Orijinal Araştırma
Original Investigation

DOI: 10.4274/turkderm.galenos.2019.34392
Turkderm-Turk Arch Dermatol Venereology 2019;53:106-12

Çocukluk çağı psoriazisinde tırnak dermoskopisi bulguları

Dermoscopic nail findings in childhood psoriasis

Melike Kibar Öztürk, İlkin Zindancı, Betül Sözeri*

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği; *Çocuk Romatolojisi Kliniği, İstanbul, Türkiye

Öz

Amaç: Tırnak dermoskopisi veya onikoskopi, proksimal ve lateral tırnak kıvrımları, hiponişyum, tırnak plağı ve tırnak yatağından oluşan tırnak ünitesinin, non-invaziv bir şekilde incelenmesidir. Tırnak psoriazisinin tanısında, cerrahi tecrübe gerektiren invasiv bir işlem olan tırnak biyopsisi, dermatologlar tarafından nadiren uygulanır. Çocukluk çağı tırnak psoriazisinin tanısında tırnak dermoskopisi, tırnak biyopsisinden kaçınmayı sağlayarak önemli bir avantaj sağlayabilecektir. Bu çalışmada bir gurup pediyatrik psoriazisli hastada, tırnak psoriazisinin dermoskopi özelliklerini araştırmak ve bu bulguları sağlıklı çocukların bulguları ile amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tırnak psoriazisi olan 45 hasta (23 kız, 22 erkek) ve 45 sağlıklı çocuk bu çalışmaya dahil edildi. Aktif psoriazis deri lezyonu (deri biyopsisi ile verifiye) ve en az 1 adet psoriatik tırnak tutulumu bulgusu olan hastalar, tırnak psoriazisi olarak kabul edildi. Psoriazis Alan Şiddet İndeksi ve Tırnak Psoriazisi Şiddet İndeksi skorları hesaplandı. Onikomikozlu hastalar çalışmaya dahil edilmedi. İncelemeler manuel dermatoskop ile yapıldı (Dermlite DL4 PigmentBoost Plus X10; 3 Gen, San Juan Capistrano, CA, USA). $\chi 2$ testi kullanıldı.

Bulgular: Tırnak yatağı ve matriksinde en sık izlenen dermoskopi bulgular pitting (%62,2), punktat lökonişi (%55,5), hemorajiler (splinter veya noktasal) (%40), distal onikoliz (%40), siyah filamentöz yapılar (%35,5), trakiyonişi (%33,3) ve salmon yamaları (%26,6), proksimal ve lateral tırnak kıvrımlarında ise en sık kırmızı zeminde dağınık noktasal damarlar (%46,6) izlenirken, periferdeki deride en sık periungual deskuamasyon izlendi (%48,8).

Sonuç: Bu çalışma, tırnak dermoskopisinin, tırnak psoriazisi tanısındaki önemini ve tırnak biyopsisinden kaçınmada yararlılığını vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk çağı psoriazisi, tırnak, dermoskopi, onikoskopi

Abstract

Background and Design: Nail dermoscopy or onychoscopy refers to the examination of the nail unit which consists of the proximal and lateral nail folds, hyponychium, nail plate and nail bed non-invasively. Nail biopsies which require surgical expertise are invasive procedures that are seldom performed by dermatologists in diagnosis of psoriasis. Nail dermoscopy may offer a distinct advantage by helping avoid nail biopsies in diagnosis of childhood psoriasis. The aim of this study was to evaluate the dermatoscopic features of nail psoriasis in a pediatric group of patients and to compare these findings with healty children.

Materials and Methods: A total of 45 pediatric patients with nail psoriasis (23 girls, 22 boys) and 45 healthy children were enrolled in the study group. Patients with active psoriatic skin lesions (confirmed by skin biopsy) who had at least one psoriatic nail feature were considered to have nail psoriasis. Psoriasis Area and Severity Index and Nail Psoriasis Severity Index scores are evaluated. Patients with onychomycosis were excluded. Dermatoscopic examination of all nails was performed using a manual dermatoscope with x10 magnification. $\chi 2$ test was used.

Results: The most frequent dermatoscopic features in the nail bed and matrix were pitting (62.2%), punctate leukonychia (55.5%), haemorrhages (splinter and/or dot) (40%), distal onycholysis (40%), black filamentous structures (35.5%), trachyonychia (33.3%) and salmon patches (26.6%) while a reddish background with sparse dotted vessels (46.6%) and periungual desquamation (48.8%) were the most frequent findings in the proximal and lateral nail folds and in the adjacent skin, respectively.

Conclusion: This study highlights the usefulness of nail dermoscopy in helping the diagnosis of nail psoriasis by avoiding an additional nail biopsy in the pediatric population.

Keywords: Childhood psoriasis, nail, dermoscopy, onychoscopy

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Melike Kibar Öztürk, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye
Tel.: +90 531 791 61 83 E-posta: kibarmelike@hotmail.com **Geliş Tarihi/Received:** 03.10.2018 **Kabul Tarihi/Accepted:** 25.02.2019
ORCID: orcid.org/0000-0002-5757-8247

©Telif Hakkı 2019 Deri ve Zührevi Hastalıklar Derneği
Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.

Giriş

Psoriatik tırnak değişikliklerinin, psoriazisli çocukların %17 ila %39.2'sinde gerçekleştiği tahmin edilmektedir. Psoriazisli çocuklarda çıplak gözle veya histopatolojik olarak tırnak bulgularını araştıran birkaç çalışma[1-9] olmasına rağmen dermoskopi ile yapılan çalışmalar sınırlıdır[1,9-18]. Klinisyenlerin çıplak gözle muayeneye ek olarak, tanısal doğruluğu önemli ölçüde artıran bir dermatoskop kullanarak tırnak bulgularını gözlemlemesi, deri biyopsisinin neden olacağı fiziksel rahatsızlık veya duygusal stres oluşturmaz, bu yüzden dermoskopik muayene pediatrik tırnak bulgularını incelemek için en çok kullanılan yöntemdir[9]. Klinik olarak en sık rastlanan bulgular, pitting, hiperkeratoz, kıymıksı hemorajiler, yağ damlaları, boyuna oluklanmalar, ufalanma, lunulada kırmızı lekeler, lökonişi ve onikoşizidir[1-9]. Öte yandan, tırnak psoriazisinde en sık görülen dermoskopik bulgular, çoğu erişkin popülasyonunda yapılan, sınırlı sayıda çalışmada bildirilmiştir[9-12,14-17]. Bu çalışmada, çocukluk çağı psoriazisinde tırnakların dermoskopik bulgularını değerlendirmeyi ve tanımlamayı ve bu bulguları sağlıklı çocuklarla karşılaştırmayı amaçladık. Çocukluk çağı psoriazisinde izlenen dermoskopik bulguların, tırnak psoriazisi tanısında, deri veya tırnak biyopsisine olan ihtiyacı azaltabileceği kanısındayız.

Gereç ve Yöntem

Bu prospektif çalışmada, psoriatik tırnak tutulumu ile birlikte derisinde psoriazis lezyonları bulunan 45 hasta (23 kız ve 22 erkek), toplam 5 aylık bir sürede değerlendirildi. Kontrol grubu aynı yaş ve cinsiyette rastgele seçilen sağlıklı kontrollerden oluşuyordu (23 kız ve 22 erkek). Çalışmanın protokolü Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu tarafından onaylandı (onay numarası: B-10.1.TKH.4.34.H.GP.0.O1/106) çalışma, Helsinki. Deklarasyonu ilkelerine göre yapıldı. Çalışmadan önce bilgilendirilmiş onam formları alındı.

Altı hastada tırnak ve deri lezyonlarına ek olarak jüvenil psoriatik artrit vardı. Hastalara tüm tırnaklarının dermoskopi muayenesi yapıldı ve bulgular, yaş ve cinsiyete göre eşit sayıda sağlıklı gönüllü ile karşılaştırıldı. Çalışmaya, biyopsi ile doğrulanmış psoriazis tanısı olan poliklinik hastaları alındı. Tüm hastalar kayıt sırasında sistemik ve/veya lokal tedavi altındaydı. Yaş, cinsiyet, psoriazisin başlama zamanı ve hastalığın komorbiditeleri gibi temel demografik veriler kaydedildi. Psoriatik tırnak tutulumu, 20 el ve ayak tırnağının hepsinin çıplak gözle dikkatlice incelenmesiyle değerlendirildi. Potasyum hidroksit testi ve mantar kültürü ile onikomikoz tanısı konmuş hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Onikoliz, pitting, lökonişi, kırmızı noktalı lunula, ufalanma, enine oluklar, subungual hiperkeratoz, kıymıksı hemorajiler ve somon yaması gibi en az bir psoriatik tırnak özelliğine sahip tırnaklar; tırnak psoriazisi olarak kabul edildi. Tırnak yatağı, tırnak matriksi, komşu deri ve tırnak kıvrımları (proksimal ve lateral tırnak kıvrımları dahil) ve hiponişyum dikkatlice incelendi.

Tüm fotoğraflar, manyetik olarak tutturulmuş akıllı telefonlarla donatılmış, temaslı ve temassız, polarize bir manuel dermatoskop (Dermlite DL4 PigmentBoost Plus X10; 3 Gen, San Juan Capistrano, CA, ABD) kullanılarak kaydedildi.

İstatistiksel Analiz

Tüm fotoğraflar deneyimli bir dermoskopist tarafından değerlendirildi. İki grup arasındaki dermoskopik bulguların sıklığındaki farklılıklar $\chi 2$ testi kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak belirlendi.

Bulgular

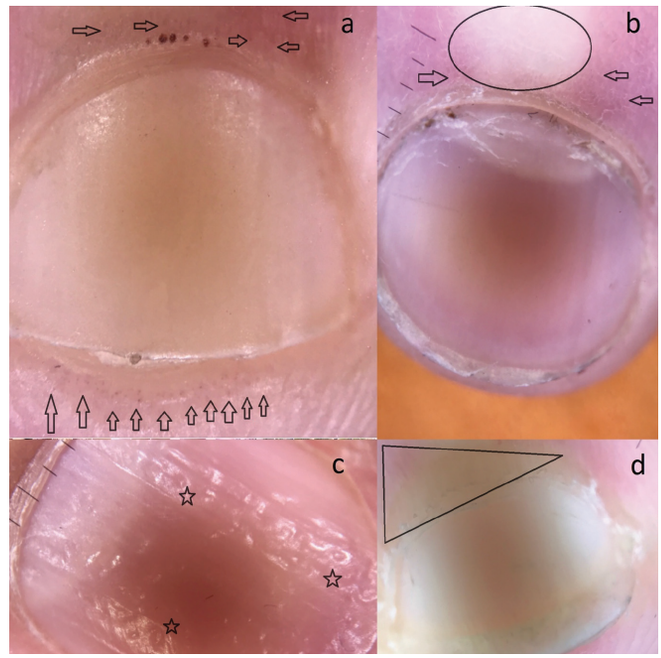
Çalışmaya psoriazis lezyonu olan ve psoriatik tırnak tutulumu olan 40 çocuk ve 45 sağlıklı gönüllü çocuk katıldı. Hastaların ve sağlıklı çocukların yaş ortalaması sırasıyla 10,2±2,2 ve 9,7±2,4 idi. Psoriazis hastalığının ilk teşhisinde ortalama yaş 5,2±3,1, psoriazis hastalığı süresi ise 2±1,2 idi. Kullanılan tedaviler hastaların %95,5'inde topikal ajanlar ve %14,8'inde sistemik ajanlardı.

Tırnak yatağı ve matrikste en sık gözlenen dermoskopik özellikler pitting (Şekil 1c) (%62,2), punktat lökonişi (%55,5), hemorajiler (Şekil 2) (%40), distal onikoliz (Şekil 3) (%40), siyah filamentli yapılar (Şekil 4) (%35,5), trakiyonişi (%33,3) ve somon yamaları (%26,6), proksimal ve lateral tırnak kıvrımlarında ve hiponişyumda, kırmızımsı zeminde seyrek noktalı damarlar (Şekil 1a) (%46,6), tırnağa bitişik deride ise periungual deskuamasyon (Şekil 2) (%48,8) şeklinde idi. Kontrol hastalarında en sık gözlenen dermoskopik özellik ise kütikülün hemen üstünde bulunan tek sıralı, tek tip damar halkalarıydı (%66,6). Punktat lökonişi (%28,8), pitting (%13,3) ve kırmızımsı arka plan (%13,3) gibi dermoskopik özellikler de kontrol grubunda sıktı, ancak bu istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Hastaların demografik ve klinik özellikleri ile sık görülen dermoskopik parametreler ve bunların açıklamaları sırasıyla Tablo 1, 2 ve 3'te özetlendi. Buna ek olarak, jüvenil psoriatik artritli 6 hastada tırnak değişiklikleri diğer gruplardan farklıydı.

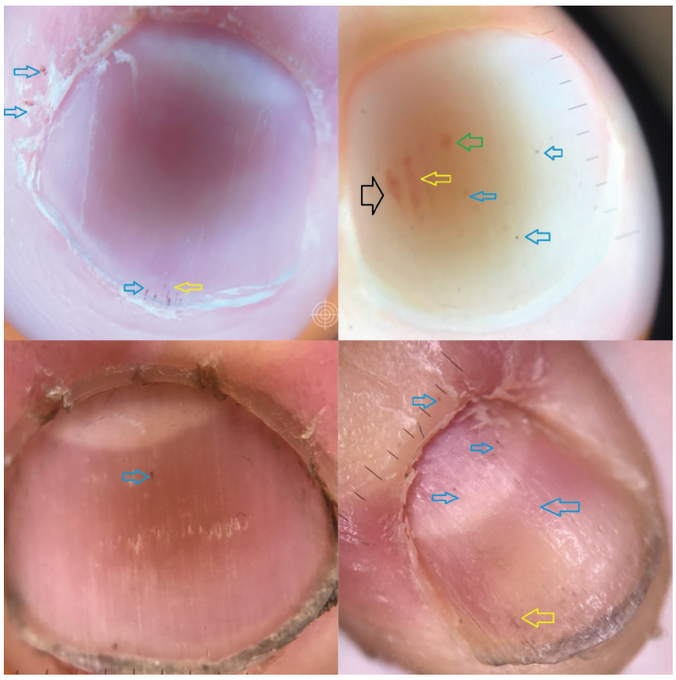
Tartışma

Çalışmamızda en sık görülen dermoskopik özellikler pitting, periungual deskuamasyon, proksimal ve lateral tırnak kıvrımlarında ve hiponişyumda seyrek noktalı damarlar, kırmızımsı arka plan, mor veya siyah hemorajiler (kıymıksı ve/veya nokta), distal onikoliz, siyah filamentli

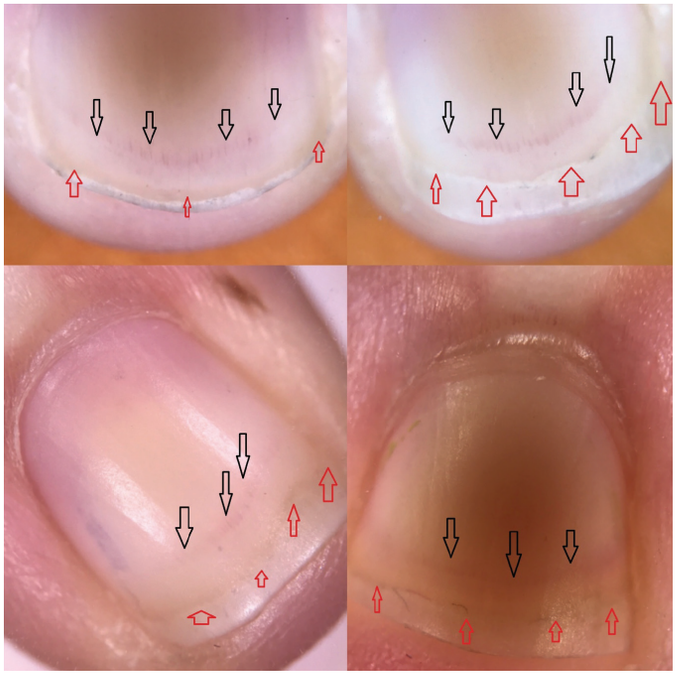


Şekil 1. Proksimal tırnak kıvrımında artmış avasküler alanlar (siyah üçgen ve daire) ve dağınık ve seyrek noktalı damarlar (siyah oklar). Hiponişyumda içinde dağınık ve seyrek noktalı damarlar bulunan kırmızımsı arka plan (a). Pitting (siyah yıldızlar) (c)

yapılar, trakiyonişi iken proksimal ve lateral tırnak kıvrımlarında, bariz damarlanma olmadan kırmızı arka plan, somon yamaları, açığa çıkmış tırnak yatağı epiteli ile kısa tırnak plakası, punktat lökonişi, onikodermal bantta genişlemiş damarlar ve lameller onikoşizi daha az izlenen dermoskopik bulgulardandı. Daha önce yapılan çalışmaların aksine, subungual hiperkeratoz, lunulada kırmızı lekeler, enine oluklar, ufalanma,



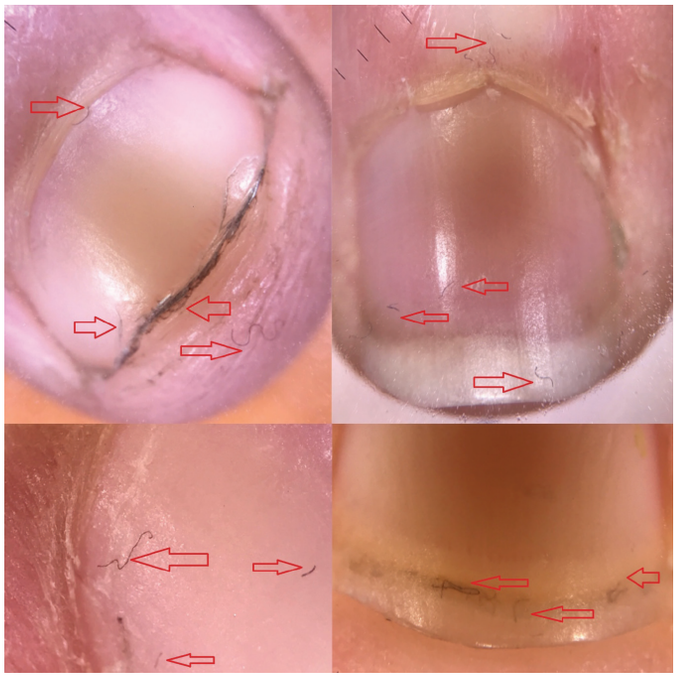
Şekil 2. Tırnak yatağı ve lateral tırnak kıvrımında periungual deskuamasyonun eşlik ettiği fusiform (siyah ok), kıymıksı (sarı oklar), nokta (mavi oklar) ve globül (yeşil) şekilli kırmızı siyah hemorajiler



Şekil 3. Onikodermal bantta boylamasına düzenlenmiş dilate, kırmızı tırnak yatağı damarları (siyah oklar) ve onikoliz alanını normal tırnaktan ayıran turuncu-sarımsı bant (kırmızı oklar)

total lökonişi, artmış avasküler alanlar ve sarmal/kıvrımlı kapilerlerin varlığı çalışmamızdaki pediatrik psoriazis popülasyonunda istatistiksel olarak anlamlı yüksek değildi[9-17]. Bunun nedeninin hasta grubumuzun düşük NAPSİ skorlarına sahip olması sarmal/kıvrımlı kapiler ve dilate damarlar gibi dermoskopik yapıların çalışmamızda kullanılan manuel dermatoskop yerine videodermatoskop ile daha iyi ayırt edilebiceğinden kaynaklanıyor olabileceğini düşünmekteyiz[17].

Çalışmamızda tırnak matriksinde en sık gözlenen dermoskopik özellikler sırasıyla pitting, punktat lökonişi ve trakionişi iken başka bir



Şekil 4. Sağlam tırnak plağı, hiponişyum ve periungual deride (kırmızı oklar) siyah filamentli yapılar

Tablo 1. Hasta ve kontrollerdeki demografik ve klinik özellikler

	Psoriazis grubu, (n=45)	Kontrol grubu, (n=45)
Kız sayısı	23	23
Erkek sayısı	22	22
Ortalama yaş	10,2±2,2	9,7±2,4
Aile öyküsü (sayı/yüzde)	7 (1,5)	-
Psoriazis başlangıç yılı	5,2±3,1	-
Psoriazis süresi	2±1,2	-
El NAPSİ skoru	11,7±20,3	-
Ayak NAPSİ skoru	10,3±17,0	-
PASİ skoru	8,4±12,1	-
Eşlik eden artrit (sayı/yüzde)	6 (13,3)	-
Topikal ajanlar (sayı/yüzde)	42 (95,5)	-
Oral ajanlar (sayı/yüzde)	6 (14,8)	-
Plak psoriazis	39 (86,6)	-
Diğer psoriazis formları (sayı/yüzde)	6 (13,4)	-

NAPSİ: Tırnak Psoriazis Şiddet İndeksi, PAŞİ: Psoriasis Alan ve Şiddet İndeksi

çalışmada, trakionişi, Beau çizgisi ve lökonişi en sık gözlenen bulgulardı. Tırnak yatağında en sık gözlenen dermoskopik özellikler hemorajiler, distal onikoliz ve somon yamaları iken; diğer çalışmada onikoliz, somon yamaları, kıymık kanamaları ve subungual hiperkeratozis sırasıyla en sık gözlenen özelliklerdi[14]. Komşu deride en sık gözlenen dermoskopik özellikler, Nakamura ve Costa'nın[14] "psoriatik paronişi" olarak adlandırdığı periungual deskuamasyon ve eritem idi. Bununla birlikte, yukarıdaki çalışmada hasta sayısı, cinsiyet ve hastaların yaşı gibi detayların eksikliği nedeniyle iki çalışmanın sonuçlarını karşılaştıramadık. Yetişkinlerde ve çocuklarda, çıplak gözle inceleme yapılan çoğu klinik çalışmada en sık izlenen tırnak bulgusu pitting olarak bildirilmiş[1-9,19-23], birkaç çalışmada ise onikoliz ve tırnak hiperkeratozundan da bahsedilmiştir[24,25]. On sekiz yaşından büyük hastalarla yapılan dermoskopik bir çalışmada[11], en sık görülen dermoskopik özellik, başka bir dermoskopik çalışmaya göre de psoriazis aktivite belirteçi olarak işlev görebilecek splinter hemorajilerdir[10]. Öte yandan, Yadav ve Khopkar[13], tırnak psoriazisinde en sık görülen dermoskopik bulguyu, bizim bulgularımıza paralel olarak tırnak plağındaki küçük düzensiz pittingler olarak bildirmişlerdir (45 çocuğun %62,2'si). Bulgularımız, Yadav ve Khopkar'ın[13], klinik olarak belirsiz tırnak bulguları olan, 13 ile 66 yaş arasındaki hastalarda yaptığı dermoskopik çalışma bulguları ile paraleldi. Bu hastalarda muhtemelen bizim hastalarımıza benzer şekilde düşük NAPSİ skorları vardı. Öte yandan, Yorulmaz ve Artuz[11] çalışmalarında, 18 yaş üzeri ve yüksek NAPSİ skorlu (NAPSİ skorları 3 ile 86 arasında değişmekteydi (ortalama ± standart sapma: 22,7±21,8) hastaları değerlendirmişlerdir.

Normalde tırnak plağı ve yatağı 10x büyütmedeki soluk pembe renkte görünür ve yüzeyi pürüzsüz ve parlaktır[15]. Çalışmamızda beyaz ışık altında tırnakların çoğunun sarı-beyaz renkte olduğunu gördük ve yüzeyleri kırılgan, pürüzlü ve mattı. Bitişik deri eritemli ve pullu idi, özellikle de lateral tırnak kıvrımları. Kanımızca bu bulgular psoriatik tutulum ile uyumlu idi.

Çalışmamızda psoriatik tırnak yatağı ve matriks değişikliklerine en sık birinci ve ikinci parmaklarda rastlanırken, başka bir çalışmada[20] en sık birinci parmakta izlenmiştir. Öte yandan, önceki romatolojik çalışmalarda[15] sık izlenen tırnak yatağı kapiller değişiklikleri bizim çalışmamızda en sık üçüncü ve dördüncü parmaklarda görüldü.

Psoriatik tırnakta matriks değişiklikleri

Tırnak matriksinde en sık rastlanan bulgu pitting idi. Tırnak psoriazis hastalarında pittinglerin diğer dermatolojik hastalıklardan daha derin olduğu bilinmektedir[26]. Bu bağlamda, bizim çalışmamızda da çukurlar derin ve düzensiz dağılmış olarak izlendi.

Tablo 2. Psoriatik tırnak tutulumu olan hastalarda ve kontrol grubunda sık izlenen dermoskopik bulgular

Dermoskopik özellikler	Psoriazis, (n=45), n (%)	Kontrol grubu, (n=45), n (%)	p
Tırnak matriksi ve tırnak yatağı			
Pitting	28 (62,2)	6 (13,3)	p<0,00001
Punktat lökonişi	25 (55,5)	13 (28,8)	p=0,010
Mor ve siyah hemorajiler	18 (40)	5 (11,1)	p=0,001
Distal onikoliz	18 (40)	7 (15,5)	p=0,009
Siyah filamentli yapılar	16 (35,5)	3 (6,6)	p=0,0007
Trakiyonişi	15 (33,3)	2 (4,4)	p=0,0004
Somon yamaları	12 (26,6)	1 (2,2)	p=0,001
Onikodermal bantta dilate damarlar	11 (24,4)	4 (8,8)	p=0,047
Lameller onikoşizi	10 (22,2)	3 (6,6)	p=0,035
Subungual hyperkeratoz	5 (11,1)	1 (2,2)	p=0,090
Lunular kırmızı noktalar	5 (11,1)	1 (2,2)	p=0,090
Transvers oluklar	4 (8,8)	1 (2,2)	p=0,167
Ufalanma	4 (8,8)	1 (2,2)	p=0,167
Total lökonişi	3 (6,6)	1 (2,2)	p=0,306
Proksimal ve lateral tırnak kıvrımları ile hiponişyum			
Kırmızı zeminde seyrek noktalı damarlar	21 (46,6)	2 (4,4)	p<0,00001
Kırmızı zeminde bariz olmayan damarlanma	16 (35,5)	6 (13,3)	p=0,014
Kütikülün hemen üstünde tek sıralı, tek tip damar halkaları	15 (33,3)	30 (66,6)	p=0,001
Artmış avasküler alanlar	2 (4,4)	1 (2,2)	p=0,557
Tortiyöz damarlar	1 (2,2)	1 (2,2)	p=1
Bitişik deri			
Periungual deskuamasyon	22 (48,8)	4 (8,8)	p=0,00002
Periungual deskuamasyon ve eritem	6 (13,3)	1 (2,2)	p=0,049
Belirgin tırnak yatağı epiteli ile kısa tırnak plakası	11 (24,4)	3 (6,6)	p=0,019

*İstatistiksel olarak anlamlılık p<0,05 olarak belirlenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bulunan bulgular siyah kalın çizgi ile işaretlenmiştir

Pittingler normal bireylerde görülebileceği gibi kronik egzemalı, alopesi areatalı ve liken planuslu hastalarda da gözlenebilir[23]. Bu açıdan, psoriatik pitting tanısında pittingin yanı sıra diğer psoriatik tırnak özelliklerinin de aranması daha doğru olacaktır. Bu çalışmada pitting en sık görülen dermoskopik özellik olmasına rağmen, kontrol hastalarında da yaygındı (%13,3), ancak bu istatistiksel olarak anlamlı değildi. Pitting olan kontrol bireylerinin çoğunda atopi belirtileri de vardı.

Pediatrik hastalarda yapılan bir diğer çalışmaya[1] benzer şekilde bizim çalışmamızda da en sık rastlanan ikinci bulgu punktat lökonişi idi. İlginç bir şekilde, lökonişi erişkin popülasyonda yapılan başka bir dermoskopik çalışmada az rastlanan dermoskopik bulgulardan biriydi (%6)[11]. Bu durum, yetişkin ve pediatrik psoriazis tırnak hastalığı arasındaki diğer farklardan biri olabilir.

Yorulmaz ve Artuz[11] tarafından tarif edilen kırmızı ve siyah filamentli yapılardan oluşan "psödofiber işareti" hastalarımızın %35,5'inde gözlendi. Bu fiber yapıları, bizim çalışmamızda, önceki çalışmada olduğu gibi[11] sadece kütikül boyunca veya hiponişyumda veya tırnak plağının ayrıldığı açık bölgelerdeki distal serbest kenarın altında değil, aynı zamanda sağlam tırnak plağı ve periungual alanlarda da görüldü.

Psoriatik tırnaktaki tırnak yatağı değişiklikleri

Çalışmamızda tırnak yatağında en sık rastlanan bulgu hemorajilerdi. Öte yandan, tırnağın tüm bölümleri göz önüne alındığında mor veya siyah hemorajiler (45 çocuğun %40'ı) (kıymıksı/nokta/globül şeklinde) çalışmamızda üçüncü en sık bulgu iken diğer bir yapılan çalışmada[13] ikinci, başka bir çalışmada[11] ise birinci en sık özlenen dermoskopik bulgudur. Ek olarak, sadece pediatrik hastaları içeren bir çalışmada en sık rastlanan altıncı bulgudur, fakat bu çalışmada dermoskopi altında görülen kıymık hemorajilerin resmi olmasına rağmen, tüm hastalara dermoskopinin uygulanıp uygulanmadığı yöntem kısmında açık değildir (1). Literatürde hemorajiler, kıymıksı form, füziform, nokta ve yılansı

Tablo 3. Çalışmada sık kullanılan dermoskopik terimlerin açıklaması[1,11-16]

Dermoskopik özellikler	Tanım (kaynaklar)
Tırnak matriksi ve tırnak yatağı	
Pitting	Tırnak plağı üzerinde noktasal çöküntüler[11,13,16]
Punktat lökonişi	Tırnaklarda punktat beyaz lekeler[1]
Mor veya siyah hemorajiler (kıymıksı ve/veya nokta)	Genellikle tırnakların distal kısımlarında kırmızımsı-kahverengi veya morumsu-siyah yapılar[11,13]
Distal onikoliz	Homojen beyazımsı alan veya çoklu, uzunlamasına çizgilerden oluşan bir alan[11,13,16]
Siyah filamentli yapılar	Kutikül boyunca veya hiponişyum üzerindeki distal serbest kenarın altında veya tırnak plağının ayrıldığı açık alanlarda bulunan kırmızı ve siyah filamentöz yapılar[11]
Trakiyonişi	Kaba, uzunlamasına çıkıntılı tırnak[11]
Somon yamaları	Tırnakta rengi kırmızıdan turuncuya değişen yamalar[11,13,16]
Onikodermal bantta dilate damarlar	Onikodermal bantta uzunlamasına düzenlenmiş kırmızı tırnak yatağı çizgileri[13]
Lamellar onikoşizi	Distal tırnak yatağının horizontal olarak çoklu tabakalara ayrılması[11]
Subungual hiperkeratoz	Tırnak yatağında ve hiponişyumda aşırı proliferasyona bağlı kalınlaşmış tırnaklar1[1]
Lunular kırmızı noktalar	Lunulada küçük kırmızı lekeler[11]
Enine oluklar	Tırnaklarda enine yarıklar[1,11]
"Crumbling"	Proksimal tırnak matriksinde uzun süren tırnak psoriazisi nedeniyle oluşan konfluent pitting[1,11]
Total lökonişi	Tamamen beyaz tırnak[1]
Proksimal ve lateral tırnak kıvrımları ve hiponişyum	
Seyrek noktalı damarlarla kırmızımsı arka plan	Dağınık punktat kırmızı noktalarla tırnak kıvrımlarında ve hiponişyumda kırmızı alan[12]
Aşikar damar yapıları olmadan kırmızımsı arka plan	Aşikar damarlar olmadan tırnak kıvrımlarında ve hiponişyumda kırmızı alan[12]
Hemen kütikülün üzerinde yerleşim gösteren tek sıra uniform kapiller halkalar	Distal dışbükey halka yapan iki kolla, saç tokasına benzeyen tek bir kapiller halka seti[12,15]
Artmış avasküler alanlar	Tırnak kıvrımlarında ve hiponişyumda aşikar damar yapıları olmadan soluk pembe alanlar[12]
Sarmal/kıvrımlı kapiller	Distal tırnak yatağında dilate ve tortiyöz damarlar[12,16]
Yakın deri	
Periungual deskuamasyon	Periungual skuamlı beyaz alanlar[1]
Periungual deskuamasyon ve eritem (psoriatik paronişi)	Kırmızı zeminde periungual skuamlı beyaz alanlar[14]
Belirgin tırnak yatağı epiteli ile kısa tırnak plakası	Belirgin tırnak yatağı epiteli ile kısa tırnak plakası ile tırnak ısırma belirtisi[15]

şeklinde rapor edilmiştir, buna ek olarak biz çalışmamızda hemorajilerin çoğunu nokta ve globül şekillerinde gördük[11,13].

Onikoliz, çalışmamızda tırnak yatağında en sık rastlanan ikinci bulgu idi. Önceki çalışmalara benzer şekilde, onikoliz alanını normal soluk pembe bir yatağın çevrelediği travmatik onikolizden farklı olarak psoriatik onikolizde, onikolizisi normal tırnaktan ayıran turuncu-sarımsı bantları fark ettik[11,17]. İlginç bir şekilde, çocukluk çağı psoriazis hastalığında, sarı sınırlı onikolizli tırnakların hepsine onikodermal bantta uzunlamasına yerleştirilmiş dilate, kırmızı tırnak yatağı damarları eşlik etmiştir. Bir başka çalışmada bu damarlar belirgin bir halo ile çevrili füziform dilatasyonlar olarak görülmüştür[13]. Kanımızca, onikolitik sınırdaki sarı renklenmeye ek olarak, onikodermal banttaki dilate damarların bir arada bulunması, pediatrik psoriatik onikolizi travmatik onikolizden ayırabilecek başka bir dermoskopik bulgudur.

Psoriatik tırnağın proksimal ve lateral tırnak kıvrımları ve hiponişyum değişiklikleri

Tırnak kıvrımları dermoskopisi sırasında, proksimal tırnak kıvrımı ve hiponişyumdaki dermisin normal kılcal damarlarını gözlemlemek için 40x ila 70x (en az 30x büyütme) büyütme kullanılır[15-18]. 10x büyütmedeki normal proksimal tırnak kıvrımı soluk pembe renkte görünür ve epiteli pürüzsüz bir yüzeye sahiptir[15]. Normal ve sağlıklı bir insanda, dermoskopi ile görüntülenen proksimal tırnak kıvrımının kılcal damarları düzgün bir morfolojiye sahiptir ve homojen olarak hizalanır. Deri yüzeyine paralel olarak tek sıralı dizilirler ve her kılcal damar, bir distal dış bükey döngü yapan iki kolla bir saç tokasına benzer[15]. Kütikülün hemen üstünde dizilen tek sıra, tek tip kılcal damar halkaları sadece sağlıklı kontrollerde izleyen çalışmanın aksine[12], bizim çalışmamızda aynı zamanda psoriazis hastalarında da (%33,3) izlenmiştir, ancak bu sıklık sağlıklı gönüllülerde istatistiksel olarak daha fazlaydı. Erişkinlerden farklı olan bu durum, pediatrik psoriazis hastalığının farklarından biri olabilir. Manuel dermatoskopun kullanımında bir dezavantaj olarak, kılcal damarların çaplarını veya uzunluklarını ve sayısını/mm^2'sini ölçme kabiliyetine sahip olmadığımız için, bu çalışmada "uzatılmış", "genişletilmiş" veya "kısaltılmış" damar terimlerini kullanmaktan kaçındık.

Psoriaziste hiponişyum dermoskopisinin, tek başına onikoliz hastalarında veya düzensiz dağılmış, dilate, kıvrımlı ve uzun kılcal damarlar ile tırnak yatağının hafif hiperkeratozunda psoriazis tanısını doğrulamak için en iyi tanı aracı olduğu bilinmektedir[16,17,27]. Ek olarak, bazı çalışmalarda, proksimal tırnak kıvrımı dermoskopisi ile görüntülenen kılcal damarların sayısının ve çapının, psoriazis olgularında önemli ölçüde azaldığı bildirilmiştir[28-30]. Bu bulgulara paralel olarak, bizim çalışmamızda, proksimal tırnak kıvrımında avasküler alanların arttığını ve hiponişyumda kırmızımsı arka planda seyrek noktalı damarlar olduğunu fark ettik. Psoriatik artrit ve romatoid artrit kohortlarında tırnak kıvrımındaki vasküler görünüm üzerine yapılan dermoskopik bir çalışmada, psoriatik artritli hastalarda, bizdeki bulgulara benzer şekilde, dağınık kırmızımsı arka planda seyrek noktalı damarlarla varlığı anlamlı bulunmuştur[12]. Öte yandan, aynı çalışmada romatoid artritli hastaların dirsek derisi dermoskopisinde avasküler görünüm (%41,7) mevcuttu; bizim çalışmamızda da 2 psoriazisli hasta ve 1 sağlıklı kontrol tırnak dermoskopisinde bu özellik vardı.

Psoriatik tırnaktaki komşu deri değişiklikleri

Bu çalışmada dikkat çeken başka bir bulgu da periungual deskuamasyon ve tırnağa bitişik deride eritemdir[1,14]. Bazı yazarlar bu lezyonları parmaktaki deri lezyonlarının deri uzantıları olarak değerlendirmiştir. Hastalarımızın çoğunda parmaklarda veya ayak parmaklarında psoriatik lezyon olmaması gerçeği bu varsayımla çelişmektedir o yüzden biz bu lezyonların parmak lezyonlarının bir uzantısı olması yerine tırnak lezyonlarına bağlı lezyonlar olarak değerlendirmekteyiz[31].

Psoriazis hastalarının %24,4'ünde, açığa çıkmış tırnak yatağı epiteli ile kısa bir tırnak plakası fark ettik. Tırnak yemenin dermoskopik özellikleri, kanama, tırnak plakası kısalması ve tırnak yatağı epitelinin açığa çıkması, periungual kıvrımlarda krustalar ile birlikte skuamlı çok kısa bir tırnak içerir[15]. Çalışmamızda izlenen bu bulguya, pediatrik popülasyon arasında sık izlenen tırnak ısırma alışkanlığına bağlı Koebner fenomeninin neden olabileceğini düşündük. Görüşümüze göre, psoriaziste izlenen periungual skuamlar, ufalanma ve distal onikoliz gibi tırnak bulguları, tırnak yeme için provokatif nedenler olabilir.

Bu çalışmada jüvenil psoriatik artritli 6 hastada tırnak bulguları bir miktar farklılık göstermekteydi. Bu hasta grubunda iki bulgu daha yaygındı; kırmızımsı arka planda seyrek noktalı damarlar ve subungual hiperkeratoz. Bu bulgular psoriatik artritli hastaların tırnak bulgularını araştıran başka bir çalışmanın sonuçlarına paraleldir[12].

Bildiğimiz kadarıyla, bu çalışma, pediatrik bir popülasyonda, psoriazisin dermoskopik tırnak özelliklerini inceleyen ilk çalışmadır. Öte yandan, diğer bir çalışma, sadece pediatrik hastaları içeren bir çalışma olmasına rağmen, tüm hastalara dermoskopinin uygulanıp uygulanmadığı yöntem kısmında açık değildir[1]. Bu araştırmanın birincil amacı, dermatologlara ve pediatristlere tırnak biyopsisi gibi invazif bir prosedüre gerek olmadan, tırnak psoriazis hastalığını teşhis etmede yardımcı bulgular bulmaktır.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Pediatri ve dermatoloji polikliniklerinde, lezyonları büyütmek için en uygun, ulaşılabilir ve pratik ekipman, x10 büyütmeli manuel bir dermatoskoptur. Bu nedenle, biz çalışmamızda, videokapillaroskopi veya x50-1000 büyütme ile videodermoskopi yerine x10 büyütmeli manuel bir dermatoskop tercih ettik[9-11,13-17,27-30,32,33]. Bununla birlikte, çalışmamızda göreceli olarak az sayıda katılımcı olması, klinik alt tipler ve hastalık aktivitesi ve psoriatik artrit olup olmamasına göre dermoskopik bulguların karşılaştırılmaması gibi kısıtlamalar vardı[10-12,17].

Sonuç

Bu çalışma, pediatrik hastalarda tırnak psoriazisi tanısı koyarken, tırnak biyopsisinden kaçınmayı sağlayacak, hastalığının teşhisine yardımcı olabilecek dermoskopik bulguların yararlılığını vurgulamaktadır. Gelecekteki çalışmalar, tırnak psoriazis hastalığının dermoskopik bulgularını daha iyi tanımlamak ve ön gözlemlerimizi doğrulamak için daha büyük örneklem ve kontrol grupları içermelidir.

Etik

Etik Kurul Onayı: Çalışmanın protokolü Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu tarafından onaylandı (onay numarası: B-10.1.TKH.4.34.H.GP.0.O1/106).

Hasta Onamı: Çalışmadan önce bilgilendirilmiş onam formları alındı.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: M.K.Ö., Konsept: M.K.Ö., İ.Z., B.S., Dizayn: M.K.Ö., Veri Toplama veya İşleme: M.K.Ö., İ.Z., B.S., Analiz veya Yorumlama: M.K.Ö., Literatür Arama: M.K.Ö., Yazan: M.K.Ö.

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Çalışmamız için herhangi bir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır

Kaynaklar

1. Uber M, Carvalho VO, Abagge KT, Robl Imoto R, Werner B, et al: Clinical features and nail clippings in 52 children with psoriasis. Pediatr Dermatol 2018;35:202-7.
2. Uber M, Abagge KT, Robl R, Carvalho VO, Marinoni LP, et al: Nail changes in psoriatic children. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2016;82:314-6.
3. Pourchot D, Bodemer C, Phan A, Bursztejn AC, Hadj-Rabia S, Boralevi F, et al: Nail psoriasis: A systematic evaluation in 313 children with psoriasis. Pediatr Dermatol 2017;34:58-63.
4. Mercy K, Kwasny M, Cordoro KM, Menter A, Tom WL, Korman N, et al: Clinical manifestations of pediatric psoriasis: results of a multicenter study in the United States. Pediatr Dermatol 2013;30:424-8.
5. Wu Y, Lin Y, Liu HJ, Huang CZ, Feng AP, Li JW, et al: Childhood psoriasis: A study of 137 cases from central China. World J Pediatr 2010;6:260-4.
6. Al-Mutairi N, Manchanda Y, Nour-Eldin O: Nail changes in childhood psoriasis: A study from Kuwait. Pediatr Dermatol 2007;24:7-10.
7. Tollefson MM, Crowson CS, McEvoy MT, Maradit Kremers H: Incidence of psoriasis in children: a population-based study. J Am Acad Dermatol 2010;62:979-87.
8. Kumar B, Jain R, Sandhu K, Kaur I, Handa S: Epidemiology of childhood psoriasis: A study of 419 patients from northern India. Int J Dermatol 2004;43:654-8.
9. Haliasos EC, Kerner M, Jaimes-Lopez N, Rudnicka L, Zalaudek I, Malvehy J, et al: Dermoscopy for the pediatric dermatologist part I: Dermoscopy of pediatric infectious and inflammatory skin lesions and hair disorders. Pediatr Dermatol 2013;30:163-71.
10. Hashimoto Y, Uyama M, Takada Y, Yoshida K, Ishiko A: Dermoscopic features of nail psoriasis treated with biologics. J Dermatol 2017;44:538-41.
11. Yorulmaz A, Artuz F: A study of dermoscopic features of nail psoriasis. Postepy Dermatol Alergol 2017;34:28-35.
12. Errichetti E, Zabotti A, Stinco G, Quartuccio L, Sacco S, De Marchi G, et al: Dermoscopy of nail fold and elbow in the differential diagnosis of early psoriatic arthritis sine psoriasis and early rheumatoid arthritis. J Dermatol 2016;43:1217-20.
13. Yadav TA, Khopkar US: Dermoscopy to detect signs of subclinical nail involvement in chronic plaque psoriasis: A study of 68 patients. Indian J Dermatol 2015;60:272-5.
14. Nakamura RC, Costa MC: Dermoscopic findings in the most frequent onychopathies: Descriptive analysis of 500 cases. Int J Dermatol 2012;51:483-5.
15. Piraccini BM, Bruni F, Starace M: Dermoscopy of non-skin cancer nail disorders. Dermatol Ther 2012;25:594-602.
16. De Farias DC, Tosti A, Chiacchio ND, Hirata SH: Dermoscopy in nail psoriasis. An Bras Dermatol 2010;85:101-3.
17. Iorizzo M, Dahdah M, Vincenzi C, Tosti A: Videodermoscopy of the hyponychium in nail bed psoriasis. J Am Acad Dermatol 2008;58:714-5.
18. Hasegawa M: Dermoscopy findings of nail fold capillaries in connective tissue disease. J Dermatol 2011;38:66-70.
19. Tan ES, Chong WS, Tey HL: Nail psoriasis: A review. Am J Clin Dermatol 2012;13:375-88.
20. de Jong EM, Seegers BA, Gulinck MK, Boezeman JB, van de Kerkhof PC: Psoriasis of the nails associated with disability in a large number of patients: Results of a recent interview with 1,728 patients. Dermatology 1996;193:300-3.
21. Rich P, Griffiths CEM, Reich K, Nestle FO, Scher RK, Li S, et al: Baseline nail disease in patients with moderate to severe psoriasis and response to treatment with infliximab during 1 year. J Am Acad Dermatol. 2008;58:224-31.
22. Kaur I, Saraswat A, Kumar B: Nail changes in psoriasis: a study of 167 patients. Int J Dermatol 2001;40:601-3.
23. Choi JW, Kim BR, Seo E, Youn SW: Identification of nail features associated with psoriasis severity. J Dermatol 2017;44:147-53.
24. Brazzelli V, Carugno A, Alborghetti A, Grasso V, Cananzi R, Fornara L, et al: Prevalence, severity and clinical features of psoriasis in fingernails and toenails in adult patients: Italian experience. J Eur Acad Dermatol Venereol 2012;26:1354-9.
25. Salomon J, Szepietowski JC, Proniewicz A: Psoriatic nails: a prospective clinical study. J Cutan Med Surg 2003;7:317-21.
26. Zaias N: The Nail in Health and Disease, 2nd edn. Norwalk: Appleton & Lange, 1990.
27. Tosti A, Pirraccini BM, Farias DC: Nail dermoscopy. In: Micali G. Videodermoscopy in Clinical Practice. London: Informa Healthcare; 2009.
28. Ohtsuka T, Yamakage A, Miyachi Y: Statistical definition of nailfold capillary pattern in patients with psoriasis. Int J Dermatol 1994;33:779-82.
29. Zaric D, Clemmensen OJ, Worm AM, Stahl D: Capillary microscopy of the nail fold in patients with psoriasis and psoriatic arthritis. Dermatologica 1982;164:10-4.
30. Bhushan M, Moore T, Herrick AL, Griffiths CE: Nailfold video capillaroscopy in psoriasis. Br J Dermatol 2000;142:1171-6.
31. Rich P, Scher RK: Nail psoriasis severity index: A useful tool for evaluation of nail psoriasis. J Am Acad Dermatol 2003;49:206-12.
32. Ribeiro CF, Siqueira EB, Holler AP, Fabrício L, Skare TL: Periungual capillaroscopy in psoriasis. An Bras Dermatol 2012;87:550-3.
33. Hern S, Mortimer PS: *In vivo* quantification of microvessels in clinically uninvolved psoriatic skin and in normal skin. Br J Dermatol 2007;156:1224-9.