



**T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI**

KRONİK PRURİTUS HASTALARINDA PSİKIYATRİK PROFİL

**Dr. Oğuz AKMAN
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Yard. Doç. Dr. Fatma Özlem ORHAN**

KAHRAMANMARAŞ-2012



**T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI**

KRONİK PRURİTUS HASTALARINDA PSİKIYATRİK PROFİL

**Dr. Oğuz AKMAN
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Yard. Doç. Dr. Fatma Özlem ORHAN**

KAHRAMANMARAŞ-2012

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca mesleki bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, eğitimime katkıda bulunan Rektörümüz Sayın Prof. Dr. M. Fatih KARAASLAN'a; uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini bizlere aktaran, hiçbir zaman ilgi ve desteğini esirgemeyen, araştırmaya teşvik eden, tezimin her aşamasında birlikte çalışma olanağı bulduğum danışmanım Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Yard. Doç. Dr. F. Özlem ORHAN'a; tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesinde desteklerini esirgemeyen Sayın Yard. Doç. Dr. Perihan ÖZTÜRK'e; istatistik çalışmalarında yardımcı olan Sayın Yard. Doç. Dr. Ali ÖZER'e; rotasyonlarım boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Sayın Prof. Dr. Mustafa GÖKÇE, Sayın Doç. Dr. Deniz TUNCEL, Sayın Yard. Doç. Dr. Cem GÖKÇEN, Sayın Yard. Doç. Dr. Hatice ALTUN, Sayın Yard. Doç. Dr. Mehmet OKUMUŞ ve Sayın Yard. Doç. Dr. Selim BOZKURT' a; beraber çalıştığım hekim arkadaşlarım ve hastane personeline; tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen, özveride bulunan sevgili eşim Yasemin'e; sevgi ve desteklerini her zaman yanımda hissettiğim aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Mayıs-2012

Dr. Oğuz AKMAN

KRONİK PRURİTUS HASTALARINDA PSİKİYATRİK PROFİL

(Tıpta Uzmanlık Tezi)

Dr. Oğuz AKMAN

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

Mayıs-2012

ÖZET

Kaşıntı ya da pruritus, kaşıma isteğine neden olan rahatsızlık verici duyu olup, deri hastalıkları içinde en sık görülen semptomdur. Kronik pruritus, birçok deri ve sistemik hastalıklarda görülebildiği gibi psikiyatrik bozukluklarda da görülebilmektedir. Bu çalışmadaki amaç; birincil deri hastalıkları ve kaşıntıya sebep olabilecek sistemik hastalıklar hariç tutulan kronik prurituslu hastaların sosyodemografik verilerini incelemek; kaşıntının özelliklerini, varsa psikiyatrik bozukluklarını ve depresif belirtilerini ve bunlar arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. Çalışmamıza 126 kronik prurituslu hasta alındı. Hastaların sosyodemografik verilerini ve hastalığıyla ilgili özelliklerini içeren form dolduruldu. DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-Text Revision) tanı ve değerlendirme sistemine göre psikiyatr tarafından SCID-I/CV (Structured Clinical Interview for DSM-IV, Clinical Version) uygulanarak psikiyatrik tanıları araştırıldı. Beck Depresyon Envanteri (BDE) uygulandı. Kronik prurituslu hastaların %70.6'sında 1-3 arası değişen sayılarda psikiyatrik bozukluklar saptandı. En sık görülen psikiyatrik bozukluklar ise %34.1 ile depresif bozukluklar olarak tespit edilmiştir. Kronik prurituslu hastalarda, psikiyatrik tanı alan gruba almayan grubun her ikisinde de kadınların oranı fazlaydı. Psikiyatrik tanı alan grupta jeneralize kaşıntı ve BDE puanları, psikiyatrik tanı almayan gruba göre anlamlı derecede yüksek saptandı ($p<0.05$). Tüm kronik prurituslu hastaların %62'sinde hafiften şiddetliye değişen oranlarda depresif belirtiler saptandı. Psikiyatrik bozukluk saptanan hastaların %57.3'ünde deride herhangi bir lezyon saptanmazken, %42.7'sinde ekskoriyasyon, liken simpleks kronikus ve prurigo nodularis şeklinde kaşımaya sekonder deri lezyonları saptandı. Birincil deri ve sistemik hastalığı saptanamayan kronik prurituslu hastalarda yüksek oranda psikiyatrik bozuklukların görülmesi ve özellikle depresif belirtilerin eşlik etmesi, bu hastalarda psikiyatrik değerlendirmenin önemine işaret etmektedir.

Anahtar Sözcükler: Depresif belirtiler, kronik pruritus, psikiyatrik bozukluk

Sayfa Adedi: 58

Danışman: Yard. Doç. Dr. F. Özlem ORHAN

THE PSYCHIATRIC PROFILE OF CHRONIC PRURITUS PATIENTS

(Specialization Thesis)

MD. Oğuz AKMAN

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM UNIVERSITY

FACULTY OF MEDICINE

May-2012

ABSTRACT

Itching or pruritus is an uncomfortable sensation leading to the urge to scratch, and it is the most common symptom in skin diseases. Chronic pruritus may be seen in many skin and systemic diseases as well as in psychiatric disorders. The aim of the present study was to assess the sociodemographic characteristics of patients with chronic pruritus due to reasons other than primary skin diseases or systemic diseases that may cause itching, and to investigate itching features, psychiatric disorders and depressive symptoms, if any, as well as the relationship between these variables in these patients. 126 patients with chronic pruritus were included in the study. Sociodemographic data and disease-related features were recorded on a form. Psychiatric diagnoses were established based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-Text Revision (DSM-IV-TR) criteria by using the Structured Clinical Interview for DSM-IV, Clinical Version (SCID-I/CV) by a psychiatrist. The Beck Depression Inventory (BDI) was applied. Of chronic pruritus patients, 70.6% had psychiatric disorders ranging 1-3. The most common psychiatric disorders were depressive disorders with a rate of 34.1%. The rate of female patients was higher both among chronic pruritus patients with and without a psychiatric diagnosis. The generalized itching and BDI scores were significantly higher in patients with a psychiatric diagnosis as compared to those without ($p<0.05$). Among all chronic pruritus patients, 62% had depressive symptoms, ranging mild to severe. Among patients with a psychiatric disorder, 57.3% had no skin lesion, while 42.7% had skin lesions secondary to itching such as excoriation, lichen simplex chronicus and prurigo nodularis. The high rate of psychiatric disorders and particularly the presence of concomitant depressive symptoms in patients with chronic pruritus without a primary skin or systemic disease indicate the importance of psychiatric evaluation in such patients.

Key Words: Chronic pruritus, depressive symptoms, psychiatric disorder

Page Number: 58

Advisor: Assist. Prof. MD. F. Özlem ORHAN

İÇİNDEKİLER

	<u>SayfaNo</u>
ÖNSÖZ.....	I
ÖZET.....	II
İNGİLİZCE ÖZET.....	III
İÇİNDEKİLER.....	IV
KISALTMALAR.....	VI
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Psikodermatoloji.....	3
2.2. Pruritus.....	6
2.2.1. Tanım ve sınıflama.....	6
2.2.2. Tarihçe.....	8
2.2.3. Epidemiyoloji.....	8
2.2.4. Etiyopatogenez.....	8
2.2.5. Kaşıntı mediyatörleri.....	9
2.2.6. Birincil deri hastalıklarında pruritus.....	10
2.2.7. Gebelikte pruritus.....	11
2.2.8. Sistemik hastalıklarda pruritus.....	12
2.2.9. Nörolojik pruritus.....	13
2.2.10. İlaç kullanımına bağlı pruritus.....	13
2.2.11. Senil pruritus.....	14
2.2.12. Akuajenik pruritus.....	14
2.2.13. Kronik kaşımaya sekonder deri lezyonlarıyla ilişkili hastalıklar...14	
2.2.14. Pruritusta psikiyatrik faktörler.....	16
2.2.15. Kaşıntıyı artıran nedenler.....	20
2.2.16. Kaşıntılı hastanın değerlendirilmesi.....	21
2.2.17. Pruritusta tedavi.....	22

2.3. Psikiyatrik Sınıflandırma ve DSM-IV-TR.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Yöntem.....	26
3.2. Gereçler.....	27
3.2.1. Sosyodemografik bilgi formu.....	27
3.2.2. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme..	27
3.2.3. Beck depresyon envanteri.....	28
3.3. İstatistiksel Değerlendirme.....	28
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA.....	37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	42
7. KAYNAKLAR	43
8. ŞEKİLLER DİZİNİ.....	54
9. TABLOLAR DİZİNİ.....	55
10. EKLER DİZİNİ.....	56
11. EK.....	57

KISALTMALAR

BDE	: Beck Depresyon Envanteri
BTA	: Başka türlü adlandırılmayan
CRH	: Corticotropin Releasing Hormone
DSM-IV-TR	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- IV-Text Revision
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
ICD	: International Classification of Disease
PAR	: Protease activated receptor
PUVA	: Psoralen+ultraviolet A
SCID-IV	: Structered Clinical Interview for DSM-IV, Clinical Version
SPSS	: Stastical Package for Social Sciences
UVB	: Ultraviolet B

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Psikodermatoloji veya psikokutan tıp; ruh ve deri arasındaki ilişkiyi inceleyen (1), psikiyatri ile dermatolojinin ortak çalışma alanıdır. Deri belirtilerinin ortaya çıkmasında ruhsal nedenler etkili olabileceği gibi, çeşitli dermatolojik hastalıkların da psikiyatrik bozukluklara yol açabileceği bir gerçektir (2).

Deri ve sinir sistemi, embriyonik ektodermden köken alır (3). Freud'un gözlemlerine göre; erken gelişim döneminde ego vücuttan, özellikle de deriden kaynaklanmaktadır (4). Beyin ve deri; nöroendokrin ve immün sistemler aracılığıyla birbirleriyle etkileşim içerisinde olup, çeşitli dermatolojik hastalık ve psikiyatrik bozukluklarda bu etkileşimin dengesi değişim göstermekte veya bozulmaktadır (5).

Psikiyatri ve dermatolojide görülen hastalıklar birlikte, değişik şekillerde, sıklıkla karşımıza çıkmaktadır; birincil ya da ikincil olarak bu iki grup hastalık birbirine eşlik edebilmektedir (6). Dermatoloji hastalarındaki ruhsal bozuklukların sıklığını araştıran çeşitli çalışmalar mevcut olup; ayaktan tedavi gören dermatoloji hastalarındaki ruhsal bozukluk oranı %25.2-33.4 arasında bulunmuşken (7-10), yatarak tedavi gören hastalarda bu oran %9-60 arasında değişmektedir (8,11-13).

Hastalıkların ortaya çıkmasında "stres-yatkınlık modeli" son dönemde kabul görmektedir. Hastalığa yatkınlık varsa duygulanımsal faktörler de fiziksel hastalığın ortaya çıkmasında etkili olur. Çoğu dermatolojik hastalık için farklı uyaranlara karşı ortaya çıkan kaşıntıdan ve inflamatuvar cevaptan söz edilmektedir. Psikoimmünolojik çalışmalar da göz önünde bulundurulduğunda bütün bedensel hastalıkların az ya da çok psikolojik etmenlerden etkilenebileceği kabul edilebilir (14-16).

Genel anlamda kaşıntı olarak bilinen pruritus, yalnız deriye has, kaşınma isteği yaratan bir duygudur (17). Son yıllarda, Norveç'te yapılan posta anket çalışmasında 18770 katılımcının %27'sinde kaşıntı tespit edilmiştir (18). Kaşıma, vücudun kaşıntıyı baskılamak için uyaranlara verdiği tepkisel bir yanıt olup, zamanla normal derinin bariyer etkisini de bozarak kaşıntı-kaşıma döngüsüne sebep olur (19). Kaşıntı ile kan dolaşımının hızlanması ve dokunun enfeksiyona karşı hazır hale gelmesi de kaşıntının bir savunma mekanizması olduğu gerçeğini göstermektedir (20).

Kaşıntının mekanizması kompleks olup tam olarak anlaşılamamıştır. Hem periferik hem de santral mekanizmalar vardır. Kaşıntının oluşumunda; histamin, serotonin, bradikinin, nöropeptid substans P, endotelin ve proteazlar gibi birçok mediyatör ve özellikle de santral kaşıntıda opiyad peptidleri rol oynamaktadır (21). Kaşıntının patogeneğinde beynin de rolünün ortaya konulması her çeşit kaşıntıda psikojenik faktörlerin de rol oynadığını göstermiş ve sadece psikojenik kaşıntının da olduğu kanıtlanmıştır (22).

Ağrıya benzer bir şekilde akut kaşıntı da koruyucu amaçlıdır, ancak kronik kaşıntı rahatsız edici bir durumdur. Kronik pruritus; haftalar, aylar veya yıllar boyu süren, tedaviler kesildiğinde yineleyen kaşıntıları tanımlamada kullanılır (19). Kronik prurituslarda sebep sıklıkla ortaya çıkarılamaz (23). Kronik pruritus; dermatolojik hastalıklar, sistemik sebepler, sinir sistemindeki patolojilerden kaynaklanabildiği gibi psikiyatrik bozukluklara bağlı da olabilir (24).

Bu çalışmadaki amacımız; Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dermatoloji polikliniğine kaşıntı şikayetiyle ayaktan başvuran, birincil deri hastalıkları ve kaşıntıya sebep olabilecek sistemik hastalıklar hariç tutulan ve çalışmayı kabul eden kronik prurituslu erişkin hastaların sosyodemografik verilerini incelemek; kaşıntının özelliklerini, varsa psikiyatrik tanımlarını ve depresyon skorlarını ve bunlar arasındaki ilişkiyi araştırarak konuyla ilgili yapılan kısıtlı sayıdaki çalışmalara katkı sağlayabilmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Psikodermatoloji

Ruh ve deri arasındaki ilişkinin keşfi, kaygı ile terleme arasındaki bağlantıyı tanımlayan Hipokrat'a (MÖ 460-370) kadar uzanabilmektedir (25). Tarihsel açıdan bakıldığında psikososyal değişkenler, emosyonel durum ve çatışmalarla deri hastalıkları arasındaki ilişki dikkat çekmiştir; sevgi gereksinimi ile atopik dermatit, anksiyete ve sosyal fobi ile hiperhidroz, kızgınlık ile ürtiker arasında bir ilişki olabileceği kabul gören bir görüş olmuştur (26). Shafii ve Shafii, deri hastalıklarının ortaya çıkışında psikolojik etmenlerin rolünün tartışıldığı ilk olguyu 1155 yılında yayınlanmış bir kitaptan alıntı yaparak 1979 yılında sunmuşlardır (27). Georg Groddeck'in 1961'deki yayınlanmış olan eseri, psikosomatik dermatolojinin doğuşu olarak kabul edilebilir (28,29).

Psikodermatolojik hastalıklar; düşünce, algı ve davranış bozukluklarının deriyi hedef aldığı psikiyatrik bozukluklar ile stres ve psikiyatrik belirtilerden etkilenen çeşitli dermatolojik hastalıkları içermektedir. Sinir, endokrin ve bağışıklık sistemleri arasındaki etkileşimle ilgili elde edilen kanıtlar psikodermatolojik hastalıkların anlaşılmasını kolaylaştırmış olmakla beraber, sıklıkla işlev kaybına yol açan bu bozukluklar ve tedavileri konusunda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (30).

Psikodermatolojik hastalıklar alanında birçok farklı sınıflandırma yapılmıştır. Bu sınıflandırmaların birbirlerine karşı üstünlükleri olup, bu alanda son dönemde yapılan araştırmaların sayısı artmıştır.

Koblenzer tarafından sınıflandırılan psikodermatolojik hastalıklar, önde gelen patolojiyi gözetleyerek yapılmıştır (31). Birinci grup; kökeninde ruhsal bozuklukların bulunduğu dermatozlardır. Bunlar primer psikiyatrik bozukluklar sonucu ortaya çıkan durumlardır. Bu olgular ilk olarak dermatoloji kliniğine başvurmuş psikiyatri hastalarıdır. Artefakt dermatiti, nörotik ekskoriyasyonlar, sanrısız parazitoz, trikotillomani, vücut dismorfik bozukluğu bu grupta yer alır. İkinci grup; deri hastalıklarına ikincil gelişen ruhsal bozukluklardır. Temelde deri hastalığının şiddeti ve gidişine göre hastada depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve uyum bozuklukları gibi tablolar ortaya çıkabilir. Dermatoloji hastalarında psikiyatrik bozukluklar dışında yoğun çaresizlik hissi, kendilik

saygısında azalma, utangaçlık, olumsuz beden algısı gibi psikolojik sorunlar görülmektedir. Üçüncü grup ise; primer olarak dermatopatolojik zeminde gelişen, ancak hastalığın oluşumunda birçok etmenin rol aldığı gruptur. Bu gruptaki hastalıklarda ruhsal etkenlerle hastalık arasındaki etkileşimi tanımlamak güçtür. Ancak bu gruptaki deri hastalıklarının görünür olmasından dolayı etiketleyici özellikte olması, süregen ve tekrarlayıcı olması hastaların yaşamlarında zorluklara sebep olmaktadır. Ayrıca hastalığın seyri emosyonel faktörlerin etkisiyle değişiklikler gösterebilmektedir. Psoriasis, ürtiker, liken planus, akne, hiperhidroz, alopesi areata gibi hastalıklar bu grupta yer almaktadır (25).

Koo ve Lee, psikodermatolojik hastalıkları üç ana gruba ayırmıştır: 1) Psikofizyolojik hastalıklar, 2) Dermatolojik semptomlarla birlikte olan psikiyatrik bozukluklar, 3) Psikiyatrik semptomlarla birlikte olan dermatolojik hastalıklar (32).

Psikiyatrik bozuklukların sınıflandırılmasında uluslararası kabul gören iki sınıflama sistemi vardır. Biri Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD (International Classification of Disease)-10 sınıflaması (33), diğeri de Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-Text Revision) sınıflamasıdır (34). Psikodermatolojik hastalıkların DSM-IV-TR sınıflamasında (Tablo 1); tıbbi durumu etkileyen psikolojik etmenler alt grubunda, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar veya stresin etkilediği dermatolojik hastalıklar bulunup, tablo dışında birçok dermatolojik hastalık daha bulunmaktadır. Sanrılı bozukluk, somatik tip; parazitozis sanrılı olan dermatoloji hastaları için en uygun tanı grubunu oluşturmaktadır. Parazitozis sanrılarının ayırıcı tanısında; şizofreni, major depresif bozukluk, bipolar I bozukluk, genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk ve madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk yer alır. Görünümündeki bir kusurla uğraşmanın (vücut dismorfik bozukluğu); sanrılı bozukluk, somatik tip başlığı altında sınıflandırılan bir varyantı da mevcuttur. Sanrılı olan hastalar, sanrılı olmayan, bulaşma ile ilgili obsesif kaygıları olan hastalardan (obsesif kompulsif bozukluk) ayırt edilmelidir. Çoğu yazar, DSM-IV-TR sınıflamasının bir parçası olmadığı halde, tüm dürtü kontrol bozukluklarının obsesif kompulsif spektrum bozuklukları adı altında geniş bir kategori içinde toplanmasını önermektedir. Somatoform bozukluklar, bilinen bir dermatolojik hastalıkla tam olarak açıklanamayan

dermatolojik sorunları içermektedir. Psikojenik purpura ve yapay dermatit de yapay bozukluklar alt grubunda yer almaktadır (30).

Tablo 1: DSM-IV-TR psikokutan hastalıklar sınıflandırılması.

1. Tıbbi Durumu Etkileyen Psikolojik Etmenler Atopik dermatit Psoriasis Alopesi Areata Ürtiker ve anjiyoödem Akne vulgaris Rozase Telogen defluvium Primer hiperhidroz Seboreik dermatit Prurigo nodularis
2. Farklaşmamış Somatoform Bozukluk Kronik idyopatik pruritus İdyopatik pruritus ani, vulva ve skroti
3. Ağrı Bozukluğu İdyopatik glossodini Dizestetik (esansiyel) vulvodini
4. Diğer Somatoform Bozukluklar Vücut dismorfik bozukluğu
5. Sanrılı Bozukluk, somatik tip Parazitosis sanrıları Görünümdeki kusur ile ilgili sanrılar Kötü vücut kokusu sanrıları
6. Dürtü Kontrol Bozukluğu (Obsesif kompulsif spektrum bozuklukları) Trikolitmani Psikojenik ekskoriyasyon Onikofaji
7. Yapay Bozukluk Yapay dermatit Psikojenik purpura

2.2. Pruritus

2.2.1. Tanım ve sınıflama

Deri hastalıklarının en sık görülen semptomu olan kaşıntı ya da pruritus, kaşıma isteğine neden olan rahatsızlık verici duyu olarak tanımlanabilmektedir (19). Pruritus, akut veya kronik olarak ayrılabilir; kronik pruritus, 6 hafta veya daha fazla süren kaşıntılar için kullanılmaktadır. Birçok hastalıkla ilişkili olan kronik pruritus, ızdırap verici ve sıklıkla tedaviye dirençlidir (35). Pruritus, dağılımına göre de; lokalize veya jeneralize olarak adlandırılabilir (36). Kaşıntı tamamen normal bir deride görülmekle beraber, kaşıntıya sekonder ekskoriyasyon, likenifikasyon veya prurigo gibi deri değişiklikleri görülebilir (37).

Kaşıntıyı sınıflamada uluslararası kabul gören bir sınıflama bulunmamaktadır. Son yıllarda bu konuda ilerlemeler kaydedilmiş olup, bazı sınıflamalar bulunmaktadır.

Twycross ve arkadaşları kaşıntıyı pruritoseptif, nöropatik, nörojenik ve psikojenik olarak sınıflamaktadırlar (38). Bu sınıflamada kaşıntıya neden olan mediyatörler temel alınmış olup, tedavide kullanılacak ajanların belirlenmesinde faydalıdır (39-41).

1) Pruritoseptif Kaşıntı: Kuruluk, inflamasyon, deri hasarı oluşturan durumlarda deriden kaynaklanan kaşıntı türü olup, serbest sinir sonlanmalarındaki C liflerinin bir veya daha fazla pruritogen tarafından uyarılmasıyla oluşmaktadır. Bu grupta; ürtiker, ekzema, uyuz, böcek ısırığı, kserozis örnek olarak verilebilir

2) Nöropatik Kaşıntı: Sinir sisteminde, afferent yolağındaki lezyonlardan kaynaklanan kaşıntı türüdür. Bu grupta; serebrovasküler olaylar, multipl skleroz, postherpetik nevralji, brakioradyal pruritus örnek olarak verilebilir.

3) Nörojenik Kaşıntı: Santral kaynaklı, nöral patolojinin eşlik etmediği kaşıntı türüdür. Kolestazda, opioidler santral sinir sisteminde opioid reseptörleri üzerinden kaşıntıyı uyarırlar.

4) Psikojenik Kaşıntı: Psikiyatrik bozukluklardan kaynaklanan kaşıntı türüdür. Bu grupta; obsesif kompulsif bozukluk ve parazitofobiler örnek olarak verilebilir.

Bu sınıflamanın yararları bulunmakla beraber bazı limitasyonları mevcuttur. Bunlar; retrospektif çalışma ürünü olması, bazı hastalıkların birden

çok kategori içine girmesi, kökeni belli olmayan kaşıntının sınıflandırılmamış olmasıdır (35).

Uluslararası Kaşıntı Çalışma Forumu'nda; kronik pruritusta deri durumuna göre klinik sınıflandırma üç gruba ayrılmıştır (35):

1. Grup (Primer hastalıklı, inflame deride pruritus): İnflamatuvar, infeksiyöz, otoimmün kutanöz hastalıklar gibi birçok deri hastalığında görülen kaşıntı bu grupta yer alır.

2. Grup (Primer hastaliksız, inflame olmayan normal derideki pruritus): Sistemik, nörolojik veya psikojenik kökenli olan ve ayrıca deri lezyonu veya sekonder kaşıma lezyonu olmayan hastalardaki kaşıntı bu grupta yer alır.

3. Grup (Kronik sekonder kaşıma lezyonlu pruritus): Dermatolojik, sistemik, nörolojik veya psikojenik kökenli olabilir. Kronik kaşımaya bağlı deride ekzoriyasyonlar, kabuklanmalar, likenifikasyonlar, papüller, nodüller gelişebilir. Bu lezyonlar iyileşebilir veya hiper/hipopigmentasyon ve atrofik skarlara yol açabilir. Bu grupta; liken simpleks kronikus, prurigo nodularis, liken vidal, liken amiloidozis, makuler amiloidozis yer alır. Bu gruptaki hastalarda genelde yıllarca süren kaşıntı vardır.

Bu üç ana grup ise klinik ve laboratuvar değerlendirmeye, etiyolojik sınıflamaya göre altı kategoriye ayrılmıştır (35):

1) Dermatolojik Hastalıklar: İnflamatuvar dermatozlar (örneğin; atopik dermatit, psoriasis, kontakt dermatit, kserozis), infeksiyöz dermatozlar (örneğin; uyuz, mikotik, bakteriyel ve viral infeksiyonlar), otoimmün dermatozlar (örneğin; büllöz pemfigoid), genodermatozlar (örneğin; Darier hastalığı, Hailey-Hailey hastalığı, Sjögren-Larsson Sendromu), gebelik dermatozları, maligniteler (örneğin; Kutanöz T hücreli lenfoma, Kutanöz B hücreli lenfoma)

2) Sistemik Hastalıklar: Endokrin ve metabolik hastalıklar (örneğin; kronik böbrek yetmezliği, karaciğer hastalıkları, hipertiroidizm), infeksiyöz hastalıklar (örneğin; HIV (Human Immunodeficiency Virus) infeksiyonu, parazitoz), hematolojik ve lenfoproliferatif hastalıklar (örneğin; demir eksikliği, polisitemia vera, Hodgkin hastalığı, Non-Hodgkin Lenfoma), maligniteler (örneğin; prostat, kolon kanseri, karsinoid sendrom), gebelik, ilaçlar

3) Nörolojik Hastalıklar: Nörojenik kökenli olanlar, nöropatik hastalıklar (örneğin; multipl skleroz, serebral veya spinal infarktlar, brakioradyal pruritus)

- 4) Psikiyatrik Bozukluklar: Depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları (örneğin; obsesif kompulsif bozukluk), şizofreni
- 5) Miks: Birden fazla altta yatan hastalığın olması
- 6) Diğerleri: Altta yatan hastalığın belirlenemediği kaşıntılar

2.2.2. Tarihçe

Hipokrat tarafından senil pruritus, pruritus vulva ve prurigo tanımlanmıştır. Alman doktor Samuel Hafenerffer 1660 yılında; kaşıntıyı, kaşımaya gerektiren hoş olmayan bir duygu olarak tanımlamıştır (42).

2.2.3. Epidemiyoloji

Birçok nedenden dolayı pruritusun insidansı ve prevalansı bilinmemektedir. Bunlar; özellikle dermatoloji dışında kaşıntının bir semptom olarak kaydedilmemesi, epidemiyolojik verilerin olmayışı ve hastaların hafif kaşıntılı durumlarda doktora başvurmamasıdır (42).

2.2.4. Etiyopatogenez

Deride tanımlanan spesifik kaşıntı reseptörü yoktur (43). Kaşıntı duyusu serbest sinir uçlarından alınmaktadır. Miyelinsiz C-sinir lifleriyle spinal kordun dorsal köküne iletilen kaşıntı duyusu, oradan da kontralateral spinotalamik yolla talamus ve serebral kortekse iletilir (38). Beyinde kaşıntının tek merkezinin olmadığını, histamin ile uyarımdan sonra beyinde farklı pek çok merkezin uyarılması açıklayabilmektedir (44).

Fonksiyonel pozitron emisyon tomografi ve fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme araştırmalarında, kaşıntının supraspinal işlenmesiyle ilgili olarak önemli veriler elde edilmiştir. Araştırmalarda gönüllü insanlara histamin verilmesinin; serebellumu, anterior singulat ve insular korteksi, premotor ve suplementer motor alanları, primer somatosensor korteksi ve talamusu koaktif ettiği gözlenmiştir (45).

Sıcak ortamlarda kaşıntının artması, kaşıntıyla ilişkili spesifik C nöronlarının ısıya duyarlı olmasıyla açıklanmaktadır. Vücut ısısının gece

ortalama 1 derece fazla olması ve bazı kaşıntıyla ilişkili mediyatörlerin sirkadiyen ritimleri nedeniyle gece kaşıntının artması açıklanabilir (39,40).

2.2.5. Kaşıntı mediyatörleri

Kaşıntıyla ilgili birçok mediyatör tanımlanmasına rağmen, henüz tanımlanmayı bekleyen daha birçok mediyatörün olabileceği düşünülmektedir.

2.2.5.1. Histamin

En iyi bilinen mediyatör olan histamin, ürtiker ve mastositozlarda major rol oynar. Büyük kısmı dermal mast hücrelerinden, daha az oranda dolaşımdaki bazofiller, derideki kan damarları ve ektrin bezlerden salınır. Dört tip histamin reseptörü bulunur. Bunlar; H1, H2, H3, H4 reseptörleridir. H1 ve H2 reseptörü deride bulunup, H1 reseptörleri histamin ile uyarılan kaşıntıda rol oynar. H3 reseptörlerinin deri ve santral sinir sisteminde histamin sentez ve salınımında düzenleyici rolünün olduğu düşünülüp, intrasellüler yerleşimli H4 reseptörleri histaminin hücre proliferasyonunu düzenleyici etkilerine aracılık ederler (39,46-48).

2.2.5.2. Serotonin

Periferik serotoninergik reseptörler üzerinden etki eden serotonin, dermal mast hücrelerinin mediyatör salınımını uyarır. Opiyad sistem ilişkisi aracılığıyla da santral mekanizmalar üzerinden kaşıntıyı uyarabilir (19).

2.2.5.3. Triptaz

İnsan dermal mast hücrelerinden salınan triptaz, mast hücre ve C nöron terminalleri arasında etkileşime aracılık etmektedir. C lifi terminallerinde PAR (protease activated receptor = proteinazla aktive edilen reseptör) 2 reseptörlerini uyarır. Aktif C lifleri de bu uyarıyı santral sinir sistemine ileterek kaşıntıya neden olur (19).

2.2.5.4. Prostaglandin E

Santral kaşıntıda rol oynadığı düşünülen prostaglandin E, deriye enjekte edildiğinde kaşıntıya neden olmayıp, histaminle uyarılan kaşıntıyı potansiyelize etmektedir. HIV'li olgularda steroid dışı antiinflamatuvar ilaçların antipruritik etkileri prostaglandin E inhibisyonuyla açıklanır (38,46,48).

2.2.5.5. Substans P

Periferik sinir sonlanmalarından salınan substans P'nin intradermal enjeksiyonu dermal mast hücre degranülasyonu ile kaşıntıya, vazodilatasyona ve vasküler geçirgenliğin artmasına sebep olmaktadır (19).

2.2.5.6. Opiyad peptidleri

Üç çeşit opiyad reseptörü olup, bunlar; μ , δ , κ 'dır. Kaşıntının santral geçiş ve regülasyonundan sorumlu olduğu düşünülüp; intradermal enjekte edilen opiyadlar, santral sinir sisteminde μ opiyad reseptörü üzerinden direkt etkiyle santral kaşıntıya neden olurlar. κ opiyad reseptörünün uyarılması, μ opiyad reseptörünün etkilerini inhibe etmektedir (49,50).

2.2.5.7. Sitokinler

İnterlökin, interferon, kemokin, koloni stimüle edici faktörlerin bulunduğu düşük molekül ağırlıklı proteinlerin oluşturduğu gruptur. İnterlökin-2'nin intradermal enjeksiyonu kaşıntıya neden olur (19).

2.2.6. Birincil deri hastalıklarında pruritus

2.2.6.1. Atopik dermatit

Kronik ve tekrarlayıcı olan bu hastalıkta; kaşıntı, kişisel ve ailevi atopi öyküsü, ekzematöz deri lezyonlarının tipik dağılımı, allerjik rinit ve astım gibi diğer atopik durumlar ile karakterizedir (51). Kaşıntı, atopik dermatitin sıkıntı verici majör tanı kriteridir (43).

2.2.6.2. Papüloskuamöz hastalıklar

Psoriasis, liken planus, pitriyazis rubra pilaris, pitriyazis rozea gibi dermatolojik hastalıklar bu grupta yer alıp, kaşıntı sebebi olabilmektedirler (42,52). Ülkemizde yapılan bir çalışmada 178 psoriasis hastasının %75'inde kaşıntı şikayeti saptanmıştır (53).

2.2.6.3. Ürtiker

Klinik tipleri ve etiyolojisi geniş olan bu hastalık; deriden kabarıklık, eritemli, kısa süreli, ataklar halinde ortaya çıkan ve kaybolduğunda da deride iz bırakmayan farklı büyüklüklerdeki ödemli papül ve plaklarla karakterize kaşıntılı dermatolojik bir hastalıktır (54). Kronik ürtikerli hastalarda depresif belirtilerin oranı yüksek çıkmıştır (55).

2.2.6.4. Kserozis

Yaşlı insanlarda yaygın görülen kserozisin jeneralize şekli ilaçlara bağlı olabilir (42).

2.2.6.5. Allerjik kontakt dermatit

Kaşıntının yaygın sebeplerinden biri olan bu hastalıkta dikkatli bir anamnez önemlidir. Atopik dermatit ve kserozise benzer ancak allerjene maruz kalınan bölgede lezyonların görülmesi tipiktir (56).

2.2.6.6. İnfeksiyonlar ve infestasyonlar

Uyuz ve pedikülozda, kaşıntı en önde gelen semptomdur. Yüzeyel mantar hastalıkları ve kandidiyaziste yoğun kaşıntı olabilmektedir (19).

2.2.6.7. Otoimmün deri hastalıkları

Büllöz pemfigoid, Dermatitis herpetiformis, Dermatomyozit, Sjögren Sendromu gibi hastalıklarda kaşıntı bir semptom olarak karşımıza çıkmaktadır (57). Büllöz pemfigoidde lezyonlar ortaya çıkmadan aylar öncesinde vücutta şiddetli ve yaygın kaşıntı olmaktadır (58).

2.2.6.8. Neoplastik hastalıklar

Özellikle kutanöz T hücreli lenfomalı hastaların %70-80'inde şiddetli kaşıntı bulunmaktadır (59).

2.2.6.9. Genetik hastalıklar

Bu grupta; Darier hastalığı, Hailey-Hailey hastalığı, İktiyozlar, Sjögren-Larsson sendromu yer almaktadır (57).

2.2.7. Gebelikte pruritus

Gebelikte kaşıntı %3-14 oranında görülmektedir (60). Gebelikte kaşıntının dermatolojik sebepleri arasında gebeliğin polimorf erupsiyonu, gebelik prurigosu, pemfigoid gestasyones yer alırken; pruritus gravidarum (kolestazlı veya kolestazsız) gebelikte kaşıntının sistemik nedenleri arasında yer almaktadır (57). Gebeliğin polimorf erupsiyonunun gebelerde görülme sıklığı yaklaşık 1/130 ile 1/300 arasında değişmektedir (61).

2.2.8. Sistemik hastalıklarda pruritus

2.2.8.1. Renal pruritus

İç hastalıklar içerisinde kaşıntının en sık sebebidir. Renal pruritus; genellikle yaygın, inatçı ve şiddetlidir. Kronik böbrek yetmezliği olan hastaların %15-49'unda kaşıntı belirtileri vardır (17). Ülkemizde yapılan çalışmalarda üremik hastaların %61-83'ünde pruritus, %57-93'ünde de kserozis saptanmıştır (62-65). Kaşıntının prevalansı; yaş, cinsiyet, diyaliz tipi ve renal yetmezliğin altta yatan etiyojisiyle ilişkili anlamlı farklılıklar göstermemektedir (66). Kronik böbrek yetmezliği ve üremiyle birlikte olan kaşıntının mekanizması değişik etkenlere bağlı olabilmektedir. Bu konuda kserozis, demir eksikliği anemisi, sekonder hiperparatiroidizm, artmış serum histamin düzeyleri, A hipervitaminozu ve nörapati suçlanmaktadır (17).

2.2.8.2. Hepatik ve kolestatik pruritus

Çoğu karaciğer ve safra yolları patolojisi yaygın kaşıntıyla seyreder. Primer biliyer siroz, akut ve kronik hepatitler, kolestaz, koledok taşı, sklerozan kolanjit ilk düşünülmeleri gerekenlerdir (59). Primer biliyer sirozlu hastaların %100'ünde, kolestatik sarılıklı hastaların da %20-25'inde kaşıntı bildirilmiştir (47).

2.2.8.3. Hematolojik pruritus

Demir eksikliği anemisi, polisitemia vera, miyelodisplastik sendrom, esansiyel trombositopeni ve hipereozinofilik sendromda kaşıntı görülebilir (67). Demir eksikliği; anemi olmadan da kaşıntıya sebep olabilir, tedavisinde demir replasmanı yeterli olmaktadır (19). Polisitemiya veralı hastaların üçte birinden çoğunda kaşıntı bildirilmiş olup, genellikle ısı değişiklikleriyle indüklenir veya banyodan birkaç dakika sonra ortaya çıkmaktadır (17).

2.2.8.4. Endokrin pruritus

Diyabetli hastalarda, jeneralize pruritusun aksine kaşıntı sıklıkla vulva ve anüs çevresindedir ve mantar infeksiyonlarıyla ilişkili olabilir (19). Hipertiroidizmde kaşıntı şiddetli ve jeneralize olabilir. Tiroid hormonunun deri üzerindeki etkisiyle vazodilatasyon, kan akımında ve deri sıcaklığında artış, bunlara bağlı olarak kaşıntı eşiğinde düşme olur ve kaşıntı ortaya çıkar (68). Hipotiroidizmde de lokalize ve jeneralize kaşıntı sebebi olarak deri kuruluğu sık gözlenebilmektedir (42).

2.2.8.5. Malignansilerde pruritus

Hodgkin hastalığında kaşıntı %10-30 oranında olup (69), lenfomaya ait bulgular ortaya çıkmadan 5 yıl önce kaşıntı ortaya çıkabilmektedir (70). Şiddetli, yaygın ve persistan kaşıntı kötü prognoz göstergesidir, bu semptomun tekrarlaması tümör rekürrensini gösterir (71). Non Hodgkin lenfomalarda kaşıntı, Hodgkin hastalığına göre daha az görülür (67). Akciğer, mide, kolon, nazofarinks, meme, uterus, prostat ve diğer organ kanserlerinde kaşıntı paraneoplastik bir sendrom olarak bildirilmektedir (19).

2.2.8.6. AIDS ve HIV enfeksiyonunda pruritus

HIV pozitif hastalarda kaşıntı erken dönemde görülen bir semptom olup, önemli bir rahatsızlık nedenidir. Semptomun şiddetiyle viremi düzeyi arasında pozitif bir korelasyon saptanmıştır (72).

2.2.9. Nörolojik pruritus

Kaşıntı; deride direkt olarak uyarılarla ortaya çıkabileceği gibi, periferik uyarılardan bağımsız olarak santral sinir sistemi kaynaklı da ortaya çıkabilir (73). İnme, serebral tümörler ve apseler; kaşıntıyı düzenleyen yolları etkileyerek serebral lezyonun kontralateralindeki bölgede kaşıntıya sebep olur ve ayrıca duyu bozuklukları da eşlik edebilir (19). Multipl sklerozda, paroksizmal kaşıntının olduğu bildirilmiştir (38). Notaljiya parastetikada; sırtta T2-T6 dermatomlarına uyan bölgede lokalize kaşıntı vardır, genellikle unilateral olup, uyuşma ve batma gibi duyu değişiklikleri eşlik edebilir. Brakiyodiyal pruritusta; orta yaşlı, açık tenli kişilerde üst kol, el bileği ve önkolun güneş gören kısımlarında bölgesel kaşıntı görülmektedir (19).

2.2.10. İlaç kullanımına bağlı pruritus

İlaçlar, deride gözle görülür bir lezyona neden olmadan jeneralize kaşıntıya sebep olabilirler. İlaçlarla oluşan kaşıntının mekanizması tam olarak bilinmemekle beraber kolestazı indükleyerek, histamin salınımına yol açarak, opiyadlar yoluyla ya da deri kuruluğuna sebep olarak kaşıntıyı oluşturdukları düşünülmektedir. Opiyadlar, minosiklin, klorokin, beta blokerler, anjiyotensin

dönüştürücü enzim inhibitörleri, amiodaron, altın ve daha başka ilaçların da kaşıntıya yol açabilecekleri bildirilmiştir (54).

2.2.11. Senil pruritus

Yaşlılarda deri hastalıkları, sistemik hastalıklar veya ilaçlara bağlı kaşıntı olabileceği gibi en sık sebep deri kuruluğudur (19). Deri kuruluğunda lezyon olmadan jeneralize kaşıntı görülebilir (74).

2.2.12. Akuajenik pruritus

Herhangi bir ısıdaki suyun değinmesiyle uyarılan kaşıntı türüdür. Deride, suyun değinmesinden sonra mast hücre deşarjı ve histamin ile asetilkolin artmış düzeyleri olur. Çoğu hastada, suyla değinmeden ya da değinmenin kesilmesinden birkaç dakika sonra batıcı bir rahatsızlık duyulur ve genellikle benzer belirtilerle olan bir aile öyküsü bulunmaktadır (17).

2.2.13. Kronik kaşımaya sekonder deri lezyonlarıyla ilişkili hastalıklar

2.2.13.1. Liken simpleks kronikus

Şiddetli kaşıntıyla giden kronik seyirli bir hastalık olup hemen sadece erişkinlerde görülmektedir (19). Liken simpleks kronikus, sınırlı nörodermatit olarak da adlandırılır (75). Son olarak Uluslararası Kaşıntı Çalışma Forumu'nda, kronik sekonder kaşıma lezyonlu pruritus grubunda yer almaktadır (35). En çok 35-50 yaşları arasında görülüp; kadınlar, erkeklerden daha çok etkilenmektedir (75).

Altta yatan patofizyoloji bilinmemektedir (76). Santral ve periferik sinir sistemiyle inflamatuvar hücreler arasında kaşıntıyı algılamada ve sonuçta liken simpleks kronikus gelişimi arasında ilişki olduğu da düşünülmektedir (75,77). Psikolojik faktörlerin de hastalığın gelişiminde etkili olduğu düşünülmektedir (76). Lokalize bir alanın uzun süreli ve şiddetli kaşınması, bilinmeyen etkenlere tepki olabilir ve uzun zamandır olan stres ve anksiyetenin önemli rol oynadığı düşünülmektedir (19,78). Büyük bir zevkle yoğun kaşıntı hissinin olduğu paroksizmal ataklarla başlar, bunu 1-5 saat civarı bir refraktör dönemi izler ve

daha sonra diğerk bir kaşıntı atağı başlar (76). Kaşıma olayı gün içerisinde olduğu gibi, gece uyurken de bilinçsiz olarak devam edebilir (79).

Kronik kaşıntı sonucu oluşan likenifikasyon; deride kalınlaşma, sulkuslarda derinleşme, hipo ve/veya hiperpigmentasyonun da bulunabildiği plak şeklinde yapılardan oluşup, üzerinde ekskoriyasyonlar, skuamlar, krutlar ve sızıntı bulunabilir. Likenifikasyon, kuru ve kalın deri sebebiyle kaşıntı eşiğini düşürür, yeni kaşıntı olmasına neden olur ve 'kaşıma-kuruma, kalınlaşma' şeklinde bir kısır döngü oluşturur (80). Lezyonlar genellikle hastanın kullandığı elin kolaylıkla uzanabileceği bölgelere sınırlı, unilateral, soliter ya da az sayıda plak şeklinde görülür. Sırt, boyun yanları ve bilekler başta olmak üzere ön kol ve alt ekstremitede daha çok bulunur (81). Ayırıcı tanıda; psoriasis, liken planus, liken amiloidozis ve mikozis fungoides düşünülmelidir (76).

2.2.13.2. Prurigo nodularis

Şiddetli kaşıntılı papül ve nodüllerle karakterize kronik seyirli bir deri hastalığıdır (82). Liken simpleksin çok abartılı bir şekli olarak kabul edilir (80). Son olarak Uluslararası Kaşıntı Çalışma Forumu'nda, kronik sekonder kaşıma lezyonlu pruritus grubunda yer almaktadır (35). Her iki cins eşit sıklıkla etkilenmekte ve her yaşta görülebilmektedir (82).

Prurigo nodularisin etiyolojisi tam olarak açıklanamamıştır; fokal kaşıntı nedenleri, psikiyatrik bozukluklar, infeksiyon, hematolojik hastalıklar, kronik böbrek yetmezlik gibi birçok hastalığın ilişkili olabileceği bildirilmiştir. Psikiyatrik bozukluklar, etiyolojik faktörler içerisinde en önemlilerindedir. Depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları, primer ilişkili veya prurigo nodulariste kaşıntının meydana gelmesinde sekonder olarak etkili olduğu ileri sürülmüştür (83). Kaşıntı aralıklı ve şiddetli ataklar halinde ve genellikle stres altındayken olur, ancak lezyonun kendisine sınırlıdır. Hasta, deri yırtılıp kanamayı görünce rahatlar (17,84).

Genel görüş; nodüler lezyonların, kronik kaşıntı sonucu meydana geldiğidir. Lezyonlar; sert, 1-5 cm çaplarında, deriden kabarık, koyu pigmentli, merkezi ekskoriye ve krutlu olan şiddetli kaşıntıyla seyreden papül ve nodüller şeklindedir, iyileştiklerinde skar bırakabilir (82). Lezyonlar; elin ulaşabileceği alanlar, başlıca ekstremitelerde, özellikle de krural bölgede çok görülür (80). Ayırıcı tanıda; perforan dermatozlar, hipertrofik liken planus, nodüler uyuz, pemfigoid nodularis ve multipl keratoakantoma düşünülmelidir (85).

2.2.14. Pruritusta psikiyatrik faktörler

Kaşıntı, iyi tanımlanan bir duyu olmasına rağmen insanlara özel ve duyarlı araştırmaların ve uygun hayvan modellerinin bulunmaması nedeniyle nöropatolojik ve moleküler temelleri iyi araştırılmamıştır (54). Bu konuda son yıllarda ilerlemeler sağlansa da henüz bu konudaki bilgilerimiz yetersiz olup, hastaların tedavisi konusunda zorluklar yaşanmaktadır.

Kronik pruritus; aylar hatta yıllarca sürebilen, tedavinin sonlanması ile tekrarlayan ve hastanın sosyal yaşamını ve yaşam kalitesini etkileyen bir tablodur (54). Kaşıntı organik kökenli olduğunda; hastanın öyküsü, yapılan fizik muayene ve laboratuvar tetkikleriyle, ya dermatoloji bölümünde ya da uygun birime sevk edilerek tedavisi yapılabilir ancak psikiyatrik bozukluklarla ilişkili kaşıntılarda tanınan sınırların çizilmesi daha da zor olabilmektedir. Aynı zamanda kaşıntı; organik hastalıklar ve psikiyatrik bozuklukların bir arada bulunduğu durumlarda da ortaya çıkabilir, bu durumlarda tablo daha da karışık bir hal alarak yetersiz ve yanlış tedaviler söz konusu olabilir. Dermatolog ve psikiyatrlar tarafından psikolojik faktörlerle ilişkili kaşıntıda çalışmalar yapılmışsa da bu konuda henüz görüş birliğine varılamamıştır.

Psikiyatrik ve psikolojik faktörlerin kaşıntıyı oluşturabileceği veya ortadan kaldıracabileceği sağlam kanıtlarla ortaya konmuştur (86). Psikiyatrik faktörler, birçok mekanizmayla kaşıntı algısını etkileyebilir. Hipotalamus ve limbik sistemin diğer bileşenleri duysal algılamayı duysal korteks aracılığıyla kontrol edebilir, depresif hastaların bazılarında ise CRH (Corticotropin Releasing Hormone) artması santral sinir sisteminde opiyad düzeylerinin artmasına sebep olabilir ve kaşıntı algısını artırabilir. P maddesi gibi nöropeptidler, strese yanıt olarak salgılanabilir ve kaşıntıya neden olabilirler. Yakın dönemde yaşanmış stresli yaşam olayları ile kaşıntıyı fark etme becerisinde artış ilişkili bulunmuştur. Kaşıntının süresi, stresöre maruz kalan kişilerde daha uzundur (30).

Yapılan çalışmalarda kızgınlık ve öfke gibi duyguları bastırma ve aşırı özverili, fedakar kişilik yapısına sahip kişilerde kronik pruritus etiyolojik olarak ilişkilendirilmektedir. Bilişsel fonksiyon ve duygulanım bozukluğu sonucu kişinin kendi duygularını ifade edememe olarak tanımlanan aleksitimi durumu, kronik pruritusla ilişkilendirilmiştir (82).

DSM-IV-TR psikokutan hastalıklar sınıflamasında; kaşıntı ve ilişkili hastalıkları, çeşitli kategoriler içinde gruplandırılmıştır. Örneğin; Prurigo nodularis gibi kronik pruritusu sekonder gelişen hastalıklar tıbbi durumu etkileyen psikolojik etmenler grubunda, parazitozis sanrıları olan prurituslu hastalar sanrılı bozukluk somatik tip grubunda, kronik idyopatik pruritus de farklılaşmamış somatoform bozukluklar grubunda yer almaktadır (30).

Kronik idyopatik pruritus, kaşıntıya neden olabilecek diğer faktörlerin dışlanmasından sonra konulabilecek tanıdır (87). Daha önceki dönemlerde bu grup hastalar, pruritus sine materia başlığı altında tanımlansa da, günümüzde artık bu tanım kullanılmamaktadır (88). Çoğu zaman deri sağlıklı görünümündedir. Jeneralize veya lokalize olabilir (87). Her iki cinste de görülmekle beraber kadınlarda biraz daha fazla görülmektedir (88). Jeneralize idyopatik pruritus; en fazla bacaklar, kollar, ve sırtta görülürken lokalize idyopatik pruritus ise sık olarak pruritus vulva, skroti ve ani şeklinde ortaya çıkmaktadır (89). Kaşıntı, hastaların büyük bir kısmında her gün olmak üzere daha çok akşamları ve geceleri görülür. Kaşıntı uyumayı engelleyebilir. Kaşıntının geceleri artmasının sebepleri; nöromedyatör salınımındaki günlük değişim, geceleri adrenal steroidin salınımının daha az olması, geceleri deri ısısının daha fazla olması ve geceleri günlük aktivitelerin azalması olabilmektedir (90,91).

Psikodermatolojinin kurucularından psikiyatr Herman Musaph, 1967'de ilk kez 'psikojenik pruritus' terimini ileri sürmüştür (92). Psikojenik pruritus, organik nedenlerle açıklanmayan, psikolojik etkenlerle tetiklenen ya da şiddeti artan ve süregelenlik kazanan kaşıntı türüdür (93). Saf psikolojik veya saf psikiyatrik kaşıntılardır (38,44,94,95). Ancak bu tanım basit gibi görünse de hala belirsizlikleri mevcuttur. Çoğu zaman bu kaşıntı türünde tanı karmaşası yaşanabilmektedir. Psikojenik pruritus yerine 'idyopatik pruritus' tanısı konabilmekte ve bu, durumu daha da karışık bir hala getirebilmektedir. DSM-IV' de psikojenik pruritus, açık olarak tanımlanmamaktadır (96). Son yıllarda psikiyatr, dermatolog ve psikologlardan oluşan Fransız Psikodermatoloji Grubu, psikojenik pruritus için 'fonksiyonel kaşıntı' terimini de kullanarak bazı tanısal kriterleri belirlemiştir (97). Üç zorunlu, yedi yardımcı kriterden oluşan bu kriterlere göre; psikojenik pruritus tanısı koymak için üç tanesi zorunlu olmak üzere toplam altı kriterin karşılanması gerekmektedir (Tablo 2) (96).

Tablo 2: Psikojenik pruritusla tanı kriterleri.

<p>A. Zorunlu Kriterler</p> <ol style="list-style-type: none">1. Lokalize veya jeneralize, sine materia (primer deri lezyonu olmaksızın)2. Altı (6) haftadan uzun süren kronik kaşıntı3. Somatik bir nedenin olmayışı
<p>B. Yardımcı Kriterler</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kaşıntının psikolojik etkilere yol açan bir veya birkaç yaşam olayı ile kronojik ilişkisi2. Stresle kaşıntı şiddetinin değişmesi3. Gece uykusunun bozulması4. Dinlenme sırasında kaşıntının belirgin olması5. Diğer psikojenik bozukluklarla birliktelik6. Psikotrop ilaçlara olumlu yanıt7. Psikoterapilere olumlu yanıt

Psikojenik pruritusla birlikte en sık görülen psikiyatrik bozukluklar, depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarıdır. Özellikle de obsesif kompulsif bozukluk, psikojenik pruritusla birlikte sık görülebilen anksiyete bozukluğudur (98). Psikiyatrik bozuklukların dışında mental stres de önemli bir kaşıntı artırıcı etkindir. Stres; kan akımı, terleme, vücut ısısını artırarak ve diğer yandan da kaşıntı mediyatörleri vasıtasıyla kaşınma hissini artırabilir (96).

Psikojenik pruritusla psikodinamik açıdan ortak görüşlere göre; hastalar agresyon, sevgi gereksinimi, gücenme, kızgınlık duygularını direkt ifade edememektedirler. Kaşıntının ortadan kalkabilmesi için bilinç dışında yer alan nörotik çatışmaların içerdiği kızgınlık, agresyon, öfke gibi duyguların dile dökülmesi ve bunları kabul edememenin verdiği suçluluk ve kendini cezalandırma duygularının azaltılması gerekir. Böylece kişinin kendini yolarak duygularını ifade etmesi veya kendini cezalandırması önlenmiş olur (96).

Psikojenik pruritus, depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu gibi tabloların eşlik etmesiyle psikiyatrik bozukluğa sekonder gelişebileceği gibi (19), temelde nörotik ekskoriyasyonlar ve delüzyonel parazitöz tablolarını kapsamaktadır (96).

Depresyon hastalarındaki umutsuzluk ve yardımsızlık duyguları, serotonin ve dopamin salınımı ile ilişkili olup, aynı nöromediyatörler kaşıntının oluşumunda da rol oynamaktadır. Kaşıntı bu hastalarda sık olarak depresyonun

dolaylı bir belirtisi ve baskılanmış ruhsal çatışmaların fiziksel bir yansıması olarak karşımıza çıkmaktadır (96).

Nörotik ekskoriyasyon; karşı konulamaz bir şekilde kaşıma ve koparma isteğiyle, hastaların kendileri tarafından oluşturulan tablodur (99,100). Psikojenik ekskoriyasyon, akne ekskoriye, kompulsif deri yolma, dermatotillomani gibi terimlerle de adlandırılır. (101-103). Dermatoloji kliniklerinde %2 oranında görülür. Kadınlarda, erkeklere oranla daha sık rastlanır. Ortalama başlangıç yaşı 15 ile 45 yaş arasında değişmektedir. Belirtilerin ortalama süresi 5 ile 21 yıl arasında değişmektedir (30). Lezyonlar ellerin kolay ulaşabileceği yüzde, ekstremitelerin ekstansor yüzünde ve sırtın üst kısmında görülür. Lezyonlar; erozyonlar, ülserler ve buna bağlı skatris, hipohiperpigmentasyonlarla karakterizedir (104).

Nörotik ekskoriyasyonun, psikodermatolojik hastalıklar sınıflandırılmasında belirgin bir şekilde ruhsal kaynaklı olduğu vurgulanmakta ve psikiyatrik problemler nedeniyle ortaya çıkan dermatolojik sendromlar grubunda yer almaktadır (105). Ancak DSM-IV'de ayrı bir hastalık olarak kabul görmemiştir (96). Obsesif-kompulsif bozukluk ve dürtü kontrol bozuklukları semptomları ile ortak özellikler paylaşmaktadır. Bazı hastalar ciltlerinde bir düzensizlik olduğuna dair obsesyonlar, pürüzsüz bir cilt sahibi olma ile uğraşlar ve bu düşünceye yanıt olarak derilerini soyabilirler. Obsesif kompulsif bozukluk benzeri tekrarlayıcı, ritüelistik, direnç gösterilen ve egodistonik özelliktedir. Bazı hastalarda da dürtü kontrol bozukluklarının özelliklerini taşırlar, otomatik olarak derilerini yolduklarını, bazen deri yolma öncesi gerginlik yaşadıklarını, hemen sonrasında rahatladıklarını ya da geçici olarak zevk aldıklarını ifade etmektedirler. Ayrıca her iki tablo bir arada da görülebilmektedir (30). Psikososyal stresler atakları tetiklemektedir (106,107). Kaşıntılar paroksizmal ataklar şeklinde, emosyonel durumla yakından ilişkilidir. Dinlenme esnasında sık, dikkatin başka konulara çevrildiği anlarda az olur (96). Bu hastalar genel olarak aşırı duyarlı, çekingen, kendini suçlayıcı, katı, takıntılı, mükemmeliyetçi, hata yapmaktan korkan, eleştiriye duyarlı, kendine güveni az, duyguları bastırılmış kişilerdir (106,108). Hastaların yarısından fazlasında beraberinde dudak ısırma, diş sürtme, yanak çiğneme, tırnak yeme, parmak emme, parmak tıkladma, kafa vurma öyküsü mevcuttur (99). Dermatitis artefaktadan farklı

olarak hastalar, bu lezyonları kendilerinin yaptığını inkar etmez, kabul ederler (104).

Sanrı ya da delüzyon; bir kültür içinde paylaşılmayan, gerçeğe uymayan, mantıklı düşünceyle değiştirilemeyen, direnen bir inanış olan düşünce içeriği bozukluğudur (109). Delüzyonel parazitoz ise; tıbbi bir kanıt olmamasına karşın etrafının yaşıyan organizmalar tarafından sarıldığına dair sabit inanışlardır. Yaş ilerledikçe kadınlarda daha sık görülmektedir (30). Delüzyonel parazitozun üç tipi vardır (110):

- 1) Birincil Psikotik Delüzyonel Parazitoz: DSM-IV-TR'de 'sanrılı bozukluk, somatik tip' olarak sınıflandırılır. Altta yatan veya eşlik eden herhangi bir başka psikiyatrik bozukluk ya da bedensel bir hastalık olmadan sadece parazitlerle infekte olduğuna dair ruhsal bir rahatsızlık vardır.
- 2) İkincil Fonksiyonel Delüzyonel Parazitoz: Altta yatan şizofreni, depresif bozukluk, alkol ve madde bağımlılığı gibi bir psikiyatrik bozukluk vardır.
- 3) İkincil Organik Delüzyonel Parazitoz: DSM-IV-TR'de 'genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk' olarak sınıflandırılır. Lösemi, anemi, hipotiroidi gibi altta yatan bedensel bir hastalık vardır.

Delüzyonel parazitozda; kaşıntı, batma, yanma, kibrit kutusu gibi belirtiler görülebilir. Kibrit kutusu belirtisinde hasta saç, deri, tırnak gibi çeşitli vücut parçalarını kap veya bez içinde doktora getirebilir. Derilerinde böcek dolaşması, ısırması gibi durumları hissettiklerini söylerler. Ender olarak işitsel varsanılar ve kendine zarar verici davranışlar da eşlik edebilir (110). Deri belirtileri normal görünümünden ekskoriyasyon, prurigo nodularis veya ülserasyonlara kadar uzanabilir (17). Lezyonlar sıklıkla hastanın kolay ulaşabileceği bölgelerde bulunur (111).

2.2.15. Kaşıntıyı artıran nedenler

Kronik prurituslu hastalarda bazı ekzojen ve endojen faktörler kaşıntının artmasına sebep olabilmektedir. Kaşıntıyı artıran ekzojen sebepler arasında; aşırı soğuk, kuru ortamdan nemli ortama hızlı geçiş, sıcak su, yünlü giysiler, hayvan tüyleri, sabunlar, dezenfektanlar, ilaçlar, sıcak içecekler, baharatlı yiyecekler ve alkollü içecekler sayılabilirken kaşıntıyı artıran endojen sebepler

arasında da; terleme, viral/stafilokoksik infeksiyonlar, deri kuruluğu ile emosyonel stres, depresyon,anksiyete gibi psikiyatrik faktörler sayılabilir (54).

2.2.16. Kaşıntılı hastanın değeriendirilmesi

Kaşıntı şikayetiyle hastalar daha çok dermatoloji bölümüne başvurumaktadırlar. Her ne kadar dermatolojik hastalıklarda kaşıntı sık görülen bir semptom olsa da dahiliye, nöroloji, psikiyatri gibi bölümlerde de azımsanmayacak sayıda hastalıklara eşlik eden kaşıntı şikayeti mevcuttur. Hatta bazı durumlarda birçok hastalık bir arada kaşıntı sebebi olabilmektedir. Kaşıntı şikayetiyle başvuran hastada izlenecek yol, diğer şikayetlerle başvuran hastalarla aynıdır. Hem dermatolojik hem de diğer bölümleri kapsayacak şekilde ayrıntılı öykü alınması en temel unsurdur.

Öyküde; kaşıntının başlama şekli, süresi, yayılımı, şiddeti, artıran veya azaltan faktörler, günlük veya mevsimsel değışiklikleri ile hastanın kaşıntıyı tanımlama şekli öğrenilmelidir. Ayrıca hastanın mesleği, hobileri, banyo yapma şekli, genel sağlık durumu, önceki yapılan değeriendirmeler, kullandığı ilaçlar, geçirdiği ameliyatlar, allerjiler, ev hayvanları ile aile, seyahat, uyuşturuucu ve cinsel temas öyküsü sorgulanmalıdır (112).

Kronik genel pruritusta sistemik hastalık ön planda tutulmalıdır. Organik ve psikojenik orijinli kaşıntının ayrımı zor olabilir. Gece uykudan uyandıran kaşıntıda daha çok organik sebeplerin olma ihtimali fazlayken, psikojenik kaşıntılar genellikle uykudan uyandırmazlar (19). Kaşıntının sürekli olması, klasik tedavilere yanıt vermemesi, psikiyatrik bozukluğun eşlik etmesi; belirtilerin psikojenik olarak değeriendirilerek gereken önemin verilmemesine sebep olabilir (96).

Alınan öykü sonrası yapılan dermatolojik muayenede; deri ve ekleri incelenerek primer deri hastalığı veya kaşıntıya sekonder deri lezyonları olup olmadığı değeriendirilir. Ayrıca altta yatabilecek diğer etiyolojik faktörler açısından, hastanın fizik ve mental muayenesi de yapılmalıdır.

Son aşamada da tam kan sayımı, karaciğer, böbrek, tiroid fonksiyon testleri, dışkıda parazit ve gizli kan, akciğer grafisi gibi tarama amaçlı laboratuvar incelemeleri yapılmalıdır. Gerek görüldüğünde de ek tetkiklerin yapılması gerekebilir (19).

2.2.17. Pruritusta tedavi

Kaşıntı şikayetiyle gelen her hasta özenle değerlendirilmeli; anamnez, muayene ve laboratuvar tetkikleri ile altta yatabilecek etioloji belirlendikten sonra tedavisi yapılmalıdır. Ancak bazı hastalarda kaşıntı sebebi belirlenememekte ve bu tedaviyi daha da zorlaştırmaktadır.

Hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen kaşıntı, kronik bir hal aldığımda medikal tedavinin yanında kaşıntıyı uyaran faktörlerin de belirlenmesi gerekir (40). Kaşıntının semptomatik tedavisinde alınması gereken bazı önlemler vardır; sık, uzun süreli, sıcak duşlar yerine seyrek, kısa süreli, ılık duşlar alınmalıdır. Kurutucu sabunlar kullanmaktan kaçınılmalı, duştan hemen sonra nemlendiriciler kullanılmalıdır. Derinin kuruması kaşıntıyı arttıracığından düzenli olarak nemlendiriciler kullanılmalıdır. Sentetik ve yünlü giysiler yerine pamuklu veya ipek, esnek giyecekler seçilmelidir. Çamaşırlar yıkandıktan sonra iyice durulanmalıdır. Sıcak ve baharatlı yiyeceklerle alkolden uzak durulmalıdır. Aşırı yorgunluk ve stresten kaçınılmalıdır. Kaşıntı-kaşıma döngüsünü kırmak için hastaya pratik uygulamalar, soğuk kompresler, kaşınan bölgeye hafif basınç uygulanması öğretilmelidir (113).

2.2.17.1. Topikal tedavi

Lokalize pruritusta önerilir. Jeneralize pruritusta ise sistemik tedavilerin kontrendike veya yetersiz olduğu durumlarda yerel tedavi önerilir. Kaşıntının yerel tedavisinde önerilen ajanlar; deride inflamasyonun azaltılması, kaşıntı mediyatörlerinin azaltılması, duyuusal sinir uçlarında anestezi ve kaşıntı hissinin başka bir duyu ile değiştirilmesi amaçlı olabilir (114). Tedavide kullanılan ajanlar;

a. Nemlendiriciler: Tüm kaşıntılı durumlarda semptomatik amaçlı kullanılırlar. Antipruritik özellikleri olmayıp, derinin bariyer fonksiyonunun bütünlüğünü korurlar (19).

b. Kapsaisin %0.025-0.03 krem: Kırmızı biberin aktif içeriği olup, topikal uygulama sonrası C nöronlardan substans P gibi nöropeptidlerin salınmasına yol açar. Aynı bölgeye yineleyen uygulamalarda nöropeptidler azalır, nöral desensitizasyon olur ve bölgesel kaşıntıyı azaltır. İlk uygulamalarda eritem, ağrı, yanma ve batma gibi yan etkiler olmakla beraber zamanla azalır (115). Üremik

pruritus, postherpetik nevralji, notaljiya parestetika, akuajenik pruritusta etkindir (40,114).

c. Doksepin %5 krem: Trisiklik bir bileşik olup, H1 ve H2 antihistaminik etkileri mevcuttur. Sistemik formu depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu tedavisinde kullanılır. Atopik dermatit, liken simpleks kronikus, kontakt dermatit, numuler dermatite bağlı kaşıntıda etkilidir (113).

d. Yerel araşidonik asit inhibitörleri: Topikal aspirin, liken simpleks kronikusta etkili olmakla beraber bu etkisinin prostanooidleri inhibe etmesiyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir (116,117).

e. İmmün düzenleyiciler: Topikal takrolimus, T hücre aracılı inflamasyonu baskılayarak kaşıntıda etkili olurlar. Özellikle atopik dermatitte etkili olup, diğer dermatitlerde de etkinliği bildirilmiştir (52).

f. Diğer topikal tedaviler: Serinletici olan mentol ve kalamın, topikal anestetikler kaşıntılı dermatozlarda etkilidir. Topikal steroidler de kutanöz inflamasyonun eşlik ettiği durumlarda önerilen ajanlardır (19).

2.2.17.2. Sistemik ilaçlar

a. Antihistaminikler: Pruritusta en sık H1 antihistaminikler kullanılır. Bu ajanlar, histaminin ana mediyatör olduğu ürtiker ve böcek ısırığında daha etkindirler (118). Birinci kuşak H1 antihistaminiklerin, ikinci kuşak H1 antihistaminiklere göre daha çok sedatif etkileri olduğu için kronik ürtiker ve ilişkili anksiyetede tercih edilirler (113).

b. Oral steroidler: Mast hücrelerinden histamin salınması veya lökotrienlere etkileriyle, derinin inflamatuvar hastalıklarının kaşıntısında etkilidir (119).

c. Talidomid: Periferik veya santral olarak sinir depresanıdır ve antiinflamatuvar etkisi güçlüdür. Senil pruritus, prurigo nodularis, psoriasis, ekzema ve aktinik prurigo gibi hastalıklara bağlı kaşıntıda etkili olur (19).

d. Opiyad reseptör antagonistleri: Renal ve kolestatik pruritusta kullanılırlar (120).

e. Trisiklik antidepressanlar: Doksepin, H1 ve H2 reseptör antagonistidir. Antipruritik etkinin yanında kaşıntıya bağlı depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğunda da etkilidir (41). H1, H2 antihistaminik ve antikolinergik etkileri olan amitriptilin ile trimipramin de ürtiker, atopik dermatit ve diğer kronik kaşıntılı durumlarda antidepressan olarak kullanılırlar (121).

f. Selektif serotonin geri alım inhibitörü antidepresanlar: Paroksetin; psikojenik, paraneoplastik ve bazı polisitemia veralı kaşıntılı hastalarda etkilidir (54). Ayrıca sertralin kronik karaciğer hastalığındaki kaşıntıda (122), fluoksetin de kolestazdaki kaşıntının tedavisinde etkilidir (123).

g. Noradrenerjik ve seçici serotonerjik geri alım önleyici antidepresanlar: H1 antihistaminik etkileri olan mirtazapin; kronik pruritus, lenfoma, karsinom, kolestaz, üremi ile doksepin, selektif serotonin geri alım inhibitörleri ve yüksek doz sedatif antihistaminiklerin etkili olmadığı inflamatuvar dermatozlara bağlı kaşıntının tedavisinde etkili bulunmuştur (124).

h. Anksiyolitikler: Psikolojik stresle artan kaşıntıda alprazolam ve klonazepam, anksiyolitik etkileri nedeniyle kaşıntıyı azaltmakta etkili bulunmuşlardır (121).

ı. Antipsikotikler: İkinci kuşak antipsikotiklerden olan olanzapinin H1 antihistaminik etkileri mevcuttur (124). Delüzyonel parazitoza bağlı kaşıntıda fenotiyazinler etkili bulunmuşlardır (19).

i. Antikonvülzanlar: Sebebi bilinmeyen jeneralize pruritusun tedavisinde gabapentin kullanılabilir (125).

2.2.17.3. Fiziksel tedaviler

a. Fototerapi: Dar bant, geniş bant ultraviole B (UVB) ve psoralen+ultraviole A (PUVA) bu amaçla kullanılmaktadır. Özellikle HIV, polisitemia vera, üremi, primer biliyer siroz, atopik dermatite bağlı kaşıntıda etkileri gözlenmiştir (54).

b. Kutanöz alan stimülasyonu: Histamine bağlı kaşıntının tedavisinde etkili olup, afferent liflerin elektrik ile uyarılması esasına dayanır. Lokalize kaşıntıda etkilidir ancak brakiyodiyal kaşıntı ve likenifiye prurigo nodulariste etkili değildir (126).

c. Transkutan elektriksel sinir stimülasyonu: Antipruritik etki sistemik fayda sağlayıp; ürtiker, atopik dermatit, uyuz, jeneralize pruritus, reaktif perforan kollajenoz, retiküloz, kolestaz ve hematolojik hastalıklara bağlı kaşıntıda etkili bulunmuştur (19).

d. Akupunktur: Üremik pruritusta etkisi kanıtlanmıştır (124).

2.2.17.4. Psikiyatrik yaklaşım

Altta yatan etiolojiye yönelik tedaviyi gerektirir. İlaç tedavisi ve psikoterapi olmak üzere ikiye ayrılır. İlaç tedavisi; antidepresanlar, anksiyolitikler ve antipsikotiklerden oluşur (96). Yaşam kalitesinin çok kötü bozulduğu ve dermatolojik, psikofarmakolojik tedaviye yanıt alınamayan genç hastalarda iç görü odaklı psikoterapi ve psikanaliz yararlı olabilir (127).

2.3. Psikiyatrik Sınıflandırma ve DSM-IV-TR

Psikiyatrik tanıları birbirlerinden belirgin sınırlarla ayırma, sağlık çalışanları arasında ortak bir dilin sağlanması ve tanı ölçütleri tanımlanan hastalıklar dışında kalan durumlar için daha kapsamlı araştırmaların yapılmasını sağlamak amacıyla psikiyatrik tanıların sınıflandırmaları yapılmıştır (128).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders'ın ("Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı" nın, diğer bir çeviriyle "Psikiyatrik Bozuklukların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı" nın) birinci baskısı DSM-I, 1952 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Terminoloji ve İstatistik Kurulu tarafından yayımlanmıştır. Daha sonra 1968 yılında ikinci baskısı DSM-II, 1980 yılında üçüncü baskısı DSM-III, 1987 yılında gözden geçirilmiş üçüncü baskısı DSM-III-R, 1994 yılında dördüncü baskısı DSM-IV, 2000 yılında da yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskısı DSM-IV-TR yayımlanmıştır. DSM'nin dördüncü baskısı, Dünya Sağlık Örgütü'nce 1992 yılında geliştirilmiş olan "Hastalıkların ve Bunlarla İlişkili Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflandırılması" nın 10'uncu gözden geçirilmiş biçimi ICD-10 ile oldukça uyum içindedir. DSM-IV-TR, psikiyatrik bozuklukların sınıflandırılmasını ve klinik görünümelerini tanımlamayı amaçlamaktadır (128). Bu sınıflamada, psikodermatolojik hastalıklar çeşitli kategorilere ayrılmıştır (30).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Yöntem

Bu çalışma, Ekim 2011-Nisan 2012 tarihleri arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dermatoloji polikliniğine ayaktan başvuran, dermatolog tarafından kronik pruritus olarak değerlendirilen gönüllü hastalara uygulanmıştır. Çalışmaya başlamadan önce Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izin ve onay alınmıştır. Tüm hastalara, çalışma öncesi gerekli bilgilendirme yapılmış ve onayları alınmıştır.

Bu çalışmaya 126 kronik prurituslu hasta alındı. Hastaların çalışmaya alınma kriterleri:

- Altı (6) hafta veya daha uzun süreli, vücudunun herhangi bir bölgesinde veya tümünde kaşıntı şikayeti olup, dermatoloji polikliniğinde dermatolog tarafından kronik pruritus olarak değerlendirilme

- 18-65 yaş aralığında olma

- Birincil deri hastalıklarının olmaması (örneğin; atopik dermatit, psoriasis, ürtiker, büllöz hastalıklar, neoplastik hastalıklar, kalıtsal veya konjenital hastalıklar)

- Kaşıntıya sebep olabilecek sistemik hastalıkların olmaması (örneğin; kronik böbrek yetmezliği, primer biliyer siroz, akut ve kronik hepatitler, kolestaz, koledok taşı, demir eksikliği anemisi, polisitemia vera, multipl myeloma, solid organ tümörleri, lösemiler, malign lenfomalar, diabetes mellitus, hipotiroidi, hipertiroidi)

- Kaşıntıya sebep olabilecek birincil deri ve sistemik hastalıklar açısından öykü, fizik muayene ve gerekli laboratuvar incelemelerin yapılarak normal değerlendirilmesi

- Gebeliğin olmaması

- Mental retardasyon ve demans tanısının bulunmaması

- Anket formlarını dolduracak düzeyde eğitilmiş olma

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri:

- Çalışma koşullarını kabul etmeme ve sürdürmeme

- Çalışmaya alınma kriterlerini karşılayamama

Mevcut kriterlere uyan hastaların, sosyodemografik özellikleri ve hastalıkla ilgili bilgileri içeren form düzenlendikten sonra hastalara psikiyatr tarafından SCID-I/CV (Structured Clinical Interview for DSM-IV, Clinical Version=DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme) uygulanarak psikiyatrik tanıları araştırıldı. Beck Depresyon Envanteri (BDE) uygulandı.

3.2. Gereçler

3.2.1. Sosyodemografik bilgi formu

İlk başvuru esnasında hastaya uygulanan bu formda; hastanın cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, mesleği, öğrenim düzeyi, yaşadığı yer, ekonomik gelir düzeyi, alışkanlıkları, eşlik eden hastalık öyküsü, kullandığı ilaçlar yer aldı.

Dermatolog tarafından kaşıntının süresi, lokalizasyonu, derinin durumu da değerlendirildi. Kaşıntının lokalizasyonu; genel, yüz, saçlı deri, gövde, ekstremiteler, genital veya anal bölge olarak belirtildi. Derinin durumu; normal ve kronik kaşımaya sekonder ekskoriyasyon, liken simpleks kronikus, prurigo nodularis şeklinde sınıflandırıldı.

Kaşıntı skorunu belirlemek için hastalara 0 ile 10 arası değerleri olan görsel skala gösterilerek kaşıntı şiddetini işaretlemeleri söylendi. Ayrıca psikiyatrik bozukluğun süresi, daha önceki psikiyatrik başvuruları da formda yer aldı.

3.2.2. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme

Özgün adı 'Structured Clinical Interview for DSM-IV, Clinical Version' olan; hastalarda DSM-IV'e göre I. Eksen psikiyatrik bozukluk tanısını araştırılmasında, görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış klinik görüşmedir. Yapılandırılmış görüşmeyi sürdürebilecek bilişsel yeterliliğe sahip, ağır psikotik belirtileri ve ajitasyonu olmayan, 18 yaşından büyük olan kişilere; bu görüşmenin eğitimini almış görüşmeci tarafından uygulanır. Bu ölçek, toplam 6 modülden oluşmakta ve toplam 38 DSM-IV I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri ile 10 tane I. Eksen bozukluğunun tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır.

Görüşme hemen her zaman hastayla yalnız olarak yapılır ve bilgi kaynakları arasında hasta dışında; hasta yakınları, tıbbi kayıtlar ve tedavi ekibi de bulunmaktadır. Puanlamada; tanı ölçütleri varlığı eşik şiddetini geçmesine göre belirlenir. Yorumlamada; belirtilerin tek tek eşik şiddetini geçmesi ve birleşerek bir tanıyı karşılayıp karşılamadığına göre görüşmecinin yorumuna göre yapılır. First, Spitzer, Gibbon ve Williams tarafından geliştirilen bu ölçeğin (129), Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (130).

3.2.3. Beck depresyon envanteri

Özgün adı Beck Depression Inventory olan; depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddetin değişimini ölçmek amacıyla hazırlanmış 21 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Bireyden, her bir kategorideki dört seçenektan kendisine en uygun olanı işaretlemesi söylenir. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanmasıyla elde edilip, 0-63 arasında değişmektedir. Depresyonla ilgili bilişsel, duygusal, motivasyonel ve bedensel boyutlarda gözlenen semptomların şiddetini ölçmeyi amaçlayıp, son bir haftadaki ruhsal durumu dikkate almaktadır. Beck tarafından geliştirilen bu ölçeğin (131), Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları sırasıyla Tegin (132) ve Hisli (133, 134) tarafından yapılmış olup, kesme puanının 17 olduğu kabul edilmiştir. 10-16 puan arası hafif, 17-29 puan arası orta ve 30-63 puan arası şiddetli depresif belirtiler olarak değerlendirilmektedir (135).

3.3. İstatistiksel Değerlendirme

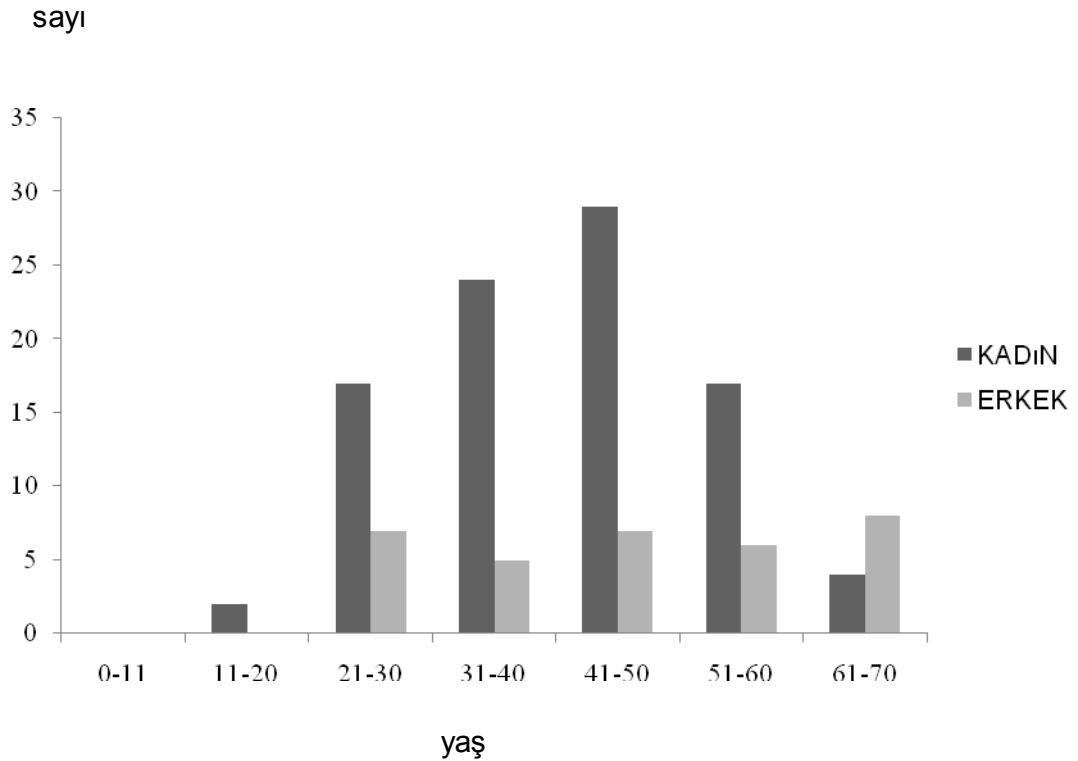
Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 programı kullanıldı. İstatistiksel analizlerde kesikli değişkenlerde ki kare testi, sürekli değişkenler arasındaki ilişkiyi değerlendirmede Pearson korelasyon analizi, sürekli değişkenlere ait karşılaştırmalarda ise parametrik koşulları sağlayıp sağlamama durumuna göre Mann Whitney U Testi veya Student t testinden uygun olanı kullanıldı. Yapılan Kolmogorov Smirnov testinde kaşıntı süresi normal dağılıma

uygun olarak saptanmadı ($p < 0.05$). Tüm değerlendirmelerde $p < 0.05$ düzeyi anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Bu çalışma, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji polikliniğine Ekim 2011-Nisan 2012 tarihleri arasında başvuran, kronik pruritus olarak değerlendirilen 691 hasta arasından seçilmiştir. 502 hasta birincil deri hastalığı nedeniyle, 57 hasta da kaşıntıya sebep olabilecek sistemik hastalıklar ve gebelik nedeniyle çalışmaya alınmadı. Geriye kalan 132 hasta içinde de 6 hasta onam vermedikleri için çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmaya toplam 126 hasta alındı. Hastalar cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, meslek, yaşadığı yer, ekonomik gelir düzeyi, alışkanlıklar ve psikiyatrik başvuruları açısından gruplandırılmıştır.

Çalışmaya alınan kronik prurituslu hastaların yaşları 18-65 arası olup, ortalaması 42.62 ± 12.05 yıl olarak tespit edildi. Hastaların cinsiyet dağılımında; kadın sayısı, erkek sayısından fazlaydı. Hastaların 93'ü (%73.8) kadın, 33'ü (%26.2) erkek idi. Hastaların yaş cinsiyet dağılımı Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1: Kronik prurituslu hastaların yaş-cinsiyet dağılımı (yaş aralığı 18-65).

Hastaların medeni durumunun dağılımında büyük bir kısmı evliydi (%81). Hastaların öğrenim düzeyi dağılımında; 30'u (%23.8) okur yazar, 49'u (%38.9) ilköğretim, 18'i (%14.3) ortaokul, 16'sı (%12.7) lise, 13'ü (%10.3) üniversite mezunuydu. Hastaların 65'i (%51.6) ev hanımı, 17'si (%13.5) işçi, 9'u (%7.1)

memur, 5'i (%4) serbest meslek olup, 14'ü (%11.1) emekli, 13'ü (%10.3) işsiz, 3'ü (%2.4) öğrenci idi. Hastaların büyük bir kısmı kentte yaşıyordu (%83.3). Hastaların ekonomik gelir dağılımında; 78'i (%61.9) 0-499 TL, 24'ü (%19.1) 500-999 TL ve 10'u (%7.9) 1000-1499 TL arası, 14'ü de (%11.1) 1500 TL ve üstü gelire sahipti. Hastaların büyük bir kısmının alışkanlığı yoktu (%76.1). Hastaların 105'inin (%83.3) daha önce psikiyatrik başvurusu yoktu (Tablo 3).

Tablo 3: Kronik prurituslu hastaların sosyodemografik özellikleri.

	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	93	73.8
Erkek	33	26.2
Yaş ortalaması (Ort ± SS yıl)	42.62±12.05	
Medeni durum		
Evli	102	81
Bekar	11	8.7
Dul/boşanmış	13	10.3
Öğrenim düzeyi		
Okur yazar	30	23.8
İlkokul	49	38.9
Ortaokul	18	14.3
Lise	16	12.7
Üniversite	13	10.3
Meslek		
Memur	9	7.1
İşçi	17	13.5
Ev hanımı	65	51.6
İşsiz	13	10.3
Emekli	14	11.1
Serbest meslek	5	4
Öğrenci	3	2.4
Yaşadığı yer		
Köy	13	10.3
İlçe	8	6.4
Kent	105	83.3
Ekonomik gelir düzeyi		
0-499TL	78	61.9
500-999TL	24	19.1
1000-1499TL	10	7.9
1500-↑TL	14	11.1
Alışkanlıklar		
Sigara	21	16.7
Alkol	0	0
Maraş otu	8	6.4
Madde	0	0
Sigara+alkol+maraş otu	1	0.8
Alışkanlık yok	96	76.1
Psikiyatrik başvuru		
Var	21	16.7
Yok	105	83.3

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Kronik prurituslu hastaların DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre psikiyatrik değerlendirme sonucunda; 37'sinde (%29.4) psikiyatrik tanı bulunmazken, 89'unda (%70.6) 1-3 arası değişen sayılarda psikiyatrik tanıları mevcuttu.

Kronik prurituslu hastaların 32'sinde (%25.3) major depresif bozukluk, 6'sında (%4.8) distimik bozukluk, 5'inde (%4) başka türlü adlandırılmayan (BTA) depresif bozukluk, 1'inde (%0.8) bipolar I bozukluk, 13'ünde (%10.3) yaygın anksiyete bozukluğu, 10'unda (%7.9) obsesif kompulsif bozukluk, 3'ünde (%2.4) özgül fobi, 3'ünde (%2.4) sosyal fobi, 3'ünde (%2.4) BTA anksiyete bozukluğu, 3'ünde (%2.4) agorafobili panik bozukluk, 1'inde (%0.8) agorafobisiz panik bozukluk, 1'inde (%0.8) şizofreni, 1'inde (%0.8) BTA psikotik bozukluk, 41'inde (%32.5) farklılaşmamış somatoform bozukluk, 4'ünde (%3.2) vücut dismorfik bozukluk, 1'inde (%0.8) somatizasyon bozukluğu, 4'ünde (%3.2) uyum bozuklukları tanıları tespit edilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4: Kronik prurituslu hastaların psikiyatrik değerlendirme sonuçları*.

Psikiyatrik Tanılar	sayı	%
Duygudurum Bozuklukları		
Majör depresif bozukluk	32	25.3
Distimik bozukluk	6	4.8
BTA depresif bozukluk	5	4
Bipolar I bozukluğu	1	0.8
Anksiyete Bozuklukları		
Yaygın anksiyete bozukluğu	13	10.3
Obsesif kompulsif bozukluk	10	7.9
Panik bozukluğu, agorafobi olan	3	2.4
Panik bozukluğu, agorafobi olmayan	1	0.8
Özgül fobi	3	2.4
Sosyal fobi	3	2.4
BTA anksiyete bozukluğu	3	2.4
Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar		
Şizofreni	1	0.8
BTA psikotik bozukluk	1	0.8
Somatoform Bozukluklar		
Somatizasyon bozukluğu	1	0.8
Farklılaşmamış somatoform bozukluk	41	32.5
Vücut dismorfik bozukluğu	4	3.2
Uyum Bozuklukları	4	3.2

*Bazı hastalara birden fazla psikiyatrik bozukluk tanısı konmuştur.

**BTA: Başka türlü adlandırılmayan

Kronik prurituslu hastalarda; psikiyatrik tanı alanlarla almayanlar arasında yaş, cinsiyet, kaşıntının başlama yaşı, süresi ve skorunun karşılaştırılması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Her iki grupta da kadınların sayısı erkeklerden fazlaydı. Kaşıntı lokalizasyonunun dağılımında; psikiyatrik tanı alan grupta jeneralize kaşıntı, psikiyatrik tanı almayan gruba göre anlamlı derecede yüksek saptandı ($p<0.05$). Psikiyatrik tanı alan grupta BDE puanları da, psikiyatrik tanısı olmayan gruba göre anlamlı derecede yüksek saptandı ($p<0.05$) (Tablo 5).

Tablo 5: Kronik prurituslu hastalarda psikiyatrik tanı alanlarla almayanların yaş, cinsiyet, kaşıntının başlama yaşı, süresi, lokalizasyonu, skoru ve BDE puanı karşılaştırılması.

	Psikiyatrik tanı alanlar (s: 89)	Psikiyatrik tanı almayanlar (s:37)	p
Yaş (Ort \pm SS yıl)	42.91 \pm 11.63	41.92 \pm 13.13	0.676
Cinsiyet (kadın/erkek %)	77.5/22.5	64.9/35.1	0.141
Kaşıntının başlama yaşı (Ort \pm SS yıl)	37.56 \pm 12.3	38.73 \pm 13.56	0.639
Kaşıntı süresi (ay) (Min-Med-Mak)	1.50-24-324	2-24-240	0.125
Kaşıntının lokalizasyonu (genel/lokal %)	40.4/59.6	21.6/78.4	0.043
Kaşıntı skoru (Ort \pm SS)	5.89 \pm 2.49	6.05 \pm 2.85	0.744
BDE puanı (Ort \pm SS)	15.29 \pm 8.43	8.7 \pm 4.25	<0.001

*s: sayı, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, BDE: Beck depresyon envanteri

Min: Minimum, Med: Median, Mak: Maksimum

BDE puanına göre kronik prurituslu hastaların 78'i (%62) hafiften şiddetliye değişen oranlarda depresif belirtiler gösteriyordu. Bunlardan 39'u (%31) hafif depresif belirtiler, 34'ü (%27) orta depresif belirtiler, 5'i (%4) ağır depresif belirtiler şeklindeydi (Tablo 6).

Tablo 6: Kronik prurituslu hastalardaki BDE puanları.

BDE	sayı	%
0-9	48	38
10-16: hafif depresif belirtiler	39	31
17-29: orta depresif belirtiler	34	27
30-63: şiddetli depresif belirtiler	5	4

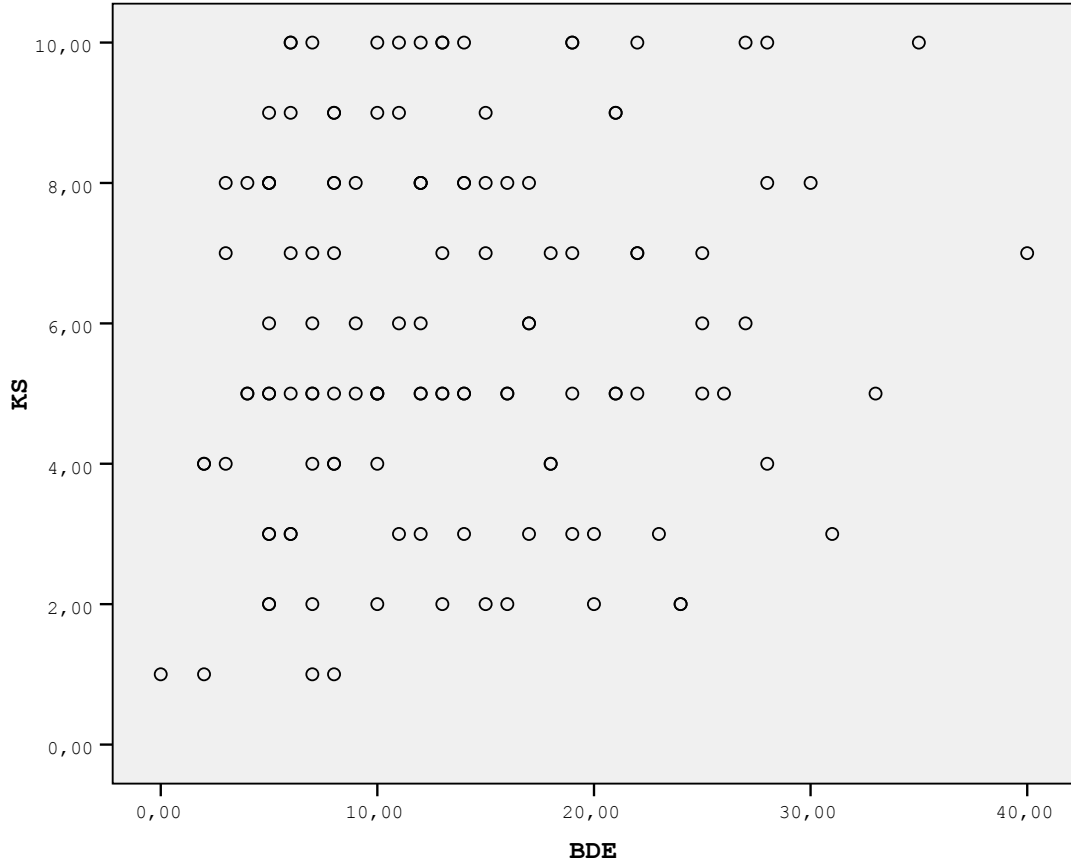
*BDE: Beck depresyon envanteri

Kaşıntı şiddeti değerlendirilen kronik prurituslu hastaların kaşıntı skorlarının ortalaması 5.94 ± 2.59 idi. Hastaların kaşıntı skorlarının dağılımı tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7: 1-10 arası kaşıntı skoruna sahip kronik prurituslu hastaların sayı ve yüzde oranları.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	10	12	10	27	9	12	18	9	15
%3.2	%7.9	%9.6	%7.9	%21.4	%7.1	%9.6	%14.3	%7.1	%11.9

Kaşıntı skoru ile BDE puanı arasında pozitif, zayıf ($r=0.117$) ve anlamlı olmayan ($p= 0.192$) bir ilişki görüldü (şekil 2).



KS: Kaşıntı skoru, BDE: Beck depresyon envanteri

Şekil 2: Kronik prurituslu hastalarda kaşıntı skoru ile BDE puanı ilişkisi

Psikiyatrik tanı alan kronik prurituslu hastaların 36'sında (%40.4) jeneralize, 53'ünde (%59.6) lokalize kaşıntı vardı. Lokalize kaşıntısı olan hastaların 23'ünde (%25.9) vücut gövde kısmında, 17'sinde (%19.1) ekstremitelerde, 5'inde (%5.6) genital ya da anal bölgede, 4'ünde (%4.5) yüzde, 4'ünde (%4.5) saçlı deride kaşıntıları vardı. Psikiyatrik tanı alan kronik prurituslu hastaların 51'inde (%57.3) deride herhangi bir lezyon bulunmazken, 22'sinde (%24.7) ekskoriyasyon, 9'unda (%10.1) liken simpleks kronikus, 7'sinde (%7.9) prurigo nodularis şeklinde kaşıntıya sekonder deri lezyonları mevcuttu. Psikiyatrik tanı alan kronik prurituslu hastaların; 29'unda (%32.6) 1 yıl ve altı, 30'unda (%33.7) 1-5 yıl, 30'unda (%33.7) 5 yıl ve üstü süreyle kaşıntıları vardı (Tablo 8).

Tablo 8: Psikiyatrik tanı alan kronik prurituslu hastaların kaşıntı lokalizasyonlarının dağılımı, lezyon durumu ve kaşıntı süreleri.

Lokalizasyon	sayı	%
Genel	36	40.4
Yüz	4	4.5
Saçlı deri	4	4.5
Gövde	23	25.9
Ekstremitte	17	19.1
Genital ya da anal bölge	5	5.6
Lezyon Durumu		
Normal	51	57.3
Ekskoriyasyon	22	24.7
Liken simpleks kronikus	9	10.1
Prurigo nodularis	7	7.9
Süre		
1 yıl ve altı	29	32.6
1-5 yıl	30	33.7
5 yıl ve üstü	30	33.7

5. TARTIŞMA

Bu çalışma Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dermatoloji polikliniğinde kronik pruritus olarak değerlendirilip, birincil deri hastalıkları ve kaşıntıya sebep olabilecek sistemik hastalıklar hariç tutulan hastaların sosyodemografik verilerini, kaşıntının özelliklerini, varsa psikiyatrik bozukluklarını ve depresif belirtilerini ve bunlar arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılmıştır.

Çalışmamıza; birincil deri hastalıkları ve kaşıntıya sebep olabilecek sistemik hastalıkları olan hastalar alınmadığı gibi alınan öykü, yapılan fizik muayene ve gerekli laboratuvar incelemeleri sonucunda kaşıntıya sebep olabilecek birincil deri ve sistemik hastalıkları tespit edilen hastalar da alınmamışlardır. Birincil deri hastalıkları ve kaşıntıya sebep olabilecek sistemik hastalıkların, psikiyatrik bozukluklarla beraber bulunabileceği mümkün olabilmekle birlikte bizim amacımız sadece kaşıntı semptomu ile varsa psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. Diğer dermatolojik hastalıklarla beraber psikiyatrik etkenlerin birlikteliği de yoğun olabildiği için dermatoloji polikliniğine başvuran hastalardan kontrol grubu almadık. Hastaların %35.7'si ilaç kullanıyordu ancak kaşıntıya sebep olabilecek ilaçları kullanan hastalar çalışmaya alınmadı. Ayrıca ilaç kullanan hastalarda da ilaca başlama zamanı ile kaşıntının başlama zamanı arasında herhangi bir ilişki tespit edilememiştir.

Son dönemde yapılan çalışmalar kaşıntı patofizyolojisini açıklamaya çalışsa da henüz mekanizması tam olarak bilinmeyen kaşıntının sınıflamasında görüş birliğine varılamamıştır. Kaşıntının birincil deri ve sistemik hastalıklarla ilişkisini saptamaya yönelik çalışmalar yapılmış olsa da psikiyatrik faktörlerle ilişkisini saptamaya yönelik çalışmalar kısıtlı olup son yıllarda ilgi odağı olmuştur. Ayrıca çalışmaların çoğu önceki dosyaların ve kayıtların taranması şeklindedir. Klinik uygulamalarda kaşıntının organik etiyolojisi bulunamadığında idyopatik pruritus tanısı konarak diğer psikiyatrik bozukluklar göz ardı edilmektedir. Bizim çalışmamızdaki amacımız, bu konuya dikkat çekerek birçok psikiyatrik bozuklukla kaşıntı semptomunun birlikteliğini araştırmaktır.

Çalışmamızdaki hastaların yaşları 18 ile 65 arasında değişmekteydi. Cinsiyet dağılımında; kadınların oranı daha fazlaydı. (%73.8). Ferm ve

arkadaşlarının kronik prurituslu hastalar üzerinde yaptığı çalışmada da kadın hastaların oranı fazlaydı (37). Yine başka bir çalışmada kronik kaşıntılı dermatoloji hastalarında kadınların oranı %62.4 idi (136). Çalışmamızdaki hastaların büyük bir kısmının evli (%81) olduğu, kentte yaşadığı (%83.3) ve herhangi bir alışkanlığının olmadığı (%76.1) tespit edilmiştir.

Derinin hemostazında ve hastalıklarında periferik ve merkezi sinir sistemi ilişkisi önemli rol oynayıp (86), kaşıntının da sinir sistemi ile yakından ilişkisi olduğu bilinmektedir (19). Pek çok psikiyatrik durum kaşıntı sebebi olmakta (54), sadece mental kaşıntının olabileceği de gösterilmektedir (137). Kaşıntının başlangıcı ile psikiyatrik bozukluğun başlangıcı arasında, kronolojik olarak ilişki kurulabildiğinde tanı koymak kolay olabilmektedir (19). Bizim çalışmamızda da psikiyatr tarafından psikiyatrik bozukluklar açısından hastalara yapılandırılmış klinik görüşme uygulanarak kronik pruritus hastalarında psikiyatrik bozuklukların varlığı net bir şekilde ortaya konmaya çalışılmıştır.

Kronik prurituslu hastalarda birincil deri ve kaşıntıya sebep olabilecek sistemik hastalıkların hariç tutulduğu durumlarda psikiyatrik bozuklukların araştırılması yönünde veriler kısıtlı olup, Mazeh ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada psikiyatri hastalarında kaşıntı oranı %32 olarak tespit edilmiştir (138). Kronik kaşıntı, birçok deri hastalığında, son dönem böbrek ve karaciğer hastalıkları gibi sistemik hastalıklarda ve psikiyatrik bozukluklarda yaygın bir semptomdur (44). Bizim çalışmamızda da birincil deri hastalıkları ve kaşıntıya neden olabilecek sistemik hastalıkların hariç tutulduğu kronik prurituslu hastalarda psikiyatrik bozuklukların oranı %70.6 olarak tespit edilmiştir. Schneider ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da kronik kaşıntılı dermatoloji hastalarında psikiyatrik bozuklukların oranı % 70'in üzerinde bulunmuştur (136). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada jeneralize pruritusa en sık eşlik eden hastalık grubu psikiyatrik bozukluklardır (113). Pruritusta psikiyatrik bozuklukların görülme oranı, ülkemizdeki psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı (%17.2) (139) ile karşılaştırıldığında yüksek oranlardadır. Diğer dermatolojik hastalıklarda olduğu gibi kronik prurituslu hastalarda psikiyatrik bozuklukların yüksek oranda görülmesi ve ayrıca pruritusun psikiyatrik bozuklukların semptomu da olabilmesi, kaşıntıyla gelen hastalarda psikiyatrik etkenleri göz önünde bulundurmamızı gerektirmektedir.

Bizim çalışmamızda hastaların %34.1'inde depresif bozukluklar, %32.5'inde farklılaşmamış somatoform bozukluk, %28.6'sında anksiyete bozuklukları tespit edilmiştir. Çalışmamızda depresif bozukluklar içinde en sık major depresif bozukluk (%25.3), anksiyete bozuklukları içinde de en sık yaygın anksiyete bozukluğu (%10.3) ve obsesif kompulsif bozukluk (%7.9) tespit edilmiştir. Buna rağmen hastaların sadece %16.7'sinin daha öncesinde psikiyatrik başvuruları mevcuttu. Çalışmamızda somatoform kaşıntılar dışında depresif bozukluklarla anksiyete bozuklukları, kronik prurituslu hastalarda en yaygın psikiyatrik bozukluklar grubunu oluşturuyordu. Dinçer ve arkadaşlarının bir grup kronik prurituslu hastalarda yaptığı çalışmada da depresif bozukluklar ile anksiyete bozuklukların oranı %32 olarak tespit edilmiştir (140). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada da jeneralize pruritus hastalarında; depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları en sık psikiyatrik bozukluk grubunu oluşturuyordu (113).

DSM-IV-TR sınıflamasında depresif duygudurum, anksiyete ve davranım bozukluğu özelliklerine göre alt tiplere ayrılan uyum bozuklukları tanısı (34), çalışmamızda %3.2 oranında görülürken; Schneider ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kronik prurituslu dermatoloji hastalarında %22.9 oranında tespit edilmiştir (136). DSM-IV-TR sınıflamasında kronik idyopatik pruritus ile idyopatik pruritus ani, vulva ve skroti farklılaşmamış somatoform bozukluk olarak tanımlanmış olup (30), çalışmamızdaki hastalarda %32.5 oranında görülürken, Stangier ve arkadaşları ayaktan tedavi gören dermatoloji hastalarında %6.5 oranında somatoform kaşıntı olduğunu saptamışlardır (141).

Sosyal destek azlığı ve olumsuz yaşam olayları da kaşıntının meydana gelmesi ile ilişkilidir (142). Japonya'da yapılan bir çalışmada, genel popülasyonda psikolojik stresle kaşıntının sıklığı ilişkili bulunmuştur (143). Yine İtalya'da yapılan geniş katımlı bir çalışmada prurituslu hastalarda anlamlı oranda psikiyatrik morbidite saptanmıştır (10). Hastanın psikolojik durumu, kaşıntının varlığı ve şiddetini oldukça etkilemektedir (138).

Kadın dermatoloji hastalarında psikiyatrik komorbidite görülme sıklığı erkeklere göre daha fazla bulunmuştur (10). Çalışmamızdaki kronik prurituslu hastalarda; hem psikiyatrik tanı alanların hem de psikiyatrik tanı almayanların cinsiyet dağılımında kadınların oranı fazlaydı. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada da jeneralize prurituslu hastalarda psikiyatrik teşhis alanların büyük

çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktaydı (113). Çalışmamızda hastaların pruritus yakınma süreleri 6 haftadan 27 yıla kadar değişmektedir. Kılınç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da hastaların pruritus yakınma süreleri 15 gün ile 30 yıl arasında değişmekteydi (144). Bu durum da bize pruritustan muzdarip olan hastaların yakınma sürelerinin ne kadar uzun bir aralıkta olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda; hem en kısa ve hem de en uzun süreli kaşıntısı olan hastalarda psikiyatrik bozukluklar tespit edilmiştir.

Çalışmamızdaki kronik prurituslu hastalarda; psikiyatrik tanı alanlarda jeneralize kaşıntı, psikiyatrik tanı almayanlara göre daha yüksek oranda saptandı. Aras ve arkadaşlarının da yaptığı çalışmada jeneralize pruritusun en sık sebebi olarak psikojenik pruritus tespit edilmiştir (145). Fern ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada psikiyatrik bozukluğu olanlarda saçlı deri ve yüzde kaşıntı, psikiyatrik bozukluğu olmayanlara göre yüksek çıkmıştır (37). Çalışmamızda psikiyatrik tanı alan grupta jeneralize pruritus, lokalize pruritus alt gruplarıyla karşılaştırıldığında daha fazla görülmüştür, lokalize pruritus en sık vücut gövde kısmında (%25.9), en az da yüzde (%4.5) ve saçlı deride (%4.5) görülmüştür. Çalışmamızda genital ya da anal bölgede kaşıntının az görülmesinin sebebi, muhtemelen bu grup hastaların daha çok üroloji ve genel cerrahi polikliniklerine başvurmalarından kaynaklanmaktadır.

Çoğu araştırmalarda, kaşıntı nedeniyle ayaktan tedavi gören dermatoloji hastalarının %10-13'ünde, yatarak tedavi gören dermatoloji hastalarının da %20-23'ünde orta-şiddetli derecede depresyon göstererek depresyon ve anksiyete prevalans oranları (%16.7'ye kadar) araştırılmıştır (136). Bizim çalışmamızda da hastaların %31'inde hafif, %31'inde de orta-şiddetli depresif belirtiler vardı. Yine çalışmamızda depresif belirtilerin düzeyi, psikiyatrik tanı alan kronik prurituslu hasta grubunda, psikiyatrik tanı almayan kronik prurituslu hasta grubuna göre daha yüksek çıkmıştır. Sheehan-Dare ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da jeneralize prurituslu hastalarda depresif belirtiler, kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur (55). Bu durum da bize prurituslu hastaların psikiyatrik yönden değerlendirilmesinde depresif belirtilerin yüksek oranda eşlik edebileceğini göstermektedir.

Gupta ve arkadaşları, farklı dermatolojik hastalıkları olan hastalarda depresyonun derecesiyle kaşıntının şiddetini doğrudan korele olduğunu

göstermişlerdir (146). Bizim çalışmamızda depresyonun derecesiyle kaşıntının şiddeti arasında zayıf bir ilişki tespit edilmiştir.

Daha önce belirtildiği gibi kronik kaşımaya bağlı sekonder deri lezyonları görülebilmektedir (35). Biz de çalışmamızda hastaları, deri lezyonlarının durumuna göre gruplara ayırdık. Çalışmamızda psikiyatrik bozukluğu olan hastaların yarısından fazlasında deri lezyonu saptanmamıştır (%57.3), hastaların %24.7'sinde ekskoriyasyon tespit edilmiştir. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarımızın çoğunluğunda ekskoriyasyon şeklinde deri lezyonu mevcuttur. DSM-IV-TR psikokutan hastalıklar sınıflamasında da psikojenik ekskoriyasyon, dürtü kontrol bozukluğu (obsesif kompulsif bozukluk spektrum bozuklukları) grubu içinde yer alıp (30) bu konu tam olarak netliğe kavuşmamıştır. Çalışmamızda psikiyatrik bozukluğu olan hastaların %10.1'inde liken simpleks kronikus tespit edilmiştir. Liken simpleks kronikusta altta yatan stimulus kaşıntı olup çoğu zaman kaşıntı nedeni saptanamamakta ve bu grupta major depresif bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, sosyal fobi, somatizasyon bozukluğu gibi pek çok psikiyatrik bozukluk görülebilmektedir (81). Konuk ve arkadaşları da liken simpleks kronikus hastalarında depresyon ve dissosiyasyon skorlarını normal popülasyona göre daha yüksek bulmuşlardır (147). Etiyolojisi tam olarak açıklanmayan prurigo nodularisin sebepleri açısından birçok etken suçlanmış olup, psikiyatrik bozukluklar en önemlilerindendir (82). Çalışmamızda psikiyatrik bozukluğu olan hastaların %7.9'unda prurigo nodularis tespit edilmiştir. Prurigo nodularisli 46 hastanın katıldığı bir çalışmada hastaların %50'den fazlasında psikososyal bozukluklar kaydedilmiştir (148). Bu durum da bize kronik kaşımaya sekonder deri lezyonlarında psikiyatrik faktörlerin önemli rol oynadığını göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Diğer fiziksel hastalıklardan farklı olarak, deri hastalıklarının başkaları tarafından ilk bakışta fark edilebilecek olmaları psikiyatrik açıdan önem arz etmektedir. Psikiyatrik ve dermatolojik hastalıkların birbirine sıklıkla eşlik etmesi, özellikle de psikodermatolojik hastalıklarda bu iki bölümün yakın işbirliğini gerektirmekte olup konuya bütüncül bir bakış açısıyla yaklaşmayı gerektirmektedir. Bu da psikiyatri ve dermatoloji alanında görevli sağlık çalışanlarının bir arada olacağı psikodermatoloji birimlerinin yaygın bir şekilde kurulması gereğini ortaya çıkarmaktadır.

Bizim çalışmamızda da birincil deri ve sistemik hastalığı saptanamayan kronik prurituslu hastalarda yüksek oranda psikiyatrik bozuklukların görülmesi ve özellikle depresif belirtilerin eşlik etmesi, bu hastalarda psikiyatrik değerlendirmenin önemine işaret etmektedir.

Psikiyatrik destek, hastalığın seyrini ve tedavi yaklaşımını da etkileyeceğinden, bu alanla uğraşan hekimlerin ihmal etmemesi gereken bir husus olarak belirlemektedir.

Kronik prurituslu hastalarda psikiyatrik yönden değerlendirmeyi içerecek yeni çalışmaların yapılması bu alanda yapılmış olan kısıtlı sayıdaki araştırmalara katkı sağlayacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Ehsani AH, Toosi S, Mirshams SM, Arbabi M, Noormohammadpour P. Psycho-cutaneous disorders: an epidemiologic study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23:945-7.
2. Özcan Ö, Karlıdağ R. Dermatolog ve Psikiyatrist İşbirliğinin Gerekliliği. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2009; 2:11-5.
3. Beltraminelli H, Itin P. Skin and Psyche-From the surface to depth of inner world. *J Dtsch Dermatol Ges* 2008; 6:8-14.
4. Gupta MA, Gupta AK. Medically unexplained cutaneous sensory symptoms may represent somatoform dissociation: an empirical study. *J Psychosom Res* 2006; 60:131-6.
5. Misery L. Neuro-immuno-cutaneous system (NICS). *Pathol Biol* 1996; 44:867-74.
6. Mercan S. Deri Hastalıklarının Psikojenik Sonuçları ve Komorbiditeler. *TÜRKDERM* 2010; 44:25-35.
7. Koenig TW, Garnis-Janes S, Adrienne R, Tausk FA. Psychological aspects of skin diseases. Ed: Freidberg IM, Eisen AZ, Wolff K et al. *Fitzpatrick' s Dermatology in General Medicine*. 6th Edition, pp. 389-405, McGraw Hill, New York, 2003.
8. Hughes J, Barraclough B, Hamblin L, White J. Psychiatric symptoms in dermatology patients. *Brit J Psychiat* 1983; 143:51-4.
9. Aktan Ş, Özmen E, Şanlı B. Psychiatric disorders in patients attending a dermatology outpatient clinic. *Dermatology* 1998; 197:230-4.
10. Picardi A, Abendi D, Melchi CF, Puddu P, Pasquini P. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: An issue to be recognized. *Br J Dermatol* 2000; 143:983-91.
11. Pulimood S, Rajagopalan B, Rajagopalan M ve ark. Psychiatric morbidity among dermatology inpatients. *Nat Med J India* 1996; 5:208-10.
12. Schaller CM, Alberti L, Pott G ve ark. Psychosomatal disorders in dermatological illness. *Hautarzt* 1998; 49:276-9.
13. Windemuth D, Stucher M, Hoffmann K, Altmeyer P. Prevalence of psychological symptoms in dermatological patients of an acute clinic. *Hautarzt* 1999; 50:338-43.

14. Buske-Kirschbaum A, Jobst S, Wustmans A, Kirchbaum C, Rauh W, Hellhammer D. Attenuated free cortisol response to psychosocial stress in children with atopic dermatitis. *Psychosom Med* 1997; 59:419-26.
15. Stangier U, Ehlers A. Stress and anxiety in dermatological disorders. Ed: Mostofsky DI, Barlow DH, *The management of stress and anxiety in medical disorders*. 1st Edition, pp. 304-33, Needham Heights: Allyn & Bacon, 2000.
16. Gupta MA, Gupta AK. Stressful major life events are associated with a higher frequency of cutaneous sensory symptoms: an empirical study of non-clinical subjects. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004; 18:560-5.
17. James WD, Berger TG, Elston DM. *Andrews' Deri Hastalıkları Klinik Dermatoloji* (Çev. Ed: Aydemir EH) s. 51-68, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2008.
18. Delgard F, Lien L, Dalen I. Itch in the community: associations with psychosocial factors among adults. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; 21:1215-9.
19. Önder M. Pruritus. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL, ed. *Dermatoloji*. s. 161-82, cilt 1, 3. Basım, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2008.
20. Guyton AC, Hall JE. *Tıbbi Fizyoloji*. s. 815-42, Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, 2001.
21. Greaves MW. Pruritus. Ed: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, *Rook's Textbook of Dermatology*. 8th Edition, pp. 21-7, Wiley-Blackwell, 2010.
22. Van Os-Medendorp H, Eland-de Kok PCM, Grypdonck M, Bruijnzeel-Koomen CA, Ros WJ. Prevalence and predictors of psychosocial morbidity in patients with chronic pruritic skin. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006; 20:810-7.
23. Levenson JL. Psychiatric issues in dermatology. part 3: acne vulgaris and chronic idiopathic pruritus. *Prim Psychiatry* 2008; 15:28-30.
24. Yosipovitch G, Greaves MW. Definitions of itch. Ed: Yosipovitch G, Greaves MW, Fleischer Jr AB, McGlone F, *Itch: Basic Mechanisms and Therapy*. p. 2, Marcel Dekker, New York, 2004.
25. İşçimen A, Kayaalp L. Psikokutan Hastalıklar. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL, ed. *Dermatoloji*. s. 2095-134, cilt 2, 3. Basım, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2008.

26. Özmen M. Psikodermatoloji. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2008; 1:85-90.
27. Shafii M, Shafii SL. Exploratory psychotherapy in the treatment of psoriasis. Twelve hundred years ago. Arch Gen Psychiat 1979; 36:1242-5.
28. Groddeck G. Das Buch vom Es. Limes Verlag, Wiesbaden, 1961.
29. Hoegl L, Fichter M, Plewig G. In-patient behavioral medicine for chronic skin diseases. Hautarzt 1998; 49:270-5.
30. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock' s Comprehensive Textbook of Psychiatry (Çev. Ed: Aydın H, Bozkurt A) s. 2105-240, Güneş Kitabevi, Ankara, 2007.
31. Koblenzer CS. Psychocutaneous Disease. pp. 77-8, 1st Edition, Grune Stratton, Orlando, 1987.
32. Taylor R, Bewley A, Melidonis N. Psychodermatology. Psychiatry and Medicine 2006; 81-4.
33. Dünya Sağlık Örgütü. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması (Çev. Ed: Öztürk MO, Uluğ B) Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993.
34. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (Çev. Ed: Köroğlu E), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.
35. Ständer S, Weisshaar E, Mettang T, Szepietowski JC, Carstens E, Ikoma A ve ark. Clinical classification of itch: a position paper of the International Forum for the Study of Itch. Acta Derm Venereol 2007; 87:291-4.
36. Şenol M. Kaşıntı nedir? Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special topics 2011; 4:1-2.
37. Ferm I, Sterner M, Wallengren J. Somatic and psychiatric comorbidity in patients with chronic pruritus. Acta Derm Venereol 2010; 90:395-400.
38. Twycross R, Greaves MW, Handwerker H, Jones EA ve ark. Itch: scratching more than the surface. JQM 2003; 96:7-26.
39. Greaves MW. Pruritus. Ed: Burnst T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, Rook's Textbook of Dermatology. 7th Edition, pp. 16.1-16.15, Blackwell Science, Oxford, 2004.
40. Yosipovitch G. Pruritus. Curr Pobl Dermatol 2003; 15:143-64.

41. Greaves MW. Itch in systemic disease: therapeutic options. *Dermatol Ther* 2005; 18:323-7.
42. Weisshaar E, Kucenic MJ, Fleischer AB Jr. Pruritus: a review. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)* 2003; 213:5-32.
43. Koblenzer CS. Itching and the atopic skin. *J Allergy Clin Immunol* 1999; 104:109-13.
44. Yosipovitch G, Greaves MW, Schmelz M. Itch. *Lancet* 2003; 361:690-4.
45. Yıldız S. Kaşıntının fizyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-special Topics* 2011; 4:18-22.
46. Greaves MW, Mediators of Pruritus. Ed: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP et al. *Dermatology*. pp. 85-93, Mosby, Edinburgh, 2003.
47. Krajnik M, Zyllicz Z. Understanding pruritus in systemic disease. *J Pain Symptom Manage* 2001; 21:151-68.
48. Wallengren J. Neuroanatomy and neurophysiology of itch. *Dermatol Ther* 2005; 18:292-303.
49. Umeuchi H, Togashi Y, Honda T, Nakao K, Okano K, Tanaka T ve ark. Involvement of central mu-opioid system in the scratching behavior in mice, and the suppression of it by the activation of kappa-opioid system. *Eur J Pharmacol*. 2003; 477:29-35.
50. Togashi Y, Umeuchi H, Okano K, Ando N, Yoshizawa Y, Honda T ve ark. Antipruritic activity of the kappa-opioid receptor agonist, TRK-820. *Eur J Pharmacol* 2002; 435:259-64.
51. Seiffert K, Hilbert E, Schaechinger H, Zouboulis CC, Deter HC. Psychophysiological reactivity under mental stress in atopic dermatitis. *Dermatology* 2005; 210:286-93.
52. Yosipovitch G, Fleischer AB. Itch associated with skin disease: Advances in pathophysiology and emerging therapies. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4:617-22.
53. Kalaycıyan A, Tüzün YÇ. Psoriasis klinik özellikler. *T Klin Dermatoloji* 2003; 13:154-9.
54. Arıcan Ö. Kaşıntının patofizyolojisi, kliniği ve tedavisi. *TÜRKDERM* 2005; 39:88-97.
55. Sheehan-Dare RA, Handerson MJ, Cotterill JA. Anxiety and depression in patients with chronic urticaria and generalized pruritus. *Br J Dermatol* 1990; 123:769-74.

56. Moses S. Pruritus. *Am Fam Physician* 2003; 68:1135-42.
57. Şener S, Şenol M. Kaşıntının sınıflandırılması. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-special Topics* 2011; 4:38-9.
58. Bingham EA, Burrows D, Sandford JC. Prolonged pruritus and bullous pemphigoid. *Clin Exp Dermatol* 1984; 9:564-70.
59. Bernhard JD. *Itch: Mechanisms and management of pruritus*. McGraw Hill, New York, 1994.
60. Dacus JV, Muram D. Pruritus in pregnancy. *South Med J* 1987; 80:614-7.
61. Holmes RC, Black MM. The specific dermatoses of pregnancy: a reappraisal with special emphasis on a proposed simplified clinical classification. *Clin Exp Dermatol* 1982; 7:65-73.
62. Onsun N, Balsever Y, Karakullukçu F, Nişancı P, Atılganoğlu U, Bozfakioğlu S. Hemodiyalitik kronik böbrek yetmezliği olgularında dermatolojik bulgular. XIII. Ulusal Dermatoloji Kongresi, s. 631-4, Çukurova Üniversitesi Basımevi, Adana, 1990.
63. Öztürkcan S, Topçu S, Özçelik S, Akıncı S, Marufi M. Hemodiyalize bağımlı kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda dermatolojik bulgular. *Lepra Mecmuası* 1993; 24:90-5.
64. Güleç TO, Seçkin D, Erdemli JT, Güz G. Kronik böbrek yetmezliğinde deri bulguları. *T Klin Dermatoloji* 1998; 8:94-7.
65. Balevi Ş, Uysal H. Hemodiyaliz hastalarında kutanöz değişiklikler. *Genel Tıp Dergisi* 2000; 10:83-5.
66. Urbonas A, Schwartz RA, Szepietowski JC. Uremic pruritus: an update. *Am J Nephrol* 2001; 21:343-50.
67. Özgöztaş O, Kayıran N. Sistemik hastalıklardaki kaşıntının mekanizması. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-special Topics* 2011; 4:46-50.
68. Jabbour SA. Cutaneous manifestations of endocrine disorders. A guide for dermatologists. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4:315-31.
69. Gobbi PG, Attardo-Parrinello G, Lattanzio G, Rizzo SC, Ascari E. Severe pruritus should be a B-symptom in Hodgkin' s disease. *Cancer* 1983; 51:1934-6.
70. Lober CW. Should the patient with generalized pruritus be evaluated for malignancy? *J Am Acad Dermatol* 1988; 19:350-2.

71. Feiner AS, Mahmood T, Wallner SF. Prognostic importance of pruritus in Hodgkin' s disease. JAMA 1978; 240:2738-40.
72. Milazzo F, Piconi S, Trabattoni D, Magni C, Coen M, Capetti A ve ark. Intractable pruritus in HIV infection: Immunologic characterization. Allergy 2000; 54:266-72.
73. Stander S, Steinhoff M, Schmelz M, Weisshaar E, Metze D, Luger T. Neurophysiology of pruritus: cutaneous elicitation of itch. Arch Dermatol 2003; 139:1463-70.
74. Ward JR, Bernhard JD. Willan' s itch and other causes of pruritus in the elderly. Int J Dermatol 2005; 44:267-73.
75. Lotti T, Buggiani G, Prignano F. Prurigo nodularis and lichen simplex chronicus. Dermatol Ther 2008; 21:42-6.
76. Günaştı S, Aksungur VL. Liken Simpleks Kronikus. Tüzün Y, Serdaroğlu S, Erdem C, Özpoyraz M, Önder M, Öztürkcan S, ed. Dermatolojide Tedavi. s. 524-6, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2010.
77. Burgin S. Nummuler Eczema and Lichen Simplex Chronicus/Prurigo Nodularis. Ed: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paleer SA, Lefell DJ, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7th Edition, pp. 158-62, McGraw Hill, New York, 2008.
78. Holden CA, Berth-Jones J. Eczema, lichenification, prurigo and erythroderma. Ed: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, Rook' s Textbook of Dermatology. 7th Edition, pp. 17.1-17.55, Blackwell Science, Oxford, 2004.
79. Lynch PJ. Lichen simplex chronicus (atopic/neurodermatitis) of the anogenital region. Dermatol Ther 2004; 17:8-19.
80. Aydemir EH. Kendine zarar vermeyele seyreden hastalıklar. TÜRKDERM 2010; 44:41-5.
81. Görgülü A, Görgülü Y. Liken simpleks kronikus. Türkiye Klinikleri J Dermatol-special Topics 2009; 2:86-9.
82. Akdeniz N. Prurigo nodülariste psikolojik faktörler. Türkiye Klinikleri J Dermatol-special Topics 2009; 2:58-60.
83. Lee MR, Shumack S. Prurigo nodularis: review. Australas J Dermatol 2005; 46:211-8.
84. Aydemir EH. Psikokutan Dermatozlar. Tüzün Y, Kotoğyan A, Aydemir EH ve ark. ed. Dermatoloji' de. s. 717-20, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1994.

85. Adışen E, Gürer MA. Prurigo Nodularis. Tüzün Y, Serdaroğlu S, Erdem C, Özpoyraz M, Önder M, Öztürkcan S, ed. Dermatolojide Tedavi. s. 686-8, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2010.
86. Karaca Ş, Erkan F, Terzili M. Nöropsikiyatrik hastalıklardaki kaşıntının mekanizması. Türkiye Klinikleri J Dermatol-special Topics 2011; 4:51-6.
87. Özgöztaş O. Kronik İdyopatik pruritus . Türkiye Klinikleri J Dermatol-special Topics 2009; 2:71-6.
88. Kulaç M, Türker GE. İdyopatik kaşıntılar. Türkiye Klinikleri J Dermatol-special Topics 2011; 4:62-5.
89. Goon ATJ, Yosipovitch G, Chan YH, Goh CL. Clinical Characteristics of generalized idiopathic pruritus in patients from a tertiary referral center in Singapore. Int J Dermatol 2007; 46:1023-6.
90. Bergasa NV, Link MJ, Keogh M, Yaroslavsky G, Rosenthal RN, McGee M. Pilot study bright-light therapy reflected toward the eyes for the pruritus of chronic liver disease. Am J Gastroenterol 2001; 96:1563-70.
91. Yosipovitch G, Sackett-Lundeen L, Goon A, Yong Huak C, Leok Goh C, Haus E. Circadian and ultradian (12h) variations of skin blood flow and barrier function in non-irritated and irritated skin-effect of topical corticosteroids. J Invest Dermatol 2004; 122:824-9.
92. Gieler U. Pruritus and other somatoform disorders (Avaliable at: [http:// www.psychodermatologie. cz/symposium](http://www.psychodermatologie.cz/symposium)).
93. Harth W, Hermes B, Niemier V, Gieler U. Clinical pictures and classification of somatoform disorders in dermatology. EJD 2006; 16:607-14.
94. Bernhard JD. Itch and pruritus: what are they show should itches be classified? Dermatol Ther 2005; 18:288-91.
95. Bernhard JD. Pruritus. Lancet 1995; 345:1584.
96. Altunay İK, Köşlü A. Psikojenik Pruritus. Türk Dermatoloji Dergisi 2008; 2:116-20.
97. Misery L, Alexandre S, Dutray S, Chastaing M ve ark. Functional itch disorder or psychogenic pruritus: suggested diagnosis criteria from the French psychodermatology group. Acta Derm Venereol 2007; 87:341-4.
98. Hatch ML, Paradis C, Freidman S, Popkin M, Shalita AR. Obsessive-compulsive disorder in patients with chronic pruritic conditions: case studies and discussion. J Am Acad Dermatol. 1992; 26:549-51.

99. Arnold LM, McElroy SL, Mutasim DF, Dwight MM, Lamerson CL, Morris EM. Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. *J Clin Psychiatry* 1998; 59:509-14.
100. Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF. The self-inflicted dermatoses: a critical review. *Gen Hosp Psychiatry* 1987; 9:45-52.
101. Arnold LM, Auchenbach MB, McElroy SL. Psychogenic Excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *CNS Drugs* 2001; 15:351-9.
102. Mercan S, Altunay İK. Dermatolojide görülen kendini yaralama davranışları ve psikiyatrik bozukluklarla ilişkileri. *Dermatose* 2006; 4:226-34.
103. Gupta MA, Gupta AK. Psychodermatology: an update. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34:1030-46.
104. Akçalı C. Nörojenik Ekskoriyasyonlar. Tüzün Y, Serdaroğlu S, Erdem C, Özpoyraz M, Önder M, Öztürkcan S, ed. *Dermatolojide Tedavi*. s. 608-9, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2010.
105. Çalığışu C, Yücel B, Polat A, Baykal C. Psikojenik deri yolmanın psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi: karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13:282-9.
106. Millard LG, Cotteril JA. Psychocutaneous disorders. Ed: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, Rook' s Textbook of Dermatology. 7th Edition, pp. 61.1-61.41, Blackwell Science, Oxford, 2004.
107. Vythilingum B, Stein DJ. Obsessive-compulsive disorders and dermatologic disease. *Dermatologic Clinics* 23/4. Psychocutaneous Disease. Ed: Gupta MA. 2005; 675-80.
108. Koo J, Lee S. Psychocutaneous diseases. Ed: Bolgna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, *Dermatology*. 2nd Edition, part: 8, Mosby, 2007.
109. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. s.155-80, cilt 1, 11. Basım, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2008.
110. Mercan S. Primer Psikiyatrik Hastalıklar. *TÜRKDERM* 2010; 44:16-24.
111. Lepping p, Freudenmann RW. Delusional parasitosis: a new pathway for diagnosis and treatment. *Clin Exp Dermatol* 2008; 33:113-7.
112. Şenol M. Kaşıntılı Hastaya Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-special Topics* 2011; 4:66-7.

113. Er N. Jeneralize pruritus hastalarında klinik ve laboratuvar bulguların değerlendirilmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Uzmanlık Tezi, Samsun, 2010.
114. Hercogova J. Topical anti-itch therapy. *Dermatol Ther* 2005; 18:341-3.
115. Nolano M, Simone DA, Wendelschafer-Crabb G, Johnson T, Hazen E, Keneddy WR. Topical capsaicin in humans: parallel loss of epidermal nerve fibers and pain sensation. *Pain* 1999; 81:135-45.
116. Yosipovitch G, Sugeng MW, Chan YH, Goon A, Ngim S, Goh CL. The effect of topically applied aspirin on localized circumscribed neurodermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45:910-3.
117. Andoh T, Nishikawa Y, Yamaguchi-Miyamoto T, Nojima H, Narumiya S, Kuraishi Y. Thromboxane A2 induces itch-associated responses through TP receptors in the skin in mice. *J Invest Dermatol* 2007; 127:2042-7.
118. O' Donoghue M, Tharp MD. Antihistamines and their role as antipruritics. *Dermatol Ther* 2005; 18:333-40.
119. Millikan LE. Pruritis: unapproved treatments or indications. *Clin Dermatol* 2000; 18:149-52.
120. Metze D, Reimann S, Beissert S. Efficacy and safety of naltrexone, an oral opiate receptor antagonist, in the treatment of pruritus in internal and dermatological diseases. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41:533-9.
121. Shaw RJ, Dayal S, Good J, Bruckner AL, Joshi SV. Psychiatric medication for the treatment of pruritus. *Psychosom Med* 2007; 69:970-8.
122. Patel T, Yosipovitch G. The management of chronic pruritus in the elderly. *Skin Therapy Lett* 2010; 15:5-9.
123. Tivoli YA, Rubenstein RM. Pruritus: An updated look at on old problem. *J Clin Aesthet Dermatol* 2009; 2:30-6.
124. Pişkin S. Kaşıntının sistemik tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-special Topics* 2011; 4:72-6.
125. Yesudian PD, Wilson NJ. Efficacy of gabapentin in the management of pruritus of unknown origin. *Arch Dermatol* 2005; 141:1507-9.
126. Wallengren J, Sundler F. Cutaneous field stimulation in the treatment of severe Itch. *Arch Dermatol* 2001; 137:1323-5.
127. Koblenzer CS. The emotional impact of chronic and disabling skin disease: a psychoanalytic perspective. *Dermatol Clin* 2005; 23:619-27.

128. Köroğlu E. Psikonozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. s. 91-100, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2004.
129. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structered Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV). American Psychiatric Press, Washington D. C., 1997.
130. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen DA, Köroğlu E. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe' ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999; 12:233-6.
131. Beck AT, Ward CH, Mehdelson M ve ark. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-71.
132. Tegin B. Depresyondaki kognitif bozukluklar: Beck modeline göre bir değerlendirme. Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Doktora Tezi, Ankara, 1980.
133. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri' nin geçerliği üzerine bir çalışma. Psikoloji Dergisi 1988; 6:118-26.
134. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri' nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. Psikoloji Dergisi 1989; 7:3-13.
135. Yaka E, Aysevener EO, Çifçioğlu Ö, Çakmur R. Esansiyel Tremor ve Parkinson Hastalarında Depresyon Sıklığı ile Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması. Nöropsikiyatri Arşivi 2011; 48:255-60.
136. Schneider G, Driesch G, Heuft G, Evers S, Lugert TA, Ständert S. Psychosomatic cofactors and psychiatric comorbidity in patients with chronic itch. Clin Exp Dermatol 2006; 31:762-7.
137. Niemeier V, Kupfer J, Gieler U. Observations during an itchinducing lecture. Dermatol Psychosom 1999; 1:15-9.
138. Mazeh D, Melamed Y, Cholostoy A, Aharonovitch V, Weizman A, Yosipovitch G. Itching in the Psychiatric Ward. Acta Derm Venereol 2008; 88:128-31.
139. Küey L, Cimilli C. Psikiyatrik Epidemiyoloji. Köroğlu E, Güleç C, ed. Psikiyatri Temel Kitabı. s. 87-102, 2. Basım, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.
140. Dinçer T, Özmen E, Torun A. Psikojenik prurituslu hastalarda psikiyatrik morbidite. İzmir Devlet Hastanesi Tıp Dergisi 1995; 33:111-7.

141. Stangier U, Gieler U. Somatoforme Störungen in der Dermatologie. *Psychoterapie* 1997; 2:91-101.
142. Rea JN, Newhouse ML, Halil T. Skin disease in Lambeth. A community study of prevalence and use of medical care. *Br J Prev Soc Med* 1976; 30:107-14.
143. Yamamoto Y, Yamazaki S, Hayashino Y, Takahashi O, Tokuda Y, Shimbo T ve ark. Association between frequency of pruritic symptoms and perceived psychological stress: a Japanese population-based study. *Arch Dermatol* 2009; 145:1384-8.
144. Kılınç I, Ceylan C, Ünal İ, Özdemir F, Alper S. Jeneralize pruritus ve sistemik hastalıklar: Bir retrospektif çalışma. *Ege Tıp Dergisi* 2002; 41:29-31.
145. Aras N, Taşkaplan O, Köse O, Gür AR. Generalize pruritusta etyoloji. *T Klin Dermatoloji* 1992; 2:15-8.
146. Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ, Ellis CN. Depression modulates pruritus perception: a study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. *Psychosom Med* 1994; 56:36-40.
147. Konuk N, Koca R, Atik L, Muhtar S, Atasoy N, Bostancı B. Psychopatolgy, depression and dissociative experiences in patients with lichen simplex chronicus. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29:232-5.
148. Rowland Payne CM, Wilkinson JD, McKee PH, Jurecka W, Black MM. Nodular prurigo-A clinicopathological study of 46 patients. *Br J Dermatol* 1985; 113:431-9.

8. ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Kronik prurituslu hastaların yaş-cinsiyet dağılımı.....	30
Şekil 2. Kronik prurituslu hastalarda kaşıntı skoru ile BDE.....	35
puanı ilişkisi	

9. TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. DSM-IV-TR psikokutan hastalıklar sınıflandırılması.....	5
Tablo 2. Psikojenik pruritusta tanı kriterleri.....	18
Tablo 3. Kronik prurituslu hastaların sosyodemografik özellikleri.....	31
Tablo 4. Kronik prurituslu hastaların psikiyatrik değerlendirme.....	32
sonuçları	
Tablo 5. Kronik prurituslu hastalarda psikiyatrik tanı alanlarla.....	33
almayanların yaş, cinsiyet, kaşıntının başlama yaşı, süresi, lokalizasyonu, skoru ve BDE puanı karşılaştırılması	
Tablo 6. Kronik prurituslu hastalardaki BDE puanları.....	34
Tablo 7. 1-10 arası kaşıntı skoruna sahip kronik prurituslu.....	34
hastaların sayı ve yüzde oranları	
Tablo 8. Psikiyatrik tanı alan kronik prurituslu hastaların.....	36
kaşıntı lokalizasyonlarının dağılımı, lezyon durumu ve kaşıntı süreleri	

10. EKLER DİZİNİ

Sayfa No

Ek 1. Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı

57

EK-1

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kronik Pruritus Hastalarında Psikiyatrik Profil				
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU					
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yard.Doç.Dr. Fatma Özlem Orhan				
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri				
	KOORDİNATÖRÜN UNVANI/ADI/SOYADI	Yard.Doç.Dr. Fatma Özlem Orhan				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı/K. Maraş				
	DESTEKLEYİCİ					
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMCİLCİSİ					
	ARAŞTIRMA FAZİ	FAZ 1				
		FAZ 2				
FAZ 3						
FAZ 4						
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon					
	Yüksek Doz Araştırması					
	Diğer İlaç Belirtiniz	<input checked="" type="checkbox"/>	Uzmanlık Tezi			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOKMERKEZ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası	Dil		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI		Açıklama			
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ					
	SIGORTA					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ					
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFERFORMU					
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ					
	ILAN					
	YILLIK BİLDİRİM					
	SONUÇ RAPORU					
GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ						
DİĞER						

KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2011/53	Karar Tarihi : 04.10.2011
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul Üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI : Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI : Prof. Dr. Kader KÖSE

ETİK KURUL ÜYELERİ

Ünvanı / Adı Soyadı Ek Üyeligi	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyetü	İlişki (*)	Kablim (**)	İmza
Prof. Dr. Kader KÖSE	Tıbbi Biyokimya	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Kader Köse</i>
Prof. Dr. Yücel ARİTAS	Genel Cerrahi	Emekli Öğrt. Üye	E <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	<i>Yücel Arıtas</i>
Prof. Dr. Aydın ERENMEMİŞOĞLU	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Aydın Erenmemişoğlu</i>
Prof. Dr. Olgun KONTAŞ	Patoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Olgun Kontaş</i>
Prof. Dr. Duran ARSLAN	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Duran Arslan</i>
Prof. Dr. Nezan DOLU	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/> X <input checked="" type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Nezan Dolu</i>
Prof. Dr. İrfan ÖZYAZGAN	Plastik ve Rekonst.	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>İrfan Özyazgan</i>
Doç. Dr. Polat DURUKAN	Acil Tıp	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	<i>Polat Durukan</i>
Doç. Dr. Fatih TANRIVERDİ	İç Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	<i>Fatih Tanriverdi</i>
Doç. Dr. Leyla HASDIRAZ	Göğüs Cerrahisi	E.Ü. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/> X <input checked="" type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Leyla Hasdiraz</i>
Doç. Dr. Ertuğrul MAVİLİ	Radyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Ertuğrul Mavili</i>
Yard. Doç. Dr. Ferhan ELMALİ	Biyostatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Ferhan Elmali</i>
Av. Zübeyde ÇELEBİ	Avukat	Hukuk Müşaviri	E <input checked="" type="checkbox"/> X <input checked="" type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Zübeyde Çelebi</i>
Ecz. Dilşad KÜÇÜKKEMAH	Eczacı	Serbest Eczacı	E <input type="checkbox"/> X <input checked="" type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Dilşad Küçükke mah</i>
Yusuf Oğuz ALTUNTAŞ	Sivil Üye	Sivil-Tiyatro Sanatçısı	E <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Yusuf Oğuz Altuntaş</i>