

## VİTİLİGO VE PSORİAZİS BİRLİKTELİĞİ : OLGU SUNUMU

Özer ARICAN<sup>1</sup>, Zeynep ALGÜN<sup>2</sup>

Vitiligo, tüm dünyada sık rastlanan, edinsel ya da kalıtsal olabilen, her yaş grubunu ve cinsiyeti etkileyen progresif bir pigment bozukluğu hastalığıdır. Klinik olarak, keskin sınırlı, değişik çap ve lokalizasyonlarda, süt beyazı renginde, genellikle simetrik maküllerle karakterizedir. Psoriasis de sık rastlanan, her yaşı etkileyebilen, cinsiyet farkı gözetmeyen, kronik seyirli cilt hastalıklarından biri olup çeşitli boyutlarda üzeri sedefi skuamla kaplı, zemini eritemli keskin sınırlı papül ve plaklarla karakterizedir. Hayat boyu iyileşme ve nükslerle seyredir. İmmünojenik fenomenlerin karşılaştırılması vitiligo ile psoriasis arasındaki ilişkiye destek olabilecek niteliktedir. Bu çalışmada 10 yaşında psoriazisi, 5 yıl sonra da vitiligosu başlayan 22 yaşındaki bir erkek hastada vitiligo-psoriazis birlikteliği sunulmuş ve literatür eşliğinde olgu tartışılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Vitiligo, psoriasis, olgu sunumu

### PSORIASIS IN A PATIENT WITH CONCOMITANT VITILIGO: CASE REPORT

Vitiligo, which is very common of the worldwide, is a skin disease of progressive depigmentation. It can affect all ages and both sexes and may be acquired or hereditary. Clinically, it can be recognized by symmetrical milky white patches, various sizes and localizations. Psoriasis is also another common skin disease, affecting all ages and both sexes. It can be recognized by various sizes of sharply bounded plaques and papules which are covered by silvery white scale and located on erythema. The disease is lifelong and characterized by chronic, recurrent exacerbations and remissions. Comparison of the immunological phenomenas can significantly support the relationship between vitiligo and psoriasis. In this presentation, it has been discussed along with literature that a 22 years old man, who had psoriasis at the age of 10 and had vitiligo at the age of 15 and also has been presented psoriasis in a patient with concomitant vitiligo.

**Keywords:** Vitiligo, psoriasis, case report

Vitiligo, tüm dünyada sık rastlanan, edinsel ya da kalıtsal olabilen, her yaş grubunu ve cinsiyeti etkileyen progresif bir pigment bozukluğu hastalığıdır. Klinik olarak, keskin sınırlı, değişik çap ve lokalizasyonlarda, süt beyazı renginde, genellikle simetrik maküllerle karakterizedir. Generalize, lokalize, segmental ve üniversal gibi klinik tipleri vardır. Tiroid hastalıkları, pernisiyöz anemi gibi otoimmün hastalıklarla birlikteliği söz konusudur. Histopatolojisinde en belirgin özellik melanin granüllerinin kaybolmasıdır<sup>1-3</sup>.

Psoriazise de sık rastlanan, kronik seyirli cilt hastalıklarından biri olup çeşitli boyutlarda üzeri sedefi skuamla kaplı, zemini eritemli keskin sınırlı papül ve plaklarla karakterizedir. Her yaşı etkileyebilir, cinsiyet farkı gözetmez, hayat boyu iyileşme ve nükslerle seyredir. Psoriazise üzerindeki sedef renginden dolayı halk arasında "Sedef Hastalığı" da denmektedir. Klinik olarak vulgar, invers, guttat, eritrodermik ve püstüler formları ile bunların da pek çok alt tipleri mevcuttur. Hastalığı travma, stres, infeksiyonlar ve ilaçlar başta olmak üzere pek çok faktörün alevlendirebileceği de tespit edilmiştir. Laboratuvarında önemli ve belirgin bir özelliği olmayan hastalığın histopatolojisinde epidermisin normalin 3-5 katı olacak şekilde kalınlaştığı izlenir. Psoriatik epidermiste mitoz artar, bazal tabakada mitotik figürler gözlenir<sup>4-6</sup>.

### OLGU

İE, 22 yaşında, erkek hasta. İlk olarak 10 yaşında her iki dizinde sedef hastalığına ait lezyonları başlamış. Bundan 5 yıl sonra da ilk olarak boyun bölgesinde vitiligo ortaya çıkmış. Hasta 6 ay süreyle haftada 3 kez olmak üzere PUVA tedavisi görmüş. Askerliği sırasında da birer ay olmak üzere 1 yıl ara ile iki kez Neotigason® Kapsül kullanmış ve bu sırada vitiligosu artış göstermiş.

Hastanın dermatolojik muayenesinde tüm vücutta yaygın depigmente alanlar saptandı. Dirsekler ve her iki uyluk arka yüzlerinde gerek depigmente gerekse de normal deri üzerinde gümüşü skuamalar olan, 0.1-2 cm çaplarında, kesin sınırlı papül plaklar mevcuttu (Şekil1, 2). Mum lekesi ve noktavi kanama belirtileri pozitif.



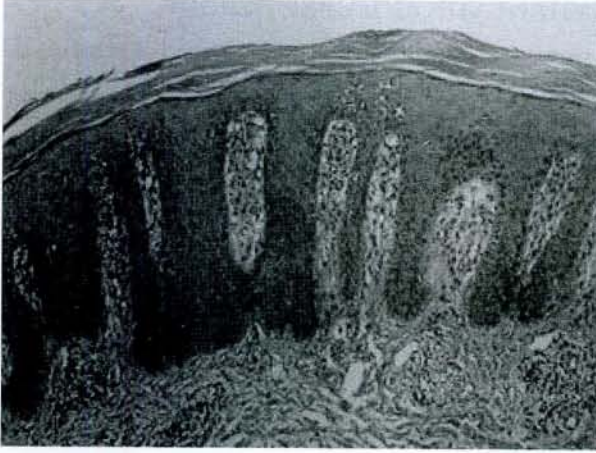
**Şekil 1.** Hastanın tüm alt ve üst ekstremiteler, yüz, gövdenin ön tarafı ve genital bölgesinde yaygın vitiligo lezyonları



**Şekil 2.** Hastanın özellikle dirsekler ve uyluk arka kısımlarındaki psoriasis lezyonları

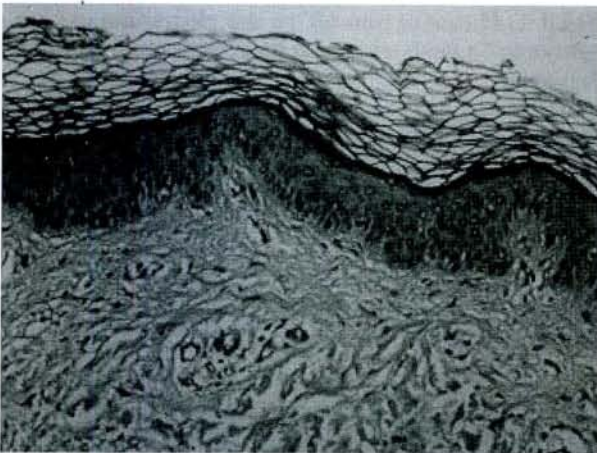
<sup>1</sup>Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cildiye Kliniği, <sup>2</sup>Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Bölümü

Normal deri, vitiliginöz alan ve psoriatik plaktan birer "punch" biyopsi örneği alındı. Biopsiler rutin takip işlemlerinden geçirildikten sonra elde edilen kesitler Hematoksilen-Eosin, melanin pigmenti için Masson-Fontana ve immünohistokimyasal olarak S-100 proteini ile boyandı.

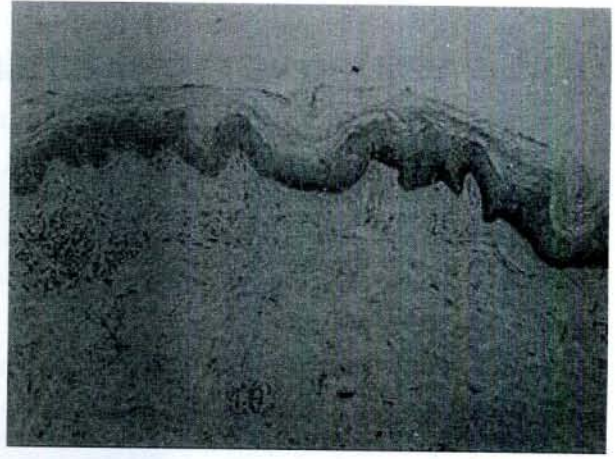


**Şekil 3.** Epidermiste hiperkeratoz, parakeratoz, psoriasiform hiperplazi ve papiller dermiste perivasküler inflamatuvar infiltrat (Psoriasis) (HEX100).

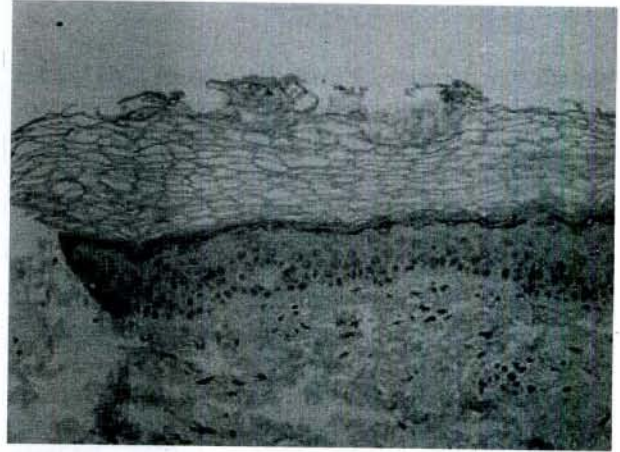
Depigmente deri bölgesinden alınan biopside bazal tabakada melanosit ve melanin pigmenti izlenmedi (Şekil 4). Melanosit kaybı Masson-Fontana ve S-100 proteini ile de gösterildi (Şekil 5, 6).



**Şekil 4.** Bazal tabakada melanositlerin izlenmediği depigmente epidermis (Viteligo) (HEX200).



**Şekil 5.** Vitiligo ile normal deri arasında geçiş bölgesi (Masson-FontanaX100).



**Şekil 6.** Depigmente alanlarda melanositlerin komplet yokluğu (Viteligo) (S-100X200).

Tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyonları ve sedimentasyonu içeren rutin laboratuvar testlerinde herhangi bir özellik yoktu. Total ve serbest T3, T4 ile TSH düzeyleri normal sınırlardaydı. Tiroid mikrozomal antikor seviyesi 20 IU/ml (0-50) ile normalken, serum vitamin B<sub>12</sub> ve folik asit düzeyleri sırası ile 185 pg/ml (220-1132) ve 2.5 ng/ml (3-17) şeklindeki değerleri ile normal sınırların altındaydı. Parietal hücre antikorları negatif olarak saptandı. Hepatit "marker"ları da negatifti. Psikiyatrik konsültasyonda kayda değer bir problemi yoktu.

Hastanın vitiliginöz alanlarının çok yaygın olması nedeniyle özellikle yüz başta olmak üzere görünen yerlerine depigmentasyon amaçlı tedavi planlandı. Psoriasis lezyonlarına da lokal steroidli pomadlar verildi ve hasta takibe alındı.

## TARTIŞMA

Toplumun ayrı ayrı yaklaşık %2'sini etkilediği bildirilen her iki hastalık da sık rastlanılan dermatolojik hastalıklar arasında yer alırlar. Henüz her ikisi için de kesin bir



etyopatogenez ortaya konulamamıştır ve tedavileri de sorun olmaya devam etmektedir<sup>1-6</sup>.

Vitiligo ve psoriasis birlikteliğine dair sınırlı sayıda yayınlardan ilki 1898 yılında Hallopeu ve Gasne'ye aittir<sup>7</sup>. Yalnız buradaki hipopigmentasyonun postlezyoner ya da topikal ilaç kullanımı sonucu gelişen lökodermi şeklinde olabileceği de ileri sürülmüştür<sup>8</sup>. Bu yüzden bundan sonraki araştırmacılar hangi hastalığın daha önce başladığına önem vermeye başlamışlardır.

Du Castel, bir olgu üzerine yaptığı yorumunda bu hastalığın hem birbiriyle çakışık hem de birbirinden ayrı ve bağımsız olabileceğini söylemiştir<sup>9</sup>. Howsden ve arkadaşları ise bunu özel bir durum olarak rapor etmişlerdir<sup>10</sup>. Bazı otörler de bu iki hastalığın birlikte görülmesi ile patolojik olarak ilişkili olabileceklerini ileri sürmüşlerdir<sup>11-14</sup>. Yine Chapman başta olmak üzere bazıları da bu görüşe karşı çıkmışlardır<sup>15,16</sup>. El Mofty 821 Mısırlı vitiligo hastasının 22'sinde psoriasis tesbit ettiklerini bildirmiş ama detay vermemiştir<sup>17</sup>. Hellgren, İsveç'te vitiligolu hastalarda normal kontrole göre daha yüksek oranda psoriasis görüldüğünü bildirirken<sup>18</sup>, Powell ve Dicken da 1976-1981 yıllarını kapsayan 5 yıllık bir periyotta inceledikleri 717 vitiligolu ve 4296 psoriasisli hastadan 29'unda her iki hastalığın birlikte görüldüğünü rapor etmişlerdir<sup>19</sup>. Literatürde rastlanılan bu birlikteliklere dair yayınlar Tablo I'de özetlenmiştir.

**Tablo I.** Çeşitli yayınlarda bildirilen vitiligo ve psoriasis birlikteliklerine ait verilerin özeti (? : Bildirilmemiş / Bilinmiyor)

REFERANS YAYIN	CİNSİYET	ÖNCE BAŞLAYAN HASTALIK
Hallopeau ve Gasne (1898) <sup>7</sup>	Kadın	Psoriasis
Du Castel (1899) <sup>9</sup>	Kadın	Psoriasis
Kren (1925) <sup>16</sup>	?	?
Beron (1930) <sup>20</sup>	Erkek	Eş zamanlı
Troxell (1932) <sup>11</sup>	Erkek	Vitiligo
Delbos (1949) <sup>12</sup>	Erkek	Vitiligo
Gans (1952) <sup>21</sup>	?	Vitiligo
Selenyi (1955) <sup>22</sup>	Erkek	Psoriasis
Bologa ve ark. (1965) <sup>13</sup>	Kadın	Vitiligo
El Mofty (1968) <sup>23</sup>	1 Erkek, 1 Kadın, 2 ?	1'inde vitiligo, 3'ünde ?
De Moragas (1970) <sup>14</sup>	2 Erkek	2'sinde de vitiligo
Chapman (1973) <sup>15</sup>	Kadın	Vitiligo
Howsden ve ark. (1973) <sup>10</sup>	Kadın	Psoriasis
Kubicz (1975) <sup>24</sup>	Kadın	Psoriasis
Koransky ve Roenigk (1982) <sup>8</sup>	3 Kadın, 4 Erkek	6'sında vitiligo, 1'inde psoriasis
Powell ve Dicken (1983) <sup>20</sup>	14 Erkek, 15 Kadın	14'ünde vitiligo, 11'inde psoriasis 1'inde eş zamanlı, 3'ünde ?
Menter ve ark. (1989) <sup>25</sup>	Kadın	Vitiligo
Gange ve Parrish (1987) <sup>26</sup>	2 Erkek, 1 Kadın	3 ?
Papadavid ve ark. (1996) <sup>27</sup>	Kadın	Vitiligo
Sarıcaoğlu ve ark. (2000) <sup>28</sup>	4 ?	3'ünde vitiligo, 1'inde eş zamanlı
Kendi olgumuz (2002)	Erkek	Psoriasis
TOPLAM (64 OLGU)	28 Erkek, 28 Kadın, 8 ?	33 VİTİLİGO 18 PSORİAZİS 3 EŞ ZAMANLI, 10 ?

Bildirilen toplam 64 olguda cinsiyet farkı gözlenmezken 33'ünde önce vitiligonun, 18'inde ise önce psoriasisin başladığı dikkati çekmektedir. Yalnız, psoriasis sonrası başlayan vitiligonun postlezyoner ya da kullanılan ilaçlara bağlı lökodermi şeklinde yorumlanması bu farka yol açmış olabilir.

İmmünojik fenomenlerin karşılaştırılması vitiligo ile psoriasis arasındaki ilişkiye destek olabilecek niteliktedir. Vitiligo ile alopesi areata, pernisiyöz anemi, tiroid hastalıkları gibi otoimmün hastalıklar arasındaki ilişki vitiligonun bir otoimmün hastalık olabileceğini düşündürmektedir<sup>29,30</sup>. Vitiligoda melanosit destrüksiyonundan antimelanosit antikolarından ziyade lezyonal T hücrelerinin sorumlu olduğu da ileri sürülmüştür<sup>31</sup>. Buna benzer olarak stratum corneumda IgG gözlenmesi, lenfosit membranlarında anti-IgG aktivitesi, dolaşan immün komplekslerin varlığı, dolanan T hücrelerinin sayısındaki ve T süpresör hücrelerinin aktivitesindeki azalmalarla birlikte lupus eritematosus gibi otoimmün hastalıklarla birlikte gözlenebilmesi benzer teorilerin psoriasisde de düşünülmesine neden olmaktadır<sup>32-34</sup>.

Bu kadar sık rastlanan bu iki hastalığın beraber görülmesi bizleri şaşırtmadı. Ancak literatürde bu tip birlikteliklerden çok az bahsedilmekte olduğunu gördük. Oysa her iki hastalığın da benzer mekanizmalar ile ortaya çıkabileceği ya da oluşum mekanizmalarının belki de en azından bir bölümünün ortak olabileceği, bununla birlikte belli uygun bir zeminde oluşan antijenik stimulusların bazı hastalarda her iki hastalığın oluşumunu tetikleyebileceği söylenebilir. Ortak etyolojiye ait verilerin toplanıp, günümüz immünoloji ve histopatoloji bilgileri ile harmanlanması ile daha sağlıklı veriler elde edilebileceği, bunların her iki hastalığın tedavisine de faydalı olacağı ve yeni ufuklar açacağı inancındayız.

## KAYNAKLAR

1. Mosher DB, Fitzpatrick TB, Ortanne JB. Disorders of Pigmentation, Hipomelanoses and Hypermelanoses. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, Fitzpatrick TB (eds). Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5th ed. New York, Mc Graw Hill, 1999: 936-45.
2. Bleehen SS. Disorders of Skin Colour. In: Rook A, Wilkinson DS, Champion RH, Burton JG, Ebling FJG (eds). Textbook of Dermatology, Vol:III, 6th ed. Oxford, Blackwell Scientific Publication, 1998; 1753-815.
3. Braun Falco O, Plewing G, Wolf HH, Burgdorf WHC. Vitiligo. In: Dermatology. 2nd ed. Berlin, Springer-Verlag, 2000: 1033-7.
4. Cristophers E, Mrowietz U. Psoriasis. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, Fitzpatrick TB (eds). Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5th ed. New York, Mc Graw Hill, 1999: 495-521.
5. Camp RDR. Psoriasis. In: Rook A, Wilkinson DS, Champion RH, Burton JG, Ebling FJG (eds). Textbook of Dermatology. Vol:III, 6th ed. Oxford, Blackwell Scientific Publication, 1998: 1589-649.



6. Aydemir EH. Psoriasis ve benzer dermatozlar. Dermatoloji. Tüzün Y, Kotoğyan A, Baransü O (ed), 2. baskı. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1994: 315-32.
7. Hallopeau H, Gasne E. Sur un cas de psoriasis avec achromies persistantes et localizations suivant des spheres de distribution nerveuse. Ann Derm Syph 1898; 29: 690-3 (Abst).
8. Koransky JS, Roenigk HH. Vitiligo and psoriasis. J Am Acad Dermatol 1982; 7: 183-9.
9. Du Castel M. Psoriasis artropathique et vitiligo. Bull Soc Fran Derm Syph 1899; 10: 10-1 (Abst).
10. Howsden SM, Herndon JH, Freeman RG. Vogt-Koyanagi-Harada syndrome and psoriasis. Arch Dermatol 1973; 108: 395-8.
11. Troxell EC. Psoriasis developing in areas of vitiligo. Arch Dermatol 1932; 26: 1152 (Abst).
12. Delbos MJ. Vitiligo et psoriasis d'apparition successive et de localisation identique. Bull Soc Franc Derm Syph 1949; 56: 315 (Abst).
13. Bologa EL, Serban A, Nedelcu A. Cheshuichatyi lishai, lokalizavannyi na prtnakh vitiligo. Vestn Dermatol Venereol 1965; 39: 73-5 (Abst).
14. De Moragas JM, Winkelmann ER. Psoriasis and vitiligo. Arch Dermatol 1970; 101: 235-7.
15. Chapman RS. Coincident vitiligo and psoriasis in the same individual. Arch Dermatol 1973; 107: 776.
16. Kren O. Vitiligo und psoriasis. Wien Klin Wochenschr 1925; 38: 262 (Abst).
17. El Mofty AM, El Mofty M. Vitiligo: A symptom complex. Int J Dermatol 1980; 19: 237-44.
18. Hellgren L. Psoriasis. Upsala, Sweden, Almqvist&Wiksell International Booksellers, 1967: 77.
19. Powell FC, Dickens CH. Psoriasis and vitiligo. Acta Derm Venereol 1983; 63: 246-9.
20. Beron B. Bertrag zur der postpsoriatischen depigmentationen. Dermatol Wochenschr 1930; 91: 1161-4 (Abst).
21. Gans O. Some observations on the pathogenesis of psoriasis. Arch Dermatol 1952; 66: 598-611 (Abst).
22. Selenyi A. Vitiligo and psoriasis on the same side with syringomyelia. Borgyogy Vener Szemle 1955; 9: 94-6 (Abst).
23. El Mofty AM. Vitiligo and psoralens. Elmsford NY, Pergamen Press Inc, 1968: 24.
24. Kubicz J. Depigmentatio vitiligoidea w przebigu psoriasis artropathica. Przegl Dermatol 1975; 63: 187-90 (Abst).
25. Menter A, Boyd AS, Silverman AK. Guttat psoriasis and vitiligo: Anatomic cohabitation. J Am Acad Dermatol 1989; 4: 698-700.
26. Gange RW, Parrish JA. Ultraviolet-B treatment of psoriasis in patient with concomitant vitiligo. 1987; 123: 26-7.
27. Papadavid E, Yu RC, Munn S, Chu AC. Strict anatomical coexistence of vitiligo and psoriasis vulgaris-a Koebner phenomenon? Clin Exp Dermatol 1996; 21: 138-40.
28. Sarıcaoğlu H, Çal AŞ, Başkan B, Aydoğan K, Tunalı Ş. Psoriasis ve vitiligo (4 Olgu). XVIII. Ulusal Dermatoloji Kongresi Özet Kitabı. Türk Dermatoloji Derneği 2000; P-2/43: 62.
29. Koransky JS. Vitiligo. Dermatol Allergy 1980; 3: 30-41.
30. Nordlund JJ, Howanitz N, Bystryń JC, Forget BM, Lerner AB. Anti-pigment cell factors and mucocutaneous candidiasis. Arch Dermatol 1981; 117: 210-2.
31. Badri AMT, Todd PM, Garioch JJ. An immunohistological study of cutaneous lymphocytes in vitiligo. J Pathol 1993; 170: 149-55.
32. Valdimarsson H, Baker BS, Jonsdottir I, Fry L. Psoriasis: A disease of abnormal lymphocyte proliferation induced by T lymphocytes. Immunol Today 1986; 7: 256-9.
33. Lynch WS, Roenigk HH. Lupus erythematosus and psoriasis vulgaris. Cutis 1978; 21: 511-25.
34. Cram DL. Psoriasis: Current advances in etiology and treatment. J Am Acad Dermatol 1981; 4: 1-14.