

Kalsinosis Kutis

Mesut ÖZCAN*
Zeki PALALI**
Ercan TUNCEL***
Ramazan KAHVECİ****

ÖZET

Klinikte ve literatürde çok ender rastlanması nedeni ile bir kalsinosis kutis olgusu sunulmuş, bu vesile ile konuya ilişkin literatür araştırmalarından elde edilen bulgular aktarılmıştır.

SUMMARY

Calsinosis Cutis

A case of calsinosis cutis has been presented because of its rarity, and with this occasion the knowledge obtained from concerning literature has been given.

Kalsinosis yumuşak dokularda kalsiyum tuzlarının insoluble olarak birikmesi ve çökmesi sonucu ortaya çıkan bir olaydır. Biriken maddenin çoğunluğu amorf kalsiyum fosfat olup az miktarda kalsiyum karbonat da içerir. Yumuşak dokularda ve bu arada deri ve deri altı dokusunda kalsiyum birikmesinin değişik nedenleri olabileceği gibi idiyomatik olarak da ortaya çıkabilir. Yalnızca deri ve derialtında görülen kalsifikasyonlara "kalsinosis kutis" adı verilmektedir. Kalsifikasyonları etyolojisine göre aşağıdaki şekilde sınıflamak mümkündür.

-
- * Doç. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.
** Prof. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Dermatoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.
*** Doç. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Radyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.
**** Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

KALSİFİKASYONLAR

A- Distrofik Kalsifikasyonlar

1- Lokalize Distrofik Kalsifikasyonlar

- a) Konjenital: Fibrodisplasia ossificans
- b) Travmatik: Yabancı cisim, hematoma, yağ nekrozu
- c) İnfeksiyon ve enfestasyonlar: Akne, variköz venler, Tbc granulomu veya adeniti, lepra, sistiserkozis, filariasis, ekinekok kistleri
- d) Dejeneratif: Psödoksantoma elastikum, infarktlar, sebasöz kistler
- e) Neoplazmlar
 - 1) Benign: Lipom, angioma, kalsifiye epiteloma (Malherbe tüm.)
 - 2) Malign: Bazı liposarkomlar

2- Yaygın Distrofik Kalsifikasyonlar

- a) Dermatomyozitis
- b) Sistemik sklerozis (Thibierge-Weissenbach Send.)
- c) Sistemik Lupus Eritematozis
- d) Akrodermatitis Atrofikans

B- Metastatik Kalsifikasyonlar (Ca ve P mtb. bozukluğu)

1- Hiperkalsemili Hastalıklar

- a) Hiperparatiroidizm
- b) D. vit intoksikasyonu
- c) İdiopatik hiperkalsemi
- d) Milk Alkali Sendromu
- e) Sarkoidosis
- f) Destruktif Kemik Hastalığı: Metastatik Ca. lar, retiküloz, multiple myeloma, Paget, lösemi v.b.

2- Hiperkalsemisiz Hastalıklar

- a) Kronik Renal Hastalıklar
- b) Psödohipoparatiroidizm
- c) Hipoparatiroidizm
- d) Gut Hastalığı
- e) Psödogut (Kondrokalsinozis)
- f) Ochronosis (Alkaptonüri)
- g) Diabetes Mellitus
- h) Nöropatik kalsifikasyonlar
- ı) Ehler Danlos Sendromu
- i) Werner Sendromu

C- Sebebi Bilinmeyenler (İdiopatik Grup)

- 1- Kalsinozis Universalis
- 2- Derinin soliter nodüler kalsifikasyonu
(Kutanöz kalkulus + Kalsinozis interstisialis)
- 3- Kalsinozis sirkumskripta

51 yaşında bayan hasta, ev hanımı.

Sağ diz altı, sol dirsek, her iki el parmakları ve boyundaki şişliklerden ve el parmak hareketlerindeki kısıtlılıktan yakınarak başvurdu. Bu şişlikler yaklaşık 25 yıl önce oluşmaya başlamış, giderek büyümüş ve sertleşmişler. El parmaklarındaki lezyonlar zaman zaman kızarıyor. Yerel ısı artışının ardınca ülsere olup içinden süt renginde koyu kıvamlı bir sıvı akıyormuş. Pek çok kez başvurduğu sağlık kuruluşlarından ve hekimlerden olayı aydınlatıcı bilgi ve tedavi sağlanamamış. Öz ve soy geçmişinde belirgin özellik yok.

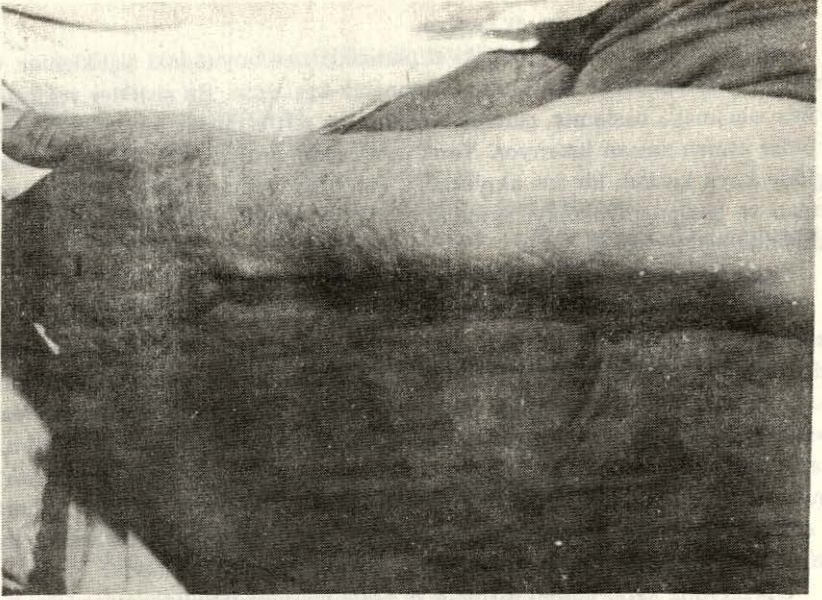
Genel durumu iyi. KB 150/85 mmHg Stabil. NDS 94.

Fizik muayenede sol el ikinci parmak sağ el 1., 3., 4. parmaklarda 1-2 cm çapına varan üzerleri hiperemik, sert, fikse ve basmakla ağrılı tümöral oluşumlar saptandı (Resim: 1). Bu oluşumlar lokalize oldukları parmakların hareketlerini kısıtlamakta idi. Aynı özelliklere sahip fakat daha büyük oluşumlara sağ diz altında sol dirsek arka yüzde ve her iki supraklaviküler bölgelerde rastlanmaktadır (Resim: 2). Diğer sistem muayenelerinde belirgin özellik saptanmadı. Radyolojik olarakta söz konusu bölgelerde düzensiz kalsifikasyonlar saptandı (Resim: 3, 4, 5, 6). Laboratuvar analizlerinde olayı açıklayacak herhangi bir patolojik değer saptanmadı. Kalsiyum ve fosfor değerleri beşer kez bakıldı ve normal sınırlarda bulundu.

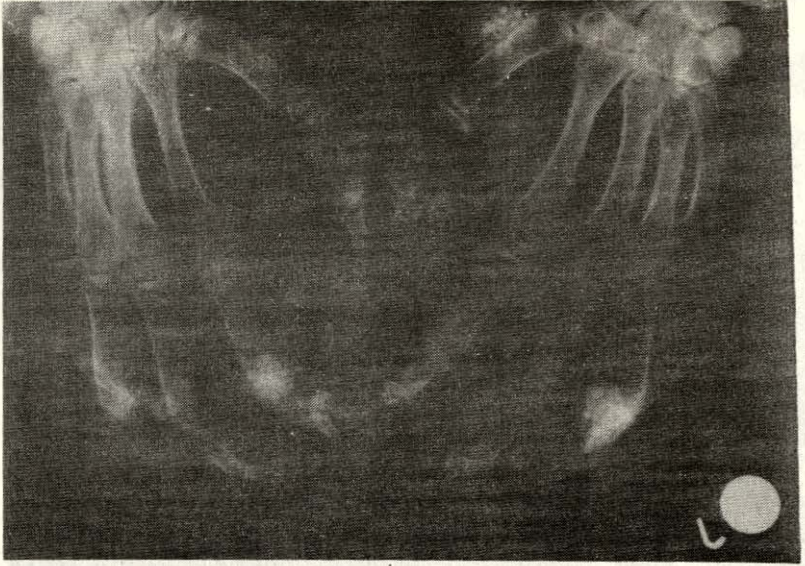
Operasyona karar verildi, turnike ve genel anestezi altında yapılan zig zag insizyonlarla kiteller üzerine ulaşıldı. Önemli yapılara zarar vermeden kiteller çıkarıldı. Girişim sonucu ciddi bir komplikasyonla karşılaşılmadı. Hasta post operatif 8. gün çıkarılmış, ayaktan izleme devam edilmiştir (Resim: 7). Çıkarılan piyeslerin histopatolojik incelemesinde "kalsinosis kutis" klinik tanımız doğrulanmıştır.



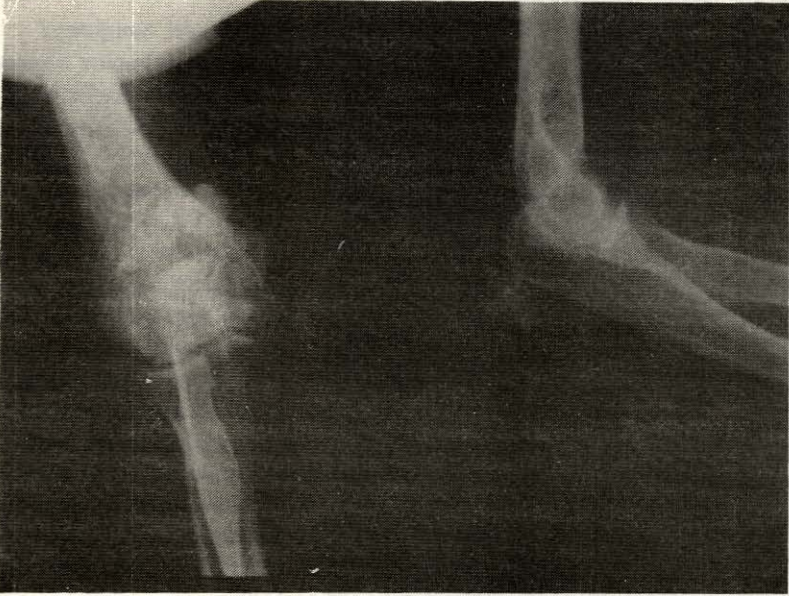
Resim: 1
Preoperatif ellerin görünümü



Resim: 2
Hastanın dirseğinin görünümü



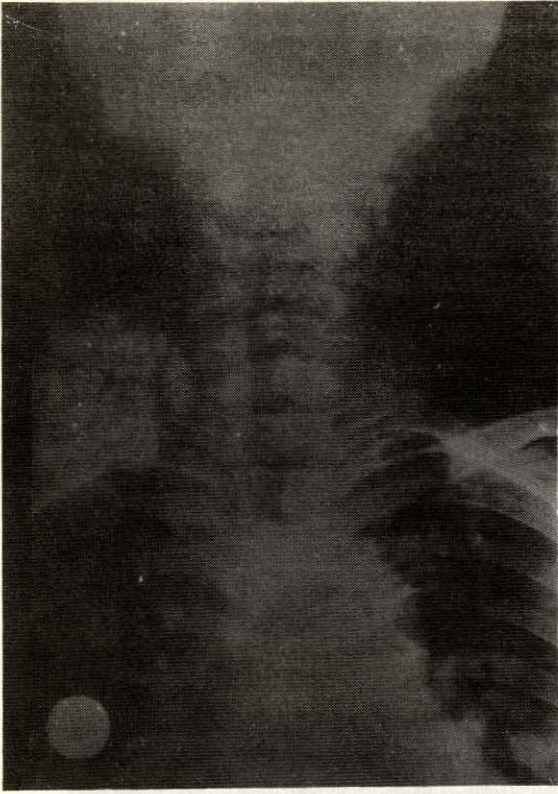
Resim: 3
Hastanın her iki el grafisi



Resim: 4
Hastanın her iki dirsek grafisi



Resim: 5
Hastanın her iki diz grafisi



Resim: 6
Hastanın cervical grafisi



Resim: 7
Postop ellerin görünümü

TARTIŞMA

Yaptığımız literatür araştırmasından edindiğimiz bulgular çerçevesinde olgumuzun yukarıda sayılan sınıflama içinde idiopatik gruptan kalsinosis universalis'e uyduğu kanısına varılmıştır.

Kaynaklardan^{1,2} edindiğimiz bilgilere göre kalsinosis universalis, dermis, supkutis ve kaslarda; 0,5 ile 5 cm çapında nodüller ve plaklar şeklinde kendini gösterir. Lokal doku hasarı ve herhangi bir metabolik hastalık söz konusu değildir. Etyolojisi belirlenemiyen bu hastalıkta lezyonlar daha çok ekstremiteler ve nadiren de gövdede yerleşim gösterirler. Genellikle simetriklerdir. Daha çok kadınlarda görülen hastalık başlangıcı genellikle çocukluk ve genç erişkin dönemine rastlar ve sıklıkla progressiftir. Başlangıçta ağrısız olan kitleler giderek ağrılı hale gelebilir. Bazen sekonder enfeksiyonlar eklenerek hiperemik bir görünüm alırlar ve ülserleşirler. Süt gibi beyaz renkte, koyu kıvamlı, sıvı akıntısı gözlenir. Bu sıvının bileşiminde daha çok kalsiyum fosfat ve az miktarda da kalsiyum karbonat saptanır. Hastalık genellikle uzun seyirlidir fakat daima fataldir. Ölüm, hayati beden fonksiyonlarında kalsifikasyona bağlı fonksiyon bozukluğundan olur. Hastalığın radikal bir tedavisi yoktur, ancak özellikle ekstremitelerde fonksiyon bozukluğuna sebep olan ve ağrılı olan lezyonlar cerrahi olarak çıkarılabilir. Steroid verilmesi de önerilmekle birlikte doğru veya yanlış bir uygulama olup olmadığı hakkında kesin veriler yoktur. Uygulamalarda değişik sonuçlar alındığı bildirilmiştir².

Olgumuzda lezyonların zaman zaman ülserleşip üzerine sekonder enfeksiyon yerleşmesi ve el hareketlerini kısıtlaması nedeni ile yalnızca el parmaklarındaki lezyonlar için cerrahi girişim uygulanmıştır.

Girişim sonrası ikinci haftadan itibaren uygulanan fizyoterapi sonunda hastanın parmaklarını daha kolay kullanabildiği görülmüştür. Olgumuz literatürde ve klinikte çok az rastlanması nedeni ile yayımlamaya değer bulunmuştur. Bu nedenle konuya ilişkin literatür verileri de aktarılmıştır.

KAYNAKLAR

1. GEZEN, C., SOLAK, S., VAROL, A., KAPDAĞLI, H.: Calsinosis interstitialis, VII. Ulusal Dermatoloji Kongresi, Bursa Üniv. Basımevi, 1980, s. 456.
2. ROOK, A., WILKINSON, D.S., EBLING, F.J.G.: Textbook of Dermatology, Blackwell Scientific Publications, London, 1969, p. 1635-1639.

Doç. Dr. Mesut ÖZCAN
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi
Anabilim Dalı
BURSA