



T.C.

MERSİN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ALOPESİ AREATA, PSORİASİS VE VİTİLİGOLU ÇOCUK
VE ERGENLERDE DEPRESYON VE KAYGI
DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Ufuk KAVUZLU

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Prof.Dr. Kıymet İNAN

2017 - MERSİN



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ALOPESİ AREATA, PSORİASİS VE VİTİLİGOLU ÇOCUK
VE ERGENLERDE DEPRESYON VE KAYGI
DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Ufuk KAVUZLU

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Prof.Dr. Kıymet İNAN

2017 - MERSİN

ÖNSÖZ

Asistanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, tezimin her aşamasında yardım ve desteğini esirgemeyen, anabilim dalı başkanımız ve tez danışmanım Prof. Dr. Kıymet İNAN'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca iyi bir hekim ve dermatolog olma yolunda bilgi ve deneyimlerini bizlerle paylaşan değerli hocalarım Prof. Dr. Güliz İKİZOĞLU, Prof. Dr. Tamer İrfan KAYA, Prof. Dr. Ayşın KÖKTÜRK, Prof. Dr. Ümit TÜRSEN ve Prof. Dr. Ayça YAZICI'ya,

Tezimle ilgili verilerin psikiyatrik değerlendirme ve analizine katkı sağlayan Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümünden Prof. Dr. Fevziye Toros'a,

Tezimle ilgili verilerin değerlendirilmesinde ve istatistiksel analizleri planlama konusunda yardımcı olan Tıbbi Biyoistatistik bölümünden Prof. Dr. Bahar Taşdelen'e,

Asistanlık sürecimde birlikte çalışmaktan onur ve mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma, hayatımın her aşamasında her zaman yanımda olan, maddi ve manevi her türlü desteği sağlayan annem, babam ve kardeşime teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ufuk Kavuzlu

2017-Mersin

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖZET	5
ABSTRACT	6
GİRİŞ VE AMAÇ	7
GENEL BİLGİLER	9
1. Alopesi Areata	9
1.1 Epidemiyoloji	9
1.2 Etyopatogenez	9
1.3 Klinik	10
1.4 Tanı ve Ayırıcı Tanı	11
1.5 Tedavi	12
1.5.1 Birinci Basamak Tedavi	12
1.5.2 İkinci Basamak Tedavi	13
1.5.3 Üçüncü Basamak Tedavi	13
2. Psoriasis	14
2.1 Epidemiyoloji	14
2.2 Etyopatogenez	14
2.3 Klinik	15
2.3.1 Deri Tutulumu	15
2.3.1.1 Plak Psoriasis	15
2.3.1.2 Guttat Psoriasis	16
2.3.1.3 Püstüler Psoriasis	16
2.3.1.4 Eritrodermik Psoriasis	17
2.3.1.5 Palmoplantar Psoriasis	17
2.3.2 Eklem Tutulumu	17
2.3.3 Tırnak Tutulumu	18

2.4 Tanı ve Ayırıcı Tanı	18
2.4.1 Tanı	18
2.4.2 Ayırıcı Tanı	19
2.5 Tedavi	19
2.5.1 Topikal Tedavi	19
2.5.1.1 Topikal Steroid	19
2.5.1.2 Vitamin D Analogları	19
2.5.1.3 Topikal Kalsinörin İnhibitörleri	20
2.5.2 Fototerapi	20
2.5.3 Sistemik Tedavi	20
2.5.3.1 Metotreksat	20
2.5.3.2 Asitretin	21
2.5.3.3 Siklosporin	21
2.5.3.4 Biyolojik Ajanlar	21
3. Vitiligo	22
3.1 Epidemiyoloji	22
3.2 Etyopatogenez	23
3.3 Klinik	23
3.4 Tanı ve Ayırıcı Tanı	24
3.4.1 Tanı	24
3.4.2 Ayırıcı Tanı	25
3.5 Tedavi	26
3.5.1 Birinci Basamak Tedavi	26
3.5.2 İkinci Basamak Tedavi	26
3.5.3 Üçüncü Basamak Tedavi	26
4. Psikodermatoloji	27
4.1 Psikodermatolojik Hastalıkların Sınıflandırılması	29
4.1.1 Psikiyatrik Semptomlar ile Seyreden	30
Dermatolojik Hastalıklar	
GEREÇ VE YÖNTEM	
1. Olgu Seçimi	32
2. Araştırma Etik Kurul İzni	32
3. Yöntem	32
4. İstatistiksel Analiz	35

BULGULAR

1. Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri 36

2. Çalışmaya Alınan Hasta ve Kontrol Gruplarının 39

Klinik Özellikleri

3. Hasta ve Kontrol Grubu Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin 41

Karşılaştırılması

4. Alopesi Areatalı Hastaların Depresyon ve Kaygı Düzeyi ile 42

İlişkili Faktörler

5. Psoriasisli Hastaların Depresyon ve Kaygı Düzeyi ile 44

İlişkili Faktörler

6. Vitiligolu Hastaların Depresyon ve Kaygı Düzeyi ile 46

İlişkili Faktörler

TARTIŞMA 48

SONUÇ VE ÖNERİLER 53

KAYNAKLAR 54

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ 66

ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ 67

TABLolar DİZİNİ 68

EKLER 69

EK-1 Etik Kurul İzni 69

ÖZET

Alopesi areata; etyopatogenezinde otoimmün bir mekanizmanın rol aldığı nonsikatriyel saç kaybı ile seyretmektedir. Psoriasis toplumda sık görülen, keskin sınırlı, eritem ve skuamlı plaklar ile seyreden kronik, inflamatuvar bir hastalıktır. Vitiligo melanositlerin hasarlanması ile giden edinsel bir depigmentasyon hastalığıdır. Özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde sık görülen kronik dermatolojik hastalıklar kişide depresyon, benlik saygısında azalma ve anksiyete gibi psikiyatrik bozukluklar ile seyredebilir.

Bu çalışmada alopesi areata, psoriasis veya vitiligo tanısı almış 9-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde depresyon ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

15 Şubat 2017-15 Ağustos 2017 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Polikliniğine başvuran alopesi areata tanısı almış 15, psoriasis tanısı almış 30, vitiligo tanısı almış 24 kişilik hasta grubuna ve 50 kişilik kontrol grubuna 'Çocuklar için Beck Depresyon Ölçeği', 'Çapa Sosyal Fobi Ölçeği' ve 'Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri' uygulandı. Ayrıca hasta gruplarının klinik şiddetini belirlemek amacı ile alopesi areata için alopesi areata şiddet skoru (SALT), psoriasis için psoriasis alan şiddet indeksi (PAŞİ), vitiligo için vitiligo alan şiddet indeksi (VASİ) hesaplandı.

Alopesi areatalı hastalarda durumluk kaygı düzeyi, psoriasisli hastalarda durumluk kaygı ve sosyal fobi düzeyleri anlamlı olarak yüksek bulundu. Vitiligolu hastalarda ise lezyonların görünür yerde olmasının sosyal fobiyi anlamlı düzeyde etkilediği belirlendi. Kronik dermatolojik hastalıkların tedavisinde daha iyi sonuçlar alınabilmesi için hastalıkların sadece semptomları ile değil aynı zamanda psikososyal parametreler ile birlikte değerlendirilmesi gerektiği düşüncesindeyiz.

Anahtar kelimeler : Alopesi, anksiyete, depresyon, psoriasis, vitiligo

ABSTRACT

Alopecia areata is an autoimmune disease, presented with noncicatricial alopecia. Psoriasis is a common chronic, inflammatory disease, presented with hyperemic squamous plaques. Vitiligo is an acquired depigmentation disorder, caused by disturbed melanogenesis. Chronic dermatologic diseases may bring along psychiatric issues such as depression, anxiety and decrease in self-esteem in children and youth.

In this study, we aimed to evaluate depression and anxiety levels of children and youth, aged 9-18 years old.

Beck Depression Scale for Children, Çapa Social Phobia Scale and State-Trait Anxiety Inventory for Children were used for evaluation of 15 alopecia areata, 30 psoriasis, 24 vitiligo patients and 50 patients of control group who applied to the dermatology outpatient clinic of Mersin University Medical Faculty Hospital between 15 February 2017-15 August 2017. Besides, Severity of Alopecia Tool (SALT) in alopecia areata, Psoriasis Area Severity Index (PASI) in psoriasis, Vitiligo Area Severity Index (VASI) in vitiligo were used to evaluate severity of diseases.

In this study, state anxiety levels in alopecia areata, state anxiety and social phobia levels in psoriasis were found to be statistically higher. In vitiligo patients who have depigmentation on unclothed regions of body, higher levels of social phobia was found statistically significant than patients who have depigmentation on clothed regions of body. In conclusion, psychosocial situation of patients with chronic dermatologic diseases should be evaluated in examination.

Key words: Alopecia, anxiety, depression, psoriasis, vitiligo

GİRİŞ VE AMAÇ

Alopesi areata kıl foliküllerine karşı otoimmün bir mekanizma sonucu non-sikatrisyel saç dökülmesine neden olan bir hastalıktır. Genel populasyondaki sıklığı yaklaşık %1,7 dir. Çoğunlukla hastalarda ilk yama tarzı lezyon 20 yaşından önce oluşmaktadır¹⁻³.

Psoriasis sık görülen, kronik, noninfeksiyöz, inflamatuvar; deri tutulumunun yanı sıra eklem ve tırnak tutulumu görülebilen ve bir dizi komorbidite ile karakterize bir hastalıktır. Etyolojisi halen belirsizliğini korumaktadır. Her yaşta görülebilmekle beraber çocuk ve ergenlerin % 0.5-2'sini etkilemektedir^{4,5}.

Vitiligo deri, müköz membran veya her ikisinin birden tutulumuyla seyreden, epidermal melanosit kaybı ile karakterize edinsel bir pigmentasyon hastalığıdır. Tüm populasyonda %1-2 oranında görülmektedir. Etkilenen hastaların yaklaşık yarısında hastalık 20 yaşından önce başlar⁶.

Kronik deri hastalıkları, hastaların yaşam kalitesini psikososyal alan başta olmak üzere çok yönlü olarak etkilemektedir. Birçok deri hastalığı genellikle toplumda sosyal damgalanma (stigmatizasyon) algısı ile seyreder. Bu yüzden hastalarda benlik saygısında azalma, kaygı hali ve depresyon görülebilir⁷. Alopesi areata, psoriasis ve vitiligolu hastalarda sağlıklı bireylere oranla daha yüksek depresyon, anksiyete ve azalmış yaşam kalitesi düzeyleri bildirilmiştir⁸⁻¹⁰.

Çocukluk ve ergenlik dönemi hızlı bir şekilde psikolojik ve sosyal gelişmenin, hormonal değişikliklerin etkisiyle anksiyete başta olmak üzere diğer psikiyatrik problemlerin başladığı ve yoğunlaştığı duygusal açıdan kırılgan bir dönemdir. Bu dönemde yaşanabilecek olumsuz deneyimler kişinin çocukluk gelişimini ve yetişkin hayatını etkiler. Bu dermatolojik hastalıkların çocukluk çağı ve adolesan dönemde ortaya çıkması ile birlikte hastalarda alay edilme, kötü davranılma ve yabancılaştırılma daha sık görülmektedir. Kişinin benlik imajı ve toplumsal ilişkileri etkilenebilmektedir. Bu olumsuz etkilerin neticesinde kişide benlik saygısında azalma ve kaygı düzeyinde artış ortaya çıkmaktadır.¹¹⁻¹³

Çalışmamızda alopesi areata, psoriasis ve vitiligo tanısı almış 9-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde, bu hastalıkların depresyon, kaygı düzeyi ve sosyal fobi şiddeti üzerine etkileri normal populasyon ile karşılaştırılmıştır. Ayrıca hastaların hastalık şiddetleri, aile öyküsü ve hastalık süreleri ile psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Araştırmada elde edilen sonuçlar ile dermatologların alopesi areata, psoriasis ve vitiligolu çocuk ve ergenlerde tedavi hedeflerine yön vermelerine yardımcı olmak amaçlanmıştır.



GENEL BİLGİLER

1. Alopesi Areata

Alopesi areata sık görülen, immünolojik kökenli, nonsikatriyel saç kaybı ile giden bir dermatolojik hastalıktır. Prevalansı %0,1 olup hayat boyu görülme riski %1,7 dir. Etiyolojisi kesin olarak anlaşılamamakla beraber, genetik zeminde dokuya spesifik bir otoimmün hastalık olduğuna dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Aniden ortaya çıkan yama tarzı lezyonlar ile seyreder. Bu kayıp diffüz olabileceği gibi total de olabilir¹⁴⁻¹⁶.

1.1 Epidemiyoloji

Genel popülasyonda ortalama %2 oranında görülmektedir. Dermatoloji kliniğine başvuran hastaların %0,7-4'ünü oluşturur. Genellikle cinsiyet farkı görülmezken, yapılan bazı çalışmalarda sıklığın özellikle 45 yaş üzeri kadınlarda arttığı gösterilmiştir¹⁷⁻¹⁹. Bu oran kadınların ileri yaşta erkeklere oranla daha sık kozmetik amaçla tedaviye başvurmalarından dolayı yanıltıcı olabilir. Türkiye'de erkek/kadın oranı Kavak ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 1,6:1 olarak gösterilmiştir²⁰.

Her yaşta ortaya çıkabilmekle beraber genellikle 40 yaşından önce (ortalama 25-36 yaş) ortaya çıkar. Bazı çalışmalarda hastaların %20-25'inde çocukluk çağında başladığı gösterilmiştir. Erken başlangıçlı alopesi areata (5-10 yaş) sıklıkla çok daha şiddetli bir alt grup olan alopesi universalis olarak seyreder^{19,21}.

1.2 Etiyopatogenez

Alopesi areata, dokuya spesifik, T hücre bağımlı otoimmün bir kıl folikülü hastalığıdır. Patogenezini tam olarak anlaşılamamıştır. En geçerli hipotez genetik açıdan duyarlı bireylerde T hücre bağımlı bir otoimmün mekanizma ile anajen fazdaki kıl foliküllerinin etkilenmesidir. Kıl matriksi yoğun bir şekilde CD4 ve CD8 T lenfositler tarafından işgal edilir. İnflamasyon kıl folikülünün anajen fazdan çıkıp katajen faza girmesini tetikler. Zayıflamış kıl shaftı kırılır ve saç dökülmesiyle sonuçlanır. Kıl folikülü telojen faza girerken kalan uç yüzeyde ünlem işareti şeklinde görülür^{1,22,23,24}.

Alopesi areata etyopatogenezinde genetik mekanizma halen tam olarak anlaşılamamıştır. Daha ziyade çoklu genetik ilişkilerin üzerinde durulmaktadır. Etiyolojisinde şüpheli olan birçok gen bulunmaktadır; bunlar arasında HLA allelleri, IL-1 geni ve kromozom 21 üzerindeki çeşitli genler yer alır. Vakaların yaklaşık %10-25'inde aile öyküsü pozitifdir^{23,25}.

Birçok çevresel faktör de hastalığın gelişimini ve hastalık şiddetini etkiler. Yapılan çalışmalarda, stresin alopesi areata için potansiyel bir tetikleyici olduğu gösterilmiştir. Kıl folikülleri substance P reseptörleri eksprese etmektedir. Substance P salınımına bağlı olarak kıl foliküllerinde erken katejen gelişim meydana gelmektedir²⁶.

1.3 Klinik

Tek veya çoklu, nonsikatrisyel, yama tarzı tutulum ile karakterizedir. (Resim-1) Tutulan bölgedeki deri normal ve düzdür. Yamalardaki kıl folikülü intakttır. Hastaların %50-80'inde alopesik yamalar kendiliğinden gerileme ve tekrar oluşma şeklinde ataklar halinde seyretmektedir. Bazı hastalarda birden çok lokalizasyonda multipl yamalar gelişir ve en sonunda tüm kafa derisi tutulur (alopesi totalis). Akut diffüz tip olarak bilinen bir diğer alt tipte kafa derisinin her yerinde aniden saç kaybı meydana gelir. Ofiyazik patern saçlı derinin posterior ve lateral bölümünde saç kaybı ile gider. Bazen de kıl dökülmesi vücudun saçlı deri dışında herhangi bir yerinde (kaş, kirpik, sakal) olabilir ve en sonunda total kıl kaybı ile sonuçlanır (alopesi universalis)^{25,27,28}.

Saç kaybının olduğu bölgenin periferine doğru 3-4 mm'lik kırık saçlar ünlem işareti belirtisini oluşturur. Ünlem işareti, distal ucunu kaybetmiş, hasarlı bir saç telini göstermektedir. Hasarlı, zarar görmüş bölge daha kalın, proksimalde saçlı deriye giren kısım daha ince görünümündedir. Ünlem işareti saçlar sadece akut dönemde görülmekle birlikte, uzun süredir devam eden saç kayıplarında görülmemektedir^{25,29}.



Resim-1 Saçlı deride alopesik yama

1.4 Tanı ve Ayırıcı Tanı

Tanısı klinik bulgular ile kolaylıkla konulmakla birlikte saçlı deriden alınan biyopsi de tanıya yardımcıdır. Histopatolojik olarak; peribulbar lenfositik infiltrasyon (arı oğulu görüntüsü), infundibulum bölgesinde dilatasyon görülmektedir. Katajen ve telojen kıl foliküllerinde belirgin bir artış görülmektedir. Hastalığın erken fazında alınan biyopside kıl foliküllerinin çoğu anajen fazdadır. Normal saçlı deride anajen saçların telojen saçlara oranı 80:20 iken alopesi areatada 60:40, 50:50 şeklindedir. Bazı vakalarda telojen saç üstünlüğü görülebilir^{17,25,30}.

Son çalışmalar dermoskopinin hastalığın klinik tanısında kullanılacak noninvaziv bir yöntem olduğunu göstermiştir. Dermoskopide sarı nokta, siyah nokta, kırık saç ve ünlem işareti gibi bulgular görülmektedir. Sarı nokta; keratinöz materyal ve sebum ile dolu infundibulumun şişmesine bağlı olarak ortaya çıkar. Siyah nokta; ünlem işareti saçlara veya kırık saçlara bağlı olarak görülür. Özellikle hastalığın şiddetinde çok hassas bir belirteçtir³¹.

Alopesi areata ayırıcı tanısında tinea kapitis, trikotillomani, sekonder sifiliz, androjenetik alopesi, telojen effluvium, anajen effluvium, temporal trianguler alopesi gelmektedir³⁰.

1.5 Tedavi

Tedavi seçiminde genellikle saç kaybının şiddeti ve hastanın yaşı önemlidir. Bunun yanısıra lezyon bölgesi minimum ve kolaylıkla kamufle edilebilecek durumda ise bekle ve gör yaklaşımı uygulanabilir. Bir bölgedeki saç kaybı düzelirken aynı anda yeni alopesik alanlar gelişebilir. Aynı zamanda başarı ile tedavi edilen alanlar da zaman içinde nüks edebilir^{29,32}.

1.5.1 Birinci Basamak Tedavi

- **Topikal Kortikosteroid:** Kortikosteroidler kıl folikülü çevresindeki inflamasyonu baskılar ve kıl foliküllerinin normal siklusuna geri dönmesini sağlar. Zaman zaman oklüziv uygulamalar tercih edilir. Tedavide genellikle yüksek potensli steroidler tercih edilir. Genellikle iyileşme 6 hafta-3 ay arasında başlar. Kortikosteroid tedavisi uygulanırken folikülit, telenjektazi, lokal atrofi gibi yan etkiler görülebilmektedir^{32,33}.
- **Kontakt İmmünoterapi:** Difenilsiklopropenon ve squarik asit dibütilester özellikle tedaviye dirençli veya tutulumun % 50'den fazla olduğu durumlarda tercih edilir. Tedavinin amacı saçlı deride alerjik kontakt dermatit oluşturarak immün yanıtı değiştirmektir. Hem çocuklarda hem erişkinlerde etkili bir tedavi yöntemidir^{32,34,35}.
- **İntralezyonel Kortikosteroid:** Saçlı deri veya kaş tutulumu olan hastalarda primer tedavi olarak tercih edilebilir. En sık kullanılan ajan 2,5mg/ml-10mg/ml konsantrasyonlarında triamsinolon asetoniddir. Klinik düzelme 2-6 hafta içinde gözlenir. Özellikle multipl enjeksiyonlarda deride atrofi ve hipopigmentasyon gibi yan etkiler konusunda dikkatli olunmalıdır³².
- **Minoksidil:** Androjenetik alopesi tedavisinde FDA onaylıdır. Çocuk ve erişkinlerde alopesi areata tedavisine de yardımcıdır. Vazodilatasyon yoluyla hipertrikozisi tetiklemektedir. Komplikasyonları arasında lokal

irritasyon, alerjik kontakt dermatit ve yüzde kıllanma artışı gelmektedir^{32,33}.

1.5.2 İkinci Basamak Tedavi

- **Sistemik steroid:** Hastalığın akut fazında ya da şiddetli klinikle seyreden durumlarda tercih edilir. Yapılan çalışmalarda pulse kortikosteroid tedavisi günlük oral kullanıma göre daha etkili bulunmuştur. Sistemik steroid tedavisi ilacın yan etkileri ve hastalığın komorbiditeleri dikkate alınarak seçilmelidir. Uzun süre kullanımdan kaçınılmalıdır^{33,36}.
- **Prostaglandin analogları:** Mevcut çalışmalarda tedavide etkinlikleri değişken olarak bulunmuştur. Tedavide oldukça güvenilirdir. Özellikle kaş bölgesinin tedavisinde adjuvan olarak kullanılabilirler
- **Antralin:** Sentetik, katran benzeri bir bileşiktir. Kıl büyümesini irritan kontakt dermatit oluşturarak tetiklemektedir. Çocuk ve erişkinlerde kullanılabilir^{32,33}.
- **Diğerleri:** Lazer, simvastatin/ezetimib, aromaterapi, kalsipotriol, fototerapi

1.5.3 Üçüncü Basamak Tedavi

- **Janus kinaz (JAK)/STAT inhibitörleri**
- **Siklosporin**
- **Metotreksat**
- **Sülfosalazin**³³.

2. Psoriasis

Psoriasis genel popülasyonda %2-3 oranında gözlenen, keskin sınırlı, eritemli, sedefi skuamlı papül ve plaklar ile seyreden kronik, inflamatuvar bir deri hastalığıdır. İnfant dönemde, çocukluk çağında veya erişkin dönemde ortaya çıkabilmektedir. En sık tutulum yerleri arasında saçlı deri, diz, dirsekler, el, ayak, gövde ve tırnaklar gelmektedir^{37,38}.

2.1 Epidemiyoloji

Psoriasis sıklığı çevresel ve coğrafik faktörlere bağlı olarak %0,1-11,8 arasında değişmekle beraber ortalama % 1-3 oranında görülmektedir. En yüksek prevalans % 4,8 ile Norveç'tedir. Asyalılarda hastalığın insidansı düşüktür (%0,4)^{37,39,40}. Ülkemizde psoriasis prevalansı % 1,3 olarak saptanmıştır¹⁸. Bazı çalışmalarda ufak sapsmalar görülse de genel olarak kadın ve erkeklerde eşit sıklıkta görülmektedir.

Erişkin psoriasisli hastaların %30-50'sinde psoriasisin 20 yaşından önce ortaya çıktığı gösterilmiştir. Çocukluk çağında prevalans yaş, cinsiyet ve coğrafik bölgeye göre değişmektedir⁴⁰⁻⁴². Avrupa ve Kuzey Amerika'da çocuklarda görülen dermatozların % 4,1'ini oluşturmaktadır. En yüksek prevalans değerleri Avrupa'da özellikle Almanya (%1-3), İngiltere (%1-3) ve İtalya'da (%1-2) saptanmıştır. En düşük değerler Mısır ve Tayvan'da bulunmuştur (%0-0,5). Yapılan çalışmalarda çocuklarda ve ergenlerde puberte sonrası prevalans (%0,6-1,5) puberte öncesine göre (%0,1-0,5) yüksek bulunmuştur. Çocukluk ve ergenlik çağında psoriasisin kızlarda erkeklerden daha sık görüldüğü (2:1) ve kızlarda daha erken yaşta başladığı bildirilmiştir^{43,44}.

2.2 Etyopatogenez

Psoriasis güçlü bir genetik temele dayanan, çoklu biyokimyasal, immunolojik, vasküler anomaliler ve anlaşılması güç bir santral sinir sistemi ilişkisi ile karakterize T hücre bağımlı, kronik, inflamatuvar bir hastalıktır. Kesin nedeni ve patogenezi net olarak anlaşılmamakla beraber; stres, travma ve enfeksiyon gibi birçok endojen ve eksojen faktörün genetik olarak yatkın bireylerde hastalığı tetiklediği bilinmektedir^{37,45,46}.

Genetik olarak psoriasis ile ilişkili 9 farklı psoriasis duyarlılık geni (PSORS1-9) bulunmaktadır. HLA-Cw6 alleli psoriasis hastalığı ile ilişkili olarak tanımlanan ilk genidir. Özellikle erken başlangıçlı psoriasis riskini artırır. Çocukluk çağında psoriasis ile gelen hastaların % 71'inde aile öyküsü bulunmaktadır.

Streptokokal farenjit ve perianal streptokokal dermatit çocuklarda guttat psoriasisın sık görülen nedenleri arasındadır. Streptokokal süperantijenlere bağlı inflamatuvar sitokinlerin üretimi artmaktadır. Emosyonel stres sonrası yeni lezyonların ortaya çıkması pediatrik hastalarda daha sık görülmektedir. Son yapılan çalışmalarda pasif sigara içiciliği, stres ve vücut kitle indeksinin artışı çocukluk çağında başlayan psoriasis için risk faktörü olarak gösterilmiştir. Erişkin hastalarda özellikle beta-bloker ajanlar ve lityum psoriasis tetiklemele beraber çocukluk çağında daha çok antimalaryal ilaçlar psoriasis etyolojisinde rol oynamaktadır^{38,45,47,48}.

Patogenezinde hem doğal immün yanıt hücreleri (nötrofiller, NK hücreleri, plazmositoid dentritik hücreler ve myeloid dentritik hücreler) hem de kazanılmış immün yanıt sonucu uyarılan T hücreleri proinflamatuvar sitokinlerin ekspresyonunu artırır. IL-1,6,8,12,17,18,20, TNF-alfa ve IFN-gama gibi sitokinlerin etkisiyle keratinosit proliferasyonu ve vasküler endotelial proliferasyon meydana gelir^{38,49}.

2.3 Klinik

2.3.1 Deri Tutulumu

2.3.1.1 Plak Psoriasis

Plak psoriasis hem yetişkin hem çocukluk çağında en sık görülen varyanttır. Keskin sınırlı, üzeri gümüş rengi skuamlı infiltrate kırmızı plaklar ile karakterizedir. Karakteristik tutulum bölgeleri diz ve dirsek ekstansör yüzleri, lumbosakral bölge ve saçlı deridir. Çocuk ve ergenlerde tutulum yerleri çoğunlukla erişkinlerden farklılık göstermektedir. Yüz ve fleksural bölge tutulumu çocuklarda erişkinlere göre daha sık görülmektedir. Saç pediatrik psoriasisde en sık tutulan lokalizasyondur ve hastaların % 50'sinde ilk tutulan

bölgedir. (Resim-2) Yüz tutulumu çocuklarda erişkinlere göre daha sık görülmektedir^{38,43,45,50}.

2.3.1.2 Guttat Psoriasis

Genellikle gövde ve ekstremitelerde, zaman zaman yüzde çeşitli sayıda kırmızı-somon renkli papüller ile seyreder. (Resim-3) Çocuk ve ergenlerde en sık görülen ikinci tiptir. Aniden ortaya çıkan guttat tip psoriasis öncesinde sıklıkla streptokoksik farenjit veya perianal dermatit görülmektedir. Genellikle kendini sınırlayan ve 3-4 ay içerisinde gerileyen bir psoriasis formudur^{38,45}.

2.3.1.3 Püstüler Psoriasis

Çocuk ve ergenlerde % 1-5,4 oranında görülmektedir. Genellikle akut olarak ortaya çıkan, eritemli zeminde lokalize veya jeneralize steril püstüller ile seyreder. Ateş ve eklem ağrısı ile seyreden Von-Zumbusch alt tipi mevcuttur^{38,51}.



Resim-2 Saçlı deride plak psoriasis

2.3.1.4 Eritrodermik Psoriasis

Vücutun % 90'ından fazlasında eritem ve skuamlanma mevcuttur. Çocuklarda nadir görülmekle beraber ciddi hipotermi, hipoalbuminemi ve kardiyak yetmezlik nedeni ile hayatı tehdit eden bir durumdur⁵¹.

2.3.1.5 Palmoplantar Psoriasis

Karakteristik olarak avuç içi ve ayak tabanını etkileyen psoriasis varyantıdır. Hiperkeratotik, püstüler ya da her iki tablo bir arada seyredebilir. Palmoplantar püstülozis küçük steril püstüller ile karakterize bir hastalıktır. Psoriasisin bir varyantı olabileceği gibi psoriasisten bağımsız bir dermatoz olabileceğine dair bildirimler bulunmaktadır. Palmoplantar psoriasis çocukluk çağında nadir olarak görülmektedir⁵².



Resim-3 Gövde üzerinde guttat psoriasis

2.3.2 Eklem Tutulumu

Psoriyatik artrit psoriasisli hastaların yaklaşık % 30'unda görülen kronik inflamatuvar bir artrittir. Genellikle eklemlerde ve etrafındaki bağ dokuda ağrılı bir inflamasyonla karakterizedir. Sıklıkla el ve ayak parmaklarını tutar. Ayrıca kalça, omurga, diz ve sakroiliyak eklemi de tutmaktadır. Hastaların % 75'inde eklem

tutulumundan önce deri bulguları ortaya çıkmaktadır. Çocuklarda daha nadir görülmektedir. Tanı konulmasındaki zorluklar nedeni ile juvenil psoriyatik artrit prevalansı % 1-10 arası değişir^{53,54}.

2.3.3 Tırnak Tutulumu

El tırnakları, ayak tırnaklarından daha çok etkilenir. En sık görülen bulgu tırnak matriksinin proksimal bölümünün oluşumundaki defektten kaynaklanan tırnak plağında görülen küçük çukurcuklardır (pitting). Bunun dışında tırnağın distal veya lateralden tırnak yatağından ayrılmasıyla karakterize onikoliz, tırnak yatağının altında sarı-turuncu renkli alanlar ile karakterize yağ damlası görünümü, tırnak plağının kalınlaşması ve altında keratinöz materyal birikmesiyle karakterize subungual hiperkeratoz görülebilir.

Tırnak değişikliği çocukluk çağında yaklaşık üçte bir olarak bildirilmiştir. En sık pitting görülmektedir. Erişkinlerde tırnak tutulumu şiddeti ile hastalığın deri ve eklem tutulumları pozitif korelasyon gösterirken, çocuklarda hastalık şiddeti ve eklem tutulumuyla ilişkili değildir^{55,56}.

2.4 Tanı ve Ayırıcı Tanı

2.4.1 Tanı

Psoriasis tanısı çoğunlukla klinik bulgular ile konulur. Deri biyopsisi ile doğrulanır. Hastalığın histopatolojisi biyopsi alınan bölgeye, hastalık süresine ve hastanın tedavi alıp almadığına göre değişmektedir.

Hastalığın histopatolojik bulguları arasında epidermiste akantoz, parakeratoz, granüler tabakada azalma, rete çıkıntılarında uzama, parakeratotik stratum korneumda biriken nötrofilik agregatlar (munro mikroabseleri), dermiste kapiller dilatasyon, perivasküler lenfositik infiltrasyon ve ödem gelmektedir.

Dermoskopi psoriasis tanısında kullanılmaya yeni başlanılan bir yöntemdir. Dermoskopi ile açık kırmızı zemin üzerinde düzenli olarak dağılan noktasal kanamalar ve yaygın yüzeysel beyaz skuamlar izlenmektedir^{38,42}.

Lezyonun künt bir cisimle kazınması sonrası skuamların beyaz lameller halinde dökülmesi (mum lekesi belirtisi), skuamları kazıma sonrası meydana

gelen noktasal kanama odakları (auspitz bulgusu), travma bölgesinde lezyon oluşumu (koebner fenomeni) ve lezyonların iyileşirken bıraktıkları pigmentasyon psoriasisde diğer tanısal özelliklerdir^{57,58}.

2.4.2 Ayırıcı Tanı

- **Plak Psoriasis:** Diskoid egzema, numuler egzema, tinea corporis, pitriyazis rubra pilaris, seboreik dermatit
- **Guttat Psoriasis:** Pitriyazis rozea, liken planus, pitriyazis likenoides kronika
- **Eritrodermik Psoriasis:** İlaçlara bağlı eritrodermi, kutanöz t hücreli lenfoma, stafilokoksik haşlanmış deri sendromu
- **Püstüler Psoriasis:** İmpetigo, kandidiyazis, subkorneal püstüler dermatoz, akut generalize ekzantematöz püstüloz
- **İnvers Püstüloz:** İntertrigo, kandidiyazis, hailey-hailey hastalığı, eritrazma³⁷.

2.5 Tedavi

2.5.1 Topikal Tedavi

Topikal tedavi, psoriasisde hem pediatrik hem de erişkin hasta grubunda birinci tedavi seçeneğidir⁴².

2.5.1.1 Topikal Steroid

Kortikosteroidler antiinflamatuvar ve antiproliferatif etkileri ile psoriasisde eritem, skuam ve kaşıntı şikayetlerini azaltır. Potensi hastanın yaşına ve lezyonun lokalizasyonuna göre seçilir. En sık görülen yan etkileri arasında deride atrofi, stria, telenjektazi oluşumu, akneiform dermatit ve hipertrikoz gelmektedir^{42,51,59}.

2.5.1.2 Vitamin D Analogları

Kalsipotriol, takalsitol, kalsitriol vitamin D analoglarıdır. Vitamin D analogları keratinosit proliferasyonunu inhibe eder, diferansiyasyonu indükler. Vücut yüzey alanının %30'dan azının tutulduğu pediatrik psoriasisde güvenilir

ve etkili olduğu gösterilmiştir. En sık gelişen yan etkiler özellikle fleksör bölgelerde kullanıldığında görölen irritasyon ve yanmadır⁵⁹.

2.5.1.3 Topikal Kalsinörin İnhibitörleri

Takrolimus ve pimekrolimus kalsinörin enzimini bloke ederek IL-2'nin üretimini ve serbestleşmesini, T hücre aktivasyonunu inhibe eder. Takrolimus (%0,03 ve %0,1) ve pimekrolimus özellikle uzun süre topikal steroid kullanılamayacak yüz, genital bölge ve fleksural bölgelerde iyi bir alternatiftir^{45,60}.

2.5.2 Fototerapi

Darband UVB yaygın plak psoriasisli hastalarda ilk tedavi seçeneğidir. Çocuklar ile ilgili çalışmalarda da guttat ve plak psoriasisle ilgili iyi sonuçlar vermektedir. Erken dönem eritem ve yanma, geç dönemde fotoyaşlanma ve karsinojenik yan etkiler nedeni ile topikal tedavilerin başarısız olduğu büyük çocuklar ve ergenlerde tercih edilmelidir. Kümülatif UVB dozunu ve oluşabilecek yan etkileri azaltmak için dbUVB vitamin d analogları ile kombine edilebilir. Özellikle palmoplantar psoriasisde PUVA tedavisi bir diğer seçenektir. Genellikle küçük yaştaki çocuklarda kullanılması önerilmez^{45,51,59}.

2.5.3 Sistemik Tedavi

Hastalık topikal tedaviler ve fototerapi ile kontrol altına alınamadığı zaman sistemik tedavi düşünölmelidir.

2.5.3.1 Metotreksat

Metotreksat orta ve şiddetli plak psoriasisde kullanılan sistemik bir immünsüpresandır. Dihidrofolat redöktazı irreversibl olarak inhibe ederek DNA ve RNA sentezini inhibe eden bir folik asit antagonistidir. T ve B lenfositlerin replikasyonunu inhibe ederek IL-1, IFN-gama ve TNF-alfa gibi bir çok sitokin salınımını engeller. Çocuklarda nadir olarak diğer tedavilere yanıt vermeyen şiddetli psoriasisde kullanılır. En sık görölen yan etkileri arasında bulantı, kusma, yorgunluk, karaciğer fonksiyon testlerinde artış görölmektedir. Kemik iliği süpresyonu hayatı tehdit eder ve sıklıkla tedavinin ilk bir ayında

görülmektedir. Yan etkileri önlemek için düzenli aralıklarla kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerinin takibi yapılmalıdır^{42,45,51,59}.

2.5.3.2 Asitretin

Asitretin epitelyal diferansiyasyon üzerine etkili aromatik bir retinoiddir. Şiddetli plak psoriasis, püstüler ve eritrodermik psoriasisde etkilidir. Teratojenik etkisinden dolayı doğurganlık çağındaki kadın hastalarda tedaviden kaçınılmalı ve tedavi tamamlandıktan sonra üç yıl boyunca gebelikten kaçınılmalıdır. Diğer yan etkileri arasında keilit, kserozis, deride soyulma ve saç dökülmesi gibi mukokutanöz etkiler gelir. Aynı zamanda karaciğer fonksiyon testlerinde artış ve hiperlipidemiye neden olur. Çocuklarda uzun dönem kullanılması sonucunda erken epifiz kapanmasına yol açar.

2.5.3.3 Siklosporin

Siklosporin T hücre aktivasyonunu inhibe eden immünsüpresif bir ajandır. Püstüler ve eritrodermik psoriasis gibi çeşitli psoriasis alt tiplerinde etkilidir. Çocuklarda kullanımıyla ilgili veriler sınırlıdır. Çok şiddetli olgularda kullanılmaktadır. Başlangıç dozu 3-5 mg/kg/gün olarak değişmektedir. En sık yan etkileri arasında nefrotoksisite, hipertansiyon, bulantı ve diyare gelmektedir. Tedavi süresince özellikle kan basıncı ve böbrek fonksiyon testleri yakın takip edilmelidir^{51,59}.

2.5.3.4 Biyolojik Ajanlar

Biyolojik ajanlar antikor ve füzyon proteinleri içeren ve psoriasis patogenezinde önemli rol oynayan TNF-alfa, IL-12/23 gibi sitokinleri hedef alan bir grup ilaçtır.

- **Etanercept:** TNF-alfa'ya bağlanarak hedef reseptörüne bağlanmasını engelleyen bir rekombinant proteindir. Avrupa'da geleneksel tedavilere yanıt vermeyen 6 yaş üzeri çocuklar için onay alınmıştır. En sık görülen yan etkileri; üst solunum yolu enfeksiyonu, nazofarenjit, streptokokal farenjit ve baş ağrısıdır.

- **Adalimumab:** TNF-alfa'ya etkili humanize bir monoklonal antikordur. Erişkinlerde ciddi kronik plak psoriasis ve bir grup hastalıkta kullanımı açısından FDA onaylıdır. Topikal tedavi ve fototerapiye yanıtız ya da tedaviye uygun olmayan çocuk ve ergenlerde Avrupa Birliği tarafından kullanımı onaylanmıştır.
- **İnflksimab:** İnflksimab şimerik bir monoklonal antikordur. Çözünebilir ve membran bağımlı TNF-alfa'yı hedef alır. Bir çok ÷lkede erişkinlerde psoriasis için onaylıdır. Aynı zamanda 6 yaş üzeri çocuklarda ÷lseratif kolit ve crohn hastalığında da kullanılmaktadır. Pediatrik psoriasis için herhangi bir ÷lkede onay almamıştır.
- **Ustekinumab:** IL-12 ve IL-23'ün p40 alt birimini hedef alan bir monoklonal antikordur. Bir çok ÷lkede orta şiddetli plak psoriasis için onay almıştır^{42,45,51,59}.

3. Vitiligo

Vitiligo birden fazla genetik ve çevresel faktörün rol oynadığı en sık gör÷len depigmente deri hastalığıdır. Dünya genelinde nüfusun % 1'inde gör÷lmektedir. Hastalık tüm etnik gruplarda ve tüm deri tiplerinde eşit sıklıkta gör÷lmektedir. Epidermal melanositlerin otoimmün mekanizmalar aracılığıyla hasarlanması ile karakterizedir. Kıllarda ve deri üzerinde beyaz renkli depigmente yamalar ile seyreder. Her ne kadar zaman zaman kozmetik bir hastalık olarak kabul edilse de hasta üzerinde ciddi psikolojik etkileri olabilmekte ve kişiye günlük yaşamda zorluklar oluşturabilmektedir^{61,62}.

3.1 Epidemiyoloji

Prevalansı farklı popülasyonlarda değişmekle beraber dünya genelinde % 1-2 arasında değişmektedir. ÷lkemizde hastalığın insidansı % 0,15-0,32 arasında bildirilmiştir. Her iki cinsiyette eşit oranda gör÷lmesine rağmen kadın hastalarda doktora başvuru daha sık gör÷lmektedir⁶³⁻⁶⁵.

Herhangi bir yaşta ortaya çıkabilmekle beraber ortalama görülme yaşı 24'tür. Hastaların yaklaşık yarısında ilk bulgular 20 yaşından önce başlar. Dörtte birinde 10 yaşından önce başlamaktadır. Çocukluk döneminde başlayan vitiligo erişkinlerden farklı olarak kızlarda daha yüksek oranda görülür. Segmental vitiligo insidansı çocuklarda erişkinlere göre daha yüksek bulunmuştur^{6,66,67}.

3.2 Etyopatogenez

Vitiligo etyopatogenezi halen net anlaşılamamakla beraber otoimmün, genetik ve sinirsel faktörlerin rol oynadığı öne sürülmektedir. Stres, travma, güneş ışığına maruziyet, enfeksiyonlar, malignite, melatonin reseptör disfonksiyonu, bazı ilaçlar ve endokrin hastalıklar vitiligo'nun ortaya çıkışında rol oynar.

Segmental ve nonsegmental vitiligo etyopatogenezinde farklı mekanizmaların rol oynadığı düşünülmektedir. Vitiligoda melanosit kaybı ile ilgili çeşitli teoriler öne sürülmüştür. Bu teorilerden en kabul göreni otoimmün teoridir⁶⁸⁻⁷¹.

Vitiligo'nun otoimmün tiroid hastalıkları, alopesi areata, halo nevus, addison hastalığı gibi birçok otoimmün hastalıkla ilişkili olabileceği bilinmektedir. Aynı zamanda vitiligo tüm otoimmün poliglandüler sendromlara eşlik edebilmektedir. Hastaların % 10'unun dolaşımında tirozinaz, tirozinaz ilişkili protein 1 ve 2'ye karşı yüksek miktarda otoantikor saptanmıştır. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda T sitotoksik lenfositlerin de perilezyonel bölgede melanositleri yok ettiği bildirilmiştir. Ayrıca regülatuar T hücrelerinin (TREG) vitiligo patogenezinde rol oynadığına dair bildirimler de bulunmaktadır. Th1 ile ilgili olduğu düşünülen hastalıkta aynı zamanda kan ve dokuda TNF-alfa, IFN-gama ve IL-10 düzeyleri de anlamlı derecede yüksek bulunmuştur^{72,73}.

3.3 Klinik

Vitiligo asemptomatik, keskin sınırlı, lokalize veya jeneralize, fildişi renginde yama ve maküller ile karakterizedir. Çocuklarda en sık tutulum bölgesi yüz ve boyundur. (Resim-4) İnfantil dönemde perianal bölge ve bez bölgesi de başlangıç yeri olabilir^{74,75}.

Segmental vitiligo, tek taraflı olması veya bant şeklinde dağılımla karakterizedir. Erken yaşta başlar ve hızlı seyreder. Kendi arasında unisegmental, bisegmental ve plurisegmental olarak sınıflandırılmaktadır. En sık tutulan dermatom bölgesi trigeminal segmenttir. Bunu sırası ile torasik, servikal, lomber ve sakral bölge takip etmektedir^{70,74,76}.

Nonsegmental vitiligo lezyonları tipik olarak bilateral akrofasiyal paternde dağılmış veya simetrik olarak tüm vücudu tutmuş olabilir. Zaman içinde yavaş gelişir. Başlangıçta akrofasiyal dağılıp daha sonra bütün vücuda yayılabilir. Genellikle kronik travmaya maruz kalan yerlerde oluşmaktadır. Predileksiyon bölgeleri vücudun ekstansör bölgeleridir. Bazı olgularda fleksör bölge tutulumları gösterilmiş olup bunların tetikleyicilerinin farklı bir etken olabileceği düşünülmektedir^{70,77,78}.

Mikst tip vitiligo, segmental ve nonsegmental vitiligonun bir arada olması şeklinde tanımlanmıştır. Segmental olmayan vitiligo alt grubunda sınıflandırılmaktadır. Son konsensusa göre fokal, küçük, izole, depigmente lezyonlar segmental veya nonsegmental gruba dahil edilmemektedir. Sınıflandırılmayan grup olarak kabul edilmektedir^{70,79}.

3.4 Tanı ve Ayırıcı Tanı

3.4.1 Tanı

Tanı esas olarak klinik bulgular ile konur. Vitiligoyu belirlemeye, tanı koymaya yarayan özel bir test bulunmamaktadır. Bazı belirsiz lezyonların değerlendirilmesi için wood lambası kullanılabilir.

Histopatolojide esas olarak dermoepidermal bileşkedeki değişiklikler ile karakterizedir. Beyaz maküler lezyonun sınırında halen rezidüel melanositler ve birkaç adet melanom granülü gözlenirken, lezyonun geri kalan kısmında melanosit gösterilemez ve melanin yokluğu mevcuttur. Bazen lezyonun aktif bölgesinin dışından alınan biyopside belirgin lenfositik infiltrasyon görülmektedir^{72,80}.

Hastalıkla diğer otoimmün hastalıkların ilişkisini saptamak amacı ile, vitiligolu hastalardan T4, TSH, ANA ve tam kan sayımı değerleri istenilmelidir.

Özellikle tiroid hastalığından şüphelenilen durumlarda antitiroglobulin antikör ve antitiroid peroksidaz değerleri de istenilmelidir⁶³.



Resim-4 Sol üst göz kapağında vitiligo

3.4.2 Ayırıcı Tanı

- **Genetik hastalıklar:** Tuberoskleroz, piebaldizm, Waardenburg sendromu, ito hipomelanozu
- **Enfeksiyöz hastalıklar:** Tinea versikolor, sekonder sifiliz
- **İnflamatuvar hastalıklar:** Pitriyazis alba, liken striatus, postinflamatuvar hipopigmentasyon
- **Diğer:** Polimorf ışık erupsiyonu, kontakt depigmentasyon, liken sklerotrofik, idiyopatik guttat hipomelanoz ^{63,75}.

3.5 Tedavi

3.5.1 Birinci Basamak Tedavi

Birinci basamak tedavi topikal tedavilerden oluşmaktadır. Günde bir kez potent topikal steroidlerin uygulanması (betametazon valerat, klobetazol propiyonat) önerilir. Deride atrofi, telenjektazi, hipertrikoz gibi yan etkilerini önlemek için altı ay süre ile, her ay on beş gün gibi aralıklı kullanım şeması önerilir. Çocuklarda ilk basamak olarak daha çok orta potent kortikosteroidler önerilmektedir.

Topikal kalsinörin inhibitörlerinin (pimekrolimus ve takrolimus) esas kullanım yerleri yüz ve boyun gibi topikal steroid tedavisinin uzun süre kullanılamayacağı yerlerdir. Başlangıçta günde iki kez altı ay süre ile kullanılmaları önerilir. Çocuklarda da kortikosteroidlere iyi bir alternatiftir. Bir çok çalışmada özellikle takrolimusun çocukluk çağında vitiligoda etkinliği gösterilmiştir^{75,81}.

3.5.2 İkinci Basamak Tedavi

İkinci basamak tedaviler fototerapi (dbUVB ve PUVA) ve sistemik steroid tedavilerinden oluşmaktadır. DbUVB, vitiligo tedavisinde PUVA kadar etkilidir. Süresiyle ilgili kesin bir konsensus yoktur. Tedavinin ilk 3 ayı içinde repigmentasyon gözlenmezse tedavi durdurulur. Sistemik PUVA tedavisi 12 yaş üzeri ve en az %20-25 tutulumu olan çocuk hastalarda kullanılabilir. Yine sınırlı tutulumun olduğu çocuk hastalarda lokal PUVA tedavisi bir diğer seçenektir.

Hastalığın hızla yayıldığı durumlarda 3-6 ay boyunca orta doz sistemik steroid tedavisi de progresyonu durdurmak için verilebilir. Çocuk ve ergenlerde de hızlı ilerleyen durumlarda sistemik steroid tedavisi verilebilir. Önerilen doz, yan etkilerinden en az şekilde etkilenmek için, on iki hafta boyunca haftada iki gün üst üste düşük doz (0,1 mg/kg) oral betametazon tedavisidir. Daha sonra üç ay boyunca ayda 1 mg azaltarak kesilir^{70,75,82}.

3.5.3 Üçüncü Basamak Tedavi

Üçüncü basamak tedaviler arasında, cerrahi tedaviler ve depigmentasyon tedavileri gelmektedir. Depigmentasyon tedavisi vücudun %

50'sinden fazlasının tutulduğu ya da tedaviye dirençli özellikle el ve yüz gibi tutulumlarda düşünülmelidir. Bilinen depigmentasyon yöntemleri monobenzen etilester, 4-metoksifenol, lazer tedavileri ve kriyoterapidir^{70,82}.

4. Psikodermatoloji

Psikodermatoloji deri ve zihin arasındaki etkileşimi ele almaktadır. Kökeni çok eski zamanlara dayanmakla beraber son 20 yıldır giderek popülerleşmektedir. Antik çağlardan beri filozoflar çeşitli psikokutanöz hastalıklar bildirmişlerdir. Hipokrat (M.Ö 460-370) yazılarında stresin deri üzerindeki etkilerinden bahsetmiştir. Aristoteles (M.Ö 384-322) zihin ve bedenin birbirinin tamamlayıcısı olduğunu ileri sürmüştür. Deri ve sinir sistemi ortak embriyojenik kökenden gelişmektedir. Sinir sistemi ektoderm kökenlidir. Ter bezi, saç ve tırnak ta aynı zamanda ektoderm kökenlidir. Epidermis, dermal ve adneksiyal hücrelerden nörotransmitter ve hormon salınımı gerçekleşir. Bu maddeler aynı zamanda kutanöz sinir sonlanmalarından da salınmaktadır⁸³.

Vücudun en büyük organı olan deri aynı zamanda sosyal ve psikolojik olarak işlev görmekte, birey ve çevresi arasında önemli bir ara yüz olarak rol oynamaktadır. Bu nedenle deri hastalıkları ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki şaşırtıcı değildir. Psikodermatoloji psikiyatri, psikoloji ve dermatoloji arasındaki karmaşık etkileşimi inceler. Doğumdan itibaren deri hem vital fonksiyonlar açısından hem de yaşam döngüsü boyunca çevre ile güçlü bir iletişim organı olarak görev alır. İletişimde önemli bir rol üstlenen derimiz çocukluk ve ergenlikte birçok gelişimsel faktörden etkilenir.

Görünür bir deri hastalığı; kişide sosyal damgalanma, utanma duygusu, sosyal olarak kişinin kendini izole etmesi ve bunlara bağlı olarak günlük hayatta bir çok sorunla karşılaşılmasına neden olur. Aynı zamanda strese yol açan kozmetolojik etkileri olan bir deri hastalığına sekonder olarak ta kişide stresle tetiklenen dermatozlar meydana gelebilir^{84,85}.

Yapılan son çalışmalarda dermatoloji hastalarının yaklaşık % 3'ünde primer psikiyatrik bir bozukluk olduğu, % 8 hastada ise dermatolojik hastalığa bağlı psikiyatrik bir probleminin geliştiği gösterilmiştir. Aynı zamanda dermatoloji hastalarının % 14'ünde hastalığı kötüleştiren bir psikososyal durumun olduğu,

% 17'sinde ise deri hastalığına sekonder psikososyal destek almaya ihtiyaç olduğu gösterilmiştir. Dermatoloji hastalarının psikiyatrik ve psikososyal komorbiditelerinin değerlendirilmesi hastanın klinik olarak değerlendirilmesinin önemli bir bileşenidir. Biyolojik, psikiyatrik ve psikososyal faktörler zaman zaman bazı dermatolojik hastalıklarda predispozan faktör ya da hastalığı idame ettiren etken olarak rol oynar.

Geç çocukluk ve ergenlik dönemi kişiliklerin gelişmeye başladığı, beklentilerin yüksek olduğu bir dönemdir. Eğitim durumu, sosyoekonomik faktörler ve beden görünümü bir çok psikososyal probleme neden olabilmektedir. Bu dönemde maruz kalınan baskılar; dikkat eksikliği, hiperaktivite, depresyon, anksiyete gibi sorunlara yol açmaktadır⁸⁵⁻⁸⁷.

- **Depresyon:** Genel popülasyonda görülme sıklığı %3-5 oranında iken dermatoloji hastalarında bu oran %25-40'lara çıkmaktadır. Çocukluk çağında depresyon prevalansı popülasyon farklılıklarına göre %0,4-59 arasındadır. Çocukluk çağında meydana gelen depresyon sıklıkla geçici değildir ve yetişkinlik dönemine kadar ataklarla seydeder. Daha ciddi anksiyete tablolarına yol açabilir. Günlük ilişkilerde bozulma, okul performansında azalma ve yetişkin dönemde genel fonksiyon bozukluğuna yol açar. Depresyon tanısı konulurken en az iki haftadır devam eden depresif duygudurum ya da ilgi ve istek azlığının yanı sıra en az dört adet bedensel belirtinin eşlik etmesi gerekir.

Bedensel belirtiler; kilo değişikliği, uyku bozukluğu, ölüm düşünceleri, halsizlik, değersizlik düşünceleridir.

Tedavisinde etki mekanizmalarına göre çeşitli antidepresan ilaçlar mevcuttur. Bunlar arasında selektif serotonin geri alım inhibitörleri, selektif serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri, trisiklik antidepresanlar ve monoamin oksidaz inhibitörleri bulunmaktadır⁸⁸⁻⁹⁰.

- **Anksiyete:** Yaşamı tehdit eden olaylarda, bedensel hasarın oluşturduğu çaresizlik ya da hayal kırıklığı gibi durumlarda hem çarpıntı, terleme, kas gerilmesi gibi fizyolojik belirtilerle hem de sinirlilik, huzursuzluk, korku hali gibi duygusal belirtiler ile giden bir psikiyatrik bozukluktur. Kişi her iki grup belirtinin de farkındadır. Anksiyete

bozukluklarının tedavisinde sıklıkla antidepresan tedaviler tercih edilmektedir. Anksiyete bozuklukları çocukluk ve ergenlik döneminde sık görülür ve işlevsel bozukluğa yol açar^{89,91}.

- **Sosyal fobi:** Sosyal fobi önemli bir anksiyete bozukluğudur. Kişinin tanıdık olmayan insanlar ile birlikteyken, ya da yabancı bir ortamda bulunurken sosyal veya işlevsel bir duruma maruz kaldığında utanmaktan, küçük düşmekten korkma ve bu korkulan durumdan kaçınması eğilimidir. En sık görülen üçüncü psikiyatrik hastalıktır. Hayat boyu toplam popülasyonda görülme oranı % 13'tür. Hastalığın ergenlerde görülme sıklığı % 7'dir. Genellikle ergenlik döneminde başlamakla beraber çocukluk çağına da başlayabilir. Bir kez ortaya çıktığında kronikleşme eğilimindedir. Yetişkinlerin aksine çocukluk çağına başlayan sosyal fobi genellikle daha şiddetli somatik belirti ile (baş ağrısı, karın ağrısı, bulantı gibi) seyreder. Ergenlerde ise çocuk ve erişkinlerden farklı olarak duyulan korku ve korkuya bağlı kaçınma güdüsü daha şiddetlidir. Özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde ortaya çıkan sosyal fobiye bağlı ciddi işlevsel bozukluklar meydana gelebilir. Bu yüzden bu dönemde sosyal fobinin belirlenmesi büyük önem taşır⁹¹⁻⁹³.

4.1 Psikodermatolojik Hastalıkların Sınıflandırılması

- **Dermatolojik semptomlar ile giden primer psikiyatrik hastalıklar**

Delüzyonel parazitoz, vücut dismorfik bozukluğu, faktisyel dermatit, trikotillomani, nörotik ekskoryasyonlar

- **Primer deri hastalığına sekonder psikososyal komorbidite**

Akne vulgaris, alopesi areata, ürtiker, seboreik dermatit, liken simpleks kronikus

- **Psikiyatrik semptomlar ile seyreden dermatolojik hastalıklar**

Alopesi areata, psoriasis, vitiligo, albinizm, iktiyozis

- **Psikiyatrik ilaç kullanım sonrası dermatolojik bozukluk**

Lityum kullanımına sonrası gelişen psoriasis

- **Dermatolojik ilaç kullanımı sonrası gelişen psikiyatrik bozukluk**

Isotretinoin kullanımı sonrası intihar düşüncesi^{83,85}.

4.1.1 Psikiyatrik Semptomlar ile Seyreden Dermatolojik Hastalıklar

Psoriasis, kronik egzema, çeşitli iktiyoziform sendromlar, vitiligo, şiddetli akne, alopesi areata ve vitiligo gibi kozmetik sorun yaratan dermatolojik hastalıklar benlik saygısında azalma, major depresyon, anksiyete ve sosyal fobi gibi psikiyatrik bozukluklar ile seyredebilir⁹⁴.

- **Alopesi areata:** Alopesi areata, klinik olarak kişide bir çok sosyal ve psikososyal etkilenmeye neden olabilir. Çelişkili sonuçlar olmasına rağmen alopesi areatalı hastalarda normal popülasyona oranla psikolojik stres ve psikiyatrik hastalık oranı daha yüksektir. Yapılan bir çalışmada alopesi areatalı hastaların % 74'ünün hayatında bir veya birden fazla psikiyatrik hastalık meydana geldiği gösterilmiştir. Bu hastalıkların başında depresyon (% 39) ve anksiyete (%39) gelmektedir. Küçük klinik gruplar üzerinde yapılan çalışmalarda çocuk ve ergenlerde anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Özellikle 20 yaşından önce başlayan olgularda depresyon ortaya çıkma ihtimali daha yüksektir^{3,95}.

- **Psoriasis:** Psoriasis-psikososyal ilişki etyopatogenezinde periferik sinir sistemi yolakları, hipotalamus-hipofiz-adrenal aksı ve sempatik-adrenal-medullar sistem rol oynamaktadır. Psoriasisite ortaya çıkan ağrı, kaşıntı ve deri görünümü hastaların günlük aktivitelerini ve sosyal fonksiyonlarını etkileyebilir.

Özellikle görünür lezyonlar kişide sosyal rahatsızlık ve anlamlı derecede kendine güven kaybına yol açar, bunun sonucunda da kişide depresyon, anksiyete riski ve intihar düşüncesi artar. Yapılan çalışmalarda psoriasis hastalarının % 60'ında klinik olarak anlamlı psikiyatrik semptomlara rastlanılmaktadır. Bu hastaların büyük

çoğunluğunda tanı almış bir psikiyatrik bozukluk mevcuttur. Bu bozukluklardan en yüksek prevalans ile seyredenler % 16 ile depresyon ve % 30 ile anksiyetedir^{11,96}.

- **Vitiligo:** Hastalığa bağlı fiziksel görünüm ve kozmetik sonuçları neticesinde hastanın kişisel ve sosyal hayatının etkileyen derin psikolojik travmalar meydana gelebilir. Hastalarda sosyal damgalanma, utanma sonucu düşük benlik saygısı, sosyal izolasyon ve en sonunda depresyon meydana gelir. Bildirilen olgularda en sık görülen psikiyatrik bozuklukların anksiyete ve depresyon olduğu bildirilmiştir^{9,97,98}.



GEREÇ VE YÖNTEM

1. Olgu Seçimi

Çalışma grubu 15 Şubat 2017-15 Ağustos 2017 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dermatoloji polikliniğine başvuran, 9-18 yaş arası, tanı almış ve tedavi edilmekte olan bir psikiyatrik hastalığı olmayan çocuklar arasından seçildi. Alopesi areata tanısı alan 15, psoriasis tanısı alan 30 ve vitiligo tanısı alan 24 kişi hasta grubuna, bakteriyel/viral/fungal enfeksiyon ya da melanositik nevus nedeni ile başvuran toplam 70 kişi kontrol grubuna dahil edildi. 70 kişilik sağlıklı kontrol grubundan, hasta grubu ile yaş ve cinsiyet açısından benzer özellikte olan 50 kişilik grup propensity scor matching yöntemi ile seçildi. Kontrol grubu 50 kişi olarak çalışmaya devam edildi. Çalışmaya alınan tüm hasta ve kontrol grubundaki çocukların ve ailelerinin çalışma öncesi bilgilendirilmiş gönüllü onam formu okunarak gönüllülük esasına dayanarak imzalı onayları alındı.

2. Araştırma Etik Kurul İzni

Bu çalışma için Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 19/01/2017 tarihinde 2017/15 no'lu karar ile izin alınmıştır. (Bkz. EK-1)

3. Yöntem

Hasta ve kontrol gruplarının yaş, cinsiyet ve başvurdukları hastalıkları, ayrıca hasta gruplarının hastalık süreleri, aile öyküsü olup olmadığı kaydedildi. Psoriasis ve vitiligo hastaları için görünür yerde lezyon olup olmadığı belirlendi.

Hasta grubunun dermatolojik hastalıklarının klinik şiddetlerini objektif olarak değerlendirmek için, dermatoloji pratiğinde kullanılan; alopesi areata için alopesi areata şiddet skoru (SALT), psoriasis için psoriasis alan şiddet indeksi (PAŞİ), vitiligo için vitiligo alan şiddet indeksi (VASİ) hesaplandı.

SALT (Alopesi areata şiddet skoru)

Saçlı deri dört ana bölgeye (verteks, sağ yan, sol yan, arka yüz) ayrılır. Her bölge için saç kaybı yüzdesi hesaplanır.

Saç kaybı yüzdesi= Saç kaybı oranı x bölge katsayısı

Bölge katsayısı ; Verteks: %40 sağ yan: %18 sol yan: %18 arka yüz: %24

SALT skoru hesaplanırken her bir bölgenin saç kaybı yüzdesi ayrı ayrı ayrı toplanır.

PAŞİ (Psoriasis alan şiddet indeksi)

Vücut; baş (b), üst ekstremitte (ü), gövde (g) ve alt ekstremitte (a) olmak üzere dört bölgeye ayrılır. Her bölgede eritem (e), indurasyon (i) ve deskuamasyon (d) parametrelerine 0-4 arası skor verilir;

0: yok 1: hafif 2: orta 3: belirgin 4: çok belirgin.

Etkilenen yüzey alanı (A) tutulumu yüzde olarak hesaplanır;

1: <%10 2: %10-39 3: %30-49 4: %50-69 5: %70-89 6: >%90

PAŞİ:

$0.1 \times Ab(eb+ib+db) + 0.2 \times A\ddot{u}(e\ddot{u}+i\ddot{u}+d\ddot{u}) + 0.3 \times Ag(eg+ig+dg) + 0.4 \times Aa(ea+ia+da)$

VASI (Vitiligo alan şiddet indeksi)

Lezyonların tutulum yüzdesi el ünitesi ile hesaplanır;

1 el ünitesi: Vücut yüzey alanının %1'i.

Rezidüel depigmentasyon derecesi hesaplanır;

%100: tam depigmentasyon

%90: pigment noktaları var

%75: depigmente alan pigmente alandan fazla

%50: pigmente alan depigmente alana eşit

%25: pigmente alan depigmente alandan fazla

%10: sadece depigmentasyon noktaları.

Her bir vücut bölgesi için 'el ünitesi x rezidüel depigmentasyon' değeri hesaplanır ve ayrı ayrı toplanır.

Psoriasis hastalarında tırnak tutulumu olanlarda, tırnak tutulum şiddetini ölçmek amacı ile, tırnak psoriasis şiddet indeksi (NAPSİ) kullanıldı.

NAPSİ (Tırnak psoriasis şiddet indeksi)

Tırnak dört kadrana ayrılır. Her bir kadranda tırnak yatağı tutulum bulguları (yağ lekesi, onikoliz, subungual hiperkeratoz, splinter hemoraji) ve tırnak matriks tutulum bulguları (pitting, lökonişi, lunulada kırmızı noktalar) değerlendirilir. Her bir bulgu tutulan kadrana sayısına göre 0-4 arası puan alır. Tüm tırnaklardaki skorlar toplanarak NAPSİ skoru hesaplanır⁹⁶.

Hasta ve kontrol grubu olarak belirlenen gönüllülere, depresyon ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi amacı ile, dört ayrı ölçek uygulandı.

Çocuklar İçin Beck Depresyon Ölçeği

Çocuk ve ergenlerde depresif belirtileri ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçek 26 maddeden oluşmaktadır. Her maddede 3 ifade vardır. Bu ifadeler 0, 1 veya 2 olarak puanlanır.

Çapa Çocuk ve Ergenler İçin Sosyal Fobi Ölçeği

Çocuk ve ergenlerin sosyal fobi düzeylerini belirlemek amacı ile geliştirilen 25 madden oluşmuş ve her maddeye 1-5 arası puan verilen bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 1999 yılında Demir ve ark. tarafından yapılmıştır.

Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-C)

Bu anksiyete ölçeği durumluk anksiyete ve sürekli anksiyete olmak üzere her biri 20 soru içeren toplam 2 bölümden oluşmaktadır. 20 maddenin her biri 1, 2 veya 3 puan olmak üzere her bir bölüm için toplam ölçek puanı 20-60 arasında olmaktadır. Spielberger'in geliştirdiği bu ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özusta tarafından yapılmıştır⁹⁹⁻¹⁰¹.

4. İstatiksel Analiz

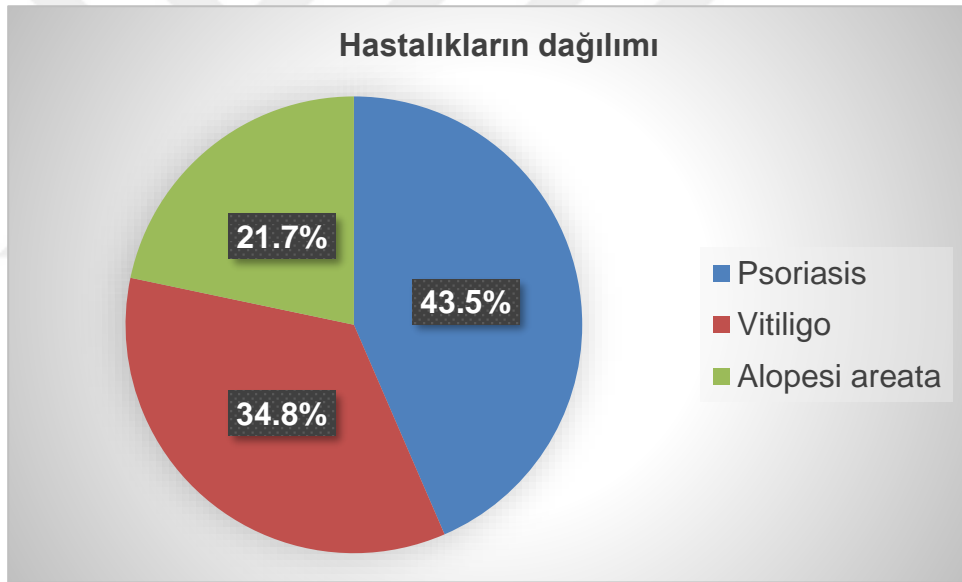
Sürekli değişken olan ölçek puanları ve yaş değişkenleri için tanımlayıcı istatistiklerden; ortalama, standart sapma, medyan 25. ve 75. yüzdellik değerleri (25P-75P), kategorik değişken olan grup ve cinsiyet değişkenleri için ise sayı ve yüzde değerleri verildi. Normal dağılım kontrolü Shapiro Wilk testi ile yapıldı. İki den fazla olan bağımsız çalışma gruplarının medyanları arasındaki farklara, parametrik olmayan testlerden Kruskal-Wallis testi ile bakıldı. İki bağımsız grup olan aile öyküsü olanlarla olmayanların medyanları arasındaki farka ise parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U testi ile bakıldı. Çalışma gruplarında cinsiyet arasındaki ilişki için Ki-kare analizi yapıldı ve Pearson Ki-Kare test istatistiğine ait sonuçlar kullanıldı. Ölçek puanları ile hastalık süresi, VASI, SALT, PASİ ve NAPSİ skorları arasındaki ilişkiler için korelasyon analizi yapıldı ve Spearman rho korelasyon katsayısı ile Pearson korelasyon katsayısı kullanıldı. Tüm istatistik karşılaştırmalar için istatistik önem seviyesi (p) 0.05 olarak alındı.

BULGULAR

1. Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Çalışma Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Polikliniği'ne gelen, 9-18 yaş grubunda olan, alopesi areata, psoriasis veya vitiligo tanısı almış 69 çocuk ve ergen hasta grubu ile yine aynı yaş grubundan 50 çocuk ve ergen kontrol grubu üzerinde yürütülmüştür.

Çalışmaya dâhil edilen hasta grubunun 40'ı (%58.0) kadın, 29'u (%42.0) erkek idi. Çalışmaya alınan hasta grubunun yaş ortalamasının 12.76 ± 2.66 yıl olduğu belirlendi. Çalışmaya dâhil edilen hasta grubunun 30'u (%43.5) psoriasis, 24'ü (%34.8) vitiligo ve 15'i (%21.7) alopesi areata tanısı almıştı (Şekil 1).



Şekil 1. Çalışmaya alınan hastaların hastalıklarının dağılımı

Çalışmaya dâhil edilen alopesi areatalı hastaların 8'i (%53.3) kadın, 7'si (%46.7) erkek idi. Çalışmaya alınan alopesi areatalı hasta grubunun yaş ortalamasının 12.06 ± 2.63 yıl olduğu belirlendi (Şekil 2).



Şekil 2. Alopesi areatalı hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı

Çalışmaya dâhil edilen psoriasisli hastaların 18'i (%60.0) kadın, 12'si (%40.0) erkek idi. Çalışmaya alınan psoriasisli hasta grubunun yaş ortalamasının 13.03 ± 2.48 yıl olduğu belirlendi (Şekil 3).



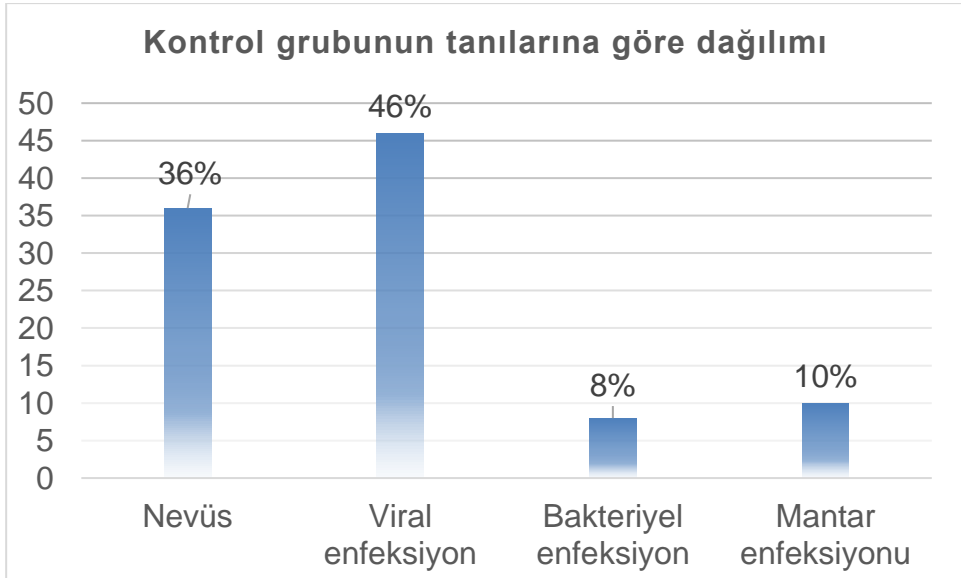
Şekil 3. Psoriasisli hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı

Çalışmaya dâhil edilen vitiligo hastalarının 14'ü (%58.3) kadın, 10'u (%41.7) erkek idi. Çalışmaya alınan vitiligo hasta grubunun yaş ortalamasının 12.87 ± 2.93 yıl olduğu belirlendi (Şekil 4).



Şekil 4. Vitiligolu hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı

Çalışmaya dâhil edilen kontrol grubunun 26'sı (%52.0) kadın, 24'ü (%48.0) erkek idi. Çalışmaya alınan kontrol grubunun yaş ortalamasının 12.68 ± 2.54 yıl olduğu belirlendi. Çalışmaya alınan kontrol grubunun 18'i (%36.0) nevüs, 23'ü (%46.0) viral enfeksiyon, 4'ü (%8.0) bakteriyel enfeksiyon ve 5'i (%10.0) mantar enfeksiyonu tanısı almıştı (Şekil 5).



Şekil 5. Çalışmaya alınan kontrol grubunun hastalıklarına göre dağılımı

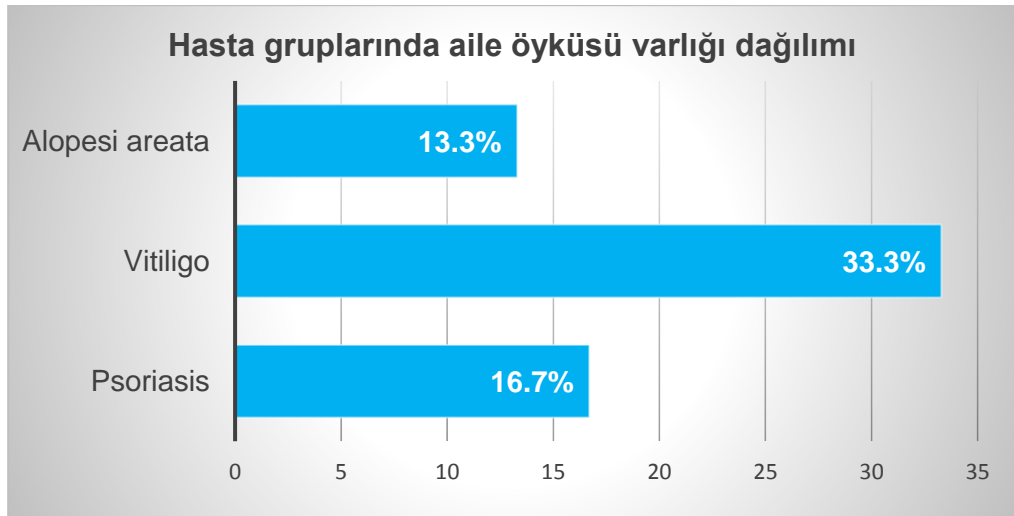
2. Hasta ve Kontrol Gruplarının Klinik Özellikleri

Hasta grubundaki alopesi areata tanılı hastaların ortalama hastalık süresinin 20.26 ± 18.02 ay olduğu belirlendi. Bu hastaların 2'sinde (%13.3) aile öyküsü mevcut iken 13'ünde (%86.7) aile öyküsü bulunmadığı saptandı. SALT skoru ortalamasının ise 16.12 ± 25.81 olduğu belirlendi.

Hasta grubunda yer alan psoriasis tanılı hastaların ortalama hastalık süresinin 26.70 ± 25.55 ay olduğu belirlendi. Bu hastaların beşinde (%16.7) aile öyküsü mevcut iken 25'inde (%83.3) aile öyküsü bulunmadığı saptandı. Lezyon lokalizasyonları değerlendirildiğinde; 22'sinde (%73.3) lezyonun görünür yerde olduğu ve 8'inde (%26.7) lezyonun görünür yerde olmadığı belirlendi. PAŞİ skoru ortalamasının 3.11 ± 2.69 ve NAPSI skoru ortalamasının 2.16 ± 4.36 olduğu tespit edildi.

Hasta grubundaki vitiligo tanılı hastaların ortalama hastalık süresinin 18.33 ± 17.97 ay olduğu belirlendi. Bu hastaların 8'inde (%33.3) aile öyküsü mevcut iken, 16'sında (%66.7) aile öyküsü bulunmadığı saptandı. Lezyon lokalizasyonu değerlendirildiğinde 17'sinde (%70.8) lezyonun görünür yerde olduğu ve 7'sinde (%29.2) lezyonun görünür yerde olmadığı belirlendi. VASI skoru ortalamasının 2.12 ± 4.04 olduğu saptandı.

Çalışmaya alınan hasta gruplarının aile öyküsü varlığı açısından karşılaştırması Şekil 6'da gösterilmiştir.



Şekil 6. Hasta gruplarında aile öyküsü varlığının dağılımı

Alopesi areata tanılı hastaların Çocuklar için Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamasının 11.46 ± 5.15 , Çapa Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçeği puan ortalamasının 58.26 ± 21.63 , Çocuklar için Durumluk Kaygı Envanteri puan ortalamasının 36.40 ± 5.80 ve Çocuklar için Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamasının 37.33 ± 5.83 olduğu belirlendi.

Psoriasis tanılı hastaların Çocuklar için Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamasının 12.53 ± 7.04 , Çapa Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçeği puan ortalamasının 63.97 ± 13.89 , Çocuklar için Durumluk Kaygı Envanteri puan ortalamasının 35.50 ± 7.91 ve Çocuklar için Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamasının 38.50 ± 7.49 olduğu belirlendi.

Vitiligo tanılı hastaların Çocuklar için Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamasının 10.92 ± 7.72 , Çapa Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçeği puan ortalamasının 56.00 ± 18.14 , Çocuklar için Durumluk Kaygı Envanteri puan ortalamasının 35.79 ± 10.08 ve Çocuklar için Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamasının 37.83 ± 9.36 olduğu belirlendi. Hasta grupları içerisinde her bir hastalık grubu için ölçek puanları Tablo 1’de gösterilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Hasta gruplarında tanılarına göre ölçek puanları

Ölçekler	Hastalıklar		
	Psoriasis	Vitiligo	Alopesi areata
Çocuklar için depresyon ölçeği	12.53 ± 7.04	10.92 ± 7.72	11.46 ± 5.15
Çapa Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçeği	63.97 ± 13.89	56.00 ± 18.14	58.26 ± 21.63
Çocuklar için Durumluk Kaygı Envanteri	35.50 ± 7.91	35.79 ± 10.08	36.40 ± 5.80
Çocuklar için Sürekli Kaygı Envanteri	38.50 ± 7.49	37.83 ± 9.36	37.33 ± 5.84

Çalışmaya alınan kontrol grubunun Çocuklar için Depresyon Ölçeği puan ortalamasının 10.26 ± 6.44 , Çapa Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçeği puan ortalamasının 56.16 ± 16.01 , Çocuklar için Durumluk Kaygı Envanteri puan

ortalmasının 31.70 ± 7.29 ve Çocuklar için Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamasının 35.94 ± 8.85 olduğu belirlendi. Çalışmaya alınan kontrol grubu için ölçek puanları Tablo 2’de gösterilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Çalışmaya alınan kontrol grubu ölçek puanları

Ölçekler	Kontrol Grubu
Çocuklar için Beck Depresyon Ölçeği	10.26±6.44
Çapa Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçeği	56.16±16.01
Çocuklar için Durumluk Kaygı Envanteri	31.70±7.29
Çocuklar için Sürekli Kaygı Envanteri	35.94±8.85

3. Hasta ve Kontrol Grubunun Depresyon ve Kaygı Düzeyinin Karşılaştırılması

Çalışmaya alınan toplam hasta ve kontrol grubunun ölçek puanları karşılaştırıldığında; hasta grubunun çocuklar için durumluk kaygı envanteri puanlarının kontrol grubunun puanlarından yüksek olduğu ve puanların medyan değerleri arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p=0.006$). Yapılan analizde hasta ve kontrol gruplarının çocuklar için beck depresyon ölçeği, çapa çocuk ve ergenler için sosyal fobi ölçeği ve çocuklar için sürekli kaygı envanteri puanları arasındaki farkın ise istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı ($p>0.05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Hasta ve kontrol gruplarının ölçek puanları karşılaştırması

Ölçekler	Kontrol grubu (n=50)			Hasta grubu (n=69)			P
	Ort±Ss	Medyan	25P-75P	Ort±Ss	Medyan	25-75	
Depresyon ölçeği	10.26±6.44	9.0	4.7-15.2	10.74±6.44	14.0	6.5-16.0	0.260
Çapa Sosyal Fobi Ölçeği	56.16±16.01	57.0	43.0-64.7	59.96±17.41	60.0	46.5-72.0	0.240
Durumluk kaygı envanteri	31.70±7.29	31.0	26.7-38.0	35.79±8.25	36.0	30.0-41.0	0.006
Sürekli kaygı envanteri	35.94±8.84	34.0	29.7-41.5	38.01±7.79	36.0	33.0-45.5	0.098

Çalışmaya alınan hasta grupları ve kontrol grubunun ölçek puanları karşılaştırıldığında; kontrol grubunun durumluk kaygı envanteri puanının alopesi areatalı, psoriasisli ve vitiligolu hasta gruplarının puanlarından düşük olduğu ve puanların medyan değerleri arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p=0.046$). Yapılan analizlerde psoriasisli, vitiligolu ve alopesi areatalı hastaların ölçek puanları ile kontrol grubu ölçek puanları ile karşılaştırılmasında hasta grupları ile kontrol grubunun ölçek puanları arasındaki farkın ise istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 4).

4. Alopesi Areatalı Hastaların Depresyon ve Kaygı Düzeyi ile İlişkili Faktörler

Çalışmada alopesi areata tanılı hastalarla kontrol grubunun ölçek puanları karşılaştırıldığında; hasta grubunun çocuklar için durumluk kaygı envanteri puanlarının kontrol grubunun puanlarından yüksek olduğu ve puanların medyan değerleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. ($p=0.015$). Yapılan analizde hasta ve kontrol gruplarının çocuklar için depresyon ölçeği, çapa çocuk ve ergenler için sosyal fobi ölçeği ve çocuklar için sürekli kaygı envanteri puanları arasındaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (Tablo 5).

Alopesi areatalı hastaların ölçek puanları ve aile öyküsü arasında ilişki olup olmadığı değerlendirildiğinde; aile öyküsü olanların ölçek puanlarının medyan değerleri ile aile öyküsü olmayanların medyan değerleri arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı tespit edildi ($p>0.005$).

Alopesi areatalı hastaların hastalık süresi ve SALT skorları ile ölçek puanları karşılaştırıldığında; hastaların ölçek puanları ile hastalık süresi ve SALT skorları arasındaki korelasyonların oldukça düşük olduğu ve istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı ($p>0.005$) (Tablo 6).

Tablo 4. Alopesi areata, psoriasis ve vitiligolu hastaların kontrol grubu ölçek puanları ile karşılaştırılması

Ölçekler	Alopesi Areatalı hasta grubu			Psoriasisli hasta grubu			Vitiligolu hasta grubu			Kontrol grubu			p
	Ort±Ss	Medyan	25P-75P	Ort±Ss	Medyan	25P-75P	Ort±Ss	Medyan	25P-75P	Ort±Ss	Medyan	25P-75P	
Depresyon ölçeği	11.46±5.15	12.0	7-16	12.53±7.04	12.0	7-16	10.92±7.72	9.5	4-16	10.26±6.44	9.0	5-15	0.506
Çapa Sosyal Fobi Ölçeği	58.26±21.63	59.0	40-75	63.97±13.89	62.5	56-72	56.00±18.14	56.0	40-68.5	56.16±16.01	57.0	43-64	0.718
Durumluk kaygı envanteri	36.40±5.80	36.0	33-41	35.50±7.91	35.5	30-41	35.79±10.08	34.5	28.5-45.5	31.70±7.29	31.0	27-38	0.046
Sürekli kaygı envanteri	37.33±5.84	37.0	33-39	38.50±7.49	36.5	34-45	37.83±9.36	36.0	32.5-46.0	35.94±8.85	34.0	30-41	0.412

Tablo 5. Alopesi areata tanılı hasta ve kontrol gruplarının ölçek puanları karşılaştırması

Ölçekler	Alopesi areata tanılı hasta grubu (n=15)			Kontrol grubu (n=24)			p
	Ort±Ss	Medyan	25P-75P	Ort±Ss	Medyan	25-75	
Depresyon ölçeği	11.46±5.15	12.0	7.0- 16.0	10.26±6.44	9.0	5.0 -15.0	0.343
Çapa Sosyal Fobi Ölçeği	58.26±21.63	59.0	40.0- 75.0	56.16±16.01	57.0	43.0 -64.0	0.796
Durumluk kaygı envanteri	36.40±5.80	36.0	33.0 - 41.0	31.70±7.29	31.0	27.0 -38.0	0.015
Sürekli kaygı envanteri	37.33±5.84	37.0	33.0 -39.0	35.94±8.85	34.0	30.0 -41.0	0.336

Tablo 6. Alopesi areatalı hastaların hastalık süresi ve SALT skorları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçekler	Hastalık süresi		SALT skoru	
	r	p	r	p
Depresyon ölçeği	0.130	0.645	0.257	0.355
Çapa Sosyal Fobi Ölçeği	0.025	0.929	0.415	0.124
Durumluk kaygı envanteri	0.088	0.755	0.022	0.939
Sürekli kaygı envanteri	0.025	0.928	0.409	0.130

5. Psoriasisli Hastaların Depresyon ve Kaygı Düzeyi ile İlişkili Faktörler

Çalışmada psoriasis tanılı hastalarla, kontrol grubunun ölçek puanları karşılaştırıldığında; hasta grubunun çapa çocuk ve ergenler için sosyal fobi ölçeği ve çocuklar için durumluk kaygı envanteri puanlarının kontrol grubunun puanlarından yüksek olduğu ve puanların medyan değerleri arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi (sırasıyla p=0.032, p=0.033). Yapılan analizde hasta ve kontrol gruplarının çocuklar için depresyon ölçeği ve çocuklar için sürekli kaygı envanteri puanları arasındaki farkın ise istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı (p>0.05) (Tablo 7).

Tablo 7. Psoriasis tanılı hasta ve kontrol gruplarının ölçek puanları karşılaştırması

Ölçekler	Kontrol grubu (n=50)			Psöriasis tanılı hasta grubu (n=30)			P
	Ort±Ss	Medyan	25P-75P	Ort±Ss	Medyan	25-75	
Depresyon ölçeği	10.26±6.44	9.0	5.0 -15.0	12.53±7.04	12.0	7.0-16.0	0.168
Çapa Sosyal Fobi Ölçeği	56.16±16.01	57.0	43.0 - 64.0	63.97±13.89	62.5	56.0- 72.0	0.032
Durumluk kaygı envanteri	31.70±7.29	31.0	27.0-38.0	35.50±7.91	35.5	30.0- 41.0	0.033
Sürekli kaygı envanteri	35.94±8.85	34.0	30.0 -41.0	38.50±7.49	36.5	34.0- 45.0	0.121

Psoriasisli hastaların ölçek puanları ve aile öyküsü arasında ilişki olup olmadığı değerlendirildiğinde; aile öyküsü olanların ölçek puanlarının medyan değerleri ile aile öyküsü olmayanların medyan değerleri arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı tespit edildi ($p>0.005$). Psoriasis tanılı hastaların lezyonlarının lokalizasyonuna göre; lezyonu görünür yerde olanlarla lezyonu görünür yerde olmayanların ölçek puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak önemli bir farkın olmadığı belirlendi ($p>0.005$) (Tablo 8).

Tablo 8. Psoriasisli hastaların lezyon lokalizasyonları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçekler	Görünür yerde değil (n=8)			Görünür yerde (n=22)			P
	Ort±Ss	Medyan	25P-75P	Ort±Ss	Medyan	25-75	
Depresyon ölçeği	12.50±6.84	9.5	7.5-18.2	12.54±7.26	12.5	6.0- 15.2	0.981
Çapa Sosyal Fobi Ölçeği	60.37±16.82	57.0	46.7-75.7	65.27±12.85	63.5	59.0-71.5	0.336
Durumluk kaygı envanteri	34.62±9.05	33.0	26.0-43.7	35.81±7.65	36.0	30.0-40.2	0.814
Sürekli kaygı envanteri	38.00±7.09	36.0	31.7-45.0	38.68±7.77	37.0	33.2-47.0	0.851

Psoriasisli hastaların hastalık süresi (yıl), PAŞİ ve NAPSI skorları ile ölçek puanları karşılaştırıldığında; hastaların ölçek puanları ile hastalık süresi, PAŞİ ve NAPSI skorları arasındaki korelasyonların istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı ($p>0.005$) (Tablo 9).

Tablo 9. Psörisasili hastaların hastalık süreleri, PASI ve NAPSI skorları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçekler	Hastalık süresi (yıl)		PASI skoru		NAPSI skoru	
	r	p	r	p	r	p
Depresyon ölçeği	0.262	0.162	0.203	0.283	-0.054	0.778
Çapa Sosyal Fobi Ölçeği	0.010	0.957	0.338	0.067	-0.017	0.928
Durumluk kaygı envanteri	-0.010	0.957	0.184	0.330	-0.041	0.832
Sürekli kaygı envanteri	0.069	0.717	0.262	0.161	-0.171	0.368

6. Vitiligolu Hastaların Depresyon ve Kaygı Düzeyi ile İlişkili Faktörler

Çalışmada vitiligo tanılı hastalarla kontrol grubunun ölçek puanları karşılaştırıldığında, vitiligo tanılı hasta grubu ve kontrol grubunun ölçek puanlarının medyan değerleri arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 10).

Tablo 10. Vitiligo tanılı hasta ve kontrol gruplarının ölçek puanları karşılaştırması

Ölçekler	Kontrol grubu (n=50)			Vitiligo tanılı hasta grubu (n=24)			P
	Ort±Ss	Medyan	25P-75P	Ort±Ss	Medyan	25-75	
Depresyon ölçeği	10.92±7.72	9.5	4.0- 16.0	10.26±6.44	9.0	5.0 -15.0	0.912
Çapa Sosyal Fobi Ölçeği	56.00±18.14	56.0	40.0 -68.5	56.16±16.01	57.0	43.0 - 64.0	0.871
Durumluk kaygı envanteri	35.79±10.08	34.5	28.5 -45.5	31.70±7.29	31.0	27.0 -38.0	0.106
Sürekli kaygı envanteri	37.83±9.36	36.0	32.5- 46.0	35.94±8.85	34.0	30.0 -41.0	0.306

Vitiligolu hastaların ölçek puanları ve aile öyküsü arasında ilişki olup olmadığı değerlendirildiğinde; aile öyküsü olanların ölçek puanlarının medyan değerleri ile aile öyküsü olmayanların medyan değerleri arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı tespit edildi ($p>0.005$).

Vitiligo tanılı hastaların lezyonlarının lokalizasyonuna göre; lezyonu görünür yerde olanlarla lezyonu görünür yerde olmayanların ölçek puanları karşılaştırıldığında; lezyonu görünür yerde olanların çapa sosyal fobi ölçeği puanlarının lezyonu görünür yerde olmayanlardan daha yüksek olduğu ve ölçek puanlarına ait medyan değerleri arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p=0.028$). Vitiligolu hastaların lezyon lokalizasyonları ve diğer ölçek puanları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı tespit edildi ($p>0.05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Vitiligolu hastaların lezyon lokalizasyonları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçekler	Görünür yerde değil (n=8)			Görünür yerde (n=22)			p
	Ort±Ss	Medyan	25P-75P	Ort±Ss	Medyan	25-75	
Depresyon ölçeği	6.71±4.27	9.0	3.0-10.0	12.64±8.23	12.0	5.0-19.5	0.105
Çapa Sosyal Fobi Ölçeği	43.85±13.99	38.0	31.0-58.0	61.00±17.57	62.0	44.5-74.0	0.028
Durumluk kaygı envanteri	31.28±10.09	30.0	21.0-35.0	37.64±9.75	40.0	29.5-46.5	0.172
Sürekli kaygı envanteri	32.71±8.47	33.0	27.0-40.0	39.94±9.09	37.0	34.0-48.5	0.065

Vitiligolu hastaların hastalık süresi ve VASI skorları ile ölçek puanları karşılaştırıldığında; vitiligolu hastaların ölçek puanları ile hastalık süresi ve VASI skorları arasındaki korelasyonların oldukça düşük olduğu ve istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı ($p>0.005$) (Tablo 12).

Tablo 12. Vitiligolu hastaların hastalık süresi ve VASI skorları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçekler	Hastalık süresi		VASI skoru	
	r	p	r	p
Depresyon ölçeği	0.119	0.581	0.046	0.833
Çapa Sosyal Fobi Ölçeği	0.145	0.498	0.218	0.307
Durumluk kaygı envanteri	0.253	0.234	0.087	0.684
Sürekli kaygı envanteri	0.096	0.654	0.106	0.621

TARTIŞMA

Deri, insanın en büyük ve görünür organı olması nedeni ile, deri hastalıkları sıklıkla psikolojik bozukluklara ve yaşam kalitesinde azalmaya yol açar¹⁰². Kronik ve şiddetli seyreden dermatolojik hastalıklar kişiyi fiziksel olduğu kadar psikolojik olarak da etkiler ve sıklıkla psikiyatrik komorbiditeler ile seyreder^{103,104}.

Özellikle görünür yerleri tutan deri hastalıkları fiziksel ve mental sağlığın bozulmasına, düşük benlik saygısına, sosyal ilişki kurmada güçlüklerle neden olur. Sharma ve arkadaşlarının kronik deri hastalıklarında psikiyatrik hastalıkların prevalansını araştırdığı bir çalışmada; depresyon, psoriasisli hastalarda %23,3, vitiligolu hastalarda % 10, anksiyete ise her iki grupta da %3,3 oranında saptanmıştır⁹⁷. Bizim çalışmamızda ise toplam hasta grubunda, durumluk anksiyete düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu.

Alopesi areatalı hastalarda, anksiyete bozuklukları ve depresyon gibi psikiyatrik hastalıklar genel popülasyona göre daha sık görülmektedir¹⁰⁵. Montgomery ve arkadaşlarının 338 alopesili hasta ile yaptığı geniş bir çalışmada hastaların anksiyete, depresyon ve sosyal fobi düzeyleri anlamlı olarak yüksek saptanmıştır¹⁰⁶. Doblado ve arkadaşlarının alopesi areatalı hastalarda psikiyatrik komorbidite araştırdığı bir çalışmada 32 alopesili hastanın %66'sında psikiyatrik komorbidite saptanmış, hastaların %22'sinde anksiyete bozuklukları, %7,4'ünde depresif ataklar ve %7,4'ünde sosyal fobi tespit edilmiştir¹⁰⁷. Çocuk ve ergenler ile ilgili veriler ise sınırlıdır⁹⁵. Ghanizadeh ve arkadaşlarının 14 alopesi areatalı çocuk ve ergende psikiyatrik komorbiditeleri inceleyen çalışmasında, anksiyete bozuklukları (%85.6) ve major depresif bozukluk (%50) en sık saptanan hastalıklardır³.

Bizim çalışmamızda alopesi areatalı çocuk ve ergenlerde durumluk kaygı düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Bilgiç ve arkadaşlarının alopesi areatalı çocuk ve ergenler ile yaptığı çalışmada durumluk ve sürekli anksiyete yanı sıra depresyon düzeyleri de anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur⁹⁵.

Liakopoulou ve arkadaşlarının 33 alopesi areatalı çocuk hasta ile yaptığı çalışmada, hasta grubunda kontrol grubuna göre depresyon ve anksiyete düzeyleri anlamlı ölçüde yüksek saptanmıştır¹⁰⁸. Buna karşın Atienza ve arkadaşlarının 31 alopesili çocuk ve ergen ile yaptığı çalışmada hastalar ve kontrol grubu arasında depresyon ve anksiyete düzeyi açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir¹⁰⁵.

Bilgiç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastalık süresi ile psikiyatrik ölçekler korele değildi⁹⁵. Bizim çalışmamızda da hasta grubunun hastalık süresi ile depresyon, sosyal fobi ve durumluk-sürekli kaygı envanteri arasında korelasyon bulunmadı.

Literatürde çocuk ve ergenlerde alopesi şiddeti ile psikiyatrik bulgular arasındaki ilişkiyi inceleyen veriler sınırlıdır. Bilgiç ve arkadaşlarının çalışmasında hastalık şiddeti ile ölçekler arasında korelasyon saptanmamıştır⁹⁵. Bizim çalışmamızda da hastaların aile öyküsü ve SALT skoru ile ölçekler arasında korelasyon saptanmadı. Jankovic ve arkadaşlarının alopesi areatalı hastaların yaşam kalite düzeylerini değerlendirdiği bir çalışmada ise, SALT skoru ile yaşam kalite indeksi anlamlı düzeyde korele bulunmuştur¹⁰⁹.

Erişkin psoriasis hastalarında hastalık %30-50 oranında 20 yaş öncesi başlar¹⁹. Psoriasis genellikle erkek ve kadınları eşit oranda etkilemesine rağmen, özellikle çocukluk çağında kızlarda daha sık gözlemlendiği bildirilmiştir⁴³. Bizim çalışmamızda da psoriasis hasta grubunda kızların (%60), erkeklerden (%40) daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Psoriasisli hastalarda psikiyatrik semptom görülme sıklığı, genel populasyona göre çok daha yüksektir. Psikiyatrik semptomlar, gerek hastalığın sonucu olarak gerekse hastalığı tetikleyen veya ağırlaştırıcı faktör olarak psoriasisle ilişkilidir¹¹⁰. Gupta ve arkadaşlarının 127 psoriasisli hasta ile yaptığı bir çalışmada, hastaların %9,7'sinin ölüm düşüncesi olduğu, %5,5'inin ise çalışma esnasında intihar teşebbüsü olduğu bildirilmiştir¹¹¹. Erken başlangıçlı psoriasis, klinik olarak çok daha şiddetli seyrederek ve daha sık psikososyal komorbiditeye yol açar.

Psoriasisli hastalarının %30-50'sinde, ilk bulguların ortaya çıktığı çocukluk ve ergenlik döneminde, hormonal değişikliklerin de başlamasıyla birlikte, psikiyatrik problemlere yatkınlık daha da artar¹¹. Remröd ve arkadaşlarının, erken ve geç başlangıçlı psoriasisli hastalarda depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkiyi incelediği bir çalışmada, 20 yaş altı psoriasis hastalarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin, 20 yaş üzeri hastalara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu bildirilmiştir¹¹⁰. Kimball ve arkadaşlarının 18 yaş altı hastalar ile yaptığı retrospektif bir kohort çalışmada, psoriasisli hastalarda başta depresyon ve anksiyete olmak üzere, psikiyatrik hastalık gelişme riski kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur¹¹.

Bizim çalışmamızda ise 30 psoriasisli çocuk ve ergen hastanın sosyal fobi ve durumluk anksiyete düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksekti. Buna karşı depresyon ve sürekli anksiyete düzeyi açısından anlamlı fark bulunmadı. Bilgiç ve arkadaşlarının, psoriasisli çocuk ve ergenlerde depresyon ve anksiyete düzeyini incelediği bir araştırmada, hasta grubu ile kontrol grubunun anksiyete düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmazken, çocuk hastalarda depresyon düzeyleri anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada hastalık süreleri ile depresyon ve kaygı düzeyleri arasında korelasyon saptanmamıştır¹⁰. Bizim çalışmamızda da hastalık süreleri ve PAŞİ değerleri ile psikiyatrik ölçekler arasında korelasyon yoktu.

Takahashi ve arkadaşlarının psoriasisli çocuk ve erişkin hastalarda anksiyete düzeylerini değerlendirdiği çalışmada, hasta ve kontrol grubu durumluk ve sürekli anksiyete değerleri arasında anlamlı fark saptanmazken, hastaların PAŞİ değerleri ile anksiyete düzeyleri arasında da korelasyon saptanmamıştır¹¹². Kılıç ve arkadaşlarının 105 psoriasisli hasta ve 109 sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırdığı çalışmada da depresyon düzeyleri hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek saptanırken, hastalık süresi ve PASI değerleri ile ölçek sonuçları arasında korelasyon saptanmamıştır¹¹³. Çalışmamız ve mevcut literatür verilerinin bir kısmı hastalığın süresi ve şiddetinin depresyon ve kaygı düzeylerine etki etmediğini göstermektedir.

Aynı zamanda çalışmamızda, psoriasisli çocuk ve ergen hastalarda pozitif aile öyküsü, lezyonların görünür yerde olması ve tırnak tutulumu olanlarda tutulumun şiddeti ile ölçek düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde çocuk ve ergen hastalarda benzer bir karşılaştırma bulunmamaktadır.

Vitiligo, genel populasyonun %0,5-1'ini etkileyen bir depigmentasyon hastalığıdır¹⁰². Hastaların %95'i 40 yaşın altında olup, yaklaşık %50'sinde 20 yaşın altında başlar. Erkek ve kadınlarda eşit oranda görülmesine rağmen, çocukluk döneminde kızlarda daha sık görülmektedir^{6,114}. Bizim çalışmamızda da kız/erkek oranı 1,4 olarak saptanmıştır. Bakar ve arkadaşlarının vitiligolu çocuk hastalarda yaşam kalite düzeylerini araştırdığı çalışmada bu oran benzer şekilde 1,7'dir¹¹⁵.

Vitiligo, ciddi oranda fiziksel morbiditeye yol açmamasına rağmen, hastalığın olumsuz psikolojik etkileri ile ilgili birçok yayın mevcuttur. Başta anksiyete ve depresyon olmak üzere, azalmış benlik saygısı ve yaşam kalitesi, paranoya, uyku bozuklukları bunlardan bazılarıdır^{102,116}. Mechri ve arkadaşlarının vitiligolu hastaların psikiyatrik komorbiditelerini incelediği bir çalışmada, anksiyete düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur¹¹⁷. Ahmed ve arkadaşlarının 100 vitiligolu hastada eşlik eden psikiyatrik bozuklukları incelediği bir çalışmada, 15 hasta ile major depresif bozukluk birinci sırada yer alırken bunu anksiyete ve sosyal fobi izlemiştir¹¹⁸.

Özellikle çocuk ve ergenlik döneminde başlayan vitiligonun çok daha belirgin psikososyal etkilere yol açtığı bildirilmiştir¹¹⁵. Özellikle bu dönemde hastalığın yaşam kalitesi üzerine ciddi etkileri bulunmaktadır. Bilgiç ve arkadaşlarının 41 vitiligolu çocuk ve ergen depresyon ve kaygı düzeylerini değerlendirdiği çalışmada, hasta ve kontrol grupları arasında, depresyon düzeyi vitiligolu çocuklarda anlamlı düzeyde yüksek bulunurken, durumluk ve sürekli kaygı envanteri açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Ayrıca, vitiligo şiddeti ve hastalık süresi ile ölçekler arasında korelasyon saptanmamıştır⁹.

Prcic ve arkadaşlarının 33 vitiligolu çocuk ve ergen ile yaptığı çalışmada hasta grubu ile kontrol grubu arasında depresyon ve anksiyete açısından anlamlı fark saptanmamıştır¹¹⁹. Bizim çalışmamızda da, 24 vitiligolu çocuk ve

ergen hasta ile kontrol grubu arasında depresyon, sosyal fobi ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı fark gösterilemedi. Hastalık süreleri, hastalık şiddetleri ve aile öyküsü ile ölçek değerleri arasında da korelasyon yoktu. Salman ve arkadaşlarının 37 vitiligolu erişkin hasta ile yaptığı bir çalışmada da hastalık şiddeti ve süresi ile psikiyatrik ölçek değerleri arasında korelasyon saptanmamıştır¹²⁰.

Deri lezyonlarının görünür yerde olması, özellikle ergenlik döneminde, anksiyeteyi arttırmanın yanısıra yaşam kalitesini ciddi ölçüde olumsuz etkiler¹²⁰. Bilgiç ve arkadaşlarının çalışmasında yüz tutulumu olan vitiligolu çocuk ve ergen hastalarda yaşam kalitesinde belirgin azalma tespit edilmiştir⁹. Bizim çalışmamızda da görünür yerde lezyonu olan hastaların sosyal fobi düzeyleri görünür yerde lezyonu olmayanlara göre anlamlı derecede yüksekti.

Bu sonuçlar, vitiligolu çocuk ve ergen hastalarda hastalığın psikiyatrik bulgular üzerine etkisinde, hastalığın süresi ve yaygınlığından çok, yerleşim yerinin kozmetik kaygı oluşturabilecek görünür yerde olmasının daha önemli olduğuna işaret etmektedir.

Alopesi areata, psoriyazis ve vitiligonun seyrinde psikolojik komorbiditeler görülmekle beraber, aynı zamanda hastalıkların etyopatogenezi ve prognozunda da, başta depresyon ve anksiyete olmak üzere psikiyatrik bozuklukların tetikleyici rol oynayabileceği ileri sürülmektedir^{96,121}. Çalışmamızda hasta grubunda hastalık şiddetleri ile ölçek değerleri arasında korelasyon saptanmaması; bu psikiyatrik semptomların deri hastalıklarının bir sonucu olmasından ziyade, deri hastalığını tetikleyebilecek bir faktör olabilecekleri şeklinde yorumlanmıştır.

Alopesi areata, psoriasis ve vitiligolu çocuk ve ergenlerde depresyon ve kaygı düzeylerinin incelendiği çalışmaların çoğunluğu erişkinleri kapsamaktadır. Çocuk ve ergenlerle yapılan az sayıdaki diğer bazı çalışma sonuçları ile bizim verilerimiz arasındaki bazı çelişkili sonuçlarda; çalışma grubunu oluşturan bireylerin sosyokültürel farklılıklarının ve uygulanan ölçeklerdeki değişikliklerin etkili olmuş olabileceği düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda alopesi areatalı hastalarda durumluk kaygı, psoriasisli hastalarda ise sosyal fobi ve durumluk kaygı düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Vitiligolu hastalarda ise, tüm ölçeklerde kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır. Bununla birlikte vitiligolu hastalar kendi içinde değerlendirildiğinde, vitiligo lezyonlarının görünür yerde olmasının, sosyal fobiyi anlamlı derecede arttırdığı tespit edilmiştir.

Deri hastalıklarının görünürlüğünün yüksek olması, sosyal damgalanma olasılığı ve ek psikiyatrik komorbiditelerin ortaya çıkışını tetikleyen ve kolaylaştıran önemli bir faktördür. Dolayısıyla deri hastalıkları değerlendirilirken ve tedavisi belirlenirken, hastalar sadece deri lezyonlarına ilişkin ve fiziksel semptomları ile değil, aynı zamanda sosyal ve psikososyal parametreler açısından da değerlendirilmelidir.

Özellikle de, kişilik özelliklerinin geliştiği çocukluk ve ergenlik döneminde kronik deri hastalıklarına eşlik eden psikiyatrik bozuklukların ya da komorbiditelerin araştırılmasının, hem bu hastalıkların erken teşhis ve tedavisine hem de deri hastalığı için oynadığı tetikleyici rolün kontrol altına alınması ve bertaraf edilmesine katkı sağlayacağını kanaatindeyiz.

Daha çok hasta ile ve aynı zamanda, tespit edilen psikiyatrik komorbidite ya da bozukluk tedavisinin deri hastalığı tedavisine etki ve katkısının da değerlendirildiği, daha geniş kapsamlı çalışmalarla, kronik deri hastalıkları ile psikiyatrik ilişkileri hakkında daha kesin bilgilere ulaşılabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Dainichi T, Kabashima K. Alopecia areata: What's new in epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and therapeutic options ? J Dermatol Sci. 2017 Apr;86(1):3-12.
2. Peloquin L, Castelo-Soccio L. Alopecia Areata: An Update on Treatment Options for Children. Paediatr Drugs. 2017 May 27.
3. Ghanizadeh A. Comorbidity of psychiatric disorders in children and adolescents with alopecia areata in a child and adolescent psychiatry clinical sample. Int J Dermatol. 2008 Nov;47(11):1118-20.
4. Michalek IM, Loring B, John SM. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017 Feb;31(2):205-12.
5. Klufas DM, Wald JM, Strober BE. Treatment of Moderate to Severe Pediatric Psoriasis: A Retrospective Case Series. Pediatr Dermatol. 2016 Mar-Apr;33(2):142-9.
6. Pajvani U, Ahmad N, Wiley A et al. The relationship between family medical history and childhood vitiligo. J Am Acad Dermatol. 2006 Aug;55(2):238-44.
7. Nguyen CM, Beroukhim K, Danesh MJ, Babikian A, Koo J, Leon A. The psychosocial impact of acne, vitiligo, and psoriasis: a review. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2016 Oct 20;9:383-92.
8. Grahovac T, Ruzic K, Sepic-Grahovac D, Dacic E, Radonja AP. Depressive disorder and alopecia. Psychiatr Danub. 2010 Jun;22(2):293-5.
9. Bilgiç O, Bilgiç A, Akiş HK, Eskioğlu F, Kiliç EZ. Depression, anxiety and health-related quality of life in children and adolescents with vitiligo. Clin Exp Dermatol. 2011 Jun;36(4):360-5.
10. Bilgiç A, Bilgiç O, Akiş HK, Eskioğlu F, Kiliç EZ. Psychiatric symptoms and health-related quality of life in children and adolescents with psoriasis. Pediatr Dermatol. 2010 Nov-Dec;27(6):614-7.

11. Kimball AB, Wu EQ, Guerin A et al. Risks of developing psychiatric disorders in pediatric patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 2012 Oct;67(4):651-7.
12. Linthorst Homan MW, De Korte J, Grootenhuis MA, Bos JD, Sprangers MA, Van der Veen JP. Impact of childhood vitiligo on adult life. *Br J Dermatol*. 2008 Sep;159(4):915-20.
13. Manolache L, Petrescu-Seceleanu D, Benea V. Alopecia areata and relationship with stressful events in children. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009 Jan;23(1):107-9.
14. Lenane P, Macarthur C, Parkin PC et al. Clobetasol propionate, 0.05%, vs hydrocortisone, 1%, for alopecia areata in children: a randomized clinical trial. *JAMA Dermatol*. 2014 Jan;150(1):47-50.
15. Blaumeiser B, van der Goot I, Fimmers R et al. Familial aggregation of alopecia areata. *J Am Acad Dermatol*. 2006 Apr;54(4):627-32.
16. Olsen EA, Hordinsky MK, Price VH et al. Alopecia areata investigational assessment guidelines--Part II. National Alopecia Areata Foundation. *J Am Acad Dermatol*. 2004 Sep;51(3):440-7.
17. Hordinsky M, Junqueira AL. Alopecia areata update. *Semin Cutan Med Surg*. 2015 Jun;34(2):72-5.
18. Kurtev A, Iliev E. Thyroid autoimmunity in children and adolescents with alopecia areata. *Int J Dermatol*. 2005 Jun;44(6):457-61.
19. Pratt CH, King LE Jr, Messenger AG, Christiano AM, Sundberg JP. Alopecia areata. *Nat Rev Dis Primers*. 2017 Mar 16;3:17011.
20. Kavak A, Yeşildal N, Parlak AH et al. Alopecia areata in Turkey: demographic and clinical features. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008 Aug;22(8):977-81.
21. Xiao FL, Yang S, Liu JB et al. The epidemiology of childhood alopecia areata in China: a study of 226 patients. *Pediatr Dermatol*. 2006 Jan-Feb;23(1):13-8.

22. Goddard AT. Hair Loss in an Adolescent. *J Pediatr Health Care.* (2011) 25, 261-265.
23. Kos L, Conlon J. An update on alopecia areata. *Curr Opin Pediatr.* 2009 Aug;21(4):475-80.
24. Gilhar A, Landau M, Assy B, Shalaginov R, Serafimovich S, Kalish RS. Mediation of alopecia areata by cooperation between CD4+ and CD8+ T lymphocytes: transfer to human scalp explants on Prkdc(scid) mice. *Arch Dermatol.* 2002 Jul;138(7):916-22.
25. Spano F, Donovan JC. Alopecia areata: Part 1: pathogenesis, diagnosis, and prognosis. *Can Fam Physician.* 2015 Sep;61(9):751-5.
26. Peters EMJ, Liotiri S, Bodo E et al. Probing the Effects of Stress Mediators on the Human Hair Follicle : Substance P Holds Central Position. *Am J Pathol.* 2007 Dec; 171(6): 1872–86.
27. Finner AM. Alopecia areata: Clinical presentation, diagnosis, and unusual cases. *Dermatol Ther.* 2011 May-Jun;24(3):348-54.
28. Trüeb RM, Dias MFRG. Alopecia Areata: a Comprehensive Review of Pathogenesis and Management. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2017 Jul 17.
29. Messenger AG, McKillop J, Farrant P, McDonagh AJ, Sladden M. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of alopecia areata 2012. *Br J Dermatol.* 2012 May;166(5):916-26.
30. Otberg N, Shapiro J. Hair Growth Disorders. In: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine.* 8.ed; McGraw-Hill,2012;991-994.
31. Mane M, Nath AK, Thappa DM. Utility of dermoscopy in alopecia areata. *Indian J Dermatol.* 2011 Jul;56(4):407-11.
32. Spano F, Donovan JC. Alopecia areata: Part 2: treatment. *Can Fam Physician.* 2015 Sep;61(9):757-61.

33. Lee S, Lee WS. Management of alopecia areata: Updates and algorithmic approach. *J Dermatol*. 2017 Jun 21.
34. Salsberg JM, Donovan J. The safety and efficacy of diphencyprone for the treatment of alopecia areata in children. *Arch Dermatol*. 2012 Sep;148(9):1084-5.
35. Ohlmeier MC, Traupe H, Luger TA, Böhm M. Topical immunotherapy with diphenylcyclopropanone of patients with alopecia areata--a large retrospective study on 142 patients with a self-controlled design. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012 Apr;26(4):503-7.
36. Vañó-Galván S, Hermosa-Gelbard Á, Sánchez-Neila N et al. Pulse corticosteroid therapy with oral dexamethasone for the treatment of adult alopecia totalis and universalis. *J Am Acad Dermatol*. 2016 May;74(5):1005-7.
37. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis. In: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 8.ed; McGraw-Hill,2012;197-231.
38. Shah KN. Diagnosis and treatment of pediatric psoriasis: current and future. *Am J Clin Dermatol*. 2013 Jun;14(3):195-213.
39. Gülekon A. Psoriasis ve Benzeri Dermatolojiler. Tüzün Y, Gürer M.A, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur V.L. *Dermatoloji*. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri,2008:745-756.
40. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis: epidemiology. *Clin Dermatol*. 2007 Nov-Dec;25(6):535-46.
41. Matusiewicz D, Koerber A, Schadendorf D, Wasem J, Neumann A. Childhood psoriasis--an analysis of German health insurance data. *Pediatr Dermatol*. 2014 Jan-Feb;31(1):8-13.
42. Pinson R, Sotoodian B, Fiorillo L. Psoriasis in children. *Psoriasis: Targets and Therapy* 2016;6 121–29.

43. Seyhan M, Coşkun BK, Sağlam H, Özcan H, Karıncaoğlu Y. Psoriasis in childhood and adolescence: evaluation of demographic and clinical features. *Pediatr Int.* 2006 Dec;48(6):525-30.
44. Burden-Teh E, Thomas KS, Ratib S, Grindlay D, Adaji E, Murphy R. The epidemiology of childhood psoriasis: a scoping review. *Br J Dermatol.* 2016 Jun;174(6):1242-57.
45. Busch AL, Landau JM, Moody MN, Goldberg LH. Pediatric psoriasis. *Skin Therapy Lett.* 2012 Jan;17(1):5-7.
46. Moustou AE, Kakourou T, Masouri S, Alexopoulos A, Sachlas A, Antoniou C. Childhood and adolescent psoriasis in Greece: a retrospective analysis of 842 patients. *Int J Dermatol.* 2014 Dec;53(12):1447-53.
47. Liu Y, Krueger JG, Bowcock AM. Psoriasis: genetic associations and immune system changes. *Genes Immun.* 2007 Jan;8(1):1-12.
48. Raychaudhuri SP, Gross J. A comparative study of pediatric onset psoriasis with adult onset psoriasis. *Pediatr Dermatol.* 2000 May-Jun;17(3):174-8.
49. Gaspari AA. Innate and adaptive immunity and the pathophysiology of psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2006 Mar;54(3 Suppl 2):S67-80.
50. Tollefson MM, Crowson CS, McEvoy MT, Maradit Kremers H. Incidence of psoriasis in children: a population-based study. *J Am Acad Dermatol.* 2010 Jun;62(6):979-87.
51. Bronckers IM, Paller AS, van Geel MJ, van de Kerkhof PC, Seyger MM. Psoriasis in Children and Adolescents: Diagnosis, Management and Comorbidities. *Paediatr Drugs.* 2015 Oct;17(5):373-84.
52. Gianfaldoni S, Tchernev G, Wollina U, Lotti T. Pustular Palmoplantar Psoriasis Successfully Treated with Nb-UVB Monochromatic Excimer Light: A Case-Report. *Open Access Maced J Med Sci.* 2017 Jul 25; 5(4): 462–466.
53. Ruffilli I, Ragusa F, Benvenga et al. Psoriasis, Psoriatic Arthritis, and Thyroid Autoimmunity. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2017 Jun 19;8:139.

54. Mercy K, Kwasny M, Cordoro KM et al. Clinical manifestations of pediatric psoriasis: results of a multicenter study in the United States. *Pediatr Dermatol.* 2013 Jul-Aug;30(4):424-8.
55. Langley R, Krueger G, Griffiths C. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Ann Rheum Dis.* 2005 Mar; 64(Suppl 2):18-23.
56. Piraccini BM, Triantafyllopoulou I, Prevezas C et al. Nail Psoriasis in Children: Common or Uncommon? Results from a 10-Year Double-Center Study. *Skin Appendage Disord.* 2015 Mar; 1(1): 43–8.
57. Silverberg NB. Pediatric psoriasis: an update. *Ther Clin Risk Manag.* 2009; 5: 849–56.
58. Singh AK. Anti Inflammatory Effect of Basti Therapy (Medicated Enema) in the Patients of Psoriasis (Ek Kustha). *Int. Res. J. Pharm.* 2012; 3 (1):197-201.
59. Benoit S, Hamm H. Childhood psoriasis. *Clin Dermatol.* 2007 Nov-Dec;25(6):555-62.
60. Wang C, Lin A. Efficacy of topical calcineurin inhibitors in psoriasis. *J Cutan Med Surg.* 2014 Jan-Feb;18(1):8-14.
61. Dayal S, Sahu P, Gupta N. Treatment of Childhood Vitiligo Using Tacrolimus Ointment with Narrowband Ultraviolet B Phototherapy. *Pediatr Dermatol.* 2016 Nov;33(6):646-651.
62. Whitton M, Pinart M, Batchelor JM. Evidence-based management of vitiligo: summary of a Cochrane systematic review. *Br J Dermatol.* 2016 May;174(5):962-9.
63. Birlea SA, Spritz LA, Norris DA. Vitiligo. In: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine.* 8.ed; McGraw-Hill,2012;792-803.
64. Denli Y, Acar MA, Maraklı SS, Yücel A. Vitiligo. Tüzün Y, Gürer M.A, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur V.L. *Dermatoloji.* 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri,2008:1465-1490.

65. Mu EW, Cohen BE, Orlow SJ. Early-onset childhood vitiligo is associated with a more extensive and progressive course. *J Am Acad Dermatol*. 2015 Sep;73(3):467-70.
66. Li Y, Xu A. Segmental vitiligo in children: a clinical epidemiologic study in China. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013 Aug;27(8):1056-7.
67. Kim SA, Cho S, Kwon SH et al. Childhood facial vitiligo: how intractable is it? *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015 Apr;29(4):713-8.
68. Lin X, Tang LY, Fu WW, Kang KF. Childhood vitiligo in China: clinical profiles and immunological findings in 620 cases. *Am J Clin Dermatol*. 2011 Aug 1;12(4):277-81.
69. Oiso N, Suzuki T, Wataya-Kaneda M et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of vitiligo in Japan. *J Dermatol*. 2013 May;40(5):344-54.
70. Ezzedine K, Eleftheriadou V, Whitton M, van Geel N. Vitiligo. *Lancet*. 2015 Jul 4;386(9988):74-84.
71. Sandoval-Cruz M, García-Carrasco M, Sánchez-Porras R et al. Immunopathogenesis of vitiligo. *Autoimmun Rev*. 2011 Oct;10(12):762-5.
72. Iannella G, Greco A, Didona D et al. Vitiligo: Pathogenesis, clinical variants and treatment approaches. *Autoimmun Rev*. 2016 Apr;15(4):335-43.
73. Ben Ahmed M, Zaraa I, Rekik R et al. Functional defects of peripheral regulatory T lymphocytes in patients with progressive vitiligo. *Pigment Cell Melanoma Res*. 2012 Jan;25(1):99-109.
74. Hann SK, Lee HJ. Segmental vitiligo: clinical findings in 208 patients. *J Am Acad Dermatol*. 1996 Nov;35(5 Pt 1):671-4.
75. Palit A, Inamadar AC. Childhood vitiligo. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2012 Jan-Feb;78(1):30-41.
76. van Geel N, Mollet I, Brochez L et al. New insights in segmental vitiligo: case report and review of theories. *Br J Dermatol*. 2012 Feb;166(2):240-6.

77. Taieb A, Picardo M. The definition and assessment of vitiligo: a consensus report of the Vitiligo European Task Force. *Pigment Cell Res.* 2007 Feb;20(1):27-35.
78. Ezzedine K, Lim HW, Suzuki T et al. Revised classification/nomenclature of vitiligo and related issues: the Vitiligo Global Issues Consensus Conference. *Pigment Cell Melanoma Res.* 2012 May;25(3):E1-13.
79. Ezzedine K, Gauthier Y, Léauté-Labrèze C et al. Segmental vitiligo associated with generalized vitiligo (mixed vitiligo): a retrospective case series of 19 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2011 Nov;65(5):965-71.
80. Alikhan A, Felsten LM, Daly M, Petronic-Rosic V. Vitiligo: a comprehensive overview Part I. Introduction, epidemiology, quality of life, diagnosis, differential diagnosis, associations, histopathology, etiology, and work-up. *J Am Acad Dermatol.* 2011 Sep;65(3):473-91.
81. Taieb A, Alomar A, Böhm M et al. Guidelines for the management of vitiligo: the European Dermatology Forum consensus. *Br J Dermatol.* 2013 Jan;168(1):5-19.
82. Singh A, Kanwar AJ, Parsad D, Mahajan R. Randomized controlled study to evaluate the effectiveness of dexamethasone oral minipulse therapy versus oral minocycline in patients with active vitiligo vulgaris. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2014 Jan-Feb;80(1):29-35.
83. Jafferany M, Franca K. Psychodermatology: Basics Concepts. *Acta Derm Venereol.* 2016 Aug 23;96(217):35-7.
84. Gupta MA. Commentary: psychodermatology. *Clin Dermatol.* 2013 Jan-Feb;31(1):1-2.
85. Marshall C, Taylor R, Bewley A. Psychodermatology in Clinical Practice: Main Principles. *Acta Derm Venereol.* 2016 Aug 23;96(217):30-4.
86. Gupta MA, Gupta AK. A practical approach to the assessment of psychosocial and psychiatric comorbidity in the dermatology patient. *Clin Dermatol.* 2013 Jan-Feb;31(1):57-61.

87. Oğuztürk Ö, Bülbül SH, Özen NE. State and trait anxiety levels of adolescents in a changing society, Kirikkale city, Turkey. *J Clin Psychol Med Settings*. 2012 Jun;19(2):235-41.
88. Kwak YS, Lee CI, Hong SC et al. Depressive symptoms in elementary school children in Jeju Island, Korea: prevalence and correlates. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Sep;17(6):343-51.
89. Mercan S. Deri hastalıklarının psikojenik sonuçları ve komorbiditeler. *Türkderm* 2010; 44 Özel Sayı 1:25-35.
90. Turan Ş, Özmen M. Psikodermatolojik hastalıklarda tedavi modaliteleri. *Türkderm* 2010; 44 Özel Sayı 1:46-51.
91. Tulbure BT, Szentagotai A, Dobrean A, David D. Evidence based clinical assessment of child and adolescent social phobia: a critical review of rating scales. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2012 Oct;43(5):795-820.
92. Ranta K, Kaltiala-Heino R, Rantanen P, Marttunen M. The Mini-Social Phobia Inventory: psychometric properties in an adolescent general population sample. *Compr Psychiatry*. 2012 Jul;53(5):630-7.
93. Hitchcock CA, Chavira DA, Stein MB. Recent Findings in Social Phobia among Children and Adolescents. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2009; 46(1): 34–44.
94. Jafferany M. Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2007;9(3):203-13.
95. Bilgiç Ö, Bilgiç A, Bahalı K, Bahalı AG, Gürkan A, Yılmaz S. Psychiatric symptomatology and health-related quality of life in children and adolescents with alopecia areata. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014 Nov;28(11):1463-8.
96. Ferreira BI, Abreu JL, Reis JP, Figueiredo AM. Psoriasis and Associated Psychiatric Disorders: A Systematic Review on Etiopathogenesis and Clinical Correlation. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2016 Jun;9(6):36-43.

97. Sharma N, Koranne RV, Singh RK. Psychiatric morbidity in psoriasis and vitiligo: a comparative study. *J Dermatol*. 2001 Aug;28(8):419-23.
98. Lai YC, Yew YW, Kennedy C, Schwartz RA. Vitiligo and depression: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Br J Dermatol*. 2016 Nov 23.
99. Bilaç C, Şahin MT, Öztürkcan S. Dermatolojide hastalık şiddeti skora sistemleri. *Turkderm - Arch Turk Dermatol Venerology* 2016;50:42-53.
100. Demir T, Demir DE, Özmen E, Uysal Ö. Çapa Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Düşünen Adam*; 1999, 12 (4): 23-30.
101. Demir T, Demir DE, Türksoy N, Özmen E, Uysal Ö. Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Düşünen Adam*; 2000, 13 (1): 42-48.
102. Noh S, Kim M, Park CO, Hann SK, Oh SO. Comparison of the Psychological Impacts of Asymptomatic and Symptomatic Cutaneous Diseases: Vitiligo and Atopic Dermatitis. *Ann Dermatol*. 2013 Nov; 25(4): 454–61.
103. Kumar V, Mattoo SK, Handa S. Psychiatric morbidity in pemphigus and psoriasis: a comparative study from India. *Asian J Psychiatr*. 2013 Apr;6(2):151-6.
104. van Beugen S, Ograczyk A, Ferwerda M et al. Body attention, ignorance and awareness scale: assessing relevant concepts for physical and psychological functioning in psoriasis. *Acta Derm Venereol*. 2015 Apr;95(4):444-50.
105. Díaz-Atienza F, Gurpegui M. Environmental stress but not subjective distress in children or adolescents with alopecia areata. *J Psychosom Res*. 2011 Aug;71(2):102-7.
106. Montgomery K, White C, Thompson A. A mixed methods survey of social anxiety, anxiety, depression and wig use in alopecia. *BMJ Open*. 2017 May 4;7(4):e015468.

107. Ruiz-Doblado S, Carrizosa A, García-Hernández MJ. Alopecia areata: psychiatric comorbidity and adjustment to illness. *Int J Dermatol*. 2003 Jun;42(6):434-7.
108. Liakopoulou M, Alifieraki T, Katideniou A et al. Children with alopecia areata: psychiatric symptomatology and life events. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 May;36(5):678-84.
109. Jankovic S, Peric J, Maksimovic N et al. Quality of life in patients with alopecia areata: a hospital-based cross-sectional study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016 May;30(5):840-6.
110. Remröd C, Sjöström K, Svensson A. Psychological differences between early- and late-onset psoriasis: a study of personality traits, anxiety and depression in psoriasis. *Br J Dermatol*. 2013 Aug;169(2):344-50.
111. Gupta MA, Schork NJ, Gupta AK, Kirkby S, Ellis CN. Suicidal ideation in psoriasis. *Int J Dermatol*. 1993 Mar;32(3):188-90.
112. Takahashi H, Tsuji H, Honma M, Shibaki H, Ishida-Yamamoto A, Iizuka H. Patients with psoriasis and atopic dermatitis show distinct anxiety profiles. *J Dermatol*. 2012 Nov;39(11):955-6.
113. Kiliç A, Güleç MY, Gül U, Güleç H. Temperament and character profile of patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008 May;22(5):537-42.
114. Hedayat K, Karbakhsh M, Ghiasi M et al. Quality of life in patients with vitiligo: a cross-sectional study based on Vitiligo Quality of Life index (VitiQoL). *Health Qual Life Outcomes*. 2016 Jun 7;14:86.
115. Dertlioğlu SB, Cicek D, Balci DD, Halisdemir N. Dermatology life quality index scores in children with vitiligo: comparison with atopic dermatitis and healthy control subjects. *Int J Dermatol*. 2013 Jan;52(1):96-101.
116. Krüger C, Schallreuter KU. Stigmatisation, Avoidance Behaviour and Difficulties in Coping are Common Among Adult Patients with Vitiligo. *Acta Derm Venereol*. 2015 May;95(5):553-8.

117. Ramakrishna P, Rajni T. Psychiatric Morbidity and Quality of Life in Vitiligo Patients. *Indian J Psychol Med.* 2014 Jul-Sep; 36(3): 302–303.
118. Ahmed I, Ahmed S, Nasreen S. Frequency and pattern of psychiatric disorders in patients with vitiligo. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2007 Jul-Sep;19(3):19-21.
119. Prčić S, Durović D, Duran V, Vuković D, Gajinov Z. Some psychological characteristics of children and adolescents with vitiligo--our results. *Med Pregl.* 2006 May-Jun;59(5-6):265-9.
120. Salman A, Kurt E, Topcuoglu V, Demircay Z. Social Anxiety and Quality of Life in Vitiligo and Acne Patients with Facial Involvement: A Cross-Sectional Controlled Study. *Am J Clin Dermatol.* 2016 Jun;17(3):305-11.
121. Altunay İK. Psikodermatoloji Tarihçesi ve Genel Bakış. *Türkderm* 2010;44 Özel Sayı 1:4-6.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ANA	Antinükleer antikor
DbUVB	Darband ultraviyole B
DNA	Deoksiribonükleik asit
HLA	İnsan lökosit antijeni
IFN	İnterferon
IL	İnterlökin
KG	Kilogram
MG	Miligram
M.Ö	Milattan önce
NAPSİ	Tırnak psoriasis şiddet indeksi
NK	Doğal öldürücü hücre
PAŞİ	Psoriasis alan şiddet indeksi
PUVA	Psoralen ve ultraviyole A
RNA	Ribonükleik asit
TNF	Tümör nekrozis faktör
TREG	Regülatuar T hücreleri
SALT	Alopesi areata şiddet skoru
VASI	Vitiligo alan şiddet indeksi

ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ

Resimler	Sayfa No
Resim-1 (Saçlı deride alopesik yama)	11
Resim-2 (Saçlı deride plak psoriasis)	16
Resim-3 (Gövde üzerinde guttat psoriasis)	17
Resim-4 (Sol üst göz kapağında vitiligo)	25
Şekiller	
Şekil 1. (Çalışmaya alınan hastaların hastalıklarının dağılımı)	36
Şekil 2. (Alopesi areatalı hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı)	37
Şekil 3. (Psoriasisli hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı)	37
Şekil 4. (Vitiligolu hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı)	38
Şekil 5. (Çalışmaya alınan kontrol grubunun hastalıklara göre dağılımı)	38
Şekil 6. (Hasta gruplarında aile öyküsü varlığının dağılımı)	39

TABLolar DİZİNİ

Tablolar	Sayfa No
Tablo 1. (Hasta gruplarında tanılarına göre ölçek puanları)	40
Tablo 2. (Çalışmaya alınan kontrol grubu ölçek puanları)	41
Tablo 3. (Hasta ve kontrol gruplarının ölçek puanları karşılaştırması)	41
Tablo 4. (Alopesi areata, psoriasis ve vitiligolu hastaların kontrol grubu ölçek puanları ile karşılaştırılması)	43
Tablo 5. (Alopesi areata tanılı hasta ve kontrol gruplarının ölçek puanları karşılaştırması)	44
Tablo 6. (Alopesi areatalı hastaların hastalık süresi ve SALT skorları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması)	44
Tablo 7. (Psoriasis tanılı hasta ve kontrol gruplarının ölçek puanları karşılaştırması)	45
Tablo 8. (Psoriasisli hastaların lezyon lokalizasyonları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması)	45
Tablo 9. (Psoriasisli hastaların hastalık süreleri, PAŞİ ve NAPSI skorları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması)	46
Tablo 10. (Vitiligo tanılı hasta ve kontrol gruplarının ölçek puanları karşılaştırması)	46
Tablo 11. (Vitiligolu hastaların lezyon lokalizasyonları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması)	47
Tablo 12. (Vitiligolu hastaların hastalık süresi ve VASI skorları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması)	47

EKLER

EK-1 Etik Kurul İzni



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : 78017789/050.01.04/ 323569

20/01/2017

Konu : Etik Kurul

Sayın Prof. Dr. Kıymet İNAN
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü
Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

Sorumluluğunuzda yapılması tasarlanan "Alopesi Areata, Psoriasis ve Vitiligolu Çocuk ve Ergenlerde Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi" adlı araştırmaya ilişkin 19/01/2017 tarihli ve 2017/15 sayılı Kurul Kararı ile Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi arz/rica ederim.

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Kurul Başkanı

EKLER:

- 1- Kurulun 19/01/2017 tarihli ve 2017/15 sayılı kararı (1 sayfa)
- 2- Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu (3 sayfa)

Adres : MEÜ Çiftlikköy Kampüsü 33343 Yenişehir / MERSİN Ayrıntılı bilgi için irtibat:
Tel : 03243610001-4417 Fax :
e-posta : Elektronik Ağ : www.mersin.edu.tr



MEÜ.ID.FR-001/03

Sayfa 1/1

Yayın Tarihi : 22 / 11 / 2013