

**T.C.**  
**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI**

**PLAK TİP PSORİASİS HASTALARINDA KAŞINTI VARLIĞININ**  
**ARAŞTIRILMASI VE YAŞAM KALİTESİ VE FONKSİYONLAR ÜZERİNE**  
**ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Ebubekir TOPRAK**

**TRABZON-2016**

**T.C.**  
**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI**

**PLAK TİP PSORİASİS HASTALARINDA KAŞINTI VARLIĞININ**  
**ARAŞTIRILMASI VE YAŞAM KALİTESİ VE FONKSİYONLAR ÜZERİNE**  
**ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Ebubekir TOPRAK**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Savaş YAYLI**

**TRABZON-2016**

## ÖNSÖZ

Psoriasis, toplumumuzda sık görülen bir hastalık olup hastaların çoğunda kaşıntı eşlik etmekte ve bu durumun kişinin yaşam kalitesi ve fonksiyonlarına olumsuz yönde etkisi olmaktadır. Bu çalışmada kaşıntı odaklı sorular içeren anketler, fonksiyonelliği gösteren sorular içeren anket ve psoriasisle ilişkili yaşam kalitesini ölçen anket kullanılarak, psoriasisli hastalarda hastalık şiddetinin de dahil olduğu hastalık özellikleri ile kaşıntı, fonksiyonellik ve yaşam kalitesi ilişkisi değerlendirildi.

Gerek uzmanlık eğitimim, gerekse tez çalışmam süresince her türlü ilgi, destek ve yardımlarını gösteren değerli tez danışmanım Doç. Dr. Savaş YAYLI; asistanlığım süresince bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen başta anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Sevgi BAHADIR olmak üzere Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı'nın tüm öğretim üyelerine; beraber çalıştığım, güzel dostluklarını her zaman anımsayacağım asistan arkadaşlarıma, kliniğimiz hemşire ve personeline; yaşamın her alanında desteklerini esirgemeyen aileme en içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr.Ebubekir TOPRAK

## ÖZET

### **Plak Tip Psoriasis Hastalarında Kaşıntı Varlığının Araştırılması ve Yaşam Kalitesi ve Fonksiyonlar Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi**

Amaç: Psoriasis, hastaların yaşam kalitesini belirgin düzeyde etkileyen kronik bir deri hastalığıdır. Derinin klasik kaşıntılı hastalıkları arasında yer verilmeyen psoriasis, son yıllarda kaşıntı yönü ile de sıkça gündeme gelmiştir. Çalışmamızda plak tip psoriasis hastalarında kaşıntı varlığının ve özelliklerinin araştırılması, kaşıntının, şiddet başta olmak üzere hastalığa ait çeşitli özellikler ile ilişkisinin değerlendirilmesi ve yine kaşıntının hastaların yaşam kalitesini nasıl etkilediğinin ortaya konması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Mart 2015 - Eylül 2015 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Polikliniği'ne başvurarak plak tip psoriasis tanısı almış olan 100 hasta dahil edildi. Hastalık şiddetinin değerlendirilmesinde PASİ, kaşıntının değerlendirilmesinde "Visuel analog skala" (VAS), "En kötü kaşıntının rakamsal derecelendirme ölçeği" (W<sub>1</sub>-Nrs) ve "Yosipovitch kaşıntı anketi", yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde "Psoriasis yaşam kalite ölçeği" (PYKÖ) ve "Psoriasis yetersizlik indeksi" (PYİ), uygulanarak psoriasisli hastalar yaşam kalitesi ve kaşıntı açısından değerlendirildi.

Bulgular: Yüz psoriasis hastasının 73'ü (%73) kaşıntı tanımlamıştır. Kaşıntısı olan hastaların ortalama PYİ ve PYKÖ skorları, kaşıntısı olmayan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir (p=0,001, p=0,001). Kaşıntı yüzey alanı geniş olan hastalarda, PYİ ve PYKÖ skorları istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0,001) (p<0,001). O an mevcut kaşıntısını (VAS3) daha yüksek skorlandıran hastaların PYİ skorları, diğerlerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p=0,015). Son 24 saatteki en kötü derecedeki kaşıntısını daha yüksek skorlandıran (W<sub>1</sub>-NRS) hastaların PYİ ve PYKÖ skorları, diğerlerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. (p<0,001, p<0,001). Orta-şiddetli hastalığa sahip (PASİ≥10) hastaların VAS3, VAS4, W<sub>1</sub>-Nrs, PYİ ve PYKÖ skorları, hafif şiddette (PASİ <10) hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0.002, p=0.045, p<0.001, p<0.001, p<0.001).

Sonuçlar:Psoriasis hastalarında kaşıntı tanımlayan ve hastalık şiddeti yüksek hastaların yaşam kalitesinin önemli derecede bozulduğunu ortaya koyduk. Buradan hareketle, psoriasis yönetiminde yalnızca deri ve varsa eklem hedeflenmemesi gerektiği, hastalar tarafından sıkça ifade edilen “kaşıntı” yönetiminin de, tedavinin bir parçası olması gerektiği görüşündeyiz.



## SUMMARY

### **Evaluation of the Presence of Pruritus and its Effects on the Quality of Life and Functions in Plaque Psoriasis Patients**

**Objectives:** Psoriasis is a chronic inflammatory disease that significantly affects the quality of life in psoriasis patients. Although psoriasis is not considered in classical itchy skin diseases, in recent years, the itch aspect of psoriasis has been drawing attention. The purpose of this study was to examine the presence of itching and its features, to investigate relationship between pruritus features including especially severity and specific disease characteristics and explore how pruritus affects the quality of life in plaque psoriasis patients.

**Methods:** This study was conducted between March 2015 and September 2015 in the Department of Dermatology of the University of Karadeniz Technical University. A total of 100 psoriasis patients were included. The disease severity was assessed by Psoriasis Area and Severity Index (PASI), the pruritus was assessed by Visual Analogue Scale (VAS), The Worst Itch Numeric Rating Scale (W<sub>1</sub>-Nrs) and Yosipovitch Itch Scale, the quality of life was assessed by Psoriasis Quality of Life Questionnaire (PQLQ) and Psoriasis Disability Index (PDI).

**Results:** Of 100 patients with psoriasis, 73 (73%) suffered from pruritus. Patients who reported pruritus have higher mean PDI and PQLQ scores than patients who reported no pruritus ( $p=0,001$ ,  $p=0,001$ ). PDI and PQLQ scores were significantly higher in the patients that reported large pruritus surface area ( $p<0,001$ ) ( $p<0,001$ ). PDI scores were significantly higher in the patients that reported high level of their current pruritus (VAS3) than others ( $p=0,015$ ). PDI and PQLQ scores were significantly higher in the patients that reported high level of the worst pruritus in the last 24 hours (WI-NRS) than others ( $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ). In patients that have moderate-severe disease ( $PASI\geq 10$ ), VAS3, VAS4, WI-NRS, PDI, and PQLQ scores significantly higher than patients that have mild disease ( $PASI < 10$ ) ( $p=0.002$ ,  $p=0.045$ ,  $p<0.001$ ,  $p<0.001$ ,  $p<0.001$ , respectively).

**Conclusion:** The present study show that the quality of life is significantly impaired in psoriasis patients that reported pruritus and higher disease severity. In the light of these findings, the management of psoriasis should target not only skin and joint but also pruritus that reported frequently by psoriasis patients.

# İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No.</u>
ÖNSÖZ .....	i
ÖZET.....	ii
SUMMARY .....	iv
İÇİNDEKİLER .....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
TABLolar DİZİNİ .....	ix
KISALTMALAR .....	xi
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Psoriasis.....	3
2.2. Epidemiyoloji .....	3
2.3. Risk Faktörleri.....	3
2.3.1. Genetik Faktörler .....	3
2.3.2. Diğer Risk Faktörleri ve Tetikleyici Ajanlar .....	4
2.3.2.1. Sigara.....	4
2.3.2.2. Obezite.....	4
2.3.2.3. İlaçlar .....	4
2.3.2.4. Enfeksiyonlar.....	5
2.3.2.5. Alkol.....	5
2.3.2.6. Vitamin D Eksikliği.....	5
2.3.3. Patofizyoloji.....	6
2.4. Klinik Özellikler.....	7
2.4.1. Kronik Plak Psoriasis.....	7
2.4.2. Guttat psoriasis .....	8
2.4.3. Püstüler Psoriasis .....	8
2.4.4. Eritrodermik Psoriasis.....	8
2.4.5. İnvers (Fleksural) Psoriasis.....	9
2.4.6. Tırnak Psoriasis .....	9
2.5. Tanı.....	9

2.6. Ayırıcı Tanı .....	10
2.7. Tedavi .....	10
2.7.1. Topikal Tedaviler .....	10
2.7.2. Fototerapi .....	11
2.7.3. Sistemik Tedaviler .....	12
2.8. Psoriasisde Kaşıntı, Yaşam Kalitesi ve İşlev Kaybı .....	12
2.8.1. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi .....	15
2.8.1.1. Psoriasis Özgü Değerlendirme Yöntemleri .....	15
2.8.1.2. Deriye Özgü Yöntemler .....	16
2.8.1.3. Jenerik Yaşam Kalite Ölçüm Yöntemleri .....	16
2.8.1.4. Mikst Yaşam Kalitesi Değerlendirme Yöntemleri .....	17
3. MATERYAL VE METOD .....	18
3.1. Hasta ve Kontrol Gruplarının Tanımlanması ve Veri Kayıtları .....	18
3.2. Araştırmanın Tipi .....	18
3.3. Çalışma Yöntemi .....	19
3.4. Araştırmada Kullanılan Testler ve Ölçekler .....	19
3.4.1. Psoriasis Alan Şiddet Skoru (PASI) Hesaplanması .....	19
3.4.2. Vücut kitle indekslerinin hesaplanması (VKI) .....	20
3.4.3. Psoriasis Yaşam Kalite Ölçeği (PYKÖ) .....	20
3.4.4. Psoriasis Yetersizlik İndeksi (PDI) .....	21
3.4.5. Visuel Analog Skala (VAS) .....	21
3.4.6. En Kötü Kaşıntının Rakamsal Derecelendirme Ölçeği (W1-Nrs) .....	21
3.4.7. Yosipovitch kaşıntı anketi .....	21
3.5. İstatistiksel Analizler .....	22
4. BULGULAR .....	23
4.1. Demografik Özellikler .....	23
4.2. Hastalığa İlişkin Özellikler .....	24
4.3. Kaşıntı Sıklığı ve Özellikleri .....	26
4.4. Kaşıntı Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Skorlarının Çeşitli Faktörlere Göre Değerlendirilmesi .....	27
4.5. Kaşıntının Psoriasis İle İlişkisi .....	35
4.6. Kaşıntının Duyusal Boyutu .....	35



4.7. Kaşıntının Duygusal Boyutu .....	36
4.8. Kaşıntı Düzeyi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi .....	37
4.9. Kaşıntıya Ait Çeşitli Özelliklerin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin İncelenmesi.....	39
4.10. Çeşitli Günlük Aktivitelerin Kaşıntı Üzerine Etkisi.....	43
4.11. Kullanılan Tedavilerin Kaşıntı Düzeyi Ve Yaşam Kalitesi Skorları Üzerine Etkileri .....	44
5. TARTIŞMA .....	47
6. SONUÇLAR .....	57
7. KAYNAKLAR .....	61
8. EKLER.....	71

## ŞEKİLLER LİSTESİ

	<b><u>Sayfa No.</u></b>
Şekil 1. Psoriasisli hastalarda kaşıntı durumu.....	26
Şekil 2. Psoriasis hastalarının kaşıntı yakınmalarının başlama zamanları.....	35
Şekil 3. Psoriasis hastalarında kaşıntı hissi ve duygusal boyutuna ait sözlü açıklama ölçeği.....	36
Şekil 4. Psoriasis hastalarının kaşıntı yakınmalarının duygusal boyutu .....	36



## TABLolar LİSTESİ

### Sayfa No.

Tablo 1. Plak tip psoriasis hastalarının demografik özellikleri.....	23
Tablo 2. Plak tip psoriasis hastalarının hastalık ile ilişkili özellikleri .....	25
Tablo 3. Psoriasis hastalarının cinsiyete göre kaşıntı düzeyi ve yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması .....	27
Tablo 4. Psoriasis hastalarının vücut yüzey alanlarına göre kaşıntı düzeyi ve yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması.....	28
Tablo 5. Psoriasis hastalarının psoriasis alan şiddet indeksi puanlarına göre kaşıntı düzeyi ve yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması .....	28
Tablo 6. Psoriasis hastalarının lezyonlarının lokalizasyonuna göre kaşıntı düzeyi ve yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması.....	29
Tablo 7. Psoriasis hastalarının aktif artrit ve artralji olması durumlarına göre kaşıntı düzeyi ve yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması .....	30
Tablo 8. Psoriasis hastalarının yaş,vücut kitle indeksi ve medeni durumlarına göre kaşıntı düzeyi ve yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması .....	31
Tablo 9. Psoriasis hastalarının sigara ve alkol kullanma durumlarına göre kaşıntı düzeyi ve yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması .....	32
Tablo 10. Psoriasis hastalarının düzenli tedavi görme durumlarına göre kaşıntı düzeyi ve yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması .....	33
Tablo 11. Psoriasis hastalarının hastalık süresi,psöriasis başlama yaşı ve tırnak tutulumuna göre kaşıntı düzeyi ve yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması.....	33
Tablo 12. Psoriasis hastalarının tıp dışı çare arama ve hastanede yatarak tedavi görme durumlarına göre kaşıntı düzeyi ve yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması.....	34
Tablo 13. Hastaların kaşıntı düzeyi ile yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması..	37
Tablo 14. Hastaların kaşıntı varlığı, süreleri, yüzey alanları ve yerlerine göre yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması.....	39
Tablo 15. Hastaların kaşıntı sıklığı,kaşıntının yaşandığı zaman dilimleri ve uyku kalitesine etkisine göre yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması.....	40

Tablo 16. Psoriasis hastalarının kaşıntıya ilişkin tedavi durumu ve kullanılan ilaçlara göre yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması.....	41
Tablo 17. Hastalarda kaşıntının ruh halini, uykuyu, cinselliği, iştahı ve konsantrasyonu etkileme durumlarına göre yaşam kalite skorlarının karşılaştırılması.....	42
Tablo 18. Psoriasis hastalarında çeşitli günlük aktivitelerin kaşıntı üzerine etkisi....	44
Tablo 19. Hastaların kullandığı ilaç gruplarına göre yaşam kalitesi ve kaşıntı düzeyi skorlarının karşılaştırılması .....	45



## KISALTMALAR LİSTESİ

HLA	: İnsan Lökosit Antijen gen bölgesi
IL	: İnterlökin
INF	: İnterferon
JAK	: Janus kinaz
K	: Keratinosit
MHC	: Majör doku uyumluluk kompleksi
PAS-D	: Periyodik Asit- Schiff-Diastaz
PASI	: Psoriasis alan şiddet endeksi
PDE	: Fosfodiesteraz
UV	: Ultraviyole
VAS	: Vizüel Analog Skala
VEGF	: Vasküler endotelyal growth faktör
VYA	: Vücut yüzey alanı
WI-NRS	: En Kötü Kaşıntının Rakamsal Derecelendirme Ölçeği

# 1. GİRİŞ

Psoriasis genellikle sedefi skuamlar ile örtülü,keskin sınırlı eritematöz plaklarla karakterize bir hastalıktır. Bununla birlikte guttat, püstüler, eritrodermik ve tırnak psoriasis şeklinde formları da mevcuttur.

Psoriasis kronik, inflamatuvar bir hastalık olup hastalığın kendisi bir stres kaynağıdır ve hastaların yaşam kalitesini bozabilir. Bununla birliktekaşıntı psoriasis hastaları arasında yaygın görülen önemli bir semptomdur ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisi büyüktür (1). Dünyanın farklı bölgelerinde gerçekleştirilen çalışmalarda psoriasis hastalarında kaşıntı varlığı %70'leri bulan oranlarda bildirilmiştir (2, 3).

Psoriasis hastalarında kaşıntı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için geçerliliği test edilmiş değerlendirme ölçütlerinin kullanıldığı sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Kaşıntı çok boyutlu ve sübjektif bir yakınma olması nedeniyle daha objektif değerlendirmeler için çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Sık tercih edilen ölçekler içerisinde “En Kötü Kaşıntının Rakamsal Derecelendirme Ölçeği (The Worst Itch Numeric Rating Scale, WI-NRS)”, “Vizüel Analog Skala (VAS)” (4) , “5-D Kaşıntı Skalası” (5), “Eppendorf Kaşıntı skalası (EIQ) ve Yosipovitch ve ark'ı tarafından geliştirilen “ Kaşıntı Değerlendirme Anketi” (6, 7) yer almaktadır.

Kronik bir deri hastalığı olan psoriasisın oluşturduğu stres ve kaşıntının yanısıra, yol açtığı kozmetik problemler ve ilişkili olduğu psikiyatrik durumlar (depresyon, intihar düşüncesi, girişimi, maladaptif başa çıkma ) ve kişilik özellikleri ile hastaların yaşam kaliteleri üzerinde önemli negatif etkileri vardır. Ulusal Psoriasis Vakfı tarafından yapılan bir ankette, hastaların yaklaşık %75'inde psoriasisın yaşam kaliteleri üzerinde negatif etkisi olduğu ve günlük yaşam aktivitelerini etkilediği gösterilmiştir (8).

Psoriasisın yaşam kalitesi üzerine olan etkisini objektif olarak değerlendirebilmek için yapılan birçok çalışmada “Psoriasis Yaşam Kalite İndeksi (Psoriasis Index of Quality of Life PSORIQoL), Psoriasis Yaşam Stres Envanteri (Psoriasis Life Stress Inventory, PLSI), Psoriasis Yaşam Kalite Ölçeği (PYKÖ), Psoriasis Yetersizlik İndeksi (Psoriasis Disability Index, PDI), Psoriasis Alan ve Şiddet İndeksi ( Psoriasis Area and Severity Index, PASI) ve Basitleştirilmiş PASI

(SAPASI), Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (Dermatology Life Quality Index, DLQI) ve Short Form 36 (SF-36) gibi değerlendirme ölçütleri kullanılmıştır (9).

Bu çalışmada amaç psoriasisli hastalarda kaşıntı varlığının ve özelliklerinin araştırılması, kaşıntının, şiddet başta olmak üzere hastalığa ait çeşitli özellikler ile ilişkisinin değerlendirilmesi ve yine kaşıntının hastaların yaşam kalitesini nasıl etkilediğinin ortaya konmasıdır.



## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Psoriasis**

Kronik, inflamatuvar bir deri hastalığı olan psoriasis, beyaz ırkın yaklaşık %1-3'ünü etkilemektedir. En sık görülen varyantı olan plak tip psoriasis, klinik olarak gri-beyaz renkliskuamların örttüğü keskinsınırlı eritematöz, papül ve plaklarla karakterizedir, genellikle saçlı deri, lumbosakral bölge, dirsek ve dizlerin ekstansör yüzlerinde simetrik bir dağılım gösterir (10). Diğer klinik tipler içerisinde guttat, eritrodermik, generalize / lokalize püstüler psoriasis yer almaktadır. Hastaların çoğunda tırnak tutulumu görülmekte, yaklaşık dörtte birinde ise eklemler etkilenebilmektedir (10).

### **2.2.Epidemiyoloji**

Psoriasis prevelansı, dünyanın farklı coğrafyalarında büyük farklılıklar göstermektedir. Erişkinlerde % 0,91- % 8.5 arasında, çocuklarda ise % 0-2,1 arasında olduğu gösterilmiştir. Ekvatordan uzaklaşıldıkça prevelansın artma eğiliminde olduğu görülmüştür (12).

Psoriasis net bir cinsiyet ayrımı yapmamaktadır (11). Her yaşta hastalığın görülebilmesine karşılık ilk pikini 15-20 yaşlarında, ikincisini ise 55-60 yaşlarında yapmaktadır (12).

Ülkemizde toplum tabanlı prevalansa ilişkin iki veri vardır. Bir tanesi Mudurnu ilçesine ait %0.5 (13), diğeri Trabzon iline ait kliniğimizce gerçekleştirilen bir araştırmada elde edilen %1.1 oranlarıdır (14).

### **2.3..Risk Faktörleri**

#### **2.3.1. Genetik Faktörler**

Psoriasis veya psoriatik artrit hastalarının yaklaşık %40'ında bu hastalıklar açısından aile öyküsü vardır (15). Monozigot ikizlerde eş zamanlı psoriasis görülmeye



sıklığı dizigot ikizlerden daha sıktır (16). Genom çalışmalarında psoriasis için bir çok yatkınlık lokusu tanımlanmıştır ve bunlardan bir çoğu immün sistem regülasyonundaki genlerdir (17).

6p21 kromozumundaki (HLA gen lokalizasyonu) majör doku uyumluluk kompleksindeki (MHC) psoriasis yatkınlık lokusu (PSORS1); psoriasisin majör genetik belirleyicisi olarak kabul edilmektedir (18). Psoriasisle ilişkili diğer MHC genleri içerisinde en önemlilerinden birisi de erken başlangıçlı psoriasis için yatkınlık oluşturan HLA-Cw6 allelidir (19). HLA-Cw6 guttatpsoriasisle de güçlü ilişki içerisinde. Daha ciddi seyreden fenotiplerle HLA-B17'nin ilişkili olabileceği öne sürülmüştür.

### **2.3.2. Diğer Risk Faktörleri ve Tetikleyici Ajanlar**

#### **2.3.2.1. Sigara**

Sigara kullanımının psoriasis için bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir. 2014 yılında yapılan bir meta-analizde psoriasis olan bireylerde sigara kullanımı ve sigara kullanım öyküsünün psoriasis olmayanlardan daha sık olduğu görülmüştür (20). Sigara kullanım yoğunluğu ve süresi psoriasis gelişiminde etkili olduğu düşünülmektedir. Püstüler psoriasisin bir varyantı olan palmoplantar püstülozisin sigara kullanımı ile güçlü bir korelasyon içinde olduğu gösterilmiştir (21).

#### **2.3.2.2. Obezite**

Hem çocuklarda hem de yetişkinlerde psoriasis, obezite ve yüksek vücut kitle indeksi ile ilişkilendirilmiştir (22). Obezite içerisinde TNF- $\alpha$ 'nın da bulunduğu proinflamatuvar sitokinleri arttırarak psoriasis yatkınlık oluşturabilmektedir.

#### **2.3.2.3. İlaçlar**

İlaçlar psoriasis çeşitli yollarla etkileyebilirler:1) Yatkın olan veya yatkın olmayan bireylerde denovo olarak psoriasisin ortaya çıkması 2) Varolan psoriasis

lezyonların şiddetlenmesi 3) Psoriasisli hastaların klinik açıdan normal olan cildinde lezyonların oluşması 4) Tedaviye dirençli psoriasis gelişmesi (23). Psoriasisin kötüleşmesinden veya psoriasis benzeri ilaç erüpsiyonlarından sorumlu tutulan bir çok ilaç tanımlanmıştır. Bu ilaçlardan en sık suçlananlar; beta-blokerler, lityum, anti-maleryaller ve non-steroid anti-inflamatuarlardır (24).

#### **2.3.2.4. Enfeksiyonlar**

Bakteriyel ve viral enfeksiyonlar psoriasis lezyonlarının kötüleşmesinden sorumlu tutulmuştur. Psoriasis ve enfeksiyon ilişkisi süperantijen teorisiyle açıklanmaktadır. Bakteri, virüs ve fungusların ürettiği süperantijenler normal immünolojik yolları bypass ederek immün sistemi güçlü bir şekilde uyarmaktadır. Beaker ve ark'ı tarafından yapılan çalışmada S. Pyogenes taşıdığı M proteininin süperantijen şeklinde etki ederek psoriasis provake ettiği gösterilmiştir (25). Yapılan başka bir çalışmada hastaların %56-97'sinde akut streptokokal farenjitte yeni ortaya çıkan guttat psoriasis arasında bir ilişki gösterilmiştir (26).

#### **2.3.2.5. Alkol**

Alkol tüketiminin psoriasisle ilişkilendirildiği çalışmalar vardır (27). Psoriasis hastalarında alkol istismarının daha sık görüldüğü ve alkol tüketiminin psoriasis gelişiminden veya kötüleşmesinden sorumlu olabileceği düşünülmüştür (28). Bunun yanında bir popülasyon çalışmasında psoriasisli hastalarda alkolizm, mortalite için önemli bir risk faktörü olarak bulunmuştur (29).

Alkol tüketimi konvansiyonel psoriasis tedavisine alınan yanıtı azaltmaktadır fakat bunun muhtemel nedeni tedaviye uyumun azalması olabilir (30).

#### **2.3.2.6. Vitamin D Eksikliği**

Tip I Diyabet, Multiple Skleroz ve inflamatuvar barsak hastalığı gibi belirli immün hastalıklarla ilişkilendirilen vitamin D eksikliğinin psoriasisdeki rolü net olarak bilinmemektedir. İspanya'da yapılan bir çalışmada psoriasis hastalarında 25-

OH vitamin D seviyelerinin sağlıklı kontrollere kıyasla daha düşük olduğu gösterilmiştir (31).

### 2.3.3. Patofizyoloji

Psoriasis, T lenfositler ve dendritik hücrelerin ana rol oynadığı kompleks bir immünolojik hastalıktır. Tipik klinik bulgular olan eritem ve skuamın nedeni epidermisdeki anormal farklılaşma ve hiperproliferasyon, inflamatuvar hücre infiltratları ve vasküler değişikliklerdir. Hiperproliferatif durum, epidermal kök hücrelerinde, DNA sentezi olan hücre sayısında artış, keratinositlerin hücre döngüsünde kısalma, epidermin turnover süresinde azalma (normal ciltte 27 günken psoriasisde 4 gün) ile karakterizedir (32).

Psoriasisin karakteristik özelliği olan kütanöz inflamasyonun başlamasında ve gelişmesinde katkısı olan immün hücrelerden salınan sitokinler, nötrofiller, keratinositler, T hücreleri ve dendritik hücreler arasında kompleks bir etkileşim olduğu anlaşılmıştır. Psoriasisde görülen immünolojik olaylar şu şekilde özetlenebilir (33):

- Antijenik uyarılar ciltteki plazmasitoid dendritik hücreleri ve diğer doğal immün hücrelerin aktivasyonuna neden olmaktadır.
- Doğal immün hücrelerden üretilen İnterferon (INF)- $\alpha$  gibi gibi proinflamatuvar sitokinler ciltteki myeloid dendritik hücre aktivasyonunu stimüle etmektedir.
- Myeloid dendritik hücreler IL-23 ve IL-12 gibi sitokinler üreterek T hücrelerinin farklılaşmasını, aktivasyonunu uyarmaktadır.
- Bir araya toplanan T hücreleri sitokin üreterek keratinositleri uyarmakta ve proinflamatuvar antimikrobiyal peptidler ve sitokinler üretilmektedir.
- İmmün hücreler tarafından üretilen sitokinler inflamatuvar süreci pozitif feedback döngüleri ile devam ettirmektedir.

## 2.4. Klinik Özellikler

Çok farklı klinik özellikler gösterebilen psoriasisın başlıca dört formu şöyle sıralanabilir: Kronik plak psoriasis, guttat psoriasis, eritrodermik psoriasis, püstüler psoriasis. Klinik özelliklerin morfolojisine göre yapılan bu sınıflandırma haricinde kullanılan sınıflandırmalar da mevcuttur:

Ortaya çıkış yaşına göre (34);

- Tip I psoriasis: 40 yaşından önce ortaya çıkan
- Tip II psoriasis: 40 yaşından sonra ortaya çıkan

Vücut yüzey alanı (VYA) tutulumuna göre;

Hafif şiddetli psoriasis < %5 VYA

- Orta şiddetli psoriasis %5-10 VYA
- Şiddetli psoriasis > %10 VYA

Anatomik alana göre;

- Skalp psoriasis, palmoplantar psoriasis, genital psoriasis, tırnak psoriasis.

### 2.4.1. Kronik Plak Psoriasis

Psoriasisın en sık görülen varyantıdır. Yapılan bir insidans çalışmasında, yetişkin başlangıçlı 1633, çocuk yaşta başlangıçlı 357 psoriasis hastasında en sık görülen tip sırasıyla %79 ve %74 ile kronik plak psoriasis bulunmuştur (35). Kronik plak tipinde genellikle simetrik dağılımlı plaklar görülür. En sık tutulum olan bölgeler saçlı deri, dirsek ve dizlerin ekstansör bölgeleri ve sırttır. Lezyonlar sınırlı bir alanda olabileceği gibi vücudun büyük bir kısmını da kaplayabilir.

Lezyonlar normal ciltten kabarık, iyi sınırlı ve eritematözdür. İnce bir gümüşgri renkli skuam tabakası görülebilir. Plakların çapı 1-10 cm arasında değişmektedir. Plaklar genellikle semptomlara neden olmazlar ancak bazı hastalarda kaşıntının nedenidir. Fissür formasyonu nedeniyle palmoplantar psoriasis çok ağrılı olabilir. Travma bölgelerinde psoriatik lezyonlar görülme eğilimindedir (*Köbner fenomeni*). Lezyonların etrafında görülen beyaz halkaya *Woronoff halkası* denmektedir. Gümüş renkli plakların kazınması sonrasında küçük kanama alanları görülebilir (*Auspitz işareti*).

### **2.4.2. Guttat Psoriasis**

Akut başlangıçlı çok sayıda küçük papül ve plaklarla karakterizedir. Guttat psoriasisdeki papül ve plakların çapı genellikle 1 cm'den küçüktür. Gövde ve ekstremitelerin proksimalini daha çok etkilemektedir. Genellikle daha önce psoriasis öyküsü olmayan çocuklarda ve genç erişkinlerde akut erüpsiyonlar şeklinde görülür. Yeni geçirilmiş streptokok enfeksiyonlarla yakın ilişkilidir. Lezyonların karakteristik özelliği damla şeklinde olmasıdır, damla anlamına gelen “guttat” bu lezyonlara atıf yapmaktadır. Genellikle kendi kendini sınırlayan bir hastalık olmasına rağmen hastaların belirli bir kısmında kronik plak psoriasis gelişir (36). Bir guttat psoriasis epizotundan tamamen iyileşmeyen bir birey gelecekte plak psoriasis için yüksek risklidir (37).

### **2.4.3. Püstüler Psoriasis**

Psoriasisin yaşamı tehdit edici olabilen bir formudur. En şiddetli varyantında (Von Zumbusch) akut başlangıçlı yaygın eritem, süperfisyal püstüller ve pulsu görünüm vardır. Bu psoriasis formunda halsizlik, ateş, diyare, lökositoz ve hipokalsemi görülebilir (38). Renal, hepatik veya respiratuvar problemlere neden olabilir. Gebelik (impetigo herpetiformis), enfeksiyon ve oral glukokortikoidlerin kesilmesi püstüler psoriasis için tetikleyici faktör olarak bildirilmiştir.

### **2.4.4. Eritrodermik Psoriasis**

Akut veya kronik formda görülen bu nadir psoriasis tipivücut yüzey alanının çoğunu kaplayan jeneralize eritemle karakterizedir. Hastanın mevcut psoriasisini kontrol altına alınamadığında, sistemik medikasyonu hızlı bir şekilde kesildiğinde karşılaşılabildiği gibi, bir ilaç reaksiyonu veya altta yatan bir enfeksiyona bağlı da gelişebilir (39). Cilt bariyerinin bozulması nedeniyle yaşamı tehdit edici duruma gelebilir, ayırıcı tanıda ilaç reaksiyonları, atopik dermatit (özellikle çocuklarda), dış kaynaklı kontakt dermatit, Sezary sendromu ve pitriasis rubra pilaris düşünülmelidir.

#### **2.4.5. İners (Fleksural) Psoriasis**

İnguinal, perineal, genital, intergluteal, aksillar ve meme altı bölgeleri içine alan kıvrım bölgelerinde görülür. Belirgin bir skuam olmadığı için fungal ve bakteriyel enfeksiyonlarla karışabilmektedir.

#### **2.4.6. Tırnak Psoriasis**

Psoriasisde tırnak değişiklikleri sık görülmektedir. Yapılan çalışmalarda psoriasisli bireylerde yaşam boyu tırnak psoriasis görölme oranı %80-90 arasında bildirilmiştir (40, 41). Hastaların küçük bir kısmında tırnak tutulumu psoriasisin tek semptomu olabilir. Psoriatik artrit hastalarında tırnak tutulumu daha fazladır. En sık görülen tırnak bulgusu pittingtir, bunun yanında lökonişi, lunulada kırmızı noktalar ve tırnak plağında çökmeler, onikolizis, tırnak plağında kalınlaşma ve subungal hiperkeratozis de görülebilir.

### **2.5. Tanı**

Olguların çoğunda psoriasis tanısı öykü ve fizik muayeneyle koyulabilmektedir. Üzeri skuamlı iyi sınırlı inflame plaklar görüldüğünde psoriasisden şüphelenilmelidir. Psoriasisden şüphelenilen hastalarda tırnaklar, anogenital bölge ve saçlı deri başta olmak üzere tüm deri alanları incelenmelidir. Tanıyı destekleyecek muayene bulguları içerisinde özellikle de saçlı deri, kulaklar, dirsekler, dizler ve umblikusta iyi sınırlı plaklar yer almaktadır. Psoriasis için aile öyküsünün olması, Köbner fenomeni, kaşıntı, Auspitz işareti tanıyı desteklemektedir. Hastanın kullandığı ilaçlar da etyolojide rol oynaması nedeniyle gözden geçirilmelidir.

Tanının doğrulanmasında veya dışlanmasında kullanılabilecek bir laboratuvar testi genellikle yoktur. Psoriasisde laboratuvar bulguları şu şekildedir; romatoid faktör negatif, eritrosit sedimentasyon hızı genellikle normal (püstüler ve eritrodermik psoriasisde artabilmektedir), püstüllerden alınan sıvı örnekleri genellikle nötrofilik ve sterildir. Tedavide biyolojik ajanlar veya immünsupresifler

tercih edilecekse tedavi öncesinde hemogram, kapsamlı biyokimya paneli, hepatit paneli ve tüberküloz taraması yapılmalıdır.

Tanı ve ayırıcı tanılar açısından deri biyopsisi yapılabilir. Lezyonlarda erken evrede; dermiste perivasküler az miktarda hücre infiltrasyonu, dermal papillalarda kapiller dilatasyon, ödem, tek tük eritrosit ekstrasvazasyonu görülür. Bunları, epidermisin alt hücre katmanlarında fokal spongioz ve lenfositik ekzositoz izler. Nötrofiller epidermiste yer yer Kogoj'un spongioform mikropüstüllerini oluşturur. Epidermal hiperplazi minimaldir, ileri evrede ise yüzeysel dermiste yoğun lenfositik infiltrasyon ve dermal papillarda dilate ve kıvrıntılı kapiller izlenir. Parakeratotik korneum tabakasında Munro mikroabseleri olarak adlandırılan nötrofilik birikimler oldukça tipiktir. Granüler tabaka incelmış, yer yer kaybolmuştur. Epidermal hiperplazi, oldukça belirgindir.

Psoriasis tanısı konulan hastalar eklem tutulumu açısından da değerlendirilmelidir.

## **2.6. Ayırıcı Tanı**

Psoriasis ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken başlıca hastalıklar; seboreik dermatit, liken simpleks, atopik dermatit, nummular egzema ve yüzeysel fungal enfeksiyonlardır (42).

## **2.7. Tedavi**

### **2.7.1. Topikal Tedaviler**

Psoriasis hastalarının %80'i sınırlı/lokalize hastalığa sahiptir (43). Dolayısıyla hastaların çoğunda topikal tedavi kullanılmaktadır. Bununla birlikte sistemik tedavi ve/veya fototerapi altındaki hastalarda da tedaviyi destekleyebilmektedir. Topikal tedavide seçilebilecek ajanlardan sık kullanılanları kortikosteroidler, D vitamini analogları, tazaroten, takrolimus ve pimekrolimustur (44).

**Kortikosteroidler:** Hafif şiddetli ve lokalize psoriasisde ilk tedavi seçeneğidir (45). Farklı topikal steroidlerle alınan tedavi etkinliği %41-92 arasında bildirilmiştir (43).

**D Vitamini Analogları:** Sentetik bir D vitamini analogu olan kalsipotriol uzun süredir psoriasisde topikal tedavisinde kullanılmaktadır, özellikle lokalize hafif şiddetli psoriasisde tercih edilmektedir (46). D vitamini reseptörlerine bağlanarak keratinosit proliferasyonunu inhibe ederek etkisini göstermektedir. Tedavide kortikosteroidlerin ve Vitamin D analoglarının başarılı olması, kalsipotriol-betametazon propionat gibi kombinasyonları gündeme getirmiştir.

**Tazaroten:** Keratinoist farklılaşmasını normalize etmesi, hiperproliferasyonunu ve inflamatuvar sitokinleri azaltması ile etki gösterdiği düşünülen bir retinoidtir (43).

**Takrolimus-pimekrolimus:** Psoriasisde etkili olan IL-2 gibi inflamatuvar sitokinleri baskılayarak etki etmektedir. Eş zamanlı fototerapi alan hastalarda artmış karsinojenite riski açısından dikkatli olunmalıdır.

**Nemlendiriciler:** Yaygın olarak önerilmekle birlikte emolyenler hakkındaki veriler sınırlıdır.

**Salisilik Asit:** Keratolitik etkisi nedeniyle uzun süredir psoriasis tedavisinde kullanılmaktadır.

### 2.7.2. Fototerapi

Uzun süredir psoriasis tedavisinde ultraviyole ışıkları (UV) kullanılmaktadır. Antiproliferatif (keratinizasyonu yavaşlatması) ve anti-inflamatuvar etkileri (psoriyatik plaklardaki patojenik T hücrelerin apoptozisi) olduğu öne sürülmektedir. Kütanöz maligniteleri arttırabildiği için fototerapinin bir dermatolog gözetiminde deneyimli kurumlarda ve kliniklerde yapılması önerilmektedir.

Sık kullanılan UV tedavi modaliteleri arasında Ultraviyole B (UVB) (290-320 nm), dar band UVB (311 nm) ve fotokemoterapi (PUVA, 320-400 nm ultraviyole A sonrasında oral veya banyo şeklinde psoralen tedavisi) yer almaktadır. En güncel olanı dar band UVB tedavisidir.



### 2.7.3. Sistemik Tedaviler

Özellikle vücut yüzey alanının %10'undan fazla etkilendiği hastalarda tercih edilmektedir (43, 47). Sistemik tedavilerle ilgili en güncel kılavuz 2015 yılında yayınlanan Avrupa kılavuzudur (48).

**Metotreksat:** Folik asit antagonisti olan metotreksat uzun süredir psoriasis tedavisinde tercih edilmektedir. Dermatolojik etkilerinin yanı sıra psoriatik artrit ve psoriatik tırnak hastalıklarında da etkilidir.

**Asitretin:** UVB veya PUVA tedavileriyle kombine olarak da kullanılabilen A vitamini türevi bir ilaçtır. Hipertrigliseridemi ve hepatotoksisite yan etkileri açısından dikkatli olunmalıdır.

**Siklosporin:** Bir kalsinörin inhibitörü olan siklosporin T hücrelerini baskılayarak şiddetli psoriasisde etkin bulunmuştur (49).

**Biyolojik Ajanlar:** Özellikle orta-şiddetli plak tip psoriasis tedavisinde önemlidir. Psoriasis tedavisinde ülkemizde halen kullanılabilen biyolojik ajanlar TNF- $\alpha$  inhibitörleri etanersept, adalimumab ve infliksimab ile IL-12/23 inhibitörü ustekinumabtır. Bir IL-17A inhibitörü olan sekukinumab FDA tarafından orta-şiddetli psoriasis için onay almıştır. Yapılan bir çalışmada ustekinumabdan daha etkin olduğu gösterilmiştir (50).

### 2.8. Psoriasisde Kaşıntı, Yaşam Kalitesi ve İşlev Kaybı

Kronik bir deri hastalığı olan psoriasis, deri ve eklem tutulumuyla kişinin toplumda damgalanmasına, yaygın deri, eklem ve/veya palmo-plantar bölgenin tutulumuyla iş gücü-fonksiyonellik kaybına neden olmaktadır (51). Kronik bir hastalık olması, aralıklı tedavi gerektirmesi ve kozmetik kaygılara neden olması hastaların yaşamlarını olumsuz etkilemektedir (52). Çoğu zaman hayatı tehdit edici düzeye gelmese de yol açtığı ve ilişkili olduğu mental problemler dolayısıyla intihar eğilimine yol açabilmektedir (52). Psoriasis hastalarında yaşam kalitesi hakkında yapılan bir çalışmada genç yaştaki hastalar, hastalık süresi daha uzun olanlar ve şiddetli hastalığı olanların yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur (53).

Psoriasis hastalarının yaşadığı işlev kaybı diyabet ,kanser, depresyon gibi diğer kronik hastalıklarla karşılaştırılabilir düzeydedir (52). Bununla birlikte psoriasisin fiziksel ve emosyonel etkileri hastaların iş hayatında da büyük etkiye sahiptir. Yapılan bir çalışmada psoriasis hastalarının direkt olarak hastalıkları nedeniyle bir yılda 26 gün devamsızlık yaptığı gösterilmiştir (54). Bu nedenle psoriasis büyük bir finansal yüke neden olmaktadır.

Psoriasis hastaları sıklıkla yanlış stresle başa çıkma stratejileri içerisinde, vücut algısı, benlik saygısı problemleri ve görüntüleriyle ilişkili utanma duyguları yaşamaktadır (55). Deri lezyonları hakkındaki tartışmaları, bu lezyonları gizleme çabaları ve insanlarla olan ilişkilerden kaçınmaları yaşam kalitesi üzerinde negatif etki oluşturmaktadır.

Psoriasis hastalarında bir çok faktör yaşam kalitesi üzerinde etkili olmaktadır. Hastalığın kronik ve tekrarlayıcı doğası genellikle hastalıkla ilgili umutsuzluğa yol açmaktadır. Hastalığın kontrol altına alınamaması bu algıyı arttırmaktadır. Psikososyal yönlerinin yanında psoriasis hastaları günlük aktivitelerinde, mesleklerinde ve cinsellikte de kısıtlanmaktadır (56). Psoriasis hastalarında yaşam kalitesinde etkili faktörlerin değerlendirildiği bir çalışmada hastanın yaşı, cinsiyeti, gelir düzeyi, hastalık süresi gibi parametrelerden yaşam kalitesiyle en çok ilişkili olan hastalığın kapladığı vücut yüzey alanı olduğu bulunmuştur (57). Yapılan başka bir çalışmada psoriasis hastalarının %80'i kaşıntının en önemli ve ağır semptom olduğunu bildirmişlerdir.Kaşıntının aynı zamanda yaşam kalitelerinde önemli bir etkiye sahip olduğu, uykuya dalmayı etkilediği, psikososyal iyiliği bozduğu, damgalanma hislerini ve depresyon semptomlarını artırdığı saptanmıştır (58).

Psoriasis hastalarının yaşam kalitelerinde etkili olduğu düşünülen kaşıntı, son yıllarda daha kapsamlı araştırılmaya başlanmıştır. Bu hastalıkta kaşıntı sıklığı %60-90 arasında bildirilmiştir (59; 60; 61). Kaşıntının psoriasis hastalarının yaşam kalitesi üzerine etkisini araştıran bir çalışmada kaşıntının çoğu hastada her gün olduğu, bu hissin hastalara rahatsızlık verdiği, kaşınma ile bazen ortadan kalkmadığı bildirilmiş, plakların, özellikle de erken dönemlerinde daha kaşıntılı olduğu, kaşıntının deri kuruluşu ve hastalığın şiddetiyle arttığı ifade edilmiştir (4).

Psoriasis hastalarının çoğunda kaşıntı olduğu ve bunun yaşam kalitesi üzerinde belirgin etkisi olduğu giderek daha sık kabul görmektedir. İki yüz yetmiş

psoriasis hastasının dahil edildiği bir çalışmada kaşıntı sıklığı %96 bulunmuş olup, hastaların çoğunda (%62) kaşıntının şiddetli olduğu ifade edilmiştir. Buna ek olarak, kaşıntı şiddetinin artmasıyla yaşam kalitesinin (genel yaşam kalitesi, anksiyete, uyku ve yorgunluk parametreleri değerlendirilmiş) azaldığı ifade edilmiştir. Kaşıntı tedavisi sonrasında ise yaşam kalitesinin arttığı gösterilerek bulunan ilişki güçlendirilmiştir (62).

Kaşıntının lokalizasyonu bazı bölgelerde daha yoğundur, alt ekstremitelerde, sırt ve saçlı deride daha sık olarak bildirilmiştir (1). Bu yoğunluk da, plakların bu bölgelerde sık görülmesine bağlanmıştır, yüz ve boyunda daha az olması da bunu destekler niteliktedir. Bu bölgelerde kaşıntı yoğunluğunun sık olmasındaki nedenlerden birisi olarak plakların kütanöz innervasyonunun fazla olması sorumlu tutulmuştur (63). Kaşıntı semptomunun psoriasis hastalarında sık görülmesine rağmen patogenetik mekanizmaları net olarak bilinmemektedir. Hastalık aktivasyonunda daha fazla kaşıntı hissedilmesinin nedeni, inflame derideki sinir liflerinin kaşıntı yoğunluğunu arttırmasına bağlanmakta olup kütanöz innervasyon genellikle bu mekanizmalardan birisi olarak kabul görmektedir.

Çevresel faktörler ve duyu durumunun da kaşıntı üzerinde etkili olduğu, kaşıntıyı tetiklediği veya hafiflettiği bildirilmiştir. Emosyonel stres, soğuk su, diyet stili, çevre ısısının yüksek veya düşük olması kaşıntı ile ilişkili bulunmuştur (60). Kaşıntıyı tetikleyen ve hafifleten faktörler çok çeşitli olup hastalara özgü değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle psoriasis kaşıntı çok boyutlu bir problem olup geniş kapsamlı düşünülmelidir. Emosyonel durumların hangi mekanizmalarla kaşıntıyı arttırdığı net olarak bilinmemektedir ancak stres gibi faktörlerin nöropeptid seviyelerinde değişikliklere yol açarak pruritusu neden olduğu düşünülmektedir (64).

Mevcut kaşıntı tedavileri istenen rahatlamayı genellikle sağlayamamaktadır. Hastalar tedavinin kısmen etkili olduğunu ancak memnun edici düzeyde olmadığını bildirmiştir. Çeşitli nemlendiriciler, topikal steroidler ve kalsipotriol kremler kaşıntıyı azaltmasına rağmen kısa etki göstermektedir (65). Oral antihistaminiklerin de hastaların sadece %15'inde rahatlamaya sağladığı bildirilmiştir (66). Anti-psoriatik tedaviler içerisinde kaşıntı üzerinde en etkili olan tedavinin fototerapi (dar band UVB) olduğu belirtilmiştir, fototerapi sadece psoriasis değil, diğer inflamatuvar deri

hastalıklarında da substance P-pozitif sinir liflerini down-regüle ederek kaşıntıyı azaltmaktadır (67). Benzer şekilde biyolojik ajanların fototerapiye yakın oranlarda kaşıntıda rahatlatma sağladığı bildirilmiştir (60).

Gün içindeki seyri değişken olabilen kaşıntı, daha çok akşam veya gece görülmekte, hatta daha da şiddetlenerek uyku kalitesini bozabilmektedir. Kaşıntı yoğunluğuyla ilişkili bulunan faktörlerin biri de vücut kitle indeksidir. Kaşıntısı olan hastalarda obezite ve aşırı kilonun sık gözlemlendiği, obezlerde seyrin daha şiddetli olduğu gösterilmiştir. VKİ'si yüksek olan bireylerde terleme ve vücut sıcaklığında artış olmasının kaşıntıyı arttırdığı düşünülmüştür. Bununla birlikte bir çok faktörle ilişkisi gösterilen kaşıntının, psoriasis hastalarında yaş, cinsiyet, medeni durum, alkol ve sigara kullanımı ve hastalık süresiyle ilişkili olmadığı da gösterilmiştir (60).

### **2.8.1. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi**

Psoriasisde yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde bir çok yöntem kullanılmıştır. Bu yöntemler psoriasisde özgü, deriye özgü, jenerik ve mikst yaşam kalite ölçekleri şeklinde sınıflandırılabilir. Psoriasisde özgü yöntemler en hassas yöntemlerdir, ancak genel ölçüm yöntemleri başka hastalıklarla karşılaştırmalara olanak sağlamaktadır.

#### **2.8.1.1. Psoriasisde Özgü Değerlendirme Yöntemleri**

**Psoriasis Yaşam Kalitesi Endeksi (PSORIQoL):** Yirmibeş maddeli bu değerlendirme enstrümanı 3 Avrupa ülkesinde geliştirilen hasta görüşmelerinden yola çıkılarak hazırlanmıştır (68). Yakın bir zamanda Amerikan versiyonu da geliştirilmiştir. Engellilik düzeyinin yaşam kalitesi üzerine etkisinden ziyade hastalığın yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendirmektedir.

**Psoriasis Yaşam Kalite Ölçeği (PYKÖ):** İnanır ve ark.'ı tarafından geliştirilen ölçek 17 sorudan oluşmaktadır. Ölçek maddeleri hastalar, yakınları ve hekimler tarafından oluşturulmuş olup psoriasisli kişilerin buldukları ortamlarda karşılaştıkları psikososyal problemleri yansıtmaktadır. Yaş, cinsiyet, başlangıç yaşı, klinik şiddet ve tip açısından çeşitlilik gösteren büyük bir hasta

grubunda; hazırlanması, kısa sürede uygulanması, yüksek geçerlilik ve güvenilirlik katsayıları nedeniyle psoriasisli hastaların değerlendirilmesinde psikososyal boyutu ölçmek için uygun bulunmuştur (69).

**Psoriasis Yaşam Stress Envanteri:** Bu değerlendirme yöntemi, psoriasis hastalarının günlük yaşamlarında başa çıkma zorunluluğu ile ilişkili psikososyal stresin yol açtığı problemleri değerlendirmektedir. Bu skaladaki skorlar 0-45 arasında değişmektedir. Elde edilen skora göre hastaları iki gruba ayırmaya olanak sağlamaktadır (skoru<10; psoriasis ilişkili stresten belirgin derecede etkinlenmemiş, skor>10; psoriasis ilişkili strese belirgin derecede reaksiyon gösterenler) (70).

**Psoriasis Yetersizlik Endeksi:** Günlük aktiviteler, iş hayatı, kişisel ilişkiler, tedavi etkileri ve boş vakit aktiviteleri alanlarındaki hastaların oyladıkları 15 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler psoriasis hastalarının günlük yaşamlarındaki pratik etkileri sorgulamaktadır (71).

### 2.8.1.2. Deriye Özgü Yöntemler

**Deri Şikayetleri Sorgulaması Kısa Formu (The Short-Form of the Questionnaire on Experience with Skin Complaints (SF-QES)):** Kronik deri hastalıklarında damgalanmanın farklı bileşenlerinin bireylerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendirmektedir (72).

**Dermatoloji Yaşam Kalite Endeksi (DQOLI):** Deri hastalığı olan hastalarda sağlıklı ile ilişkili yaşam kalitesini ölçen, hastaların oyladıkları bir skaladır. Semptom ve duygular, günlük aktiviteler, istirahat aktiviteleri, iş hayatı ve okul, kişisel ilişkiler ve tedavinin değerlendirildiği 10 madde içermektedir. Her bir madde 4 puanlı bir skala üzerinden değerlendirilmektedir (73).

### 2.8.1.3. Jenerik Yaşam Kalite Ölçüm Yöntemleri

**Kısa Form 36 (SF-36):** Yaygın bir şekilde kullanılan SF-36'da hastanın sosyal aktiviteleri, fiziksel aktiviteleri, ağrı durumu, genel mental sağlığı, genel sağlık algısı gibi durumları değerlendirilir. 0-100 puan arasında değerlendirilir. Farklı

hastalıklarda yaşam kalitesi karşılaştırmasında sık tercih edilen iyi bir yöntemdir (74).

Kullanılan diğer jenerik yaşam kalitesi ölçüm yöntemleri arasında “Subjektif iyilik hali skalası (Subjective Well Being Scale (SWLS))”, “EuroQoL (EQ-5D)” yer almaktadır (75).

#### **2.8.1.4. Mikst Yaşam Kalitesi Değerlendirme Yöntemleri:**

**Salford Psoriasis İndeksi:** Bu yöntemde; hastanın PASI skoru, psikososyal yetersizlik skoru ve hasta öyküsünü temel alan bir skor birlikte ele alınmaktadır (76).

**Koo-Menter Psoriasis Enstrümanı:** Yaşam kalitesinde belirgin bozulma olan ve sistemik tedavi gerektiren hastaları tanımlamaktadır (77).

### **3. MATERYAL VE METOD**

#### **3.1. Hasta ve Kontrol Gruplarının Tanımlanması ve Veri Kayıtları**

Araştırmamız klinik tanımlayıcı bir çalışma olarak planlandı.Çalışmamıza 1 Mart 2015–1 Eylül 2015 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniğine başvuran, klinik olarak plak tip Psoriasis Vulgaris tanısı almış ardışık 100 hastadan çalışma kriterlerine uygun olanlar davet edildi.Davetimizi kabul edip, bilgilendirilen ve aydınlatılmış onam formunu okuyup, sözlü ve yazılı onam veren 100 hasta çalışmaya alındı.Çalışmamız için etik kurul onayı, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 08.04.2015 tarih ve 24237859-246 sayılı kararı ile alındı (Ek -1).

##### **Araştırmaya dahil olma kriterleri:**

1. Klinik ve/veya histolojik olarak plak tip psoriasis tanısı almış olmak
2. 18 yaşından büyük olmak
3. Aydınlatılmış onam formunu imzalayarak gönüllü olmak
4. Yapılan anketleri anlama yetisinin olması

##### **Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:**

1. 18 yaşından küçük olmak
2. Çalışmaya katılmayı reddetmek
3. İletişim güçlüğü bulunması
4. Kolestatik karaciğer hastalığı, kronik böbrek hastalığı, tiroid hastalığı, malinite ve hematolojik hastalık gibi kaşıntılı komorbid hastalıklara sahip olmak

#### **3.2. Araştırmanın Tipi**

Araştırma, tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir çalışmadır.

### 3.3. Çalışma Yöntemi

Hastalara çalışma hakkında bilgi verilip, onaylandıktan sonra yaş, cinsiyet, eğitim durumu, evlilik durumu, meslek, çalışma durumu, sigara ve alkol kullanmadurumu gibi demografik verileri, hazırlanan veri formuna kaydedildi. Ayrıca aynı veri formu ile eşlik eden kronik hastalık (diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi vb.), eşlik eden psikiyatrik hastalık (depresyon, anksiyete, psikotik hast vb.), ek deri hastalığı (Atopik dermatit, Liken planus, vb.), psoriasis başlama yaşı ve süresi, psoriasis lokalizasyonu, psoriasisle ilgili en fazla rahatsızlık veren yakınma, tıp dışı çare arayışı, psoriasis tedavisine başlama tarihi, düzenli psoriasis tedavisi görme durumu, daha önce uygulanan psoriasis tedavileri, halen uygulanan psoriasis tedavisi, yatarak tedavigörme durumu, ailede psoriasis öyküsü, hastalığın süresi ve psoriasis aile öyküsü sorgulandı. Hastalarda beden kitle indeksi (VKİ) değerlendirilmesi için kilo ve boy ölçümleri yapıldı. Hastalık şiddeti PASİ ile hesaplanıp kaydedildi. Hastalara Psoriasis Yaşam Kalite Ölçeği (PYKÖ), Psoriasis Yetersizlik İndeksi (PDİ), Visuel Analog Skala (VAS), En Kötü Kaşıntının Rakamsal Derecelendirme Ölçeği (W<sub>1</sub>-Nrs), Yosipovitch kaşıntı anketi uygulandı ve psoriasisli hastalar yaşam kalitesi ve kaşıntı açısından değerlendirildi.

### 3.4. Araştırmada Kullanılan Testler ve Ölçekler

#### 3.4.1. Psoriasis Alan Şiddet Skoru (PASI) Hesaplanması

PASI skoru, hastalık şiddetinin belirlenmesinde kullanılan bir yöntemdir. PASI skoru < 10 olan hastalar hafif şiddette, PASI skoru > 10 olan hastalar ise orta şiddette ve şiddetli psöriasisle sahip olarak kabul edilmektedir (65). PASI hesaplanması için her hastada;

1. Baş (B), gövde (G), üst ekstremiteler (Ü), alt ekstremitelerin (A) tutulum yüzdeleri kaydedildi. %10'un altındaki tutulum, 1; %10-29 arasındaki tutulum, 2; %30-49 arasındaki tutulum, 3; %50-69 arasındaki tutulum, 4; %70-89 arasındaki tutulum, 5; %90 üzerindeki tutulum ise 6 olarak derecelendirildi.



2. Her bir bölgedeki lezyonların eritem (E), infiltrasyon (İ) ve kepeklenme (K) şiddetleri 0'dan 4'e kadar derecelendirilerek değerlendirildi. Bu derecelendirmeye göre; 0=yok, 1=hafif, 2=orta, 3=şiddetli, 4=çok şiddetli idi.
3. Bulunan değerlere aşağıdaki formül uygulanarak PASI skoru tespit edildi.  
PASI= 0,1(EB+İB+KB)başın tutulum yüzdesi + 0,3(EG+İG+KG)gövdenin tutulum yüzdesi + 0,2(EÜ+İÜ+KÜ)üst ekstremitenin tutulum yüzdesi + 0,4(EA+İA+KA) alt ekstremitenin tutulum yüzdesi (78) .

#### **3.4.2. Vücut Kitle İndekslerinin Hesaplanması (VKİ)**

En çok kullanılan obezite belirleme yöntemi olan vücut kitle indeksi (VKİ), vücut ağırlığının, boyun metre cinsinden karesine oranlanması ile hesap edilir. VKİ, 20'nin altında ise zayıf, 20-25 arasında ise normal, 25-30 arasında ise fazla kilolu, 30-40 arasında ise obez ve 40'dan fazla ise aşırı obez olarak kabul edilir (79).

#### **3.4.3. Psoriasis Yasam Kalite Ölçeği (PYKÖ)**

Psoriazisli hastaların yaşam kalitesinin belirlenmesi amacı ile Kaçar ve ark.'nın 17soruluk Türkçeye uyarlanmış "Psoriasis Yasam Kalite Ölçeği (PYKÖ)" kullanıldı. Her soru "hiç", "biraz", "oldukça", "çok" şeklinde derecelendirilerek sırasıyla "0", "1", "2", "3", puan verildi. Altıncı, 7., 9. ve 11. sorular günlük yasama iliskinizorluklarla ve 15., 16. ve 17. sorular tedavi ile ilişkili olup, geri kalan sorular hastalıkla ilişkili psikososyal sorunları ifade etmektedir. Ölçekte yer alan 17 maddenin toplanması ile elde edilen ölçek puanı 0 (en iyi puan) ve 51 (en kötü puan) arasında bir değer tasımakta ve yüksek ölçek puanları bozulmuş yaşam kalitesini yansıtmaktadır (53).

#### **3.4.4. Psoriasis Yetersizlik İndeksi (PDI)**

Psoriasis özü ilk indeks olan PDI, Finlay tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. PDI, son bir ay içinde hastalığın, kişinin günlük aktivitesine ve psikolojik durumuna etkisini değerlendiren, günlük aktiviteler, iş/okul, kişisel ilişkiler, boş zaman ve tedavi etkileri gibi alanlardaki yetersizliklere yönelik 15 soruluk bir ankettir (80).

#### **3.4.5. Visuel Analog Skala (VAS)**

Görsel Analog Ölçeği (Visual Analogue Scale–VAS), ilk defa 1976 yılından tanımlanmış ve meme kanseri hastalarında kullanılmıştır. Hastalardan kaşıntının şiddetini, 10 noktalı bir Görsel Analog Ölçeğinde (VAS) rakamsal olarak işaretlemeleri istenmektedir. Kaşıntının derecesi ,kaşıntı yok (0),hafif (1-3), orta (4-7) ve şiddetli (8-10) olarak tespit edilebilmektedir (60).

#### **3.4.6. En Kötü Kaşıntının Rakamsal Derecelendirme Ölçeği (W1-Nrs)**

Son 24 saat içinde yaşanan en kötü kaşıntı düzeyinin rakamsal olarak ifade edildiği görsel analog skaladır (Ek-2).

#### **3.4.7. Yosipovitch kaşıntı anketi**

Yosipovitch ve ark'ı tarafından hem kaşıntının algısal ve duygusal boyutlarını ölçmek ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini değerlendirmek hem de kaşıntı önleyici tedavilerin, günlük aktivitelerin ve alışkanlıkların kaşıntı üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılandırılmış bir kaşıntı anketidir (Ek-3).

### 3.5. İstatiksel Analizler

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 20.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak özetlenmiştir. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılımına uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov–Smirnov, Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak incelenmiştir. Normal dağılım gösterme durumuna göre belirlenen sayısal değişkenler iki grup arasında Bağımsız Gruplarda T testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenler iki grup arasında Mann Whitney U testi, üç ve daha fazla grup Kruskal Wallis Testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Çalışmadaki istatistiksel analizlerde p değeri 0.05'in altındaki karşılaştırmalar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Demografik Özellikler

Çalışmaya dahil edilen 100 psoriasis hastasının 66'sı (%66) erkek, 34'ü (%34)kadındır. Hastaların demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmektedir. Hastaların yaşları 18 ile 68 arasında olup, yaş ortalaması  $45,41 \pm 14,71$ 'dir.

**Tablo 1.** Plak tip psoriasis hastalarının demografik özellikleri

Demografik özellikler	n(%)
<b>Cinsiyet</b>	
Erkek	66(66)
Kadın	34(34)
<b>Yaş</b>	
<20	4(4)
20-35	24(24)
36-50	25(25)
51-65	39(39)
>65	8(8)
<b>Öğrenim durumu</b>	
Okur-yazar değil	3(3)
İlköğretim mezunu	41(41)
Lise mezunu	34(34)
Üniversite/Yüksekokul mezunu	22(22)
<b>Medeni durum</b>	
Evlili	79(79)
Bekar	19(19)
Dul	2(2)
<b>Meslek</b>	
Memur	10(10)
İşçi	21(21)
Öğrenci	10(10)
Ev hanımı	20(20)
Özel sektör	19(19)
Emekli	20(20)
<b>Çalışma durumu</b>	
Halen çalışıyor	39(39)
Hastalık nedeniyle çalışmıyor	1(1)
Başka nedenlerle çalışmıyor	41(41)
Hiç çalışmamış	19(19)
<b>Sigara</b>	42(42)
<b>Alkol</b>	9(9)

## 4.2. Hastalığa İlişkin Özellikler

Psoriasisli hastalarda, hastalık süresi 6 ay ile 50 yıl arasında değişmekte olup ortalama  $16.33 \pm 11.76$  yıl idi. Hastaların %39'unda, psoriasis 20 yaş ve öncesinde başlamıştır. Hastaların psoriasisle ilgili en fazla rahatsızlık veren yakınmaları, %48'inde saptanan kaşıntıdır. Bu yakınmayı ,%38 ile kepeklenme ,%14 ile kızarıklık izlemektedir.

Hastaların, hastalık şiddetini gösteren PASI değerleri 0,4 ile 36,8 arasında olup, ortalama PASI değeri  $7,94 \pm 7,31$  olarak bulunmuştur. Vücut kitle indeksleri (VKİ) ise 18,9 ile 43,9 arasında değişmekte olup, ortalama VKİ değeri  $29,14 \pm 5,42$  olarak saptanmıştır.

Psoriasis lezyonlarının dağılımı incelendiğinde, hastaların %5'inde lezyonların yalnızca derilerinin görünür bölgelerinde, %72'sinde ise hem görünür, hem de giysilerle kapalı bölgelerde mevcut olduğu saptanmıştır.

Psoriasis hastalarının %29'u atralji tanımlarken, aktif artriti olanlar %8, psoriatik artrit öyküsü olanlar ise %13 olarak saptanmıştır. Tırnak tutulumu olanların oranı %34'tür.

Hastalar tedavi için ilk başvurularını %93 oranında dermatoloğa yapmıştır. Hastaların yalnızca %7'si hastalığın tedavisi için ilk olarak pratisyen hekime başvurmuştur. Hastaların %52'si tıp dışı çare arayışına girdiğini ifade etmektedir.

Hastaların incelenen PYİ skorları 0 ile 34 arasında değişmekte olup ortalama PYİ skoru  $7,82 \pm 6,54$ 'dür. PYKÖ skorları ise 0 ile 37 arasında değişirken ortalama PYKÖ skoru  $9,79 \pm 7,51$ 'dir.

Psoriasis hastalarının %21'i hipertansiyon, %13'ü diyabet veya depresyon, %11'i hiperlipidemi, %4'ü ise anksiyete bozukluğu hastalıklarına sahip olduklarını ifade etmiştir.

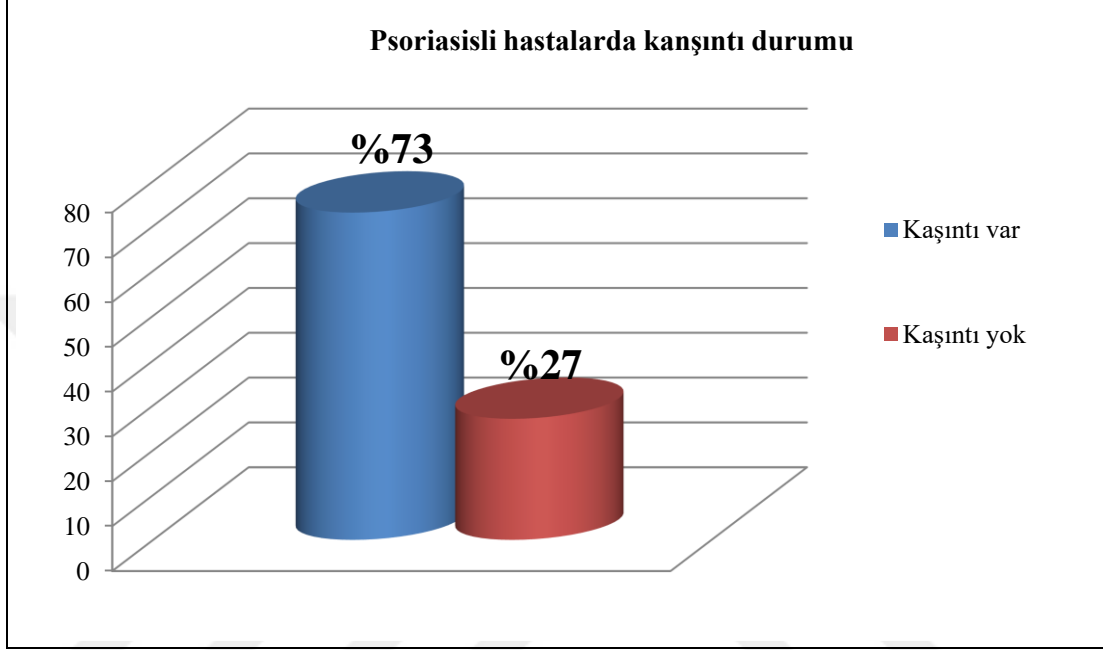
Psoriasis hastalarının, hastalık ile ilişkili özellikleri Tablo 2'de gösterilmektedir.

**Tablo 2.** Plak tip psoriasis hastalarının hastalık ile ilişkili özellikleri

	(n)(%)	Ortalama±SD	
<b>Psoriasis başlama yaşı</b>			
≤20	39(39)	29,09±14,92	
>20	61(61)		
<b>Hastalık süresi</b>			
<10	33(33)	16.32± 11.73	
≥10	67(67)		
<b>Psoriasis lokalizasyonu</b>			
Vücudun açık yerlerinde	5 (5)		
Giysilerle kapalı yerlerde	23(23)		
Her iki bölgede	72(72)		
<b>PASI</b>		7,94± 7,31	
<b>VYA</b>		12,72±15,84	
<b>VKİ</b>		29,14 ± 5,42	
<b>PYİ</b>		7,82±6,54	
<b>PYKÖ</b>		9,79±7,51	
<b>Deri dışı tutulum</b>			
Akut artrit	8(8)		
Artralji	29(29)		
Psoriatik artrit	13(13)		
Tırnak tutulumu	34(34)		
<b>Tedavi için İlk başvuru yeri</b>			
Dermatolog	93(93)		
Pratisyen hekim	7(7)		
<b>Düzenli psoriasis tedavisi</b>	79(79)		
<b>Tıp dışı çare arayışı</b>	52(52)		
<b>Halen uygulanan tedaviler</b>			
Asitretin	8(8)		
Siklosporin	2(2)		
Metotreksat	34(34)		
Adalimumab	5(5)		
İnfliksımab	4(4)		
Etanersept	12(12)		
Ustekinumap	7(7)		
Topikal Tedavi	40(40)		
Fototerapi	3(3)		
<b>Yatarak tedavi</b>	20(20)		
<b>Ailede psoriasis öyküsü</b>	49(49)		
<b>Ek kronik hastalık</b>			
Hipertansiyon	21(21)		
Hiperlipidemi	11(11)		
Diyabet	13(13)		
Depresyon	13(13)		
Anksiyete bozukluğu	4(4)		

### 4.3. Kaşıntı Sıklığı ve Özellikleri

Hastaların 73'ü (%73) psoriasisle bağlantılı kaşıntıları olduğunu belirtirken, 27'si (%27) kaşıntısı olmadığını belirtmiştir (Şekil 1).



Şekil 1. Psoriasisli hastalarda kaşıntı durumu

Hastaların ortalama kaşıntı süresi  $13,15 \pm 10,24$  yıldır.

Kaşıntısı olan hastaların 31'i (%42,5), kaşıntısının her gün mevcut olduğunu ifade ederken, diğer bir 31'i (%42,5) düzensiz sıklıkta kaşıntı belirtmiştir. Sekiz hasta (%11) haftada bir kez kaşıntı tanımlarken, hastaların üç tanesi (%4,1) ise iki haftada bir kez kaşıntısı olduğunu ifade etmiştir.

Hastaların 33'ü (%45,2) kaşıntı yakınmasının zamanını "akşam" olarak tanımlamıştır. "Gece" olarak tanımlayanlar 27(%37), "öğleden sonra" olarak belirtenler 12 (%16,4), "sabahları" kaşıntısı olduğunu ifade edenler ise bir (%1,4) hastadır.

#### 4.4. Kaşıntı Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Skorlarının Çeşitli Faktörlere Göre Değerlendirilmesi

Hastaların kaşıntı düzeyini ortaya koyan VAS1, VAS2, VAS3, VAS4, VAS5 ve WI-NRS skorları ile yaşam kalitesini ve fonksiyonelliği ölçen PYİ ve PYKÖ skorları, aşağıda sıralanan faktör ve değişkenlere göre değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlar şöyledir:

##### a. Cinsiyet

Hastaların cinsiyetlerine göre yapılan karşılaştırmada, PYKÖ skoru kadınlarda, erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ( $p=0,034$ ). PYİ, VAS1, VAS2, VAS3, VAS4, VAS5 ve WI-NRS skorlarında ise cinsiyetler arası bir fark tespit edilememiştir (Tablo 3).

**Tablo 3.** Psoriasis hastalarının cinsiyete göre kaşıntı düzeyi ve yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması

Skorlar	Cinsiyet		p değeri*
	Erkek (n=66)	Kadın (n=34)	
VAS-1	6,76±2,28	7,34±2,69	0,334
VAS-2	1,04±1,19	1,23±1,50	0,560
VAS-3	1,36±1,85	1,57±2,91	0,701
VAS-4	8,04±1,99	8,57±1,94	0,273
VAS-5	5,63±2,47	5,50±3,02	0,834
WI-NRS	2,03±2,30	3,11±3,29	0,091
PYİ	7,13±5,85	9,14±7,64	0,147
PYKÖ	8,65±6,54	12,0±8,78	<b>0,034</b>

\*Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

##### b. Vücut Yüzey Alanı (VYA)

Hastalar, VYA'larına göre  $< \%10$  ve  $\geq \%10$  diye gruplandırıldığında, VYA  $\geq 10$ 'un üstünde olan grubun VAS3, W<sub>1</sub>-Nrs, PYİ ve PYKÖ skorları, VYA  $<10$  olan gruptan anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur ( $p=0.003$ ,  $p=0.001$ ,  $p=0.001$ ,  $p=0.001$ ). Grupların VAS1, VAS2, VAS4 ve VAS 5 skorları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4).



**Tablo 4.** Psoriasis hastalarının vücut yüzey alanlarına göre kaşıntı düzeyi ve yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması

<b>VYA</b>			
Skorlar	<10(n=62)	≥10(n=38)	p değeri*
VAS-1	6,53±2,69	7,53±1,96	0,073
VAS-2	1,09±1,26	1,12±1,38	0,930
VAS-3	0,6±0,88	2,43±3,02	<b>0,003</b>
VAS-4	7,85±2,17	8,71±1,61	0,064
VAS-5	5,46±2,82	5,75±2,47	0,652
WI-NRS	1,66±2,07	3,60±3,19	<b>0,001</b>
PYİ	6,17±5,85	10,5±6,81	<b>0,001</b>
PYKÖ	7,93±6,83	12,8 ±7,66	<b>0,001</b>

\*Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

### c. Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PASI)

Hastalar, PASI skorlarına göre <10 ve ≥10 diye gruplandırıldığında, PASI skoru ≥10 olan grubun VAS3, VAS4, W<sub>1</sub>-Nrs, PYİ ve PYKÖ skorları, PASI skoru <10 olan gruptan anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (p=0.002, p=0.045, p<0.001, p<0.001, p<0.001). Grupların VAS1,VAS2,VAS5 skorları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 5).

**Tablo 5:** Psoriasis hastalarının psoriasis alan şiddet indeksi puanlarına göre kaşıntı düzeyi ve yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması

Skorlar	<b>PASI</b>		p değeri*
	<10(n=75)	≥10(n=25)	
VAS-1	6,62±2,63	7,73±1,76	0,120
VAS-2	1,16±1,25	1,00±1,44	0,337
VAS-3	0,80±1,29	2,82±3,20	<b>0,002</b>
VAS-4	7,92±2,09	8,91±1,53	<b>0,045</b>
VAS-5	5,76±2,81	5,21±2,31	0,416
W <sub>1</sub> -Nrs	1,72±,14	4,44±3,22	<b>&lt;0,001</b>
PYİ	6,41±5,84	12,04±6,84	<b>&lt;0,001</b>
PYKÖ	8,41±,19	13,92±7,02	<b>&lt;0,001</b>

\*Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

#### d.Psoriasis Lokalizasyonu

Hastaların psoriasis lezyonlarının lokalizasyonlarına göre yapılan karşılaştırmada, gruplar arası PYİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0.029$ ). Yapılan post- hoc testlerde, bonferroni düzeltmesi sonucu bu farkın psoriasis lokalizasyonunun giysilerle kapalı yerlerde olanlarla her iki bölgede olanlar arasından kaynaklandığı görülmüştür ( $p=0.014$ ). Gruplar arası VAS1, VAS 2, VAS3, VAS4, VAS 5, W<sub>1</sub>-Nrs ve PYKÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 6).

**Tablo 6.** Psoriasis hastalarının lezyonlarının lokalizasyonuna göre kaşıntı düzeyi ve yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması

Skorlar	Psoriasis lokalizasyonu			p değeri*
	Vücudun açık yerlerinde(n=5)	Giysilerle kapalı yerlerde(n=23)	Her iki yerde de(n=72)	
VAS-1	10,00	7,14±2,24	6,82±2,47	0,115
VAS-2	1,00±1,41	1,28±1,43	1,07±1,29	0,849
VAS-3	1,50±2,12	0,35±0,63	1,70±2,47	0,087
VAS-4	10,00	8,85±1,02	8,01±2,13	0,203
VAS-5	6,00±5,65	5,85±,47	5,50±2,66	0,900
WI-NRS	1,80±3,03	1,60±2,08	2,69±2,84	0,192
PYİ	4,80±3,70	5,65±6,06	8,72±6,68	<b>0,029</b>
PYKÖ	7,20±4,54	7,86±7,62	10,58±7,56	0,076

\*Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

#### e.Eklem tutulumu

Hastaların artralji ve aktif artrit tutulumunun olması durumuna göre yapılan karşılaştırmada, artraljisi olan grubun VAS4, W<sub>1</sub>-Nrs, PYİ ve PYKÖ skorları artraljisi olmayan gruptan anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur ( $p=0.022$ ,  $p=0.032$ ,  $p=0.006$ ,  $p=0.015$ ). Grupların VAS1, VAS2, VAS3, VAS5 skorları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Aktif artritli olan hastaların VAS1, VAS3, VAS4, W<sub>1</sub>-Nrs, PYİ ve PYKÖ skorları, aktif artritli olmayan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur ( $p=0.001$ ,  $p=0.010$ ,  $p=0.001$ ,  $p=0.009$ ,  $p=0.001$ ,  $p=0.005$ ). Gruplar arası VAS2 ve VAS 5 skorları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 7).

**Tablo 7.** Psoriasis hastalarının aktif artrit ve artralji olması durumlarına göre kaşıntı düzeyi ve yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması

Skorlar	Aktif Artrit			Artralji		
	Var(n=8)	Yok(n=92)	p değeri	Var (n=29)	Yok(n=71)	p değeri*
VAS-1	9,37±0,91	6,67±2,40	<b>0,001</b>	7,66±2,27	6,63±2,46	0,082
VAS-2	1,50±1,30	1,06±1,30	0,263	1,16±1,43	1,08±1,25	0,975
VAS-3	4,75±4,36	1,03±1,47	<b>0,010</b>	2,08±3,20	1,12±1,58	0,470
VAS-4	10,00	8,01±1,99	<b>0,001</b>	8,91±1,63	7,89±2,06	<b>0,022</b>
VAS-5	5,87±3,75	5,55±2,53	0,797	5,75±2,13	5,51±2,43	0,818
WI-NRS	5,50±3,85	2,13±2,44	<b>0,009</b>	3,41±3,16	1,98±2,41	<b>0,032</b>
PYİ	14,87±4,70	7,20±6,34	<b>0,001</b>	10,37±6,71	6,77±6,23	<b>0,006</b>
PYKÖ	16,25±6,81	9,22±7,33	<b>0,005</b>	12,44±7,87	8,70±7,13	<b>0,015</b>

\*Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

#### **f. Yaş, VKİ, medeni durum**

Hastaların, yaşlarına, vücut kitle indekslerine ve medeni durumlarına göre yapılan karşılaştırmada, grupların VAS1, VAS 2, VAS3, VAS4, VAS 5, W1-Nrs, PYİ ve PYKÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 8).

**Tablo 8.** Psoriasis hastalarının yaş,vücut kitle indeksi ve medeni durumlarına göre kaşıntı düzeyi ve yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması

Skorlar	Yaş			VKİ				Medeni durum		
	≤40(n=37)	>40(n=63)	p değeri*	<25 n=23	25-29,9 n=37	≥30 n=40	p** değeri	Evli (n=79)	Bekar (n=21)	p değeri***
VAS-1	8,78±7,20	7,25±6,12	0,813	7,15±2,76	7,10±2,02	6,76±2,72	0,864	7,00±2,40	6,50±2,67	0,895
VAS-2	11,27±8,47	8,92±6,80	0,944	1,07±1,38	1,20±47	1,03±1,12	0,984	1,01±1,24	1,50±1,58	0,176
VAS-3	6,87±2,77	7,02±2,28	0,872	1,46±1,85	1,30±1,36	1,56±3,08	0,360	1,56±2,36	0,80±1,61	0,135
VAS-4	1,12±1,48	1,10±1,22	0,655	7,92±2,39	8,33±1,78	8,26±2,03	0,895	8,33±1,82	7,40±2,75	0,632
VAS-5	1,50±2,39	1,40±2,23	0,702	6,30±2,71	5,40±2,54	5,46±2,80	0,553	7,74±2,64	5,00±2,74	0,274
WI-NRS	8,08±2,14	8,30±1,91	0,716	1,82±2,63	2,51±2,26	2,62±3,12	0,294	2,55±2,79	1,78±2,39	0,270
PYİ	5,41±2,84	5,67±2,60	0,262	6,69±5,04	8,62±7,54	7,72±6,37	0,672	7,60±6,69	7,94±5,84	0,375
PYKÖ	2,27±2,94	2,47±2,59	0,132	8,78±5,83	10,94±8,76	9,30±7,14	0,619	9,55±7,73	9,42±5,28	0,263

\*Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.  
\*\*Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır.  
\*\*\*Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

### g. Sigara, alkol

Hastaların, sigara ve alkol içme durumlarına göre yapılan karşılaştırmada, sigara içen hastaların VAS4 ve PYKÖ skorları, sigara içmeyenlerden anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (p=0.010,p=0.047). Gruplar arası VAS1, VAS2, VAS3, VAS5, W1-Nrs ve PYİ skorları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Alkol kullanan hastaların VAS 3 ve PYİ skorları alkol kullanmayan hastalardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0.001, p=0.009). Gruplar arası VAS1, VAS2, VAS4, VAS5, W1-Nrs ve PYKÖ skorları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 9).

**Tablo 9.** Psoriasis hastalarının sigara ve alkol kullanma durumlarına göre kaşıntı düzeyi ve yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması

Skorlar	Sigara			Alkol		
	Var(n=42)	Yok(n=58)	p değeri*	Var(n=9)	Yok(n=91)	p değeri**
VAS-1	9,19±7,10	6,82±5,98	0,067	7,66±1,36	6,91±2,50	0,626
VAS-2	11,6±9,08	8,43±5,84	0,202	1,50±1,64	1,07±1,28	0,524
VAS-3	7,56±2,38	6,51±2,40	0,756	3,66±1,21	1,23±2,24	<b>&lt;0,001</b>
VAS-4	1,34±1,57	0,92±1,03	<b>0,010</b>	8,50±1,51	8,20±2,02	0,934
VAS-5	1,34±1,57	1,51±2,71	0,109	7,00±2,28	5,46±2,67	0,182
WI-NRS	8,87±1,53	7,73±2,15	0,292	3,11±2,84	2,32±2,70	0,347
PYİ	6,15±2,73	5,14±2,55	0,075	12,11±4,40	7,39±6,59	<b>0,009</b>
PYKÖ	2,73±2,66	2,15±2,75	<b>0,047</b>	11,88±5,92	9,58±,64	0,148

\*Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. \*\*Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

### h.Düzenli tedavi

Hastaların düzenli tedavi görme durumlarına göre yapılan karşılaştırmada, düzenli tedavi görmeyenlerin VAS 3 ve W1-Nrs skorları,düzenli tedavi görenlerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0.014, p=0.044). Grupların VAS1, VAS2, VAS4, VAS5, PYİ ve PYKÖ skorları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 10).

**Tablo 10.** Psoriasis hastalarının düzenli tedavi görme durumlarına göre kaşıntı düzeyi ve yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması

Skorlar	Düzenli Tedavi		p değeri*
	Var(n=79)	Yok(n=21)	
VAS-1	6,89±2,52	7,22±2,18	0,742
VAS-2	1,14±1,29	1,00±1,37	0,556
VAS-3	1,12±2,04	2,38±2,70	<b>0,014</b>
VAS-4	8,21±2,03	8,27±1,87	0,984
VAS-5	5,50±2,67	5,83±2,68	0,680
WI-NRS	2,13±2,58	3,38±3,02	<b>0,044</b>
PYİ	7,50±6,31	9,00±7,40	0,236
PYKÖ	9,45±7,49	11,04±7,62	0,170

\*Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

#### 1. Başlangıç yaşı, süre, Tırnak tutulumu

Hastaların, psoriasis başlama yaşı, hastalık süresi ve tırnak tutulumuna göre yapılan karşılaştırmada, grupların VAS1, VAS 2, VAS3, VAS4, VAS 5, W1-Nrs, PYİ ve PYKÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (tablo 11).

**Tablo 11.** Psoriasis hastalarının hastalık süresi, psoriasis başlama yaşı ve tırnak tutulumuna göre kaşıntı düzeyi ve yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması

Skorlar	Psoriasis başlama yaşı			Hastalık süresi			Tırnak tutulumu		
	≤20 (n=39)	>20 (n=61)	p değeri*	<10 (n=33)	≥10 (n=67)	P değeri*	Var (n=34)	Yok (n=66)	P değeri*
VAS-1	7,16±2,27	6,87±2,53	0,637	6,30±2,73	7,28±2,25	0,113	6,76±1,94	7,08±2,68	0,565
VAS-2	1,20±1,53	1,06±1,19	0,682	1,08±1,31	1,12±1,31	0,921	1,23±1,36	1,04±1,28	0,560
VAS-3	1,62±2,33	1,34±2,25	0,627	1,60±2,55	1,36±2,15	0,667	2,07±2,82	1,08±1,83	0,116
VAS-4	8,20±2,18	8,24±1,89	0,942	7,95±2,09	8,36±1,93	0,423	7,80±1,85	8,46±2,03	0,175
VAS-5	6,16±2,79	5,30±2,58	0,197	4,73±2,71	5,98±2,57	0,064	5,80±2,84	5,46±2,58	0,606
WI-NRS	2,41±2,79	2,39±2,68	0,976	2,36±2,91	2,41±2,63	0,926	2,85±3,0	2,16±2,54	0,233
PYİ	9,05±6,73	7,03±6,35	0,134	7,87±6,97	7,79±6,38	0,950	7,97±7,54	7,74±6,03	0,870
PYKÖ	11,35±7,21	8,78±7,58	0,095	9,15±7,00	10,1±7,77	0,553	9,97±8,42	9,69±7,06	0,864

\*Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

### j. Tıp dışı çare arayışı, yatarak tedavi

Hastaların tıp dışı çare arama ve hastanede yatarak tedavi görme durumlarına göre yapılan karşılaştırmada, grupların VAS1, VAS 2, VAS3, VAS4, VAS , W1-Nrs, PYİ ve PYKÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 12).

**Tablo 12.** Psoriasis hastalarının tıp dışı çare arama ve hastanede yatarak tedavi görme durumlarına göre kaşıntı düzeyi ve yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması

Skorlar	Tıp dışı çare			Hastanede yatarak tedavi		
	Var(n=52)	Yok(n=48)	p değeri*	Var(n=20)	Yok(n=80)	P değeri**
VAS-1	7,73±6,18	7,91±6,98	0,775	6,88±2,47	7,00±2,44	0,797
VAS-2	9,28±6,42	10,33±8,56	0,867	1,52±1,84	0,98±1,08	0,517
VAS-3	6,88±2,56	7,05±2,34	0,526	0,88±1,36	1,60±2,46	0,339
VAS-4	1,08±1,27	1,13±1,35	0,672	8,88±1,61	8,03±2,05	0,089
VAS-5	1,61±2,67	1,27±1,82	0,986	5,94±2,22	5,48±2,79	0,540
WI-NRS	8,33±1,94	8,13±2,04	0,872	3,30±2,63	2,17±2,70	0,053
PYİ	5,58±2,56	5,59±2,79	0,888	10,15±7,57	7,23±6,18	0,149
PYKÖ	2,44±2,89	2,35±2,53	0,490	12,60±8,41	9,08±7,15	0,099

\*Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. \*\*Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

### k. Eğitim

Hastaların eğitim durumuna göre yapılan karşılaştırmada, grupların VAS4 skorları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0.006). Yapılan post hoc testlerde, bonferroni düzeltmesi sonucu bu farkın ilköğretim grubundan kaynaklandığı görülmüştür (p=0.008). Grupların VAS1, VAS2, VAS3, VAS5, W1-Nrs, PYİ ve PYKÖ skorları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

### l. Meslek, çalışma durumu

Hastaların mesleğine ve çalışma durumlarına göre yapılan karşılaştırmada, grupların VAS1, VAS2, VAS3, VAS4 ,VAS5, W1-Nrs, PYİ ve PYKÖ skorları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

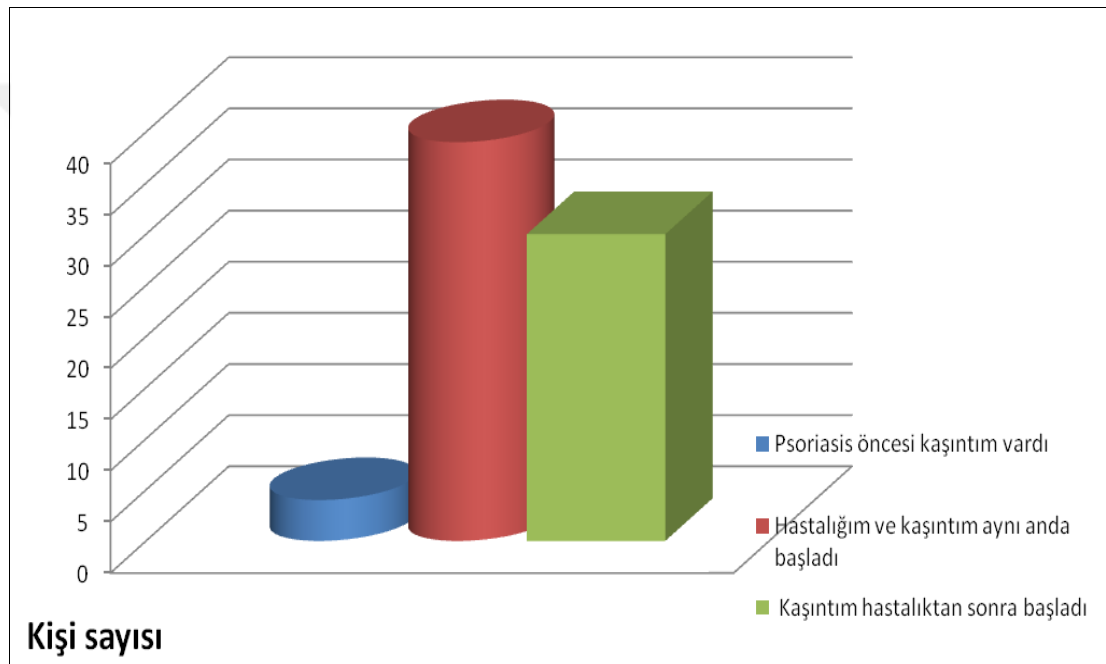
### m. Eşlik eden hastalıklar

Hastaların, eşlik eden sistemik hastalık (diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi) ve psikiyatrik hastalık (depresyon, anksiyete bozukluğu) durumlarına göre yapılan

karşılaştırmada, grupların VAS1, VAS2, VAS3, VAS4, VAS5, W1-Nrs, PYİ ve PYKÖ skorları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

#### 4.5. Kaşıntının Psoriasis ile İlişkisi

Hastaların 39'u (%53,4) hastalık ve kaşıntının aynı anda başladığını ifade ederken, 30'u (%41,1) kaşıntının hastalıktan sonra başladığını belirtmiştir. Kaşıntının başlama zamanına ilişkin dağılım Şekil 2'de sunulmuştur.

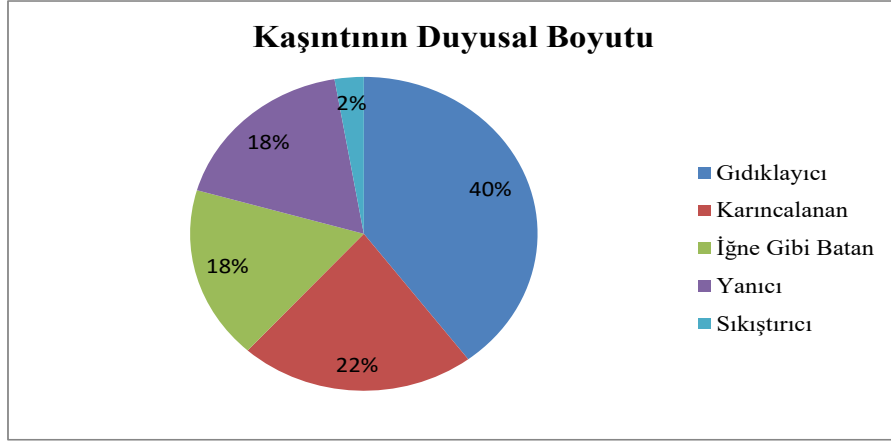


Şekil 2. Psoriasis hastalarının kaşıntı yakınmalarının başlama zamanları

#### 4.6. Kaşıntının Duyusal Boyutu

Kaşıntının duyusal boyutunun tarif edilmesi istendiğinde, kaşıntı, hastaların %40' ı tarafından gıdıklayıcı, %22 'sine karıncalanan, %18 'ince iğne gibi batan, %18'ince yanıcı ve %2 'sine sıkıştırıcı olarak tanımlanmıştır (Şekil 3).

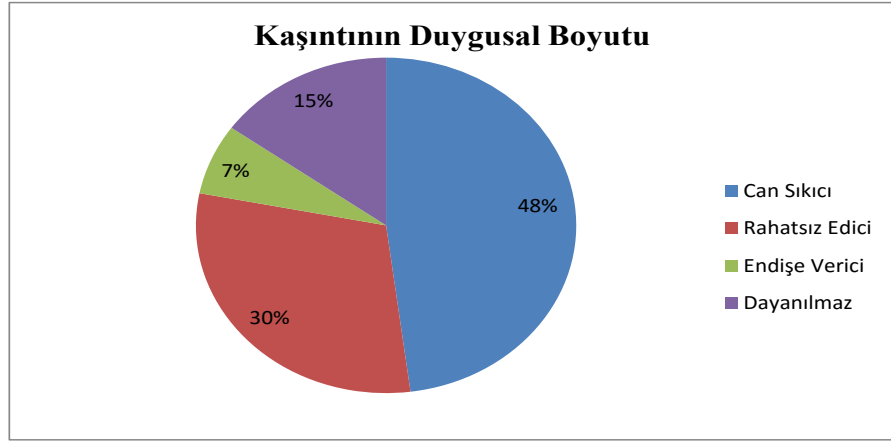




**Şekil 3.** Psoriasis hastalarında kaşıntı hissi ve duysal boyutuna ait sözlü açıklama ölçeği

#### 4.7. Kaşıntının Duyusal Boyutu

Hastalara kaşıntının duysal boyutunun ne ifade ettiği sorulduğunda; %48'i can sıkıcı, %30'u rahatsız edici, %15'i dayanılmaz ve %7'si ise endişe verici olarak tanımlamıştır (Şekil 4).



**Şekil 4.** Psoriasis hastalarının kaşıntı yakınmalarının duysal boyutu

Verdikleri yanıtlara göre gruplandığımız hastalar, PYİ ve PYKÖ skorları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır ( $p=0,002$ ) ( $p<0,001$ ). PYI skorları açısından yapılan post-hoc testlerde, bonferroni düzeltmesi sonucu oluşan farkın soruya “dayanılmaz”yanıtı veren gruptan

kaynaklandığı saptanmıştır ( $p<0,008$ ). PYKÖ skorları açısından yapılan post-hoc testlerde, bonferroni düzeltmesi sonucu oluşan farkın yine bu soruya ”dayanılmaz”yanıtını veren gruptan kaynaklandığı görülmüştür ( $p<0,008$ ).

#### 4.8. Kaşıntı Düzeyi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Hastaların kaşıntılarını değerlendirdiğimiz VAS1, VAS2, VAS3, VAS4, VAS5 ve WI-NRS skorları; “yok”, “hafif”, “orta” ve “şiddetli”olarak gruplara ayrılmış ve bu grupların ortalama PYİ ve PYKÖ puanları karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırmalar Tablo 13’de sunulmaktadır.

**Tablo 13.** Hastaların kaşıntı düzeyi ile yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması

		PYİ skoru	PYKÖ skoru
VAS 1	0	-	-
	Hafif (1-3) (n=8)	4,87±3,79	7,12±3,44
	Orta (4-7) (n=28)	7,39±5,37	9,92±5,22
	Şiddetli (8-10) (n=37)	10,83±7,40	12,81±9,56
	P değeri*	<b>0,023</b>	0,239
VAS 2	0 (n=32)	7,62±5,41	9,65±5,32
	Hafif (1-3) (n=37)	8,56±5,99	10,64±7,94
	Orta (4-7) (n=4)	21,50±9,88	26,50±8,34
	Şiddetli (8-10)	-	-
	P değeri*	<b>0,022</b>	<b>0,010</b>
VAS 3	0 (n=37)	7,56±5,99	9,91±7,75
	Hafif (1-3) (n=28)	8,85±7,17	11,42±8,12
	Orta (4-7) (n=5)	12,40±3,57	13,60±6,80
	Şiddetli (8-10) (n=3)	19,00±3,00	18,00±3,46
	P değeri*	<b>0,015</b>	0,079
VAS 4	0	-	-
	Hafif (1-3) (n=2)	5,50±3,53	6,50±0,70
	Orta (4-7) (n=21)	7,04±5,73	9,04±5,00
	Şiddetli (8-10) (n=50)	9,76±6,97	12,12±,69
	P değeri*	0,240	0,345
VAS 5	0	-	-
	Hafif (1-3) (n=18)	8,55±6,08	10,11±6,72
	Orta (4-7) (n=36)	8,16±6,83	10,77±7,97
	Şiddetli (8-10) (n=19)	10,47±6,89	12,57±8,55
	P değeri*	0,364	0,459
WI-NRS	0 (n=39)	4,92±4,87	6,28±5,01
	Hafif (1-3) (n=35)	7,34±5,19	10,05±6,68
	Orta (4-7) (n=19)	11,68±5,85	14,15±8,22
	Şiddetli (8-10) (n=7)	15,85±11,06	16,14±11,32
	P değeri*	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>

\*Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

VAS1 skorlarında bu derecelendirme ile oluşan gruplar arasında PYİ skorları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $p=0,023$ ). Yapılan post- hoc testlerde, bonferroni düzeltmesi sonucu bu farkın hafif puanlı grupla şiddetli puanlı grup arasındaki karşılaştırmadan kaynaklandığı saptanmıştır ( $p=0,028$ ). PYKÖ skorları açısından, VAS1 alt grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p=0,239$ ).

VAS2 skorlarında, şiddete göre oluşturulan bu alt gruplar arasında PYİ skorları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür ( $p=0,022$ ). Post-hoc testlerde, bonferroni düzeltmesi sonucu bu farkın orta puanlı gruptan kaynaklandığı saptanmıştır ( $p=0,016$ ). Aynı şekilde bu alt grupların PYKÖ skorları arasında da istatistiksel anlamlı bir fark mevcuttur ( $p=0,010$ ). Post-hoc testlerde, bonferroni düzeltmesi sonucu bu farkın orta puanlı gruptan kaynaklandığı saptanmıştır ( $p=0,016$ ).

Aynı inceleme, VAS 3 skorlarında yapıldığında, gruplar arasında PYİ skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $p=0,015$ ). Yapılan post- hoc testlerde, bonferroni düzeltmesi sonucu bu farkın “0” grubu ile şiddetli puanlı grup arasındaki ( $p=0,014$ ) ve hafif puanlı grup ile şiddetli puanlı grup arasındaki karşılaştırmadan kaynaklandığı görülmüştür ( $p=0,019$ ). Grupların PYKÖ skorları arasında istatistiksel anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,079$ ).

VAS4 ve VAS5 skorlarına göre oluşturulan alt gruplar arasında, PYİ ve PYKÖ skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p=0,240$ ) ( $p=0,345$ ) ( $p=0,364$ ) ( $p=0,459$ ).

Hastaların WI-NRS skorlarına göre oluşturulan alt gruplar arasında PYI ve PYKÖ skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklar elde edilmiştir ( $p<0,001$ ) ( $p<0,001$ ). PYI skorları açısından, yapılan post-hoc testlerde, bonferroni düzeltmesi sonucu bu farkın orta puanlı grup ile “0” grubu arasındaki karşılaştırmadan kaynaklandığı saptanmıştır ( $p<0,001$ ). PYKÖ skorları açısından ise post- hoc testlerde, bonferroni düzeltmesi sonucu oluşan farkın, hafif puanlı grupla “0” grubu arasındaki ( $p=0,001$ ) ve orta puanlı grupla “0” grubu arasındaki karşılaştırmalardan kaynaklandığı görülmüştür ( $p<0,001$ ) (Tablo 13).

#### 4.9. Kaşıntıya Ait Çeşitli Özelliklerin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin İncelenmesi

Hastaların kaşıntısının var olup olmadığı, kaşıntı süreleri, kaşıntı yüzey alanları ve kaşıntı yerlerine göre ortalama PYİ ve PYKÖ skorları karşılaştırılmıştır.

Kaşıntısı olan hastaların PYİ ve PYKÖ skorları, kaşıntısı olmayan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ( $p=0,001$ ) ( $p=0,001$ ).

Kaşıntı süresi 10 yılın altında olanlarla, daha uzun süre kaşıntı tanımlayanların PYİ ve PYKÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Kaşıntı bulunan deri alanlarını, psoriasis lezyonları ve lezyonsuz deri olarak tanımlayanların PYİ skorları, kaşıntı yerini sadece psoriasis lezyonları olarak belirtenlerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ( $p=0,029$ ). Kaşıntının lokalizasyonuna göre PYKÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,094$ ). Hastaların kaşıntı yüzey alanı arttıkça PYİ ve PYKÖ skorları istatistiksel olarak anlamlı şekilde yükselmiştir (Tablo 14).

**Tablo 14.** Hastaların kaşıntı varlığı, süreleri, yüzey alanları ve yerlerine göre yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması

		<b>PYİ skoru</b>	<b>PYKÖ skoru</b>
<b>Kaşıntı</b>	Var (n=73)	8,86±6,65	11,08±7,80
	Yok (n=27)	5,00±5,42	6,29±5,36
	p değeri*	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>
<b>Kaşıntı süresi</b>	≤10 yıl (n=39)	9,56±6,60	11,41±7,32
	>10 yıl (n=34)	8,05±6,71	10,70±8,41
	p değeri**	0,339	0,703
<b>Kaşıntı yüzey alanı</b>	<10 (n=39)	5,84±4,95	8,15±5,60
	10-49.9 (n=28)	10,78±5,61	13,21±8,14
	≥50 (n=6)	19,50±7,28	20,16±9,41
	p değeri***	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Kaşıntı yeri</b>	Psoriasis lezyonlarında (n=52)	7,63±5,58	9,71±5,92
	Psoriasis lezyonları ve lezyonsuz deride (n=21)	11,90±8,14	14,47±10,62
	p değeri*	<b>0,029</b>	0,094

\*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. \*\*Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.  
\*\*\*Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Hastaların ifade ettikleri kaşıntı sıklıkları, zaman dilimleri ve gece kaşıntısının uyku kalitesini bozma durumlarına göre PYİ ve PYKÖ skorları karşılaştırılmıştır. Kaşıntısını hergün, haftada bir kez, iki haftada bir ve düzensiz olanların ortalama PYİ ve PYKÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kaşıntısı sabah, öğleden sonra, akşam veya gece olanların ortalama PYİ ve PYKÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Hastaların gece kaşıntısının uyku kalitesini bozmasına göre verilen puanlarla oluşan gruplar ortalama PYİ skorları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılıklar saptanmıştır (p=0,022). Ortalama PYKÖ skorları açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 15).

**Tablo 15.** Hastaların kaşıntı sıklığı,kaşıntının yaşandığı zaman dilimleri ve uyku kalitesine etkisine göre yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması

		<b>PYİ skorları</b>	<b>PYKÖ skorları</b>
<b>Kaşıntı sıklığı</b>	Hergün (n=31)	10,06±7,36	12,61±9,02
	Haftada bir kez (n=8)	9,37±7,30	11,50±7,63
	İki haftada bir (n=3)	9,33±2,51	12,66±1,52
	Düzensiz (n=31)	7,48±5,96	9,29±6,69
	P değeri*	0,400	0,282
<b>Kaşıntının zaman dilimi</b>	Sabah (n=1)	5,00±00	5,00±00
	Öğleden sonra (n=12)	5,66±4,45	8,91±5,68
	Akşam (n=33)	8,27±6,55	11,00±8,29
	Gece (n=27)	11,14±7,08	12,37±8,05
	P değeri*	0,106	0,464
<b>Gece kaşıntısının uyku kalitesini bozması</b>	0 puan (n=34)	6,73±5,10	9,14±5,66
	1-3 puan (n=14)	8,42±6,18	10,21±5,89
	4-7 puan (n=20)	10,95±7,49	12,75±9,85
	8-10 puan (n=5)	16,20±7,91	20,00±10,46
	P değeri*	<b>0,022</b>	0,132
*Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.			

Hastaların kaşıntı tedavisi görme durumları ile, nemlendirici,topikal steroid veya oral antihistaminikleri kullanıp kullanmama durumlarına göre ortalama PYİ ve PYKÖ skorları karşılaştırılmıştır.

Hastaların kaşıntı tedavisi görüp görmemelerine göre ayrılan iki grup arasında ortalama PYİ ve PYKÖ skorları karşılaştırıldığında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Hastaların tedavilerin isimleri ile yapılan nemiendirici, topikal steroidler ve oral antihistaminikler kullanıp kullanmama durumuna göre belirlenen grupların ortalama PYİ ve PYKÖ skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 16).

**Tablo 16.** Psoriasis hastalarının kaşıntıya ilişkin tedavi durumu ve kullanılan ilaçlara göre yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması

		<b>PYİ skoru</b>	<b>PYKÖ skoru</b>
<b>Kaşıntı tedavisi</b>	Uygulanıyor (n=36)	8,88±6,04	11,11±7,08
	Uygulanmıyor(n=37)	8,83±7,8	11,05±8,54
	P değeri*	0,974	0,975
<b>Nemiendirici</b>	Evet (n=28)	9,60±6,01	12,2±7,03
	Hayır (n=8)	13,00±12,72	17,50±4,94
	P değeri**	0,620	0,511
<b>Topikal steroidler</b>	Evet (n=18)	8,30±5,28	9,53±5,83
	Hayır (n=18)	13,40±6,73	15,00±2,12
	P değeri**	0,514	0,723
<b>Oral antihistaminik</b>	Evet (n=19)	9,11±4,85	9,0±3,64
	Hayır (n=17)	10,60±7,10	15,04±9,06
	P değeri**	0,648	0,394
*Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.		**Mann Whitney U testi kullanılmıştır.	

Psoriasis hastalarında kaşıntının ruh hali, uyku, cinsel aktivite, iştah ve konsantrasyonu etkileyip etkilemediğine göre oluşturulan gruplar, ortalama PYİ ve PYKÖ skorları açısından karşılaştırılmıştır. Kaşıntının ruh halini etkilediğini belirten hastaların PYİ ve PYKÖ skorları, etkilemediğini belirten hasta grubundan anlamlı şekilde yüksektir ( $p<0,001$  , $p=0,002$ ). Kaşıntının uykusunu etkilediğini belirten grupta etkilemediğini belirten grubun PYİ ve PYKÖ skorları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Kaşıntının cinsel hayatını etkilediğini belirten grubun PYİ skoru, etkilemediğini belirten gruptan anlamlı şekilde yüksektir ( $p=0,017$ ). PYKÖ skorları arasında ise anlamlı bir fark saptanamamıştır. Kaşıntının iştahını etkilediğini belirten grupta, etkilemediğini belirten grubun ortalama PYİ ve PYKÖ skorları

arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Kaşıntının konsantrasyonunu etkilediğini belirten grubun PYİ ve PYKÖ skorları ortalaması, kaşıntının konsantrasyonunu etkilemediğini belirten gruptan anlamlı şekilde yüksektir( $p=0.001$ ,  $0,003$ ). Sonuçlar Tablo 17 'de listelenmiştir.

**Tablo 17.** Hastalarda kaşıntının ruh halini, uykuyu, cinselliği, iştahı ve konsantrasyonu etkileme durumlarına göre yaşam kalite skorlarının karşılaştırılması

			<b>PYİ skoru</b>	<b>PYKÖ skoru</b>	
<b>Psoriatik kaşıntının yaşam kalitesi üzerine etkisi</b>	<b>Ruh hali</b>	Etkiliyor (n=40)	11,62±6,94	13,52±8,64	
		Etkilemiyor(n=33)	5,51±4,44	8,12±5,41	
		<b>P değeri*</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,002</b>	
	<b>Uyku</b>	Etkiliyor (n=30)	10,56±5,96	13,06±8,58	
		Etkilemiyor (n=43)	7,67±6,91	9,69±6,98	
		<b>P değeri*</b>	0,067	0,069	
	<b>Cinsel</b>	Etkiliyor (n=9)	14,88±9,17	16,11±12,42	
		Etkilemiyor (n=64)	8,01±5,83	10,37±6,77	
		<b>P değeri**</b>	<b>0,017</b>	0,190	
	<b>İştah</b>	Etkiliyor (n=6)	13,66±8,75	13,66±9,41	
		Etkilemiyor (n=67)	8,43±6,34	10,85±7,68	
		<b>P değeri**</b>	0,129	0,427	
	<b>Konsantrasyon</b>	Etkiliyor (n=32)	12,0±7,50	14,28±9,17	
		Etkilemiyor (n=41)	6,41±4,70	8,58±5,45	
		<b>P değeri*</b>	<b>0,001</b>	<b>0,003</b>	
	*Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.		**Mann Whitney U testi kullanılmıştır.		

Hastalarda kaşıntı yakınmasına ağrı, terleme, iyi hissetmeme, baş ağrısı, sıcaklık hissi ve soğukluk hissi eşlik edip etmemesi durumuna göre ortalama PYİ ve PYKÖ skorları karşılaştırılmıştır.

Kaşıntı yakınmasına ağrının da eşlik ettiğini ifade eden hastaların PYİ skorları, ağrı tanımlamayanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ( $p<0,001$ ). Aynı şekilde ağrı yakınması olanların ortalama PYKÖ skorları, ağrısı olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksektir ( $p<0,001$ ).

Kaşıntı yakınmasına "terleme" eklenmiş olanlar ile, terlemesi olmayanlar arasında ortalama PYİ ve PYKÖ skorları açısından anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,696$ ,  $p=0,544$ ).

Kaşıntı yakınmasına, "iyi hissetmeme" eşlik edenlerin ortalama PYİ skorları, eşlik etmeyenlere göre anlamlı şekilde yüksektir ( $p=0,025$ ). Bu iki durum arasında ortalama PYKÖ skorları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p=0,218$ ).

Kaşıntı yakınmasına "baş ağrısı" eşlik edenlerle etmeyenlerin ortalama PYİ ve PYKÖ skorları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Kaşıntı yakınmasına "sıcaklık hissi" eşlik edenlerin ortalama PYİ skorları, eşlik etmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ( $p=0,010$ ). Sıcaklık hissi tanımlayanların ortalama PYKÖ skorları da olmayanlardan anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p=0,014$ ).

Kaşıntı yakınmasına "soğukluk hissi" eşlik edenlerin ortalama PYİ skorları, eşlik etmeyenlerden yüksek bulunmuştur ( $p=0,010$ ). Ortalama PYKÖ skorları arasında bu iki durum açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p=0,615$ ).

#### **4.10. Çeşitli Günlük Aktivitelerin Kaşıntı Üzerine Etkisi**

Psoriasis hastalarında kaşıntı yakınması olanların, çeşitli günlük aktiviteler ile kaşıntılarının nasıl etkilendiği incelenmiştir. Bu faktörlerin kaşıntı üzerine etkileri tablo 18'de sunulmaktadır. Kaşıntı üzerinde en yüksek şiddetlendirici etkiye sahip faktörler, stres (%93,2), ruh halinin kötülüğü (84,9), ortam sıcaklığının yüksekliği (%83,6), deride kuruluk (%82,2) ve terleme (%71,2) olarak sıralanmaktadır. Kaşıntıyı hafiflendiren en önemli faktörler ise uyku (%72,6) ve soğuk su (%46,6) olarak belirtilmiştir.



**Tablo 18.** Psoriasis hastalarında çeşitli günlük aktivitelerin kaşıntı üzerine etkisi

Günlük aktivite	Şiddetlendiriyor (%)	Hafifletiyor (%)	Etkisi yok (% hasta)
Stres	93,2	-	6,8
Deride kuruluk	82,2	-	17,8
Sıcak su	30,1	43,8	26
Soğuk su	13,7	46,6	39,7
Giysilerle Temas	39,7	-	60,3
Terleme	71,2	1,4	27,4
Çok yeme	19,2	-	80,8
Ruh halinin kötü olması	84,9	-	15,1
Yatış pozisyonu	8,2	4,1	87,7
Oturma Pozisyonu	11	-	89
Egzersiz	13,7	8,2	78,1
Uyku	4,1	72,6	23,3
Dinlenme	34,2	17,8	47,9
Düzenli öğün	-	5,5	94,5
Ortam Sıcaklığının yüksek olması	83,6	2,7	13,7
Ortam sıcaklığının düşük olması	12,3	31,5	56,2

#### **4.11. Kullanılan Tedavilerin Kaşıntı Düzeyi Ve Yaşam Kalitesi Skorları Üzerine Etkileri**

Hastaların kullandığı ilaçların kaşıntı düzeyi ve yaşam kalitesine etkileri incelenmiştir. Uygulanan tedaviler, topikal tedavi, fototerapi, sistemik konvansiyonel ve biyolojikler olarak dört gruba ayrılmıştır. Bu gruplara dağılan hastaların ortalama PVI, PYKÖ, VAS1, VAS2, VAS3, VAS4, VAS5 ve W1-Nrs skorları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 19).

**Tablo 19.** Hastaların kullandığı ilaç gruplarına göre yaşam kalitesi ve kaşıntı düzeyi skorlarının karşılaştırılması

UYGULANAN TEDAVİ	PASI	VYA	VAS1	VAS2	VAS3	VAS4	VAS5	W <sub>1</sub> -Nrs	PYİ	PYKÖ
<b>Biyolojik</b> (n=28)	8,50±8,83	14,14±17,78	7,21±2,39	1,36±1,46	1,84±3,00	8,89±1,52	5,89±2,33	2,53±3,02	7,53±6,94	10,25±7,57
<b>Sistemik Konvansiyonel</b> (n=43)	7,36±6,30	12,04±15,15	7,03±2,25	1,03±1,25	0,77±1,20	8,19±1,86	5,35±2,69	1,81±2,09	8,13±6,14	9,86±7,71
<b>Fototerapi</b> (n=3)	8,73±6,86	17,6±11,2	5,00±3,60	1,33±1,15	0,66±1,15	6,00±4,00	3,66±2,51	3,33±3,21	4,33±1,15	5,00±1,00
<b>Topikal Tedavi</b> (n=26)	8,19±7,49	11,73±15,79	6,95±2,64	0,95±1,31	2,20±2,64	8,00±2,05	5,95±2,96	3,11±3,14	8,00±7,24	9,73±7,65
<b>P değeri*</b>			<b>0,703</b>	<b>0,731</b>	<b>0,683</b>	<b>0,686</b>	<b>0,156</b>	<b>0,291</b>	<b>0,516</b>	<b>0,377</b>
*Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.										

Kullanılan topikal tedavinin kaşıntı üzerine etkisi incelendiğinde, topikal kortikosteroid kullananların 10'u (%55,7), bu ilaçların kaşıntı üzerinde hiçbir etkisi olmadığını ifade ederken, 8'i (%44,3) kısa süreli etki tanımlamıştır. Nemlendirici ürünler kullanan hastaların 18'i (%64,2) bu ürünlerin kaşıntı üzerine hiçbir etkisi olmadığını belirtirken, 8'i (%28,5) kısa süreli etki, 2'si (%7,3) ise uzun süreli etki tanımlamıştır.

Kaşıntı amacıyla en sık kullanılan oral ilaçlardan antihistaminlerin etkisi incelendiğinde, bu ilaçları kullanan hastaların 12'si (%63,1) kaşıntı üzerine hiçbir etki bildirmezken, 7'si (%36,9) kısa süreli etki tanımlamıştır.



## 5. TARTIŞMA

Dermatolojik problemlerin genellikle mortaliteyi arttırmayan problemlerden kabul edilmesi nedeniyle daha önce bu hastalıkların psikososyal, emosyonel ve yaşam kalitesi gibi diğer alanlardaki etkileri yeterli düzeyde incelenmemiştir. Ancak psoriasis gibi dermatolojik problemlerde giderek artan sıklıkta sadece hastalığın kendisi değil, hastalığa bağlı sekonder morbiditeler de bu kapsamda incelenmeye başlanmıştır. Bu konuda kaşıntının düşünülenin aksine oldukça sık görülen bir durum olduğu ve hastaların yaşam kalitesinde önemli etkileri olduğu görülmüştür.

Son zamanlarda sağlık problemleriyle ilişkili yaşam kalitesinin üzerinde daha çok durulmaya başlanmış, dermatolojik hastalıklarda yaşam kalitesini etkileyen problemler tanımlanmaya çalışılarak tedavi hedefleri içerisine alınmaya çalışılmıştır. Çalışmamızda da bu amaçla plak tip psoriasis hastalarında kaşıntı sıklığı ve kaşıntının yaşam kalitesi üzerindeki etkisi gösterilmeye çalışılmıştır.

Psoriasis semptomları ve bu semptomların hastaya verdiği rahatsızlık düzeyini sorguladığımızda rahatsızlık veren en sık yakınmaların kaşıntı (%48), kepeklenme (%38) ve kızarıklık (%14) olduğu görüldü. Benzer şekilde yakın bir zamanda yapılan çalışmada en çok rahatsızlık veren şikayetler sırasıyla kaşıntı, kepeklenme/pullanma ve ağrıydı (81). Bununla birlikte hastalar tarafından algılanan hastalık şiddetine en çok sebep olanyakınmanın kaşıntı olduğu gösterilmiştir (82). Kaşıntının yaşam kalitesi üzerindeki öneminin göstergesi olan bu sonuçlar, sonraki aşamada kaşıntının sıklığı ve kaşıntıya bağlı rahatsızlık hissinin daha çok üzerinde durulmasını sağlamıştır.

Psoriatik hastalarda uzun yıllar, kaşıntının başlıca bir yakınma olmadığı düşünülmekteydi ve bunun sonucu olarak genellikle tedavinin bir hedefi olarak da değerlendirilmiyordu. Psoriasisle ilgili, özellikle kaşıntının yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendirilen çalışmamızda, kaşıntının önceden düşünülenin aksine, hastaların %73'ünde, yüksek bir oranda olduğu görülmüştür. Çalışmamızda hastalarımızın ortalama hastalık süresi 16 yıl civarında iken, bunun büyük kısmı, yaklaşık 13 yıl kaşıntı yakınması varlığında yaşanmıştır. Kaşıntı, çoğu hastamızda her gün karşılaşılan bir problem olarak değerlendirilmiştir.

Bu nedenle psoriasis yönetiminde kaşıntı ihmal edilmemesi gereken bir problemdir. Uluslararası kesitsel epidemiyolojik bir çalışmada psoriasis hastalarında kaşıntı sıklığı %70 olarak bildirilmiştir (83). Kaşıntı sıklığını, Yosipovitch ve ark'ı (63) %84, Gupta ve ark'ı (84) %67 olarak bildirmiştir. Psoriasis varyantlarında kaşıntının analiz edildiği bir çalışmada plak tip psoriasisde kaşıntının püstüler, eritrodermik ve guttat formlarından daha sık olduğu görülmüştür (63). Başka bir çalışmada kaşıntı sıklığı %88.3 bildirilmiş olup, kaşıntıyı en fazla tetikleyen ajanın stres olduğu (%39.6) ancak kaşıntı yoğunluğuyla VKİ, cinsiyet ve hastalık süresinin ilişkili olmadığı ifade edilmiştir (85).

Psoriasisle bağlı kaşıntısı olan hastalarda, psoriasis yetersizlik indeksi (PYİ) ve psoriasis yaşam kalite ölçekleriyle (PYKÖ) değerlendirilen yaşam kalitesinin, kaşıntısı olmayan hastalara göre belirgin derecede düşük olduğunu saptadık ( $p=0,001$ ) ( $p=0,001$ ). Kaşıntının yaşam kalitesi üzerindeki etkisi göz önüne alındığında, hangi bileşenlerle yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu da önem kazanmaktadır. Reich ve ark'ı tarafından yapılan çalışmada psoriasis hastalarında kaşıntı, yaşam kalite ölçekleriyle ilişkili bulunmuş, kaşıntının yoğunluğuyla yaşam kalitesindeki bozulmanın korele olduğu görülmüştür (86). Bu psoriasis semptomunun sağlıklıla ilişkili yaşam kalitesini azalttığı bir çok çalışmada gösterilmiştir (87; 88; 89). Psoriasisde en çok vurgulanan semptom ve yakınma olması, yaşam kalitesiyle ilişkili olması nedeniyle kaşıntı, giderek artan sayıda çalışmada sadece şiddeti ve süresiyle değil aynı zamanda lokalizasyonu, sıklığı, gece-gündüz paterni, tetikleyici ve hafifletici faktörleriyle birlikte değerlendirilmeye başlanmış, duygu-durum, uyku, iştah, fiziksel ve cinsel fonksiyonellik ilişkisi gibi çok daha detaylı bir şekilde araştırılmaya başlanmıştır.

Başka bir çalışmada pruritusun duygu-durum, konsantrasyon, uyku paterni, cinsel istek ve iştah üzerinde negatif etkisi olduğundan bahsedilmiştir (89). Yosipovitch ve ark'ı tarafından yapılan analizlerde hastalarda kaşıntı nedeniyle %35 ajitasyon, %24 depresif durum, %30 konsantrasyon bozukluğu, %23 yeme alışkanlığı değişimi, %35 seksüel fonksiyonlarında azalma veya kaybolma olduğu bildirilmiştir (63). Bunların dışında psoriatik hasta gruplarında yapılan diğer çalışmalarda kaşıntısı olanlarda depresyon sıklığının daha yüksek olduğu (61) bildirilmiştir. Bu sonuçları destekler şekilde çalışmamızda, kaşıntının ruh hali ve

konsantrasyonu hem PYİ, hem de PYKÖ skorları açısından anlamlı derecede etkilediği saptanmıştır ( $p < 0,001$ ), ( $p = 0,002$ ), ( $p = 0,001$ ), ( $p = 0,003$ ). Kaşıntının cinsel hayatı ise PYİ skorlarına göre anlamlı derecede etkilediği ve yaşam kalitesini bozduğu gösterilmiştir ( $p = 0,017$ ).

Hastaların bir çoğu kaşıntının bir takım faktörlerle tetiklendiğini söylemektedir. Literatürde bu tetikleyiciler içerisinde stres, fiziksel aktivite, sıcak suyla banyo yapma, yüksek çevre ısısı, yorgunluk, giysilerle temas, aşırı beslenme, duygu durum, deride kuruluk, düşük çevre ısısı, soğuk suyla temas ve uyku yer almaktadır. Çalışmamızda kaşıntıyı tetikleyen faktörler hakkında elde edilen bulgular literatürü destekler nitelikteydi; özellikle stres, cilt kuruluğu, ortam ısısının yüksek olması, terleme ve ruh halinin major tetikleyiciler olduğu bildirilmiştir. Stresin kaşıntıyı hangi faktörlerle tetiklediği tam olarak bilinmemektedir fakat psikolojik stresin, substance P gibi nöropeptid seviyelerini santral sinir sistemi ve periferik dokularda arttırdığı düşünülmektedir. Histamine ek olarak myelinsiz sinir liflerinden salınan substance P gibi çeşitli nöropeptidler de kaşıntıya aracılık edebilir (90).

Aşırı kilolu veya obez psoriasis hastalarında kaşıntının daha şiddetli olduğu görülmüş, bu ilişki ise kilo artışıyla birlikte terleme ve kütanöz sıcaklığının artmasının kaşıntıyı arttırmasına bağlanmıştır (91). Çalışmamızda ise kaşıntı ile VKİ arasında böyle bir ilişki gösterilememiştir ( $p = 0,864$ ,  $p = 0,984$ ,  $p = 0,360$ ,  $p = 0,895$ ,  $p = 0,553$ ,  $p = 0,294$ ). Bunun muhtemel sebeplerinden biri hasta sayımızın sınırlı olması olabilir. Yapılmış çalışmalardan bir başkasında da, bizdeki gibi kaşıntı yoğunluğu ile VKİ arasında anlamlı ilişki tespit edilememiştir (85).

Allerjik deri hastalıkları ve psoriasisde histaminin önemli rolü olduğu bilinmesine rağmen antihistaminiklerin kaşıntı üzerinde yeterli etki göstermemesi nedeniyle kaşıntıya yönelik bir çok ilaç önerilmiştir. Değerlendirilen bu ilaçlar içerisinde topikal ve sistemik kortikosteroidler, UVB fototerapi, düşük pH'lı nemlendiriciler ve yumuşatıcılar yer almaktadır. Bu güne kadar psoriasisde bağlı kaşıntıya spesifik olan bir tedavi önerilmemiştir. Sadece Roblin ve ark'ı tarafından Trk-A inhibitörü olan CT327'nin psoriasisdeki kaşıntıda faydalı olabileceği ifade edilmiştir (92). Bununla birlikte kaşıntı için uygulanan tedavilerden hastaların genellikle memnun olmadığı, yeterli bulmadığı görülmüş ve tedaviye rağmen kaşıntılarının devam ettiği bildirilmiştir (93). Antihistaminiklerin sedasyon

yapmadığında belirgin etkisinin olmaması mirtazapin veya paroksetin gibi antidepressanları kaşıntı tedavisine dahil etmiştir (66). Çalışmamızda bu sonuçlara benzer şekilde kaşıntı tedavisinde yeterli etkinlik sağlanamadığı, sağlanan kısıtlı etkinliğin uzun süreli olmadığı görülmüştür. Tedavi alan sınırlı sayıdaki hastanın, tedavi almayan hastalarla yaşam kalitesi açısından daha iyi düzeyde saptanmaması, bu etkisizliğin bir kanıtı olarak değerlendirilebilir.

Yaşam kalitesini etkileme açısından değerlendirildiğinde, kaşıntı sıklığı ve kaşıntı süresi daha fazla olan hastalar, daha fazla etkilenmiş görünse de, elde edilen farklar istatistiksel olarak anlamsızdı ( $p=0,400$ ,  $p=0,282$ ,  $p=0,339$ ,  $p=0,703$ ). Bu durum alt gruplara düşen hasta sayılarının azlığı ile açıklanabilir. İhmal edilemeyecek oranda bir hasta grubunun tıp dışı çare arayışına gitmesi kaşıntıyı hedef alan tedavilerin yetersizliğini desteklemektedir.

Psoriasis hastalarında kaşıntının yaşam kalitesine etkisine aracılık eden başlıca faktörlerden biri de yoğunluğu veya şiddetidir. Genellikle subjektif olarak değerlendirilebilmesine rağmen bu konuda yayınlanan sonuçlar paralel doğrultudadır. Yapılan üç çalışmada vizüel analog skala (VAS) ile gösterilen kaşıntı şiddeti 4,2 – 6,4 puan (0-10 arasında) arasında değişmekteydi (63; 89; 94). Bu puanlar kliniğe çoğu psoriasis hastasının orta-şiddetli derecede kaşıntısı olduğu şeklinde çevrilebilir. Bizim çalışmamızda ise ortalama VAS1 (hastalığın en şiddetli olduğu andaki kaşıntı) skoru  $6.97 \pm 2.43$ , ortalama VAS3 (çalışmanın yapıldığı andaki kaşıntı) skoru  $1,43 \pm 2,27$  olarak saptandı. Buna göre şiddetli hastalık döneminde orta düzeyde kaşıntı tanımlanırken, çalışma anında hastaların ortalama kaşıntı düzeyleri VAS değerlendirmesine göre hafif düzeydeydi. Psoriasis şiddetiyle kaşıntı şiddeti arasında belirgin bir ilişki olduğu bir çok çalışma tarafından gösterilmiştir (93; 95; 96) ancak bu ilişkiyi saptamayan çalışmalarda vardır (63). Çalışmamızda, artan PASI skorlarıyla, kaşıntı şiddetini değerlendiren VAS3, VAS4 ve WI-NRS skorları arasında anlamlı bir artış olduğu görülmüştür ( $p=0,002$ ,  $p=0,045$ ,  $p<0,001$ ). Hastalık şiddetini yansıtan bir diğer parametre vücut yüzey alanı tutulumu ile VAS 3 ve WI-NRS skorları arasında da bir ilişkinin saptanması literatürde bildirilen hastalık şiddeti ile kaşıntı şiddet ilişkisini desteklemektedir ( $p=0,003$ ,  $p=0,001$ ).

Kaşıntının lokalizasyonuna yer verilen çalışmalarda en çok etkilenen bölgelerin bacaklar, sırt-bel ve saçlı deri olduğu bildirilmiş, olguların %70'inde psoriatik lezyonlara sınırlı olduğu bildirilmiştir (91).

Çalışmamızda kaşıntının daha çok psoriasis lezyonlarında olduğu, ancak hem lezyonlarda, hem de lezyonsuz deride olması durumunda yaşam kalitesine daha çok etki ettiği görüldü ( $p=0,029$ ). Benzer şekilde kaşıntı yüzey alanı arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı da saptandı ( $p<0,001$ ). Bu bulgular birlikte ele alındığında kaşıntının aslında hastalık şiddetiyle korele olduğunu, süre ve sıklığından ziyade tutulum alanı ve şiddetinin yaşam kalitesi açısından daha önemli olduğu görülmektedir. Kaşıntının eşlik ettiği psoriatik lezyonlarda kütanöz innervasyonun daha fazla olduğu gösterilmiş, sinir liflerinin inflamasyonlu ciltte kaşıntı yoğunluğunu arttırdığı bildirilmiştir (97). Hastalığın aktif fazında hastaların daha fazla kaşıntı hissetmesinin muhtemel açıklamalarından birinin bu olduğu düşünülmektedir.

Psoriasis hastalarının yaklaşık dörtte üçü kaşıntının her gün olduğunu, uzun süreli seyrettiğini söylemekte ve genellikle geceleri daha yoğun olduğunu ve kış mevsiminde şiddetlendiğini ifade etmektedir (63; 89). Bazı yazarlar kadınlarda erkeklere kıyasla kaşıntının daha sık görüldüğünü bildirmiştir (95). Bununla birlikte psoriasis süresinin, medeni durum, psoriasis aile öyküsünün kaşıntı üzerinde sınırlı etkisi olduğu veya hiç etkisi olmadığı ifade edilmiştir (63; 89). Çalışmamızda benzer şekilde hastaların yaklaşık %80'inde kaşıntının daha çok akşam veya gece olduğu, yaklaşık %50'sinde ise her gün kaşıntının olduğu bildirilmiştir. Hastalarda kaşıntının ortalama 13 yıl gibi uzun bir süredir var olduğu saptanmıştır. Özellikle uyku vakitlerine yakın zamanda şiddetlenmesi uyku kalitesini bozmakta ve yaşam kalitesi üzerindeki negatif etkisini arttırmaktadır. Ancak kaşıntı şiddeti veya sıklığı açısından cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ( $p=0,334$ ,  $p=0,560$ ,  $p=0,701$ ,  $p=0,273$ ,  $p=0,834$ ,  $p=0,091$ ).

Hastalarımızın ortalama PASI değeri  $7,9 \pm 7,3$  olup, hastaların %75'i hafif, %25'i orta-şiddetli düzeydeydi. Cinsiyetler açısından hastalık şiddeti farklı olmamasına rağmen kadınlarda yaşam kalitesinin daha düşük olduğu görüldü ( $p=0,034$ ). Yaşam kalitesindeki bu fark hastalık şiddetinden ziyade cinsiyetlerin kozmetik kaygılara bakış açısına bağlanabilir. Psoriasis şiddeti doğrultusunda



Khawaja ve ark'ı tarafından yapılan çalışmada psoriasis hastalarında psikiyatrik morbiditeler ve yaşam kalitesi prospektif, kesitsel bir çalışmada incelenmiş, hastaların PASI ile gösterilen hastalık şiddetiyle Dermatoloji yaşam kalite indeksi, genel sağlık sorgulaması skalalarının ilişkili olduğu, hastalık şiddeti arttıkça yaşam kalite düzeyinin azaldığı ifade edilmiştir (98). Yakın bir zamanda ülkemizde 40 merkezde yapılan TUR-PSO çalışmasında psoriasis hastalarında yaşam kalitesinin hastalık şiddetiyle olan ilişkisi değerlendirilmiş, hastalık şiddeti orta-yüksek olanlarda (PASI>10) yaşam kalitesinin belirgin derecede bozulduğu görülmüştür (99). Çalışmamıza PASI skoru 10 ve üstünde olanlarda PYİ ve PYKÖ skorlarının yüksek olması bu çalışmaları desteklemektedir. Orta-şiddetli hastalık yaşayan bu hastalarda VAS3, VAS4 ve WI-NRS skorlarının da anlamlı biçimde yüksek olması kaşıntının da bu sürecin önemli bir bileşeni olduğunu göstermektedir. Yine hastalık şiddetinin bir başka göstergesi olan vücut yüzey alanı tutulumu arttıkça yaşam kalite düzeyinin azaldığını gözlemledik (p=0,001, p=0,001).

Bununla birlikte biyolojik ajan kullanan hastalarda DLQI ve PASI skorları arasındaki ilişkinin zamansal durumunu değerlendiren longitudinal dizayndaki başka bir çalışmada 12 ay sonra bile tedavi altındaki hastaların PASI ve DLQI skorlarının düşük kaldığı ve 6.5 yıla kadar düşme eğilimlerinin devam ettiği bildirilmiştir, bu durum hastalık şiddetinde azalma oldukça yaşam kalitesi düzeyinin yükseldiği ve bu ilişkinin zamansal olarak devamlılık gösterdiğini ifade etmektedir (100).

Kullanılan terapotik ajanların da kaydedildiği çalışmamızda biyolojik ajan kullanımını %28, sistemik tedavi %43, fototerapi %3, topikal tedavi %26 sıklığında bulunmuştur. Kullanılan tedavi ajanıyla yaşam kalitesi skorları arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Yapılan çalışmalarda orta-şiddetli psoriasis hastalarının %25-57,5 oranında biyolojik ajan kullanıldığı veya reçete edildiği ifade edilmiştir (101; 102). Çalışmamızda bulunan biyolojik ajan kullanım sıklığı (%28) bu çalışmalarla paralel bir sonuçtaydı.

Çalışmamızda kullanılan tedaviler ile yaşam kalitesi ilişkisi araştırılmış ancak bu konuda anlamlı ilişkiler ortaya konamamıştır. Yaşam kalitesi üzerinde özellikle biyolojik ajan gibi etkili tedavilerin katkıda bulunamamış olması, bu tedavilerin hastalık şiddeti zaten yüksek olanlarda tercih edilmesine ve sınırlı sayıdaki bu hastaların henüz tedavinin ilk dönemlerinde olmuş olmasına bağlanmıştır. İncelenen

hastalarda biyolojik ajan kullanımı öncesi ve sonrasında yaşam kalitesi değerlendirilerek yapılacak prospektif dizayndaki çalışmalarla bu ajanların etkisi daha iyi aydınlatılabilir, çalışmamızın kesitsel karakteri bu ilişkiyi ortaya koymada yeterli olmamıştır. Bu konuyla ilgili Zhang ve ark'ı tarafından yapılan çalışmada biyolojik ajan kullanımı ile ilgili hastaların memnuniyeti sorgulanmıştır. Orta-şiddetli plak psoriasis olan 426 hastanın değerlendirildiği çalışmada biyolojik ajan kullanan grupta tedaviden memnun olma oranının diğer tedavilerden belirgin derecede yüksek olduğu gösterilmiştir (103). Bu sonuçlar biyolojik ajanların yaşam kalitesi üzerinde belirgin etkileri olduğuna işaret etmektedir. Psoriasis hastalarında hastalık şiddetinin kontrol altına alınmasının hastaların yaşam kalitesinde büyük rolü olması öncelikle hastalığın daha agresif bir şekilde kontrol altına alınmasının gerektiğine işaret etmektedir. Ancak bu çalışmaların sonuçları tedavinin biyolojik ajan ağırlıklı olması gerektiği anlamına gelmemektedir, multidisipliner bir tedavi şeması olan psoriasis ve psoriatik artrit hastalarında tedavi kılavuzları bulunmakta olup, hastalara uygun tedavi modaliteleri bunlar üzerinden seçilip uygulanmaktadır. Biyolojik ajan tedavilerinin dışındaki tedaviler de önemli yere sahiptir. Bu konudaki bir derleme, psoriasis hastalarında üre ve salisilik asid içeren ajanlar gibi temel bakım tedavilerinin dahi, deride hidrasyon sağladığını, deskuamasyonu, hiperkeratotik etkiyi önlediğini, deri bariyerini sağlamlaştırdığını ve hastaların yaşam kalitesinde önemli yere sahip olduğunu ortaya koymaktadır (104).

Psoriasis yaşam kalitesinin düşük olması, hastalarda sık görülen kaşıntının ve komorbiditelerin yaşam kalitesiyle olan ilişkisine dikkatleri yöneltmiştir. Çalışmamızda Psoriasis eşlik eden komorbiditeler içerisinde hipertansiyon (%21), diyabetes mellitus (%13), hiperlipidemi (%11) yer almaktaydı. Bu konuyla ilgili yapılan bir çalışmada (105) psoriasis en sık eşlik eden komorbiditelerin hipertansiyon (%21,9), obezite (%20,4), diyabet (%10), konjestif kalp yetmezliği (%1,2) olduğu bildirilmiştir. Son zamanlarda bu listeye çölyak hastalığı, Crohn, non-alkolik yağlı karaciğer hastalığı, lenfoma, obstrüktif uyku apne sendromu, KOAH, osteoporoz ve erektil disfonksiyon da eklenmiştir (106). Komorbid durumların genellikle metabolik sendrom merkezinde buluşması dikkat çekicidir.

Psoriasis hastalarında psoriatik artrit sıklığı genel olarak %20-40 arasında bildirilmiştir (107; 108). Çalışmamızda bildirilen psoriatik artrit öyküsü %13 olup

literatür değerlerin altında kalmıştır. Ancak atralji (%29) ve tırnak tutulumu (%34) yüksek bulunmuştur. Truong ve ark'ı tarafından yapılan artrit eşlik ettiği veya etmediği psoriasis hastalarında yaşam kalitesi değerlendirilmiştir, 568 psoriasis hastasında psoriatik artrit sıklığı %29,8 bulunmuş, bu hastalarda ortalama vücut yüzey alan tutulumu daha kötü, yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur (105). Yine 2015 yılında yayımlanan COMPASS çalışmasında 107 psoriatik artrit, 145 psoriasis hastasında artrit yaşam kalitesi üzerindeki etkisi değerlendirilmiş, psoriatik artrit hastalarının daha agresif tedavi edilmelerine rağmen “Short Form 12” ve Health Assessment Questionnaire” ile değerlendirilen fiziksel yaşam kalitesinin daha düşük olduğu görülmüştür (109). Çalışmamızda aktif arriti olan hastaların PYİ, PYKÖ, VAS1, 3, 4 ve WI-NRS skalalarının daha yüksek olması bu durumu destekler nitelikteydi.

Psoriasis ayrıca psikososyal komorbiditelere de yol açmaktadır. Lakshmy ve ark'ı tarafından yapılan kesitsel bir çalışmada 90 psoriasis hastasında depresyon ve anksiyete sıklığının normal populasyondan yüksek olduğu, depresyon ve anksiyetenin psoriasis ve şiddetiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (110). Başka bir çalışmada ise psoriasis hastalarında %23.8 depresyon, %14.4 anksiyete bozukluğu bildirilmiş olup hastaların %40,8'i antidepressan tedavisi kullanmaktaydı (105). Depresyonun da ötesinde psoriasis hastalarının %5.5'inde intihar düşüncesi olduğu bildirilmiştir (111). Bunların yanında psoriasis hastalarında benlik saygısı düşüklüğü, sosyal fobi, aleksitimi ve toplumdan soyutlanmanın daha yüksek olduğu bildirilmiştir (112). Psoriasis fiziksel, sosyal ve emosyonel etkisinin iskemik kalp hastalığı, kanser, artrit ve diyabet hastalarında gözlenen benzer veya daha fazla olması (113) komorbid psikiyatrik durumların ihmal edilemeyeceğini, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesininin düzeltilmesi isteniyorsa hastaların psikososyal yönden de değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Çalışmamızda bu sonuçlarla benzer şekilde depresyon (%13) ve anksiyete (%4) sıklığı yüksek bulunmuştur. Eşlik eden sistemik ve psikiyatrik komorbiditelerin yaşam kalitesi parametrelerinde etkili olmadığı görülmüştür. Literatürde yaygın bir şekilde gösterilmesine rağmen (114) çalışmamızda bu ilişkinin gösterilememesi, yaşam kalitesinin bir bütün olarak değerlendirilmesi, bu konuda bir çok faktörün birlikte ele alınması olabilir. Hasta sayısının da sınırlı olması bu ilişkiyi gizlemiş olabilir, risk faktörlerinin tek tek ele

alındığı spesifik lojistik regresyon modellerinin kullanıldığı daha büyük çaplı hasta populasyonları üzerinde yapılacak çalışmalarla bu ilişki daha iyi aydınlatılabilir.

Çalışmamızın bazı sınırlılıkları vardır. Birincisi, kesitsel desende olması nedeniyle hastaların zaman içerisindeki sonuçları değerlendirilememiş, kaşıntıya etki eden faktörler üzerinde kesin bir sonuca varılamamıştır. Kaşıntının yaşam kalitesiyle olan ilişkisinin gösterilmesinde en güçlü veri, kaşıntının tedavi ile kontrol altına alındığında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi olacaktır.

Kaşıntının hastalık şiddetiyle ve tedaviye göre zamansal ilişkisini değerlendirecek prospektif desendeki çalışmalarla daha kapsamlı sonuçlara ulaşılabilir. İkincisi, hasta örnekleminin nispeten küçük olması, literatür ışığında beklenen bazı ilişkileri ortaya koymada yetersizliğe sebep olmuştur ancak yine de hedeflenen hastalık şiddeti, kaşıntı ve yaşam kalite ölçekleri arasındaki ilişkilerde anlamlı sonuçlar literatürü destekler niteliktedir. Üçüncüsü, kaşıntının değerlendirilmesinde numerik bir skala kullanılmış olup, hastaların hissettiği kaşıntıya göre numaralandırma yapması istenmiştir. Genellikle subjektif olarak değerlendirilebilen kaşıntı için daha objektif yöntemler gündeme getirilmektedir, çok sayıda değerlendirme yapılmasıyla veya kaşıntı günlüğü gibi yöntemlerin uygulanmasıyla bu konuda daha objektif veriler elde edilebilir. Yine de kaşıntıyı çok boyutlu değerlendiren Yosipovitch kaşıntı anketinin kullanılmasıyla bu sorun hafifletilmiştir.

Klinik çalışmalarda Psoriasis tedavisinde kullanılacak bir tedavinin etkinliğini değerlendirmek için genellikle hastalık şiddeti veya artrit gibi semptomlar değerlendirilmektedir. Ancak hastaların en bunaltıcı ve en sık görülen semptomlardan saydığı kaşıntı, tedavi etkinliğinin ölçüldüğü çalışmalarda sıklıkla kullanılmamaktadır. Çalışmamızda da olduğu gibi sadece hastaları bunaltan, can sıkıcı bir semptom olmayan aynı zamanda duygu-durum bozuklukları, uyku kalitesi, iştah ve fonksiyonellik üzerinde de etkisi olan kaşıntı psoriasis tedavi hedefi içerisinde olmalı, klinik çalışmalarda incelenen tedavi etkinliğinde dikkate alınmalıdır.

Uzun yıllar kaşıntılı bir hastalık olarak değerlendirilmeyen psoriasis hastalarında, kaşıntı varlığını neredeyse “dört hastanın üçünde” saptamış olmamız ve kaşıntının hastalar tarafından oldukça “bunaltıcı” olarak tanımlanması, bu problemin

ne kadar güncel ve hastaların yaşam kalitesi için ne kadar etkili olduğunu ortaya koymuştur.

Kaşıntının yaşam kalitesine etkisini değerlendirdiğimiz çalışmamızda, kaşıntı tanımlayan, hastalık şiddeti yüksek hastaların yaşam kalitesinin önemli derecede bozulduğunu ortaya koyduk. Ancak psoriasis gibi geniş tedavi seçeneklerinin bulunduğu bir hastalıkta, kaşıntının çok da iyi yönetilemediği de elde ettiğimiz sonuçlar arasındadır. Buradan hareketle, psoriasis yönetiminde yalnızca deri ve varsa eklem hedeflenmemesi gerektiği, hastalar tarafından sıkça ifade edilen “kaşıntı” yönetiminin de, tedavinin bir parçası olması gerektiği görüşüdeyiz.



## 6. SONUÇLAR

1. Hastaların 73'ü (%73) psoriasisle bağlantılı kaşıntıları olduğunu belirtirken, 27'si (%27) kaşıntısı olmadığını belirtmiştir.
2. Hastaların %53.4'ü kaşıntının hastalık ile aynı anda başladığını ifade ederken %41,1'i kaşıntının hastalıktan sonra başladığını belirtmiştir.
3. Kaşıntı üzerinde en yüksek şiddetlendirici etkiye sahip faktörler, stres (%93,2), ruh halinin kötülüğü (84,9), ortam sıcaklığının yüksekliği (%83,6), deride kuruluk (%82,2) ve terleme (%71,2) olarak sıralanmaktadır. Kaşıntıyı hafiflendiren en önemli faktörler ise uyku (%72,6) ve soğuk su (%46,6) olarak belirtilmiştir.
4. Kaşıntısı olan hastaların PYİ ve PYKÖ skorları, kaşıntısı olmayan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ( $p=0,001$ ,  $p=0,001$ ). Kaşıntısı olan hastaların yaşam kalitesi anlamlı derecede bozulmuştur.
5. Hastaların kaşıntı yüzey alanı arttıkça PYİ ve PYKÖ skorları istatistiksel olarak anlamlı şekilde yükselmiştir ( $p<0,001$ ). Derisinin daha geniş alanlarında kaşıntısı olanların yaşam kalitesi belirgin olarak etkilenmiştir.
6. Kaşıntı bulunan deri alanlarını, psoriasis lezyonları ve lezyonsuz deri olarak tanımlayanların PYİ skorları, kaşıntı yerini sadece psoriasis lezyonları olarak belirtenlerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ( $p=0,029$ ). Yaygın kaşıntı alanları, yaşam kalitesini daha kötü etkilemektedir.
7. Kaşıntı yakınmasına ağrının da eşlik ettiğini ifade eden hastaların PYİ skorları, ağrı tanımlamayanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ( $p<0,001$ ). Aynı şekilde ağrı yakınması olanların ortalama PYKÖ skorları, ağrısı olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksektir ( $p<0,001$ ). Kaşıntıya ek olarak ağrı tanımlayanların yaşam kaliteleri daha kötü etkilenmiştir.
8. Hastalar, PASI skorlarına göre  $<10$  ve  $\geq 10$  diye gruplandırıldığında, PASI skoru  $\geq 10$  olan grubun VAS3, VAS4, W1-Nrs, PYİ ve PYKÖ skorları, PASI skoru  $<10$  olan gruptan anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur

( $p=0.002$ ,  $p=0.045$ ,  $p<0.001$ ,  $p<0.001$ ,  $p<0.001$ ). Hastalık şiddetindeki artış, hem kaşıntı artışı, hem de yaşam kalitesinde bozulma ile karakterizedir.

9. Hastalar, VYA'larına göre  $< \%10$  ve  $\geq \%10$  diye gruplandırıldığında, VYA  $\geq 10$ 'un üstünde olan grubun VAS3, W1-Nrs, PYİ ve PYKÖ skorları, VYA  $<10$  olan gruptan anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur ( $p=0.003$ ,  $p=0.001$ ,  $p=0.001$ ,  $p=0.001$ ). Deride yaygın hastalık, hem kaşıntıyı arttırmakta, hem de yaşam kalitesini düşürmektedir.
10. Aktif artritli olan hastaların VAS1, VAS3, VAS4, W1-Nrs, PYİ ve PYKÖ skorları, aktif artritli olmayan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur ( $p=0.001$ ,  $p=0.010$ ,  $p=0.001$ ,  $p=0.009$ ,  $p=0.001$ ,  $p=0.005$ ). Aktif eklem tutulumu olan hastalar, kaşıntıyı daha çok yaşamaktadır ve yaşam kaliteleri de daha kötüdür.
11. Hastaların psoriasis lezyonlarının lokalizasyonlarına göre yapılan karşılaştırmada, gruplar arası PYİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0.029$ ). Görünür yerlerde de lezyonları bulunan hastaların yaşam kalitesi, yalnızca giysilerle kapalı alanlarda lezyonları olan hastalara göre daha fazla etkilenmiştir.
12. Hastaların düzenli tedavi görme durumlarına göre yapılan karşılaştırmada, düzenli tedavi görmeyenlerin VAS 3 ve W1-Nrs skorları, düzenli tedavi görenlerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ( $p=0.014$ ,  $p=0.044$ ). Düzenli tedavi görmeyen hastalar kaşıntıyı daha çok yaşamaktadır.
13. Sigara kullanan hastaların VAS4 ve PYKÖ skorları, sigara içmeyenlerden anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur ( $p=0.010$ ,  $p=0.047$ ). Sigara kullanan hastalarda kaşıntı artışı ve yaşam kalitesinde bozulma mevcuttur.
14. Alkol kullanan hastaların VAS 3 ve PYİ skorları alkol kullanmayan hastalardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ,  $p=0.009$ ). Alkol kullanan hastalarda kaşıntı artışı ve yaşam kalitesinde bozulma mevcuttur.
15. Kaşıntının duygusal boyutunu hastaların  $\%48$ 'i can sıkıcı,  $\%30$ 'u rahatsız edici,  $\%15$ 'i dayanılmaz ve  $\%7$ 'si ise endişe verici olarak tanımlamıştır. Yanıtlara göre gruplandığımız hastalar, PYİ ve PYKÖ skorları

açısından karşılaştırıldığında “dayanılmaz” yanıtını veren hastalardan kaynaklanan istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır ( $p=0,002$ ,  $p<0,001$ ).

16. Gece kaşıntısının uyku kalitesini bozma durumuna göre gruplanan hastalarda, gruplar arasında ortalama PYİ skorları açısından istatistiksel anlamlı farklılıklar saptanmıştır ( $p=0,022$ ). Kaşıntının uykusunu daha fazla etkilediğini belirten hastalarda yaşam kalitesi belirgin derecede etkilenmiştir.
17. Kaşıntının hem ruh halini ve hem de konsantrasyonu, hem PYİ, hem de PYKÖ skorları açısından anlamlı derecede etkilediği saptanmıştır ( $p<0,001$ ), ( $p= 0,002$ ), ( $p= 0,001$ ), ( $p=0,003$ ). Kaşıntının cinsel hayatı ise PYİ skorlarına göre anlamlı derecede etkilediği ve yaşam kalitesini bozduğu gösterilmiştir ( $p=0,017$ ).
18. En şiddetli hastalık zamanındaki kaşıntısını skorlandıran hastalarda (VAS1), buna göre oluşturulan gruplar arasında PYİ skorları karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,023$ ). Hastalığın en şiddetli anındaki kaşıntısını “yoğun” olarak tanımlayan hastaların şu andaki yaşam kaliteleri de etkilenmiş görünmektedir.
19. En hafif hastalık zamanındaki kaşıntısını skorlandıran hastalarda (VAS2), buna göre oluşturulan gruplar arasında PYİ ve PYKÖ skorları karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklar saptanmıştır ( $p=0,022$ ) ( $p=0,010$ ). Hastalığın en hafif anındaki kaşıntısını “yoğun” olarak tanımlayan hastaların şu andaki yaşam kaliteleri de etkilenmiş görünmektedir.
20. O an mevcut kaşıntısını skorlandıran hastalarda (VAS3), buna göre oluşturulan gruplar arasında PYİ skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,015$ ). O an mevcut kaşıntısını “yoğun” olarak tanımlayan hastaların şu andaki yaşam kaliteleri de etkilenmiş görünmektedir.
21. Son 24 saatteki en kötü derecedeki kaşıntısını skorlandıran hastalarda (W1-Nrs), buna göre oluşturulan gruplar arasında PYI ve PYKÖ skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır



( $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ). Son 24 saatteki en kötü derecedeki kaşıntısını “yoğun” olarak tanımlayan hastaların şu andaki yaşam kaliteleri de etkilenmiş görünmektedir.

22. Kullanılan topikal tedavinin kaşıntı üzerine etkisi incelendiğinde, topikal kortikosteroid kullananların 10’u (%55,7), bu ilaçların kaşıntı üzerinde hiçbir etkisi olmadığını ifade ederken, 8’i (%44,3) kısa süreli etki tanımlamıştır.
23. Nemlendirici ürünler kullanan hastaların 18’i (%64,2), bu ürünlerin kaşıntı üzerine hiçbir etkisi olmadığını belirtirken, 8’i (%28,5) kısa süreli etki, 2’si (%7,3) ise uzun süreli etki tanımlamıştır.
24. Kaşıntı amacıyla en sık kullanılan oral yolla alınan ilaçlardan, antihistaminleri kullanan hastaların 12’si (%63,1) kaşıntı üzerine hiçbir etki bildirmezken, 7’si (%36,9) kısa süreli etki tanımlamıştır.

## 7. KAYNAKLAR

1. Amatya B, Wennersten G, Nordlind K. Patients' perspective of pruritus in chronic plaque psoriasis: a questionnaire-based study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008; 22: 822–826.
2. Chang SE, Han SS, Jung HJ, Choi JH. Neuropeptides and their receptors in psoriatic skin in relation to pruritus. *Br J Dermatol* 2007; 156: 1272–1277.
3. Sampogna F, Gisondi P, Melchi CF, Amerio P, Girolomoni G, Abeni D. Prevalence of symptoms experienced by patients with different clinical types of psoriasis. *Br J Dermatol* 2004; 151: 594–599.
4. Naegeli A., Flood E., Tucker J. The Worst Itch Numeric Rating Scale for patients with moderate to severe plaque psoriasis or psoriatic arthritis. *Int J Dermatol.* 2015 Jun;54(6):715-22.
5. Elman S, Hynan LS, Gabriel V, Mayo MJ. The 5-D itch scale: a new measure of pruritus. *The British journal of dermatology.* 2010;162(3):587-593. doi:10.1111/j.1365-2133.2009.09586.x.
6. Darsow U, Scharein E, Siman D, et al. New aspects of itch pathophysiology: component analysis of atopic itch using the 'Eppendorf Itch Questionnaire'. *Int Arch Allergy Immunol.* 2001;124:326–31.
7. Yosipovitch G, Zucker I, Boner G, et al. A questionnaire for the assessment of pruritus: validation in uremic patients. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 2001;81:108–11.
8. National Psoriasis Foundation Benchmark Survey [<http://www.psoriasis.org/files/pdfs/press/npfsurvey.pdf>]. accessed April 3, 2006.
9. Bhosle MJ, Kulkarni A, Feldman SR, Balkrishnan R. Quality of life in patients with psoriasis. *Health and Quality of Life Outcomes.* 2006;4:35. doi:10.1186/1477-7525-4-35.
10. Reich A, Szepietowski JC. Clinical Aspects of Itch: Psoriasis. In: Carstens E, Akiyama T, editors. *Itch: Mechanisms and Treatment.* Boca Raton (FL): CRC Press; 2014. Chapter 4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK200930/>.
11. Rachakonda TD, Schupp CW, Armstrong AW. Psoriasis prevalence among adults in the United States. *J Am Acad Dermatol* 2014; 70:512.

12. Ferrandiz C, Pujol RM, Garcia-Patos V, Bordas X, Smandia JA. Psoriasis of early and late onset: a clinical and epidemiologic study from Spain. *J Am Acad Dermatol* 2002;46:867–73.
13. Serdaroğlu S., Parlak A., Engin B. et al. The Prevalence of Psoriasis and Vitiligo in a Rural Area in Turkey. *J Turk Acad Dermatol* 2012; 6 (1): 1261a2.
14. Yayli S., Topbaş M., Aksu Arica D., Bahadır S., "Prevalence of psoriasis in Trabzon,Turkey", 21st EADV Congress, Prag, CEK CUM., 27-30 Eylül 2012, pp.1-1.
15. Gladman DD, Anhorn KA, Schachter RK, Mervart H. HLA antigens in psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 1986; 13:586.
16. Brandrup F, Holm N, Grunnet N, et al. Psoriasis in monozygotic twins: variations in expression in individuals with identical genetic constitution. *Acta Derm Venereol* 1982; 62:229.
17. Mahil SK, Capon F, Barker JN. Genetics of psoriasis. *Dermatol Clin* 2015; 33:1.
18. Sagoo GS, Tazi-Ahnini R, Barker JW, et al. Meta-analysis of genome-wide studies of psoriasis susceptibility reveals linkage to chromosomes 6p21 and 4q28-q31 in Caucasian and Chinese Hans population. *J Invest Dermatol* 2004; 122:1401.
19. Nair RP, Stuart PE, Nistor I, et al. Sequence and haplotype analysis supports HLA-C as the psoriasis susceptibility 1 gene. *Am J Hum Genet* 2006; 78:827.
20. Armstrong AW, Harskamp CT, Dhillon JS, Armstrong EJ. Psoriasis and smoking: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol* 2014; 170:304.
21. Michaëlsson G, Gustafsson K, Hagforsen E. The psoriasis variant palmoplantar pustulosis can be improved after cessation of smoking. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54:737.
22. Bremmer S, Van Voorhees AS, Hsu S, et al. Obesity and psoriasis: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol* 2010; 63:1058.
23. Tsankov N, Irena A, Kasandjieva J. Drug induced psoriasis: recognition and management. *Am J Clin Dermatol.* 2000;1:159–165.
24. Kim GK, Del Rosso JQ. Drug-Provoked Psoriasis: Is It Drug Induced or Drug Aggravated?: Understanding Pathophysiology and Clinical Relevance. *The Journal of clinical and aesthetic dermatology.* 2010;3(1):32-38.
25. Beaker, B.S.; Powles, A.; Fry, Z. (2006). Peptidoglycan: a major etiological factor for psoriasis? *Trends Immunol.* 27: 545-551.

26. Prinz JC. Psoriasis vulgaris--a sterile antibacterial skin reaction mediated by cross-reactive T cells? An immunological view of the pathophysiology of psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 2001; 26:326.
27. Qureshi AA, Dominguez PL, Choi HK, et al. Alcohol intake and risk of incident psoriasis in US women: a prospective study. *Arch Dermatol* 2010; 146:1364.
28. Murzaku EC, Bronsnick T, Rao BK. Diet in dermatology: Part II. Melanoma, chronic urticaria, and psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2014; 71:1053.e1.
29. Poikolainen K, Karvonen J, Pukkala E. Excess mortality related to alcohol and smoking among hospital-treated patients with psoriasis. *Arch Dermatol* 1999; 135:1490.
30. Gupta MA, Schork NJ, Gupta AK, Ellis CN. Alcohol intake and treatment responsiveness of psoriasis: a prospective study. *J Am Acad Dermatol* 1993; 28:730.
31. Orgaz-Molina J et al. Deficiency of serum concentration of 25-hydroxyvitamin D in psoriatic patients: a case-control study. *J Am Acad Dermatol* 2012;67:931-8.
32. Duvic M, Nagpal S, Asano AT et al. Molecular mechanisms of tazarotene action in psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 1997; 37(2, part 3):S18-24.
33. Nestle FO, Kaplan DH, Barker J. Psoriasis. *N Engl J Med* 2009; 361:496.
34. L. Naldi, D. Gambini. The clinical spectrum of psoriasis. *Clin Dermatol*, 25 (6) (Nov-Dec 2007), pp. 510–518.
35. Tollefson MM, Crowson CS, McEvoy MT, Maradit Kremers H. Incidence of psoriasis in children: a population-based study. *J Am Acad Dermatol* 2010; 62:979.
36. K. Krishnamurthy, A. Walker, C.A. Gropper, C. Hoffman. To treat or not to treat? Management of guttate psoriasis and pityriasis rosea in patients with evidence of group A streptococcal infection. *J Drugs Dermatol*, 9 (3) (2010), pp. 241–25.
37. B.A. Martin, R.J. Chalmers, N.R. Telfer. How great is the risk of further psoriasis following a single episode of acute guttate psoriasis? *Arch Dermatol*, 132 (6) (1996), pp. 717–718.
38. A. Kawada, T. Tezuka, Y. Nakamizo, H. Kimura, H. Nakagawa, M. Ohkido, et al. A survey of psoriasis patients in Japan from 1982 to 2001. *J Dermatol Sci*, 31 (1) (2003), pp. 59–64.
39. P. Balasubramaniam, J. Berth-Jones. Erythroderma: 90% skin failure. *Hosp Med*, 65 (2) (2004 Feb), pp. 100–102.

40. Klaassen KM, van de Kerkhof PC, Pasch MC. Nail psoriasis: a questionnaire-based survey. *Br J Dermatol* 2013; 169:314.
41. van der Velden HM, Klaassen KM, van de Kerkhof PC, Pasch MC. Fingernail psoriasis reconsidered: a case-control study. *J Am Acad Dermatol* 2013; 69:245.
42. Basko-Plluska JL, Petronic-Rosic V. Psoriasis: epidemiology, natural history, and differential diagnosis. *Psoriasis: Targets and Therapy* 2012, 2:67-76.
43. Menter A, Korman NJ, Elmets CA, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. Section 3. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol* 2009;60:643-59.
44. American Academy of Dermatology Work Group, Menter A, Korman NJ. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 6. Guidelines of care for the treatment of psoriasis and psoriatic arthritis: case-based presentations and evidence-based conclusions. *J Am Acad Dermatol* 2011;65:137-74.
45. Alper S., Akyol M., Atakan N. et al. Turkish Guideline for the Treatment of Psoriasis. *Turk derm.* 2012; 46: 1-36.
46. Murphy G, Reich K. In touch with psoriasis: topical treatments and current guidelines. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011;25(Suppl 4):3-8.
47. Menter A, Gottlieb A, Feldman SR, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: Section 1. Overview of psoriasis and guidelines of care for the treatment of psoriasis with biologics. *J Am Acad Dermatol* 2008; 58:826.
48. Nast, A., Gisondi, P., Ormerod, A.D., Saiag, P., Smith, C., Spuls, P.I., Arenberger, P., Bachelez, H., Barker, J., Dauden, E., de Jong, E.M., Feist, E., Jacobs, A., Jobling, R., Kemény, L., Maccarone, M., Mrowietz, U., Papp, K.A., Paul, C., Reich, K., Rosumeck, S., Talme, T., Thio, H.B., van de Kerkhof, P., Werner, R.N. and Yawalkar, N. (2015), European S3-Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris – Update 2015 – Short version – EDF in cooperation with EADV and IPC. , *Cilt Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 29: 2277–2294. .
49. Rosmarin DM, Lebwohl M, Elewski BE, et al. Cyclosporine and psoriasis: 2008 National Psoriasis Foundation Consensus Conference. *J Am Acad Dermatol* 2010; 62:838.
50. Thaçi D, Blauvelt A, Reich K, et al. Secukinumab is superior to ustekinumab in clearing skin of subjects with moderate to severe plaque psoriasis: CLEAR, a randomized controlled trial. *J Am Acad Dermatol* 2015; 73:400.
51. Koryürek ve ark. Türk Psoriasisli Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Turk J Dermatol* 2015; 3: 123-7.

52. Mease PJ, Menter MA: Quality-of-life in psoriasis and psoriatic arthritis: Outcome measures and therapies from a dermatological perspective. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54: 685-704. .
53. Kaçar N, Ergin Ş, Erdoğan BŞ. Psoriasisli hastalarda yaşam kalitesi. *TURKDERM* 2007;41:117-20.
54. de Arruda LH, De Moraes AP. The impact of psoriasis on quality of life. *Br J Dermatol.* 2001;144:33–36.
55. Fortune DG, Richards HL, Griffiths CE. Psychologic factors in psoriasis: consequences, mechanisms, and interventions. *Dermatol Clin.* 2005;23:681–694. doi: 10.1016/j.det.2005.05.022.
56. Wahl AK, Gjengedal E, Hanestad BR. The bodily suffering of living with severe psoriasis: in -depth interviews with 22 hospitalized patients with psoriasis patients. *Qual Health Res.* 2002;12:250–261. doi: 10.1177/104973202129119874.
57. Gelfand JM, Feldman SR, Stern RS, Thomas J, Rolstad T, Margolis DJ. Determinants of quality of life in patients with psoriasis: a study from the US population. *J Am Acad Dermatol.* 2004;51:704–708. doi: 10.1016/j.jaad.2004.04.014.
58. Globe D, Bayliss MS, Harrison DJ. The impact of itch symptoms in psoriasis: results from physician interviews and patient focus groups. *Health Qual Life Outcomes* 2009;7:62.
59. Sampogna F, Gisondi P, Melchi CF, et al. Prevalence of symptoms experienced by patients with different clinical types of psoriasis. *Br J Dermatol* 2004; 151: 594–599.
60. Prignano F, Ricceri F, Pescitelli L, Lotti T. Itch in psoriasis: epidemiology, clinical aspects and treatment options. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2009;2:9–13.
61. Reich, A., Hreh orłow, E., Szepietowski, J.C. (2010). Pruritus is an important factor negatively influencing the well-being of psoriatic patients. *Acta Derm Venereol* 90, 257–263.
62. Mrowietz, U., Chouela, E.N., Mallbris, L., Stefanidis, D., Marino, V., Pedersen, R. and Boggs, R. L. (2015), Pruritus and quality of life in moderate-to-severe plaque psoriasis: post hoc explorative analysis from the PRISTINE study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 29: 1114–1120. doi: 10.1111/jdv.12761.
63. Yosipovitch G, Goon A, Wee J, et al. The prevalence and clinical characteristics of pruritus among patients with extensive psoriasis. *Br J Dermatol.* 2000;143:969–73.

64. Arck P, Paus R. From the brain-skin connection: the neuroendocrine-immune misalliance of stress and itch. *Neuroimmunomodulation*. 2007;13(5–6):347–356.
65. Samson YS, Gielczyk R, Scherschun L, Lim HW. Narrow-band ultraviolet B treatment for vitiligo, pruritus and inflammatory dermatoses. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2003;19:164–168.
66. Dawn, A., Yosipovitch, G. (2006). Treating itch in psoriasis. *DermatolNurs* 18, 227–233.
67. Gambichler T, Breuckmann F, Boms S, Altmeyer P, Kreuter A. Narrowband UVB phototherapy in skin conditions beyond psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 2005;52(4):660–670.
68. McKenna SP, Cook SA, Whalley D, Doward LC, Richards HL, Griffiths CE, Van Assche D. Development of the PSORIQoL, a psoriasis-specific measure of quality of life designed for use in clinical practice and trials. *Br J Dermatol*. 2003;149:323–331. doi: 10.1046/j.1365-2133.2003.05492.x.
69. İnanır I, Aydemir Ö, Gündüz K, Danacı AE, Ermertcan AT. Developing a quality of life questionnaire in patients with psoriasis. *Türkderm* 2003;37: 189–195.
70. Gupta MA, Gupta AK. The Psoriasis Life Stress Inventory: a preliminary index of psoriasis-related stress. *Acta Derm Venereol*. 1995 May;75(3):240–3.
71. Fortune DG, Main CJ, O'Sullivan TM, Griffiths CE. Quality of life in patients with psoriasis: the contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress. *Br J Dermatol*. 1997;137:755–760. doi: 10.1046/j.1365-2133.1997.19472062.x.
72. Müller H, Brockow T, Franke A, Resch KH, Calliess I, Schmid-Ott G (2007) Construct validity of the questionnaire on experience with skin complaints (short form) – identification of a subscale responsive to physical treatment. *Eur J Psychol Assess* 23:176–1.
73. Mazzotti E, Barbaranelli C, Picardi A, Abeni D, Pasquini P. Psychometric properties of the Dermatology Life Quality Index (DLQI) in 900 Italian patients with psoriasis. *Acta Derm Venereol*. 2005;85:409–413. doi: 10.1080/00015550510032832.
74. Anderson RT, Aaronson NK, Wilkin D. Critical review of the international assessments of health-related quality of life. *Qual Life Res* 1993;2:369–95.
75. Weiss SC, Kimball AB, Liewehr DJ, Blauvelt A, Turner ML, Emanuel EJ. Quantifying the harmful effects of psoriasis on health-related quality of life. *J Am Acad Dermatol*. 2002;4:512–518. doi: 10.1067/mjd.2002.122755.

76. Kirby B, Fortune DG, Bhushan M, Chalmers RJ, Griffiths CE. The Salford Psoriasis Index: an holistic measure of psoriasis severity. *Br J Dermatol*. 2000 Apr;142(4):728-32.
77. Feldman SR, Koo JY, Menter A, Bagel J. Decision points for the initiation of systemic treatment for psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 2005;53:101–107. doi: 10.1016/j.jaad.2005.03.050.
78. Berth-Jones J, Grotzinger K, Rainville C, Pham B, Huang J, Daly S, Herdman M, Firth P, Hotchkiss K. A study examining inter- and intrarater reliability of three scales for measuring severity of psoriasis: psoriasis area and severity index, Physician's Global Assessment and Lattice System Physician's Global Assessment. *Br J Dermatol* 2006; 155: 707-13 : s.n.
79. Janssen I, Katzmarzyk PT, Ross R. Bodymass index, waist circumference, and healt risk: evidence in support of current. *Arch Intern Med* 2002; 14: 2074- 9.
80. Finlay AY, Kelly SE. Psoriasis-an index of disability. *Clin Exp Dermatol* 12(1):8-11, 1987.
81. Pariser D et al.; A multicenter, non-interventional study to evaluate patient-reported experiences of living with psoriasis. *J Dermatolog Treat*. 2016 Jan;27(1):19-26.
82. Lebwohl, M.G., et al (2014). Patient perspectives in the management of psoriasis:Results from the population-based Multinational Assessment ofPsoriasis and Psoriatic Arthritis Sur vey. *J Am Acad Dermatol* 70, 871–881.e1-30.
83. Ammar-Khodja A, Benkaidali I, Bouadjar B, Serradj A, Titi A, Benchikhi H, Amal S, Hassam B, Sekkat A, Mernissi F, Z, Mokhtar I, Dahoui R, Denguezli M, Doss N, Turki H, EPIMAG: International Cross-Sectional Epidemiological Psoriasis Study in the Maghreb. . *Dermatology* 2015;231:134-144.
84. Gupta MA, Gupta AK, Kirkby S, et al. Pruritus in psoriasis. A prospective study of some psychiatric and dermatologic correlates. *Arch Dermatol*. 1988;124:1052–7.
85. Czarnecka-Operacz M, Polańska A, Klimańska M, et al. Itching sensation in psoriatic patients and its relation to body mass index and IL-17 and IL-31 concentrations. *Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii*. 2015;32(6):426.
86. Reich, A., Welz-Kubiak, K., Rams, L. (2014). Apprehension of thedisease by patients suffering from psoriasis. *Postepy Dermatol Alergol*31, 289–293.
87. de Korte J, Sprangers MA, Mombers FM, Bos JD. Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review. *J Investig Dermatol Symp Proc*. 2004;9:140–147.



88. Dawn A, Yosipovitch G. Treating itch in psoriasis. *Dermatol Nurs.* 2006;18:227–233.
89. Amatyá, B., Wennersten, G., Nordlind, K. (2008). Patients' perspective of pruritus in chronic plaque psoriasis: A questionnaire-based study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 22, 822–826.
90. Arck P, Paus R. From the brain-skin connection: the neuroendocrine-immune misalliance of stress and itch. *Neuroimmunomodulation.* 2007;13(5–6):347–356.
91. Prignano F, Ricceri F, Pescitelli L, Lotti T. Itch in psoriasis: epidemiology, clinical aspects and treatment options. *Clinical, cosmetic and investigational dermatology : CCID.* 2009;2:9-13.
92. Roblin, D., et al. (2015). Topical TrkA kinase inhibitor CT327 is an effective, novel therapy for the treatment of pruritus due to psoriasis: Results from experimental studies, and efficacy and safety of CT327 in a phase 2b clinical trial in patients with psoriasis. *Acta Derm Venereol* 95, 542–548.
93. Szepietowski, J.C., Reich, A., Wisnicka, B. (2002). Itching in patients suffering from psoriasis. *Acta Dermatovenereol Croat* 10, 216–221.
94. Reich, A., Szepietowski, J.C., Wisnicka, B., Pacan, P. (2003). Does stress influence itching in psoriatic patients? *Dermatol Psychosom* 4, 151–155.
95. Sampogna, F. et al. Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences Investigators (2004). Prevalence of symptoms by patients with different clinical types of psoriasis. *Br J Dermatol* 151, 594–599.
96. Kim, T.W., Shim, W.H., Kim, J.M., Mun, J.H., Song, M., Kim, H.S., Ko, H.C., Kim, M.B., Kim, B.S. (2014). Clinical characteristics of pruritus in patients with scalp psoriasis and their relation with intraepidermal nerve fiber density. *Ann Dermatol* 26, 727–732.
97. Nakamura M, Toyoda M, Morohashi M. Pruritogenic mediators in psoriasis vulgaris: comparative evaluation of itch-associated cutaneous factors. *Br J Dermatol.* 2003;149:718–730.
98. Khawaja AR et al. Disease Severity, Quality of Life, and Psychiatric Morbidity in Patients With Psoriasis With Reference to Sociodemographic, Lifestyle, and Clinical Variables: A Prospective, Cross-Sectional Study From Lahore, Pakistan. *The Primary Care C.*
99. Atakan, N., Yazici, A. C., Özarmağan, G., İnalöz, H. S., Gürer, M. A., Sabuncu, İ., Kıremiçli, Ü., Alper, S., Aytekin, S., Arican, Ö., Polat, M., Doğan, S. and Aldinç, E. (2015), TUR-PSO: A cross-sectional, study investigating quality of life. s.l. : and treatment status of psoriasis patients in Turkey. *The Journal of Dermatology.*

100. Chaptini, C., Quinn, S. and Marshman, G. (2015), Durable dermatology life quality index improvements in patients on biologics associated with psoriasis areas and severity index: a longitudinal study. *Australasian Journal of Dermatology*. doi: 10.1111/ajd.1.
101. Di Lernia V, Ficarelli E. Current therapeutic approaches of psoriasis are affected by age at disease onset. *J Dermatolog Treat* 2014; 25 (1): 15–17.
102. Hernanz JM, Sanchez-Regana M, Izu R et al. Clinical and therapeutic evaluation of patients with moderate to severe psoriasis in Spain: the secuencia study. *Actas Dermosifiliogr* 2012; 103 (10): 897–904.
103. Zhang M, Brenneman SK, Carter CT, et al. Patient-reported treatment satisfaction and choice of dosing frequency with biologic treatment for moderate to severe plaque psoriasis. Patient preference and adherence. 2015;8:777-784. doi:10.2147/PPA.S85773.
104. Thaçi, D., Augustin, M., Krutmann, J. and Luger, T. (2015), Importance of basic therapy in psoriasis. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 13: 415–418. doi: 10.1111/ddg.12615.
105. Truong B, Rich-Garg N, Ehst B, et al. Demographics, clinical disease characteristics, and quality of life in a large cohort of psoriasis patients with and without psoriatic arthritis. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*. 2015;8:563-569. .
106. De Oliveira M de FSP, Rocha B de O, Duarte GV. Psoriasis: classical and emerging comorbidities. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2015;90(1):9-20.
107. Gladman D, Antoni C, Mease P, Clegg D, Nash P. Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. *Ann Rheum Dis*. 2005;64:ii14–ii17.
108. Gladman D. Psoriatic arthritis. *Dermatol Ther*. 2004;17:350–363.
109. Dalal S. et al., Quantifying harmful effects of psoriatic diseases on quality of life: Cardio-metabolic outcomes in psoriatic arthritis study (COMPASS), *Semin Arthritis Rheum*. 2015 Jun;44(6):641-5. doi: 10.1016/j.semarthrit.2015.01.003. Epub 2015 Jan 21.
110. Lakshmy S, Balasundaram S, Sarkar S, Audhya M, Subramaniam E. A Cross-sectional Study of Prevalence and Implications of Depression and Anxiety in Psoriasis. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2015;37(4):434-440. .
111. Bhosle MJ, Kulkarni A, Feldman SR, Balkrishnan R. Quality of life in patients with psoriasis. *Health Qual Life Outcomes*. 2006;(4):35–37.
112. Masmoudi J, Maalej I, Masmoudi A, Rached H, Rebai A, Turki H, et al. Alexithymia and psoriasis: a case-control study of 53 patients. *Encephale*. 2009;35:10–17.

113. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB, Jr, Reboussin DM. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol*. 1999;41:401–407.
114. Finlay AY, Coles EC. The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *Br J Dermatol* 1995;132:236-44.



## 8. EKLER

### Ek 1.

#### KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 13	Tarih: 30/03/2015
	Doç.Dr.Savaş YAYLI'nın sorumluluğunda yürütülen Arş.Gör.Dr.Ebubekir TOPRAK'a ait "Plak Tip Psoriasis Hastalarında Kaşıntı Varlığının Araştırılması ve Yaşam Kalitesi ve Fonksiyonlar Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi" başlıklı 2015/32 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler ve değişiklikler araştırmanın gerekeçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof.Dr.Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.S.Caner KARAHAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.S. Murat KESİM Raportör:	Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Yılmaz BÜLBÜL Üye:	Göğüs Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Şafak ERSÖZ Üye:	Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLI
Doç.Dr. Evrim ÖZKORUMAK Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Murat ÇAKIR Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\* :Araştırma ile İlişki  
\*\* :Toplantıda Bulunma

## Ek 2.

Adı-soyadı: Dosya numarası:

### En Kötü Kaşıntının Rakamsal Derecelendirilme Ölçeği (WI-NRS)

Lütfen son 24 saat içerisinde yaşadığınız en kötü kaşıntının düzeyini en iyi biçimde açıklayan rakamı daire içerisine alarak psoriasis hastalığınızdan kaynaklanan kaşıntı şiddetini derecelendiriniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 = Kaşıntı  
yok

10 = Hayal edilebilen en kötü  
kaşıntı

### Ek 3.

#### Yosipovitch kaşıntı anketi

Hasta adı,soyadı: Dosya numarası:

- Psoriasis'le bağlantılı herhangi bir kaşıntınız var mı ? a) evet b) hayır  
Üstteki soruya “evet” cevabını verdiyseniz anketin ikinci bölümüne devam ediniz

Kaşıntı geçmişi:

- Ne zamandır kaşıntı şikayetiniz mevcut ? (ay / yıl olarak): .....
  - a) Psoriasis hastalığım başlamadan önce kaşıntı şikayetim vardı
  - b) Psoriasis hastalığım ve kaşıntı şikayetim aynı anda başladı
  - c) Kaşıntı şikayetim ,psoriasis hastalığım başladıktan daha sonra başladı
  - d) Kaşıntı şikayetimin ne zaman başladığını hatırlamıyorum
- Kaşıntı sıklığınız nedir ?
  - a)her gün b) haftada bir kez c) iki haftada bir c) ayda bir kez d) düzensiz
- Kaşıntının en sık görüldüğü zaman dilimi hangisidir ?
  - a)sabah b) öğleden sonra c) akşam d) gece
- Gece kaşıntınız oluyorsa bu durumun uyku kalitenizi ne derece bozduğunu aşağıdaki ölçekte uygun rakamı işaretleyerek gösteriniz

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0 = Uyku kalitem bozulmuyor											10 = kaşıntıdan hiç uyuyamıyorum

- Eşlik eden semptomlar:

Kaşıntı şikayetinize aşağıdakilerden hangisi veya hangileri eşlik ediyor ?

- a)ağrı b)terleme c)iyi hissetmeme d) baş ağrısı e)sıcaklık hissi f)soğukluk hissi g)hiçbiri

Kaşıntı şiddeti:

- Aşağıdaki bir ucu “kaşıntı yok” diğer ucu ise “ olabilecek en kötü kaşıntı” şeklinde işaretlenen 10 cm'lik VAS ölçeği üzerinde şu dört durumdaki kaşıntı yoğunluğunu ayrı ayrı rakamsal olarak işaretleyiniz:  
psoriasis'in en şiddetli olduğu an, psoriasis yoğunluğunun en hafif olduğu an, mevcut zaman dilimi (şu anda), en şiddetli kaşıntı anı ve sivrisinek ısırmasından sonraki an.

**1-Psoriasisin en şiddetli olduğu an:**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0 = Kaşıntı yok											10 = Olabilecek en kötü kaşıntı

**2-Psoriasis yoğunluğunun en hafif olduğu an:**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Kaşıntı yok					10 = Olabilecek en kötü kaşıntı					

**3-Mevcut zaman dilimi (şu anda):**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Kaşıntı yok					10 = Olabilecek en kötü kaşıntı					

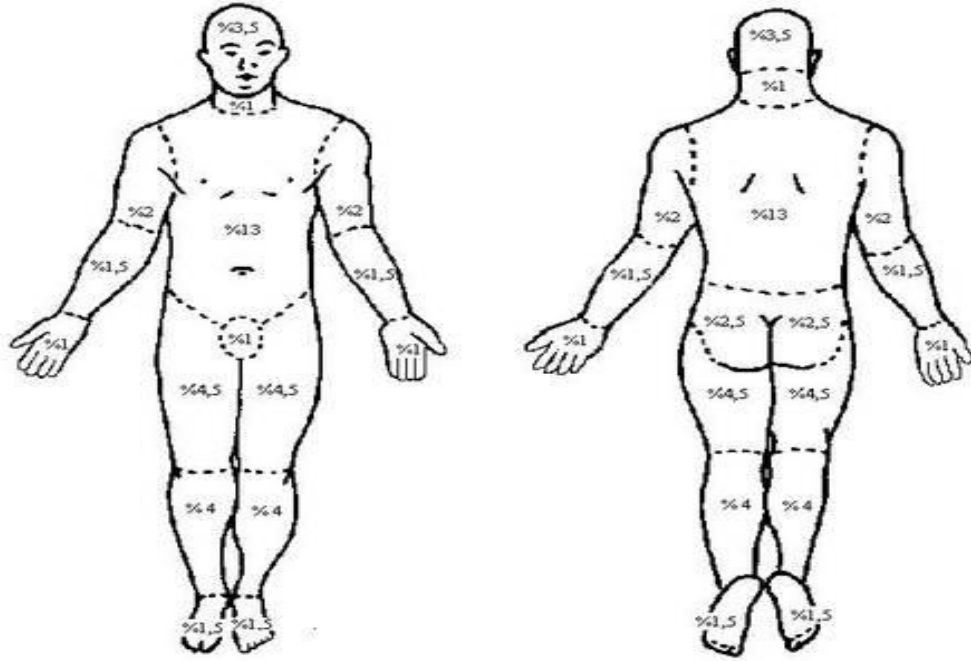
**4-En şiddetli kaşıntı anı:**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Kaşıntı yok					10 = Olabilecek en kötü kaşıntı					

**5-Sivrisinek ısırmasından sonraki an ne hissedersiniz “kaşıntı” adına ?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Kaşıntı yok					10 = Olabilecek en kötü kaşıntı					

Kaşıntının lokalizasyonu:Aşağıdaki vücut şekli üzerinde kaşıntının etkilendiği bölgeleri kalemle karalayınız. Etkilenen bölge yaklaşık, yüzde olarak hesaplanacaktır.



- Kaşıntı sadece psoriyatik lezyonlar üzerinde mi oluşuyor yoksa sağlıklı deride de oluşuyor mu :
  - a) Kaşıntı, yalnızca sedef döküntüleri /lezyonlarında oluşuyor
  - b) Kaşıntı, sedef lezyonları dışındaki sağlıklı deride de oluşuyor

Kaşıntı hissine ve duygusal boyutuna ait sözlü açıklama ölçeği:

- Kaşıntınızın, aşağıdaki 6 duygusal açıklamadan hangisine uyduğunu işaretleyiniz:
  - a)Gıdıklayıcı b) iğne gibi batan c)”bir şey yürür gibi” karıncalanan
  - d) bıçak gibi saplanan e) sıkıştırıcı f) yanıcı
  - Kaşıntınızın duygusal boyutu aşağıdaki 4 kelimedenden hangisine uymaktadır:
    - a) can sıkıcı b) rahatsız edici c) dayanılmaz d) endişe verici(üzücü)

Günlük aktivitelerin ve alışkanlıkların kaşıntı üzerine etkisi:

- Aşağıdaki günlük aktivitelerin kaşıntınız üzerine etkisini işaretleyiniz:

<b>Psoriyazis hastalarında günlük faktörlerin kaşıntı üzerine etkisi</b>			
Günlük aktivite	Şiddetlendiriyor	Hafifletiyor	Etkisi yok
Stres			
Kuruluk			
Sıcak su			
Soğuk su			
Giysilerle temas			
Terleme			
Çok yeme			
Ruh halinin kötü olması			
Yatış pozisyonu			
Oturma pozisyonu			
Egzersiz			
Uyku			
Dinlenme			
Düzenli öğün			
Ortam sıcaklığının yüksek olması			
Ortam sıcaklığının düşük olması			



Psoriyatik kaşıntı üzerine ilaçların etkisi:

- Kaşıntınız nedeniyle tedavi alıyor musunuz ? a) Evet b) Hayır

Tedavi alıyorsanız,bu tedavi aşağıdakilerden hangisi ve kaşıntınız üzerine ne derece etkisi var ?  
(0 = hiçbir etkisi yok, 1 = kısa süreli etkiye sahip (24 saatten kısa), 2 = uzun süreli etkiye sahip)

1-Nemlendiriciler 0 1 2

2-Topikal kortikosteroidler 0 1 2

3-Oral antihistaminikler 0 1 2

4-Nöropsikiyatrik tedavi (antidepresan vd) 0 1 2

Psoriyatik kaşıntının yaşam kalitesi üzerine etkisi

- Aşağıdaki durumlarda kaşıntının başlamasından sonra herhangi bir kötüleşme olup olmadığını işaretleyiniz :

Ruh hali a) evet b) hayır

Uyku a) evet b) hayır

Cinsel aktivite a) evet b) hayır

Konsantrasyon a) evet b) hayır

İştah a) evet b) hayır