

ERİTRODERMİK PSÖRIAZİSLİ BİR HASTADA GÖZ KAPAĞI VE OKÜLER YÜZEY TUTULUMU

Eyelid and Ocular Surface Involvement in a Case of Eritrodermic Psoriasis

Mustafa KÖŞKER¹, Mutlu ACAR¹, Can ERGİN², Canan GÜRDAL¹

ÖZET

Kronik plak psöriazis hikayesi olan 62 yaşındaki erkek hasta Türk hamamında kese yaptırdıktan hemen sonra başlayan ve tüm vücudu kaplayan yanma, kaşıntı ve pul pul eritematöz plak şikâyetiyle geldi. Psöriazis dışında sistemik veya oküler hastalık hikayesi yoktu. Hastanın öyküsünde Türk hamamında kese yapılmasına bağlı oluşan travma dışında presipite edici bir faktör saptanmadı. Hasta gözlerinde yanma, batma, sulanma, yabancı cisim hissi ve kızarıklık şikâyetiyle göz kliniğine başvurdu. Görme keskinliği her iki gözde 10/10 idi ve fundus muayenesi doğaldı. Bilateral alt kapaklarda ektropion ve korneada yüzeysel noktasal erozyonlar mevcuttu. Cildin aşırı kuru ve gergin olduğu izlendi. Travma sonrası tüm vücut alanını kaplayan aşırı kuruluk, pullanmalar ve eritem gibi klinik bulgulara dayanarak eritrodermik psöriazis tanısı kondu ve cilt biyopsisi ile doğrulandı. Hastanın dermatolojik tedavisinde topikal kalsipotriol, topikal kortikosteroid ve nemlendiriciler kullanılırken, gözündeki lezyonlar için koruyucu içermeyen göz yaşı ve göz jeli kullanıldı. Hastada 12 haftada total remisyon gözlemlendi.

Anahtar Sözcükler: Psöriazis; Ektropion; Eritrodermik psöriazis

ABSTRACT

We present a 62-year-old man with a history of chronic plaque psoriasis presented with scaly erythematous plaques with itching and burning that covered his entire body immediately after rubbing with a coarse bath-glove in a Turkish bath. He had no systemic and ocular disease history except psoriasis. No history or clinical evidence of precipitating factors except trauma was detected. The patient referred to our ophthalmology clinic with complaints of foreign body sensation and watering in his eyes. Visual acuity was 10/10 and intraocular and fundus examinations were normal. There were bilateral lower lid ectropion and superior punctate erosions on cornea. A diagnosis of erythrodermic psoriasis was made based on the clinical findings and was confirmed by skin biopsy. Patient was then treated with topical salicylic acid, calcipotriene for skin lesions, preservative free lubricants and jells for ocular lesions for 12 weeks with complete remission.

Keywords: Psoriasis; Ectropion; Eritrodermic psoriasis

¹Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Kliniği, Ankara

²Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara

Mustafa KÖŞKER, Uzm. Dr.
Mutlu ACAR, Uzm. Dr.
Can ERGİN, Uzm. Dr.
Canan GÜRDAL, Prof. Dr.

İletişim:

Uzm. Dr. Mustafa KÖŞKER
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Kliniği, Ankara
Tel: 0507 866 01 11
e-mail: mustafakosker0@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 20.03.2016
Kabul tarihi/Accepted: 08.04.2016

Bozok Tıp Derg 2018;8(1):152-55
Bozok Med J 2018;8(1):152-55

GİRİŞ

Eritrodermi vücut yüzey alanının %90'ından fazlasını 15 günden uzun süre tutan eritem ve pullanma ile karakterize inflamatuvar bir hastalıktır. Eritrodermiye neden olan faktörler önceki dermatozlar, ilaç reaksiyonları, maligniteler, enfeksiyonlar ve idiyopatik hastalıklar olarak gruplandırılabilir (1). Eritrodermik psöriazis (EP) nadir izlenen ama şiddetli bir kliniği olan psöriazisin bir türüdür. EP psöriazisli hastaların %1.5'unda görülür ve genellikle herhangi bir psöriazis türünden akut olarak veya yavaş yavaş gelişebilir. Sistemik steroidlerin kullanımının bırakılması, enfeksiyonlar, ibuprofen ve lityum gibi ilaçlar, stress ve cilt travması gibi faktörler EP ataklarında presipite edici faktörlerdir (1).

Psöriaziste oküler tutulum çok iyi bilinen bir problem değildir. Göz tutulumu psöriazisli hastaların %10'unda rapor edilmiştir. Oküler lezyonlar erkeklerde daha yaygındır ve genellikle psöriazis atakları süresince ortaya çıkarlar (2). Biz bu vaka sunumunda Türk hamamında kese yapılmasından hemen sonra cilt travmasına bağlı eritrodermik psöriazis gelişen bir hastada akut olarak izlenen bilateral alt kapak medialindeki ektropiyonunun olası mekanizmasını ve tedavisini tartışmayı amaçladık.

VAKA SUNUMU

Kronik plak psöriazis hikayesi olan 62 yaşındaki erkek hasta Türk hamamında kese yaptırdıktan hemen sonra başlayan ve tüm vücudu kaplayan yanma, kaşıntı ve pul pul eritamatöz plak şikâyetiyle geldi.

Şekil 1: A, Alt kapaklarda ektropiyonla birlikte cildin gergin ve kıvrışık olduğu izleniyor; B-C, neredeyse vücudun tamamını kaplayan eritamatöz, pul pul plaklar izleniyor.



Psöriazis dışında sistemik veya oküler hastalık hikayesi yoktu. Mikozis Fungoides'i dışlamak için deri biyopsisi yapıldı. Laboratuvar tetkikleri normaldi ve hastanın öyküsünde Türk hamamında kese yapılmasına bağlı oluşan travma dışında presipite edici bir faktör saptanmadı. Fizik muayenesinde tüm vücudu kaplayan diffüz eritem, kabuklanma, pullanmalar ve cildin aşırı kuru ve gergin olduğu izleniyordu (Şekil 1). Hasta gözlerinde yanma, batma, sulanma, yabancı cisim hissi ve kızarıklık şikâyetiyle göz kliniğine başvurdu. Görme keskinliği her iki gözde 10/10 idi ve fundus muayenesi doğaldı. Kornea santralinde ve alt 1/3 korneada süperior noktasal erozyonlar mevcuttu. Gözün eksternal muayenesinde her iki alt kapak medialinde ektropiyon vardı ve cildin aşırı kuru ve gergin olduğu izlendi. Travma sonrası tüm vücut alanını kaplayan aşırı kuruluk, pullanmalar ve eritem gibi klinik bulgulara dayanarak eritrodermik psöriazis tanısı kondu ve cilt biyopsisi ile doğrulandı. Hastanın dermatolojik tedavisinde topikal kalsipotriyol, topikal steroidler ve nemlendiriciler kullanılırken, gözündeki lezyonlar için koruyucusuz göz yaşı (hiyalüronik asit sodyum tuzu [eyestill tek doz göz damlası] 6x1) ve karbomer göz jeli (viscotears 2x1) kullanıldı. Hastada 12 haftada total remisyon gözlendi, her iki alt kapak medialindeki ektropiyon ve korneadaki noktasal erozyonlar düzeldi.

TARTIŞMA

Psöriazis'in gözün birçok kısmını etkileyebilen oküler komplikasyonlara neden olabileceği belirtilmiş olsa da literatürde psöriazis ve kapak hastalıkları arasındaki ilişki çok az tartışılmıştır (3). Literatürde psöriaziste

izlenebilen göz bulguları blefarit, kuru göz, filamenter keratit, trikiasis, semblefaron, üveit, skatrisyel ektropion ve daha az görülen diğer belirtileridir (4-5). Bizim hastamızda bilateral alt kapak medialinde ektropionla birlikte korneada yüzeysel noktasal erozyonlar mevcuttu. Hastanın göz yaşı kırılma zamanı her iki gözde 4 saniye idi. Korneadaki değişiklikler ve göz yaşı kırılma zamanının kısalığı kronik plak psöriazise bağlanabilse de eritrodermik psöriazise bağlı akut olarak gelişen alt kapak ektropionun ve hastadaki aşırı sistemik dehidrasyonun da göz kuruluğu semptom ve bulgularına katkıda bulunduğunu düşünmekteyiz. Bu hastalarda erken hidrasyon sağlanması ve yakın takip hastanın sistemik durumunun düzelmesi yanında ektropionun kapak hidrasyonuna bağlı düzelmesi ve kapak değişikliklerinin kalıcı hale gelmemesi açısından da önemlidir. Ektropion bu hastalarda kalıcı hale gelirse veya ektropionun iyileşme süreci uzarsa gözde yaşarma, fotofobi, ağrı ve yabancı cisim hissi gibi şikâyetlerle birlikte kronik konjonktivit, keratit, korneal ülserasyon, veya lagoftalmus gibi komplikasyonlara neden olabilir. Psöriazis hastalarında oküler bulgular sıklıkla kutanöz bulgulardan önce izlenebilsede (6) bizim hastamızda hastanın semptom ve bulguları cilt travmasına bağlı eritrodermik psöriazis gelişiminden hemen sonra başlamıştır.

Literatürde psöriazis (7), lameller iktiyozis (8), parakoksoidomikozis (9), diskoid lupus eritematozus (10) ve kutanöz T-hücreli lenfoma (11) gibi cilt hastalıklarının skatrisyel ektropiona neden olduğu birkaç vakada rapor edilmiştir. Lameller iktiyozisli 8 hastada kornea hasarı ve skatrisyel ektropion arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada tüm hastalarda skatrisyel lagoftalmus olduğu bulunmuş (8). Parakoksoidomikozisli 439 hastanın 10'unda da (%2.5) entropion ve ektropion gibi kapak değişikliklerine neden olabilecek skatrisyel değişikliklere rastlanmış (9). Yine psöriatik artritli bir hastada kapak cerrahisiyle düzelen skatrisyel ektropion rapor edilmiştir (7). Literatürdeki önceki vakalardan farklı olarak bizim olgumuz Türk hamamında kese yapılmasına bağlı cilt travması sonucu eritrodermik psöriazis ve bilateral akut alt kapak ektropionu gelişen bir vakadır.

Oküler komplikasyonların mekanizması psöriatik

plakların direk tutulumu veya psöriazisle ilişkili otoimmün süreç olabilir (1). Oküler belirtiler sıklıkla bizim hastamızda olduğu gibi hastalık aktivasyon sürecindeyken gelişir (2). Bizim vakamızdaki EP sonrası gelişen akut ektropionun en olası nedeninin ciltte gelişen aşırı kuruluğa bağlı cildin elastikiyetinin bozulması ve göz kapağının ön lamelinin buna bağlı kısalması olduğunu düşünmekteyiz. Bizim hastamızda sistemik ve oküler tedavi sonrası hastanın tüm bulguları düzeldi. Ektropionun düzelmesini hidrasyonun sağlanmasıyla cildin normalleşmesi ve ön lamelin eski boyutuna ulaşmasına bağlamaktayız.

Özet olarak, eritrodermik psöriaziste sistemik tablonun ağırlığına bağlı olarak hastanın genel durumuna odaklanıldığı için göz bulguları sıklıkla atlanmaktadır veya önemsenmemektedir. Bu nedenle ektropiona ve buna sekonder değişikliklere neden olabilecek cilt hastalığı olan tüm hastalar dikkatli bir şekilde incelenmelidir. Göz yaşarması ve fotofobi gibi hafif oküler semptomlar bu hastaların göz doktoruna refere edilme ihtiyacı olduğunu gösteren ilk semptomlar olabilir. Ayrıca özellikle Türk toplumu için geleneksel olan 'Türk hamamında keselenme' sonrası cilt travmasının psöriazis hastalarında eritrodermik psöriazis gelişimi için çok ciddi bir tetikleyici faktör olduğu göz önünde bulundurulmalı ve psöriazisli hastalar kese yaptırmamaları konusunda uyarılmalıdır. Uzun süreli takip edilen eritrodermik psöriazisli geniş hasta serilerinde göz bulgularının prospektif olarak değerlendirilmesi konuyu daha iyi anlamamızı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Lebowitz M. Psoriasis. Lancet 2003;361(9364):1197-204.
2. Campanati A, Neri P, Giuliodori K, Arapi I, Carbonari G, Borioni E, et al. Psoriasis beyond the skin surface: a pilot study on the ocular involvement. Int Ophthalmol 2015;35(3):331-40.
3. Rehal B1, Modjtahedi BS, Morse LS, Schwab IR, Maibach HI. Ocular psoriasis. J Am Acad Dermatol 2011;65(6):1202-12.
4. Tekeli O, Oskay T, Kundakci N, Ozdemir O, Gurgey E. Psöriazisli Hastalarda Göz Bulguları ve Gözyaşı Film Fonksiyonu. T. Oft. Gaz. 2002;32(1);343-5.
5. Stuart JA. Ocular psoriasis. Am J Ophthalmol 1963;55(1):615-7.
6. Kaldeck R. Ocular psoriasis; clinical review of eleven cases and some comments on treatment. AMA Arch Derm Syphilol 1953;68(1):44-9.
7. Gracitelli CP, Osaki TH, Valdrighi NY, Viana GA, Osaki MH. Cicatri-

cial ectropion secondary to psoriatic arthritis. Case Rep Ophthalmol Med 2015;2015:315465. doi: 10.1155/2015/315465. Epub 2015 Feb 24.

8. Cruz AA, Menezes FA, Chaves R, Pinto Coelho R, Velasco EF, Kikuta H. Eyelid abnormalities in lamellar ichthyoses. Ophthalmology 2000;107(10):1895-8.

9. Cruz AA, Zenha F, Silva JT, Martinez R. Eyelid involvement in paracoccidioidomycosis. Ophthal Plast Reconstr Surg 2004;20(3):212-6.

10. Kopsachilis N, Tsaousis KT, Tourtas T, Tsinopoulos IT. Severe chronic blepharitis and scarring ectropion associated with discoid lupus erythematosus. Clin Exp Optom 2013;96(1):124-5.

11. Cook BE Jr, Bartley GB, Pittelkow MR. Ophthalmic abnormalities in patients with cutaneous T-cell lymphoma. Trans Am Ophthalmol Soc 1998;96(1):309-24.