastalara hastalığı remisyona sokmak, deformiteye yolaçacak değişiklikleri önlemek amacıyla çeşitli nonsteroidal anti-inflamatuvar(NSAI) ajanlar verildi. Her hastada öncelikle İndomethacin(100-150 mg/gün) kullanıldı. İndomethacin ile rahatlamayan hastalara İbuprofen, phenylbutazon verildi. 1 hastada kortikosteroid(prednisolon 20 mg/gün) kullanıldı, ancak cilt lezyonlarının aktive olması nedeniyle kesildi. 1 hastaya ise immünstimülan olarak levamisole verildi. Ancak hastalık aktivasyonunda bir değişiklik gözlenmedi.

Tablo XIII : Bulguların birbirleri ile ilişkisi.

I.bulgu	II.bulgu	--	-+	+-	++	total p
Klinik sakroiliit	Rad.sakroiliit	53	3	5	12	0.000
"	B.eklem artriti	52	3	15	3	0.155
"	K.eklem artriti	50	5	16	2	0.567
Rad.sakroiliit	B.eklem artriti	55	3	12	3	0.980
"	K.eklem artriti	53	5	13	2	0.853
B.eklem,K.eklem artriti	Rad.sakroiliit	53	11	5	4	0.984

(Fisher'in kesin ki-kare testi.)



## TARTIŞMA

Psöriatik artrit, genellikle romatoid faktör negatif olan psöriasisli hastalarda görülen bir inflamatuvar artritdir. Hastalığa ait kriterler, henüz romatoid artrit kriterleri gibi standart değildir. Bu nedenle psöriasisli hastalarda, ya da genel popülasyonda yapılan çalışmalarda çok farklı kriterler kullanılmış ve psöriatik artrit oranları da çok farklı bulunmuştur.

Bu çalışma sonucunda biz de psöriatik artrit kronik poliartritler arasında ayrı bir klinik antite olarak kabul edilmesi görüşünü destekliyoruz. Psöriatik artrit subgruplarına ayrılabilen ve genetik geçişin söz konusu olduğu ayrı bir klinik antitedir.

Çalışmamızda 73 psöriasisli hasta ayırım gözetilmeksizin incelendi ve Moll ve Wright'ın kriterleri kullanılarak psöriatik artropati araştırıldı. 13 hasta psöriatik artropati olarak değerlendirildi. (% 17.7) Green ve arkadaşları 61 psöriasisli hastada 9 kişide psöriatik artropati saptayarak bu oranı % 15 olarak bulmuşlardır. (16) Moller ve arkadaşları ise 50 psöriasisli hastada bu oranı % 28 olarak saptamışlardır. (35) Wood bu oranı % 20 olarak bildirmektedir. (51) Moll % 5, Baker % 6.8, Swezey % 18 bulmuşlardır. (27, 33, 48)

13 hastadan 6 sı kadın, 7 si erkek idi. Erkek-Kadın oranı 1.1/1 dir. Moll ve Wright bu oranı 1.04/1, Green 1.2/1 olarak bildirmişlerdir.(16, 33) Görüldüğü üzere psöriatik artritin her iki cinste tutulumu yaklaşık aynıdır.

Çalışmamızda psöriatik artritin en çok 30-39 yaş grubunda başladığını saptadık. Green ortalama başlama yaşını 46.08 olarak bildirmektedir.(16) Moll ve Wright ise 30-55 yaşları arasında başladığını belirtmektedir.(33)

Psöriatik cilt lezyonlarının süresi ile artrit bulgularının ortaya çıkması arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu bulgu diğer araştırmacılarla da aynı doğrultudadır.(18)

Cilt lezyonlarının aktivasyonu ile artrit aktivasyonu arasında bir ilişki bulunamadı. Yapılan diğer çalışmalarda da bu yönde bir ilişki saptanamamıştır.(16, 18, 35, 39)

Hastaların % 46.2 sinde cilt lezyonları artrit-ten önce, % 23.07 sinde artrit ile birlikte, % 30.7 sinde ise artrit-ten sonra ortaya çıkmıştır. Roberts ve arkadaşları artrit, cilt lezyonu başlama yaşı arasındaki ilişkiyi yalnız distal eklem tutulumlu psöriatik artritli hastalarda araştırmışlar ve sırasıyla % 73, % 11, % 16 bulmuşlardır.(39)

Çalışmamızda cilt lezyonlarının lokalizasyonu i-

le artropati lokalizasyonu arasında bir ilişki olup olmadığını araştırdık. Bazı araştırmacılar cilt lezyonunun yeri ile artropati yeri arasında yakınlık bulunduğunu ileri sürmüşlerdir.(ör.sakral bölge cilt psöriasisinde sakroiliit bulunması gibi) Bizim çalışmamızda artropatili hasta sayısı az olduğundan bu yönde bir sonuç çıkarılamadı. Ancak psöriasisle tırnak tutulumu ile psöriatik artritte tırnak tutulumu araştırıldı.

Psöriasisli hastaların % 56.6 sında, psöriatik artritli hastaların ise % 69.2 sinde tırnak tutulumu mevcuttu. Aradaki fark % 18.6 idi, bu farkın istatistikî yönden de anlamlı olduğu görüldü.( $p < 0.05$ )(Tablo XI) Tırnak tutulumu olan hastalarda özellikle DIP eklem artritî dikkati çekmekteydi. Karakteristik bir tırnak değişikliği ise saptanamadı. En sık rastlanan tırnak değişikliği yüksük tırnak idi.

Baker psöriatik artritte tırnak değişikliklerinin % 83 oranında görüldüğünü bildirmektedir.(4) Eastmond ise bu oranı % 84.8 olarak saptamıştır.(11) Tırnak değişiklikleri onikolizis, horizontal ridging, yüksük tırnak olarak özetlenmekte; özellikle 20 den fazla yüksük deliği görünümü psöriasis lehine kabul edilmektedir.

Psöriatik artritli hastaların % 23 ünde inflamatuvar göz lezyonu saptandı. Lambert göz tutulumunu % 31.2 olarak bildirmektedir.(Konjunktivit % 19.6, iritis % 7.1,

episklerit % 1.8, keratokonjunktivitis sikka % 2.7)(21)

Görüldüğü gibi psöriatik artritte göz lezyonları oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Bu ayrıca psöriatik artrit ve diğer seronegatif spondartritler arasındaki ortak özellik bakımından da önemlidir.

Psöriasis ve psöriatik artritin herediter geçiş gösterme eğilimi olduğu bilinmektedir. Bu konuda biz ancak aile anamnezi ile bazı sonuçlar çıkarabildik. Histokompatibilite antijenleri saptama olanağımız yoktu.

Psöriasisste I.derece akraba tutulumu % 11.6 olarak saptandı. Psöriatik artritte ise bu oran % 38.46 idi. Aradaki farkın istatistikî olarak da anlamlı olduğu görüldü. ( $p < 0.05$ )(Tablo XII) II. derece akraba tutulumu psöriasisste % 16.6, psöriatik artritte % 15.3 olarak bulundu, aradaki fark istatistikî olarak anlamlı değildi.

Roberts I.derece akrabada psöriasisi % 26, II. derece akrabada % 13 bulmuştur.(39) Kammer ve arkadaşları ise akrabalarda % 21 psöriasis, % 5.5 psöriatik artrit saptamışlardır.(18)

Aile çalışmaları psöriasisli hastaların I.derece akrabalarında psöriasis ve psöriatik artrite muhtemel bir genetik predispozisyon olduğunu göstermektedir. Seronegatif spondartrit olarak tanı konmuş hastalarda özellikle aile anamnezi ile psöriasis araştırılmalı ve psöriatik artrit yönünden yaklaşılmalıdır.

Bu çalışmada psöriatik artritleri esas olarak 3 subgruba ayırdık. Diğer araştırmacılar tarafından da belirtildiği gibi en fazla hasta içeren grup oligoartiküler artrit grubuydu. Bir çalışmada % 70, bir diğerinde % 54 olarak bildirilmektedir. Biz oligoartiküler artritli hasta oranını % 46 olarak saptadık. Bu gruptaki hastalık seyri fazla agresiv değildi ve benign, deformite bırakmayan bir artrit seyri gözledik.(18, 32)

Küçük eklemleri tutan simetrik artrit grubu ise yapılan bazı çalışmalarda % 15-70 arasında bildirilmektedir.(39) Kammer % 25 olarak bulmuştur.(18) Biz % 23.4 olarak saptadık. Oldukça agresiv, deformite oluşturan bir seyir mevcuttu.

Diğer çalışmalarda % 5 görüldüğü bildirilen artrit is mutilans'a çalışmamızda rastlamadık.(39)

Psöriatik spondilit, çalışmamızda % 30.7 olarak saptandı. Kammer bu oranı % 21 olarak bildirmektedir.(18) Farklı çalışmalarda bu oran % 5-33 arasında değişmektedir.(32, 44) Psöriatik spondilitteki axial semptomlar diğer seronegatif spondartritlerden farklı değildir. Radyolojik sakroiliit oldukça sık olmasına karşın klinik sakroiliitle her zaman birlikte görülmemekte ve sabah sertliği de ankilozan spondilite göre daha az olmaktadır.

İleri hareket kısıtlılığı ile radyolojik bulgular her zaman paralellik göstermemektedir. Çalışmamızda inatçı

bel ağrısı, radyolojik sakroiliit, büyük eklem artropatisi ve küçük eklem artropatisi arasındaki ilişki araştırıldı. İstatistikî yönden anlamlı bir sonuç bulunamadı. (Tablo XIII) Moller de bu konuda anlamlı bir ilişki bulamamıştır. (35)

Çalışmamızda radyolojik sakroiliit % 20.5 bulundu. Diğer çalışmalarda bu oran % 14-43 arasında değişmektedir. (16, 25, 31) Radyolojik olarak özellikle torakolomber geçişte unilaterale nonmarjinal sindesmofitlerin psöriatik artrit için karakteristik olduğu ve ankilozan spondilit ile ayırıcı tanıda çok önemli yer tuttuğu kanısındayız. Bu bulgu Kammer ve arkadaşlarınca da vurgulanmaktadır. (18) Sakroiliiti olan her psöriasisli hastaya mutlaka bir de torakolomber grafi çektilirmeli ve nonmarjinal sindesmofit veya paravertebral ossifikasyon araştırılmalıdır.

Tedavi olarak kullanılan NSAİ ajanların remisyon oluşturmakta etkisiz oldukları, ancak hastalık aktivasyonunu kontrol edebildikleri görüldü. İndomethacinin özellikle periferik artropatide etkin olduğu gözlemlendi. İlimli vakalarda İbuprofen ile iyi sonuçlar alındı. Semptomlarda gerileme, sedimantasyon değerinin düşmesi hastalık aktivasyonuna ilacın etkisini göstermekteydi. İndomethacin ve İbuprofen kullanılması bazı çalışmalarda da önerilmektedir, ancak bu konuda henüz kontrollü bir çalışma yoktur. (18, 44, 45) Psöriatik artrit tedavisinde kortikosteroid pek kullanılmamaktadır. İlimli vakalarda NSAİ yeterlidir.

## SONUÇ

Önceleri romatoid artrit benzeri artritler arasında sayılan psöriatik artritler, son yıllarda seronegatif spondartritler grubu içine alınmışlar ve seronegatif spondartritlerin psöriasisli hastalarda normal popülasyona göre çok daha sık görüldükleri anlaşılmıştır.

Biz 73 psöriasisli hastada Moll ve Wright'ın kriterlerini kullanarak artropati araştırdık ve bunların klinik, laboratuvar ve radyolojik özelliklerini saptamaya çalıştık. 13 hastada psöriatik spondartrit saptadık(% 17.7). 4 ünde spondilit(% 30.7), 6 sında oligoartiküler artrit (% 45.9), 3 ünde küçük eklem tutulumlu simetrik artrit(% 23.4) vardı. 3 hastada inflamatuvar göz lezyonu saptandı.

İncelenen 73 hastanın 15 inde radyolojik sakroilit saptandı. Bunların 7 si psöriatik spondartrit kavramı içine alındı. 8 i kriterlere uymadığı için kavram dışı kaldı. 8 hastanın 2 si tamamen asemptomatikti.

Kısaca belirtecek olursak:

1. Artritin en çok tırnak psöriasisi ile birlikte görüldüğü gözönüne alınarak, tırnak tutulumu olan psöriasislerde diğerlerine göre daha sık olarak artropati beklenmeli ve aranmalıdır.

2. Oldukça yüksek oranda hastada (% 30.7) artropatinin psöriasisden önce ortaya çıktığı gözlenmiştir. Ayrıca psöriasis ve psöriatik artritte aile tutulumunun fazla olduğu, özellikle psöriatik artropatide bu oranın daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu nedenle artropatilerde aile anamnezinde psöriasis araştırılması ayrı bir önem kazanmaktadır.

3. Psöriasisli hastalarda sık olarak, sakroiliak eklem tutulumunun varlığı lomber disk rahatsızlığı gibi bazı tablolalarla karıştırılabileceğinden bel ağrısı yakınımı olan her psöriasislinin öncelikle bu yönden araştırılması gerekmektedir.

4. Psöriasisde, psöriatik periferik artrit ve psöriatik spondilitte, bizim olanaksızlıklar nedeni ile çalışmadığımız farklı HLA'ların bulunmasının, psöriasisli hastada artropati riskini araştırmakta yardımcı olacağı kanısındayız.

Sonuç olarak cilt bulguları, göz tutulumu, aile anamnezi olan psöriatik artritlerin diğer seronegatif spondartritlerle yakın ilişkisi olduğu anlaşılmaktadır. İleri çalışmalarla bu ilişkinin aydınlatılması, psöriatik artrit ve diğer seronegatif spondartritlerin tanı ve tedavisine yenilikler getirecektir.



## ÖZET

A.Ü.Hastanesine başvuran 73 psöriasisli hasta Moll ve Wright'ın kriterleri kullanılarak psöriatik artropati yönünden araştırıldı. Klinik, laboratuvar ve radyolojik özellikleri incelendi, ancak olanaksızlıklar nedeni ile HLA çalışılmadı.

13 hastada (% 17.7) psöriatik artropati saptandı. Hastaların % 20.5 inde unilaterale veya bilateral sakroiliit vardı. % 23.4 ü küçük eklem tutulumlu simetrik artrit, % 46 sı oligoartiküler artrit, % 30.7 si psöriatik spondilit idi. % 23 göz tutulumu, %69.2 tırnak tutulumu, % 38.4 I.derece akraba tutulumu vardı.

Tırnak tutulumu ve akraba tutulumunun psöriasisli hastalara göre daha fazla ve istatistikî olarak da anlamlı olduğu görüldü. Sakroiliit, büyük eklem ve küçük eklem tutulumları arasında ise anlamlı bir ilişki saptanamadı.

LITERATUR

1. Abele, D.C., Dobson, R.L., Graham, J.B.: Heredity and psoriasis. *Arch. Dermatol.* 88:381, 1963.
2. Armstrong, R.D.: Histocompatibility antigens in psoriasis, psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis. *Ann. Rheum. Dis.* 42(2):142-6, 1983.
3. Baker, H.: Psoriasis: A review, part I. *Dermatologica*, 150: 16, 1975.
4. Baker, H., Golding, D.N., Thompson, M.: The nails in psoriatic arthritis. *Brit. J. Derm.* 76:549-554, 1964.
5. Beaulieu, A.D., Roy, R., Mathon, G.: Psoriatic arthritis: Risk factors for patients with psoriasis-A study based on histocompatibility antigen frequencies. *J. Rheum.* 10(4): 633-636, 1983.
6. Brewerton, D.A., Caffrey, M., Nicholls, A., Walters, D., James, D.C.O.: Acute anterior uveitis and HLA. *Lancet*, 2:994, 1973.
7. Csonka, G.W.: The course of Reiter's syndrome. *Brit. Med. J.* 1:1088, 1968.
8. De Quecker, J., De Cock, T., Walravens, M.: A systematic survey of the HLA-B27 prevalence in inflammatory rheumatic diseases. *J. Rheum.* 5:452-9, 1978.
9. Dihlmann, W.: *Gelenke-Wirbeler bindungen*. 476, Thieme Verlag, Stuttgart, 1973.

10. Domonkos, A.N., Arnold, H.L., Odom, R.B.: Andrews' Diseases of the Skin. 223-237, 1982.
11. Eastmond, C.J., Wright, V.: The nail dystrophy of psoriatic arthritis. *Ann. Rheum. Dis.* 38:226-228, 1979.
12. Espinoza, L.R., Lauter, S., Vasey, F., Osterland, C.K.: Hemiarthrosis in psoriatic arthritis. *Arth. Rheum.* 20(4): 1034-5, 1977.
13. Fischer, M., Kanietzko, D.: Radiological and dermatological investigations for diagnosis of psoriatic arthritis. *Z. Hautkr.* 52(13):679-684, 1977.
14. Florin-Christensen, A., Maldonado-Cocco, J.A., Arana, R.: Anti gamma globulin factors in psoriasis. *Dermatologica*, 149(4):220-4, 1974.
15. Froebel, K., Sturrock, R.D., Dick, W.C., McSween, R.N.M.: Cell mediated immunity in the rheumatoid diseases. *Clin. Exp. Immunol.* 22(3):446-452, 1975.
16. Green, L., Meyers, O.L., Gordon, W., Briggs, B.: Arthritis in psoriasis. *Ann. Rheum. Dis.* 40(4):366-369, 1981.
17. Guilhou, J.J., Clot, J., Meynadier, J., Lapinski, H.: Immunological aspects of psoriasis. *Brit. J. Derm.* 94:501, 1976.
18. Kammer, G.M., Soter, N.A., Gibson, D.J., Schur, P.H.: Psoriatic arthritis. *Semin. Arth. Rheum.* 9:75-97, 1979.
19. Katz, W.A.: Rheumatic Diseases, Diagnosis and Management. J.B. Lippincott comp. Philadelphia, Toronto, 1977, p: 540-552.
20. Lally, E.V., Baker, D.G., Horwitz, H.M.: Seronegative

- peripheral arthritis in B27 positive monozygotic twin sisters. *Arth. Rheum.* 25(12):1490-3, 1982.
21. Lambert, R., Wright, V.: Eye inflammation in psoriatic arthritis. *Ann. Rheum. Dis.* 35:354, 1976.
  22. Lambert, R., Wright, V., Rajah, S.M., Moll, J.M.H.: Histocompatibility antigens in psoriatic arthritis. 35(6):526-530, 1976.
  23. Laurent, M.R., Panayi, G.S., Shepherd, P.: Circulating immunocomplexes, serum immunoglobulins and acute phase proteins in psoriasis and psoriatic arthritis. *Ann. Rheum. Dis.* 40:66-69, 1981.
  24. Little, H., Swinson, D.R., Cruckshank, B.: Upward subluxation of the axis in ankylosing spondylitis. *Amer. J. Med.* 60(2):279-85, 1976.
  25. Maldonado-Cocco, J.A., Porrin, A., Garcia-Morteo, O.: Prevalence of sacroiliitis and ankylosing spondylitis in psoriatic patients. *J. Rheum.* 5:311, 1978.
  26. Mason, R.M., Barnes, G.C.: Behçet's syndrome with arthritis. *Ann. Rheum. Dis.* 28:95, 1969.
  27. McCarty, D.J.: *Arthritis and Allied Conditions*. Lea and Febiger, Philadelphia, 1979, p:642-652.
  28. Metzger, A.L., Morris, R.I., Bluestone, R., Terasaki, P.I.: HLA-W27 in psoriatic arthropathy. *Arth. Rheum.* 18(2):111-115, 1975.
  29. Miehle, W.: *Arthritis Psoriatica*. Eular Verlag, Basel, 1979, p:11-38.

30. Mladenovic, V., Kerimovic, D.: Incidence and significance of iridocyclitis in inflammatory rheumatic diseases. *Acta Rheum. Belg.* 5(1):79-91, 1975.
31. Molin, L.: Psoriatic arthritis. *Ann. Clin. Res.* 8:305, 1976.
32. Moll, J.M.H., Wright, V.: Familial occurrence of psoriatic arthritis. *Ann. Rheum. Dis.* 32:181, 1973.
33. Moll, J.M.H., Wright, V.: Psoriatic arthritis. *Semin. Arth. Rheum.* 3:55, 1973.
34. Moll, J.M.H., Haslock, I., Macrae, F., Wright, V.: Associations between ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, Reiter's disease, intestinal arthropathy and Behçet's syndrome. *Medicine*, 53:343-64, 1974.
35. Moller, P., Vinje, O.: Arthropathy and sacro-iliitis in severe psoriasis. *Scan. J. Rheum.* 9(2):113-117, 1980.
36. Mueller, W., Graf, V.: The use of cyclosporine A: a new immunosuppressant in the treatment of psoriatic arthritis. *Weiz Med. Wochenschr.* 111(12):408-43, 1981.
37. Querishi, M.S.A., Sandle, G.I., Kelly, J.K., Fox, H.: Amyloidosis complicating psoriatic arthritis. *Br. Med. J.* 2(6082) 302, 1977.
38. Richter, M.B., Kinsella, P., Corbett, M.: Gold in psoriatic arthropathy. *Ann. Rheum. Dis.* 39(3):279-280, 1980.
39. Roberts, M.E.T., Wright, V., Hill, A.G.S., Mehra, A.C.: Psoriatic arthritis. *Ann. Rheum. Dis.* 35(3):206-212, 1976.
40. Rosenthal, M., Trabert, U.: Levamisole in psoriatic arthritis. *New Eng. J. Med.* 295(21):1204, 1976.

41. Roux, H., Maestracci, D., Recordier, A.M.: D-penicillamine et Rhumatisme psoriasique: Resultats preliminaires a propos de 8 cas. *Marseille Med.* 112(2):105-107, 1975.
42. Ryan, L.M.: The radiographic diagnosis of sacroiliitis. *Arth.Rheum.* 26(6):760-3, 1983.
43. Ryckewaert, A., Radot, V.P., Hamburger, L., Lermite, F.: Os articulations, *Rhumatologie, Pathologie Medicale*. 3e edition en mars, 1980, p:216.
44. Scott, J.T.: *Copeman's Textbook of the Rheumatic Diseases*. Churchill Livingstone, Edinburgh, London, New York, 1978, p:537-545, 587.
45. Smith, D.L., Regan, M.G.: Ibuprofen in psoriatic arthritis. *Arth.Rheum.* 28(8):961-2, 1980.
46. Sorin, S., Moskowitz, R.W.: Atlantoaxial subluxation as a comparison of early ankylosing spondylitis. *Arth.Rheum.* 22:273-276, 1979.
47. Sundaram, M., Patton, J.T.: Paravertebrale ossification in psoriasis and Reiter's disease. *Brit.J.Radiol.* 48(572):628-633, 1975.
48. Swezey, R., Biarnason, D.M., Alexander, S.J., Forrester, D.B.: Resorptive arthropathy and opera glass deformity. *Semin. Arth.Rheum.* 2:191-244, 1973.
49. Vinje, O., Moller, P., Mellbye, O.J.: Laboratory findings in patients with psoriasis, with special reference to immunological parameters, associations with arthropathy and sacroiliitis. *Scan.J.Rheum.* 9(2):97-105, 1980.

50. Whaley, K., Canesi, B., Moseley, A., Morrow, W., Sturrock, R., Mitchell, W., Dick, W.C.: Compleman metabolism in seronegative arthritis. *Ann. Rheum. Dis.* 33(6):495-9, 1974.
51. Wood, N., Stankler, L.: Psoriatic arthritis of the temporomandibular joint. *Brit. Dent. J.* 8:154(1):17-8, 1983.
52. Wright, V.: Psoriatic arthritis: a comparative study of RA and arthritis associated with psoriasis. *Arch. Derm.* 80:27-35, 1969.
53. Wright, V., Watkinson, G.: The arthritis of ulcerative colitis. *Brit. Med. J.* 2:670, 1965.
54. Yeadon, C., Dumas, J.M., Karsh, J.: Lateral subluxation of the cervical spine in psoriatic arthritis: A proposed mechanism. *Arth. Rheum.* 26(1):109-112, 1983.
55. Zaric, D., Clemmensen, O.J., Worm, A.M., Stahl, D.: Capillary microscopy of the nail fold in patients with psoriasis and psoriatic arthritis. *Dermatologica*, 164:10-14, 1982.