



T. C.

İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI

**KRONİK ÜRTİKER HASTALARINDA TEDAVİ İLE YAŞAM
KALİTESİ DEĞİŞİMİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. ÖMER ÇAY

TEZ DANIŞMANI:

YRD. DOÇ. DR. BANU TAŞKIN

İSTANBUL – 2017



T. C.

İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI

**KRONİK ÜRTİKER HASTALARINDA TEDAVİ İLE YAŞAM
KALİTESİ DEĞİŞİMİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. ÖMER ÇAY

TEZ DANIŞMANI:

YRD. DOÇ. DR. BANU TAŞKIN

İSTANBUL – 2017

TEZ BEYANNAMESİ

Tıpta uzmanlık tezi olarak sunduğum “Kronik Ürtiker Hastalarında Tedavi ile Yaşam Kalitesinin Değişimi” isimli bu çalışmayı baştan sona kadar Dr. Banu Taşkın’ın sorumluluğunda tamamladığımı, verileri ve örenkleri kendim topladığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgi ve metinleri kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma süresince bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı, aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimde beyan ederim. 07.12.2017

Ömer ay



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım sevgili hocamız Prof. Dr. Sibel Alper ve klinik sorumlumuz Yrd. Doç. Dr. Banu Taşkın'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bana desteklerini esirgemeyen, Dermatoloji eğitimime büyük katkıları olan Yrd. Doç. Dr. Zahide Eriş Eken, Yrd. Doç. Dr. Bachar Memet ve Uzm. Dr. Bekir Aybey'e,

Gerek eğitim hayatım boyunca bana desteklerinden dolayı, gerekse tezim için verdikleri destekten dolayı T.C. İstanbul Bilim Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Çavlan Çiftçi ve tüm İstanbul Bilim Üniversitesine,

Bilim Üniversitesi'ndeki zamanlarımda her daim yanımda olduklarından dolayı sevgili arkadaşlarım Dr. Önder Demiröz, Dr. Miray Demiröz, Dr. Melih Tor, Dr. Can Yılmaz ve Ecem Onaran'a,

Tez çalışmamda yardımlarından dolayı Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi hekimi sayın Doç. Dr. Emek Kocatürk Göncü'ye,

Yine desteklerinden ötürü Dr. Gülşen Çakmak, Dr. Gülşah Baki, Dr. Serkan Kaya, Tabip Asteğmen Ali Yeşiltepe ve Der Ortaheim'a,

Maddi ve manevi desteğini esirgemeyen çok sevgili aileme,

Entelektüel gelişimime katkılarından ve eğitim hayatımda bana çok şey kazandıran Vefa Lisesi ve İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ne,

Beni bugünlere kadar getiren Türkiye Cumhuriyeti Devletine,

Sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunuyorum.

Dr. Ömer Çay

İÇİNDEKİLER

TEZ BEYANNAMESİ.....	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. ÜRTİKER.....	2
2.1.1. Klinik Tanım.....	2
2.1.2. Klinik Sınıflandırma	2
2.1.3. Tanı ve Etiyolojik Yaklaşımlar.....	4
2.2. KRONİK ÜRTİKER	5
2.2.1. Epidemiyoloji.....	5
2.2.2. Etiyoloji	5
2.2.3. Patogenez	6
2.2.4. Tanı ve Laboratuvar	7
2.2.5. Ayırıcı Tanı.....	8
2.2.6. Tedavi	8
2.3. Yaşam Kalitesi	12
2.3.1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçümlerinin Tarihsel Gelişimi.....	12
2.3.2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi İle İlgili Kavramlar.....	13

2.3.3. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Önemi	14
2.3.4. Dermatolojide Yaşam Kalitesinin Tarihçesi.....	15
2.3.5. Dermatolojiye Özgü Testler.....	15
2.3.6. Dermatolojik Hastalıklara Özgü Testler	20
2.3.7. Dermatolojide Yaşam Kalitesi ile İlgili Yöntemlerin Kullanım Alanları	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
4. BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA.....	35
6. SONUÇ.....	41
7. KAYNAKÇA	42
8. EKLER.....	57
EK-1. ETİK KURUL KARARI.....	57
EK-2 ANKET.....	59
ÖZGEÇMİŞ.....	62

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Ürtiker Sınıflandırılması	3
Tablo 2. Ürtiker Tedavi Algoritması	10
Tablo 3. Kronik Ürtiker Tedavisinde Kullanılan Antihistaminiklerin Dozları	11
Tablo 4. Demografik Özelliklerin Dağılımları	27
Tablo 5. Hastalık Özelliklerine İlişkin Dağılımlar	28
Tablo 6. Tedavi Gruplarına Göre Hastalık Özelliklerinin Değerlendirmesi	29
Tablo 7. Tedavi Gruplarına Göre DLQI Ölçümlerinin Değerlendirmesi	31
Tablo 8. Tedavi Gruplarına Göre CUQ2ol Ölçümlerinin Değerlendirmesi	32
Tablo 9. DLQI Ölçümleri ile CUQ2ol Ölçümlerinin İlişkisi	34

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Tedavi türlerinin dağılımları	29
Şekil 2. Tedavi gruplarına göre hastalık sürelerinin dağılımları	30
Şekil 3. Tedavi gruplarına göre DLQI ölçümlerinin dağılımları	32
Şekil 4. Tedavi gruplarına göre CUQ2ol ölçümlerinin dağılımları	33
Şekil 5. DLQI ölçümleri ile CUQ2ol ölçümlerinin ilişkisi	34



“Kronik Ürtiker Hastalarında Tedavi ile Yaşam Kalitesi Değişimi”

ÖZET

Amaç: Kronik Ürtiker hayat kalitesini oldukça düşüren dermatolojik hastalıklardan biridir. Tedavide anti-histaminik ilaçlar ve Omalizumab gibi IG E üzerinden etki eden yeni nesil biyolojik ilaçlar etkin olarak sıkça kullanılmaktadır. Uygulanan tedavilerin etkinliğini görmek için Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) ve Kronik Ürtiker Yaşam Kalite İndeksi-CUQ2oL- validasyonu yapılmış iki yaşam kalitesi testi kullanılabilir. Bu çalışmada kronik ürtikerli hastaların tedavi ile yaşam kalitelerinin nasıl değiştiğini DYKİ ve CUQ2oL kullanarak ölçmek ve bu veriler ile anti-histaminik ilaç grubu ile Omalizumab tedavisinin etkinliğini karşılaştırmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Şişli Florence Nightangale Hastanesi Dermatoloji polikliniği'ne başvuran 18-65 yaş arasında, bilinen genetik veya kronik hastalığı olmayan, fizik muayeneleri tarafımızca ayrıntılı olarak yapılan 76 Kronik Ürtiker hastası dahil edilmiştir. Hastalar ilk başvurularındaki CU-Q2oL ve DYKİ değerleri 8 haftalık takip ile tekrar ölçülmüştür. Meydana gelen değişim ise istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Omalizumab uygulanan grubun ilk DYKİ ölçümlerine göre 2.ay ölçümlerindeki değişimleri, antihistaminik uygulanan grup değişimlerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Omalizumab uygulanan grubun ilk CU-Q2oL ölçümlerine göre 2.ay ölçümlerindeki değişimleri, antihistaminik uygulanan grup değişimlerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).DLQI ve CUQoL ölçümlerinin değişimleri arasında pozitif yönlü (DLQI değişimi arttıkça CUQoL değişimi de artan) %64,5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r:0,645$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre 300mg/ay dozunda uygulanan Omalizumab tedavisinin tam doz 2. Jenarasyon H1 Antihistaminik alan gruba göre yaşam kalite indeksi (CU-Q2oL ve DYKİ) üzerinde daha etkili olduğu gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Ürtiker, Yaşam kalitesi, Omalizumab, Antihistaminik

“Change in the quality of life of patients with treatment in Chronic Urticaria”

ABSTRACT

Objectives: Chronic Urticaria is one of the dermatological diseases that significantly reduces the quality of life. Antihistaminic drugs are commonly used in therapy. It is known that Omalizumab, a next generation biological drug that acts on the IgE, is also effective.

The Dermatology Life Quality Index (DLQI) and the Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire (CU - Q2oL) are two validated life quality tests, that can be used to assess the efficacy of the treatments applied. In this study it was aimed to measure the change in the quality of life of patients with treatment in chronic urticaria by using DLQI and CU - Q2oL and to compare the efficacy of this data with the antihistamine drug group and the Omalizumab drug group.

Methods and Materials: A total of 76 chronic urticaria patients whose age is between 18 and 65, who have applied to the Hospital of Şişli Florence Nightingale during the year of 2017, without any genetic or chronic disease and whose physical examinations were performed separately, were included in this study. The patients were measured at the initial stage and re -measured of DLQI and CU - Q2oL values after 8 weeks. The resultant and its difference has been statistically evaluated.

Results: The changes in the second month's measurements of the group receiving Omalizumab compared to the first DLQI measurements were statistically significantly higher than the changes of antihistaminic group ($p=0.001$, $p<0.01$). The changes in the 2nd month measurements compared to the first CU-Q2oL measurements of the group treated with Omalizumab were statistically significantly higher than those of the antihistaminic group ($p = 0.001$, $p <0,01$).

There was a positive direction between the results of DLQI and CUQoL (DLQI increased as CUQoL increased) of 64.5% that was statistically significant ($r: 0,645$, $p = 0,001$, $p <0,01$).

Conclusions: The results of our study indicate that treatment with 300mg /month of Omalizuhab drug is more effective than therapy with full dose of 2. Generation H1 antihistamine treatment in both of the quality of life indices (CUQ2oL and DLQI).

Key words: Chronic urticaria, Life Quality, Omalizumab, Antihistamine



1. GİRİŞ

Ürtiker, deri ve mukoz membranların kendiliğinden kaybolan kaşıntılı papül ve plaklar ile karakterize bir reaksiyondur. Altı haftadan kısa süreli Akut Ürtiker (AÜ) altı haftadan daha uzun süreli ürtiker kliniğine ise Kronik Ürtiker (KÜ) denilmektedir (1,2).

Bir bireyin yaşam boyu ürtikerin herhangi bir tipi ile karşılaşma olasılığı yaklaşık olarak %25'dir (3). Akut ürtiker genellikle enfeksiyonlar, besin ve ilaç alımına ikincil olarak ortaya çıkan ve kendini sınırlayan kliniğe sahipken; kronik ürtiker inatçı kaşıntı ve süregelen deri lezyonları nedeniyle yaşam kalitesinin bozulmasına neden olan bir hastalıktır. Kadınlarda iki kat daha sık görülen kronik ürtiker genellikle 3-5 yıl sürmekte ve %20'lik hasta grubunda ömür boyu kalıcı olabilmektedir (4,5).

Yaşam kalitesi, kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde; amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır (6,7,8). Bu olgu kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları ve sosyal çevresiyle ilişkisinden karmaşık bir yolla etkilenen geniş bir kavramdır. Aynı zamanda sağlık durumunun ve tedavi etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümüdür. (9,10,11).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, bireylerin fonksiyonlarını yerine getirmedeki yeteneklerini ve yaşamlarındaki algıladıkları fiziksel, mental ve sosyal alanı ifade eder. Günümüzde tıbbın giderek ilerlemesi ile sadece hastalıkların ortadan kaldırılması değil, ayrıca kişilerin yaşam kalitelerinin artırılması da hedeflenmektedir. Bu nedenle de iyilik hali ve yaşam kalitesinin ölçülebilmesi konusunda giderek daha çok çaba gösterilmektedir (12,13).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ÜRTİKER

2.1.1. Klinik Tanım

Ürtiker; Hipokrat zamanından beri bilinen deri ve mukozaları tutan urtika denilen kaşıntılı papül ve plaklarla seyreden bir hastalıktır. Bu terimin, dokunulduğunda kızarıklık ve kaşıntıya neden olan, ısırğan otu “Urtica ureus” dan türediği kabul edilmektedir (14).

Ürtiker çok yaygın bir hastalık olmakla birlikte, toplumun %15- %25'i yaşamları süresince en az bir kez ürtiker ve/veya anjiyoödem atağı geçirmektedir. Bu olguların %50'sinde ürtiker ile anjiyoödem birlikteliği, %40'ında sadece ürtiker, %10'unda ise sadece anjiyoödem bulunmaktadır (15).

Klinik olarak, vücudun çeşitli bölgelerinde, değişik şekil ve boyutlarda, pembe kırmızı renkte, yanma, batma ve kaşıntılarla seyreden kabartılarla karakterizedir. Lezyonlar maküler eritem şeklinde veya papül şeklinde olabilir, lokalize veya generalize dağılım gösterebilirler (16).

Anjiyoödem, ürtiker oluşturan patojenetik olayın derin dermis, subkutis veya mukozada oluşmuş şeklidir. Derin dermis ve subkutisde dermise kıyasla daha az mast hücresi ve serbest sinir uçları bulunduğundan anjiyoödem kliniğinde kaşıntı yok veya yok denecek kadar az olup ağrı ve yanma hissi daha belirgindir (17).

2.1.2. Klinik Sınıflandırma

Çeşitli uluslararası ürtiker sınıflaması bulunmakla birlikte bu derlemede Avrupa klinik sınıflandırma yönergesi “Türkiye Ürtiker Tanı ve Tedavi Kılavuzu - 2016” kullanılacaktır. Bu sınıflamaya göre ürtiker 2 ana gruba ayrılmaktadır;

I-Akut Ürtiker

II-Kronik Ürtiker

Kronik Ürtiker: İki gruba ayrılmaktadır.

a. Kronik Spontan Ürtiker (KSÜ)

b. Kronik İndüklenebilir Ürtiker (KIÜ)

Kronik İndüklenebilir Ürtiker dokuz gruba ayrılmaktadır.

1. Semptomatik dermografik ürtiker; Travma ile oluşmaktadır.

2. Soğuk ürtikeri; Deriye soğuk teması ile oluşmaktadır (soğuk hava, soğuk su, soğuk cisimler)

3. Geç basınç ürtikeri; Deriye uygulanan 3-8 saat süreli sabit basınç ile oluşmaktadır.

4. Sıcak ürtikeri; Derinin lokal ısıya maruz kalması ile oluşmaktadır.

5. Solar ürtikeri; Derinin ultraviyole veya görünür ışığa maruz kalması ile oluşmaktadır.

6. Titreşim ürtikeri; Deriye titreşim uygulaması ile oluşmaktadır.

7. Kolinerjik ürtiker; Vücut genel ısısının artmasıyla oluşmaktadır.

8. Temas ürtikeri; Temas eden özel bir madde ile tetiklenen ürtiker

9. Akuajenik ürtiker; Derinin suyla (suyun ısısına bağlı olmaksızın) teması sonucu oluşmaktadır.

Tablo 1. Ürtiker Sınıflandırılması (18)

Akut ürtiker	Kronik ürtiker	
<6 hafta	>6 hafta	
	Kronik spontan ürtiker	Kronik uyarılabilir ürtiker
		Semptomatik dermografizm
		Soğuk ürtikeri
		Geç basınç ürtikeri
		Solar ürtiker
		Sıcak ürtikeri
		Titreşim anjiyoödem
		Kolinerjik ürtiker
		Akuajenik ürtiker
		Temas ürtikeri

2.1.3. Tanı ve Etiyolojik Yaklaşımlar

Genellikle, döküntülerin yeri şekli dağılımı ve bunlara eşlik eden semptomlar tanıya götürmekle birlikte aşağıdaki araştırmaların yapılması gereklidir (19).

- Akut ürtiker: Atopi, lokal enfeksiyon ve ilaç hikayesi (Aspirin vb.) araştırılması.

- Kronik ürtiker: Enfeksiyon araştırması (Tam kan sayımı, Sedimentasyon, C-Reaktif Protein, ASO (Anti Streptolizin O), *Helicobacter Pylori* tetkikleri, diş ve kulak burun boğaz konsültasyonu), othereaktivite araştırması (otolog serum deri testi, tiroid otoantikörleri), psödoalerji araştırması (ilaç, besin, besin katkıları, eliminasyonu ve/veya provokasyon testi).

- Dermografik ürtiker: Dermografizm testi, lokal enfeksiyon, diabet ve tiroid araştırılması.

- Soğuk ürtikeri: Buz testi, lokal enfeksiyon, borellia, sifiliz ve HIV araştırılması ayrıca kriyoglobulin ve kriyofibronojen araştırma.

- Geçikmiş basınç ürtikeri: Basınç testi, lokal enfeksiyon araştırılması.

- Isı ürtikeri: Isı testi.

- Işık ürtikeri: Ultraviyole veya görünür ışıkla provokasyon testi.

- Vibrasyon ürtikeri: Vibratör ile provokasyon.

- Kolinerjik ürtikeri: Vücudun 42° C suda 10 dakika bekletilmesi veya ısıtıcı battaniye ile örtülmesi.

- Egzersiz ürtikeri: Egzersiz testi (10 dakika düz koşu).

- Akuajenik ürtiker: Oda sıcaklığında ıslak giysi ile 20 dakika provokasyon

- Kontakt ürtiker: Şüpheli materyal ile “açık yama testi” yapılması

2.2. KRONİK ÜRTİKER

2.2.1. Epidemiyoloji

Ürtiker özgün bir coğrafya ve ırk ayırt etmeksizin her toplumda en sık görülen dermatolojik hastalıklardan biridir. İnsanların %15-25 kadarı hayatları boyunca en az bir kez ürtiker atağı geçirmektedir (20) Genel olarak ürtikerin toplumdaki prevalansı % 1-5 arasındadır. Kadınlarda erkeklere göre iki kat daha sık görülmektedir. Kronik ürtiker orta yaşlı kadın hastalarda daha sık görülmektedir (21). Çocuklardaki ürtiker vakalarında atopiyle ilişki bildirilmesine rağmen, KÜ olgularının çoğu atopiyle ilişkisizdir.

2.2.2. Etiyoloji

Ürtiker etiyojisi günümüzde halen net olarak aydınlatılamamıştır. Akut ürtikerde etiyojistik nedeni tespit etmek kolayken, Kronik ürtikerde etiyojistik nedeni saptamak oldukça zordur. Akut ürtikerde çocuklarda en sık neden gıdalarken, erişkinlerde ilaçlardır. KÜ'de hastaların sadece %10-30 kadarında neden saptanabilmektedir (22).

Besinlerle ve inhalasyon yoluyla vücuda alınan çeşitli alerjenlere karşı ürtiker yanıtı oluşabilmektedir. KÜ'li olguların bir kısmında etiyojide besinlerin sorumlu olduğu düşünülmektedir. Erişkinlerde KÜ etiyojisinden sorumlu olduğu düşünülen en sık besinsel alerjenler; balık, yumuşakçalar, kabuklu deniz ürünleri, baharatlı yiyecekler, peynirler, yumurta, mantar, kabuklu yemişler, muz, bezelye, kakao, şarap, yapay gıda katkı maddeleridir. İnhalasyon yoluyla maruz kalınan alerjenlerden de çimenler, polenler, küf tozları, ev tozu akarları, sigara, hayvan tüyleri ürtikere neden olabilmektedir (23). İlaçlardan ise antibiyotikler, NSAII, aşılardan, barbitüratlar, antihipertansifler, diüretikler, kan ürünleridir. Erişkin KÜ vakalarında etiyojide yer alabilen başlıca enfeksiyonlar ise; sinüzit, diş ve dişeti enfeksiyonları, sistit, prostatit, kolesistit, dermatofit enfeksiyonları, intestinal parazitler, gastrit etiyojisinde yer alabilen *Helicobacter Pylori*, hepatit virüsleri, HIV, EBV, Coxackie virüs, mukokutanöz kandida enfeksiyonları olarak bilinmektedir. Soğuk, sıcak, suyla temas, güneş, basınç, travma gibi çeşitli fiziksel ajanlarda ürtiker etiyojisinde yer almaktadır. Depresyon, anksiyete, stres gibi

faktörler de ürtiker etyolojisinde şüphe çekmiştir. Kaşıntı ve hastalığın kendisi de hastada emosyonel strese neden olmakta ve bu bir kısır döngü halini almaktadır (24). Özellikle kollajen doku hastalıklarının ve tiroid fonksiyon bozukluklarının da içinde yer aldığı bir grup sistemik hastalığın da etiyolojide yer aldığı düşünülmektedir. Hematolojik sistem malignansileri, paraproteinemiler, akciğer ve renal hücreli karsinom gibi çeşitli solid organ karsinomları da etiyolojide yer alabilmektedir.

2.2.3. Patogenez

Ürtiker, dermal mast hücrelerinin aktive edilmeleri sonucu gelişen vasküler bir yanıt olup bu hücrelerden salınan başta histamin olmak üzere, çeşitli medyatörlerin etkisiyle oluşmaktadır. Bir başka deyişle, ürtiker mast hücresi medyatörlerinin etkisiyle oluşan kaşıntı, vazodilatasyon, vasküler geçirgenliğin artması ve plazma ekstravazasyonu sonucu gelişen eritem ve ödemdir. Mast hücrelerinden medyatör salgılatan faktörler iki gruba ayrılmaktadır (25)

1. Nonimmünolojik faktörler:

a. Doğrudan histamin salgılatan faktörler (psödoallerjenler)

Ksenobiotikler: Opium alkaloidleri, aspirin ve benzeri ilaçlar, kolloidal plazma genişleticileri, radyokontrast maddeler.

Bazı Besinler: Deniz ürünleri, çilek vb.

Besin katkıları: Azo boya, benzoik asit, sorbik asit.

b. Fiziksel ajanlar; Dermografizm, soğuk, sıcak, ısı, ışık, basınç ve su teması.

2. İmmünolojik faktörler.

a. IgE aracılığı ile oluşan ürtiker: Tip 1 aşırı duyarlılık sonucu mast hücrelerinden salgılanan medyatörlerin oluşturduğu ürtikerdir.

b. Anaflatoxinler aracılığı ile oluşan ürtikerler: Kompleman sistemi aktive olduğundan oluşan C3a ve C5b komponentleri (anaflatoxinler) mast hücrelerinden medyatör salgılatarak ürtiker oluşturmaktadır.

c. Otoantikorlar aracılığı ile oluşan ürtikerler: Mast hücreleri üzerindeki IgE reseptörlerine ya da bu reseptörlere bağlanmış IgE antikörlerine karşı oluşan otoantikorlar bu hücrelerden medyatör salgılatarak ürtiker oluşturmaktadır.

2.2.4. Tanı ve Laboratuvar

Ürtikerli hastalarda iyi bir anamnez ve fizik muayene yapılmalıdır. Özellikle son 15 gün içinde kullanılan ilaçlar, tüketilmiş farklı besinler ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Ürtiker lezyonları genellikle genel durumu bozmaz, kaşıntı ve anksiyete dışında sistemik bulguya rastlanmaz. Anjioödem eşikli ürtiker vakalarında ise larinks ve uvula ödemeine bağlı nefes darlığı, çarpıntı hissi, karın ağrısı ve ölüm korkusu olabilir. Ürtikerli bir hastada ateş, artralji, karın ağrısı, ishal ve dizüri gibi semptomlar varsa sistemik hastalıklar açısından sorgulanmalıdır (26). Anamnez sırasında, ürtiker lezyonlarının ortaya çıkış zamanı, devamlı mı aralıklı mı olduğu, eşlik eden nefes darlığı, karın ağrısı, idrar ve dışkılama değişiklikleri, fiziksel uyaranla başlama, ilaç kullanımı, beslenme değişiklikleri, meslek ve hobileri, menstrasyon dönemiyle ilişkisi, sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımı, stres birlikteliği ve tedavi yanıtı ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir.

Ürtiker tanısı klinik olarak konulabilir. Tipik olarak eritemli, deriden kabarık, kaşıntılı, 24 saatten kısa süre içinde kendiliğinden gerileyen lezyonlar varsa ürtiker düşünülmelidir. Lezyonlar 24 saatten uzun sürüyor, pigmentasyon veya purpura bırakarak iyileşiyorsa ürtikeryal vaskülit şüphelenilmelidir. Bu hastalardan histopatolojik değerlendirme amacıyla deri biyopsisi yapılmalıdır (27).

Ürtikeri tetkikleyebilecek fiziksel uyaran (sıcak, soğuk, güneş, egzersiz gibi), son 2 hafta içinde kullanılan ilaçlar, farklı olarak tüketilmiş yiyecekler ve olası enfeksiyon hastalıkları açısından ayrıntılı anamnez alınarak ürtiker sınıflandırması yapılabilir. Deri testleri bu aşamada şüpheli gıda ve aeroallerjen, kontakstanların doğrulanması amacıyla yardımcı olabilir.

Total IgE seviyesi alerjik hastalıklarda yükselmektedir. Bunun yanında bazı enfeksiyonlar, maligniteler, immun yetmezlik sendromları, otoimmün hastalıklarda da IgE düzeylerinde yükselme görülebilir. IgE tüm immunglobinlerin içinde kanda en az miktarda bulunanıdır. Genellikle parazitik enfeksiyonlarda ve alerjik

hastalıklarda miktarı artmıştır. Doğumda düşük olan IgE miktarı 15-20 yaşlarına kadar yükselir ve bu yaşlardan sonra genellikle sabit kalır. IgE değerinin yüksekliğinin, spesifik IgE'lerden daha duyarlı olarak alerjik hastalıklarda yükseldiği bildirilmiştir (28).

2.2.5. Ayırıcı Tanı

Ayırıcı tanıda özellikle herediter anjioödem ve otoinflamatuvar hastalıklar atlanmamalıdır. Herediter anjioödem tanısının hastalığın başlangıcından itibaren ortalama beş sene içinde konulduğunu ve bu hastaların akut batın şüphesiyle ameliyat bile edildiğini unutmamak gerekir. Otoinflamatuvar sendromlar kronik ve önemli tablolar olup çok nadir görülmelerine rağmen bazen kronik ürtiker zannedip kolayca atlanabilmektedir.(20)

2.2.6. Tedavi

Akut Ürtiker'in tedavisi semptomatik ve kişiyi rahatlatmaya yönelik iken KSÜ tedavisi ise çok basamaklı bir süreçtir ve şu temel prensiplere dayanır.

1. Tetikleyici faktörlerin tespit edilip önlenmesi
2. Semptomatik farmakolojik tedav. verilmesi ki burada amaç mast hücrelerinden mediatör salınımını engellemektir
3. Hastalığın toleransının azaltılması .(29)

Tetikleyici faktörler her zaman KSÜ'de belirlenemeyebilir. Ürtiker spontan olarak gerileyebildiği için şüpheli tetikleyicilerin çift kör provakasyon testleri ile tespit edilmesi önerilmektedir. (30)

İlaçlar alerjik olmayan yollardan hipersensitivite reaksiyonları yapabileceği gibi, mevcut KSÜ arttırabilmektedir. Bu yüzden şüpheli ilaçlar kesilmelidir. (31)

Fiziksel ürtikerleri alevlendiren fiziksel sebeplerin tespiti ve bunlardan uzak durulması lezyonları azaltmakta ve şiddetini sınırlamaktadır. Bu sebepten basınç ürtikerinde ağır paket kaldırmamak, soğuk ürtikerinde soğuk havalara karşı önlem

almak, solar ürtikerde UVA filtreleri lamba kullanmak gibi önlemler bu hastalıkların şiddetini azaltacaktır. (32)

Fiziksel ürtikerin aksine KSÜ inflamatuvar hastalıklar ve enfeksiyonlar ile beraber olabilmektedir. (33)

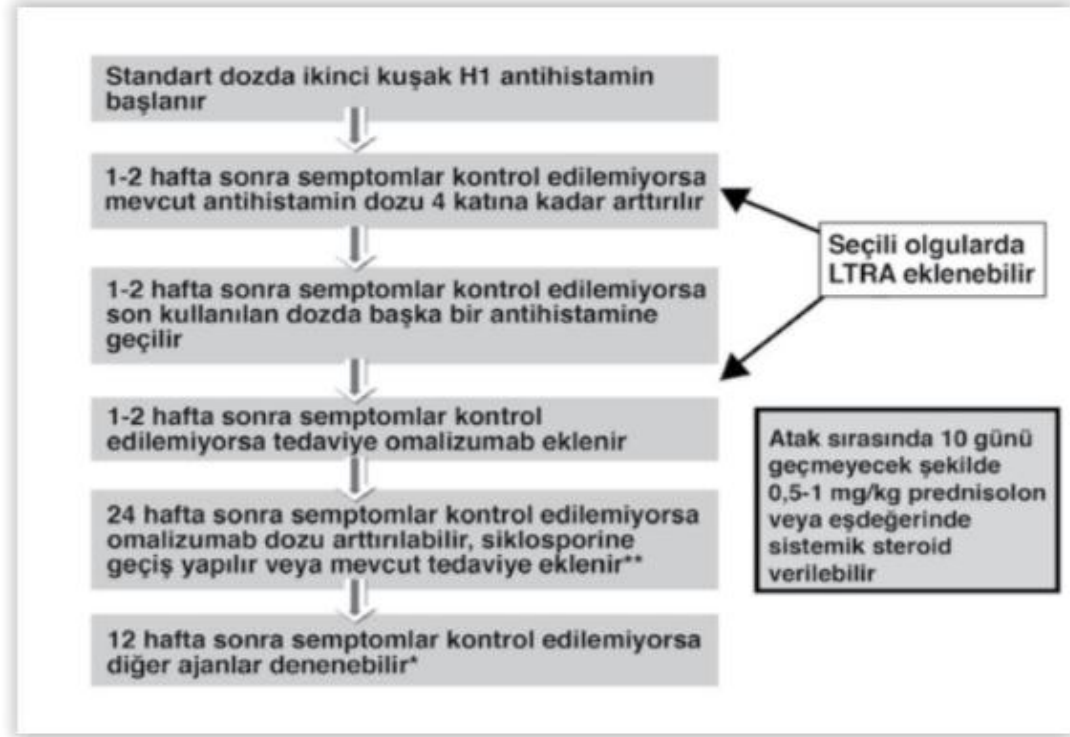
Tespit edildiği takdirde H.pylori enfeksiyonu mideden erdike edilmelidir(34) Bağırsak parazitleri de ürtiker aktive edebileceğinden tedavi edilmelidir (35). Köse ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Türkiye’de üst solunum yol hastalıkları, idrar yolu enfeksiyonları, diş enfeksiyonları, genital enfeksiyonlar ve Kronik Hepatit B Enfeksiyonları kronik ürtikere eşlik eden ilk beş enfeksiyon olarak gösterilmiştir (36).

Psödoalerjenlere bağlı immünolojik olmayan ürtikeryal döküntülerin engellenmesi için bu gıdaların en azından 3 hafta kesilmesi gerekmektedir. Psödoalerjenden fakir diyet bu yüzden KSÜ’lü hastalara önerilmektedir. (37) IgE aracılı gıda alerjisine bağlı ürtiker nadir olup, tespit edilen gıdaların kesilmesi önerilmektedir, ancak spesifik IgE testleri çift kör provokasyon testlerini doğrulamak için önerilmektedir .(38)

KSÜ için evrensel olarak önerilen ilk seviye tedavi ikinci kuşak H1 anti-histaminik ilaçlardır. Kullanılacak anti-histaminik tipi konusunda yeterli çalışma olmadığı için, kullanılan ilacın verdiği yanıt kişiye göre değişmektedir (39,40) Hastaların %50’si ilk seviye tedaviye cevap verirken, tedaviye cevap vermeyen hastalar için tedavi dozunun 1-2 hafta içerisinde 4 katına çıkarılması önerilmektedir. Bu sayede tedaviye cevapsız hastaların %10-25’i daha tedaviden yanıt almaktadır (41). Her ne kadar tedavi rehberlerinde olmasa da pek çok ülkede klinik pratiğinde ilave ikinci nesil anti-histaminik eklemek ve ya H2 anti-histaminik eklemek oldukça yaygındır. Ancak ilave ilaç eklemenin etkinliği ve güvenilirliği konusunda yeterli veri olmadığından; tek doz anti-histaminik tedavisi önerilmektedir (42).

Türkiye Ürtiker Tanı ve Tedavi Kılavuzu tedaviye yanıtızsız hastalarda başka bir ikinci nesil anti-histaminik ilaç denenmesini önermektedir. Birinci ve ikinci basamak kullanılan ikinci nesil anti-histaminik tedavilerine dirençli olgularda aşağıdaki tedaviler, 3. Basamak tedavi olarak önerilmektedir:

Tablo 2. Ürtiker Tedavi Algoritması (18)



1. Sistemik Kortikosteroidler
2. Lökotrien Reseptör Antagonistleri (LTRA)
3. Ig-E monoklonal antikoru Omalizumab
4. Siklosporin

Oral kortikosteroid tedavisi, hastalığın aktivasyonunu baskılamak için 10 güne kadar uzayan ve günlük 20-50 mg'a kadar kullanılabilir (39). Montelukast ve Zafirlukast gibi Lökotrien Modifiye Edici Ajanlar gerek monoterapi olarak ve ya oral antihistaminik tedavileri ile beraber kullanılabilir (43). IgE monoklonal antikoru olan Omalizumab ürtiker tedavisinde çift kör plasebo kontrollü çalışmaların gösterdiği gibi oldukça etkili bulunmuştur. Anafilaksi gibi nadir ve önemli yan etkisi olmakla beraber, risk/fayda oranı yüksek bir ilaç olarak değerlendirilmekte; sadece KSÜ'de değil, fizik ürtikerlerde de oldukça etkili bulunmuştur. Omalizumab 150-300 mg/ay dozu ile subkutan olarak uygulanmaktadır ve ikinci jenerasyon antihistaminik ilaçlarla beraber kullanılabilir. Türkiye Ürtiker Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2016'ya göre "Omalizumab, yüksek doz antihistamin tedavisine rağmen semptomları

devam eden KSÜ hastalarında onaylı, etkin ve güvenilir tek tedavi seçeneğidir” (18,44,45). Siklosporin T hücre aktivasyonunu inhibe eden bir kalsinörin inhibitörü ilaçtır. 3-3.5 mg/kg dozunda siklosporin orta-şiddetli ürtiker tedavisinde kullanılabilir, ancak uzun dönemli kullanımı yüksek yan etki profili yüzünden önerilmemektedir. Türkiye Ürtiker Tanı ve Tedavi Kılavuzu’nda günlük 3-6 aya kadar kullanılması, devamında relapslar olması halinde 1.5-2 mg/gün dozunda 2 yıla kadar idame tedavi önermektedir (18, 46,47). Ürtiker tedavisinde denenmiş ama etkinlik açısından çalışmaların yeterli olmadığı ilaçlar şunlardır: Doksepin, Dapson, Hidroksiklorokin, Metotreksat, Takrolimus, Mikofenolat Mofetil, Rituxumab ve IVIG tedavisi (48).

2013 yılına ait Avrupa KSÜ tedavi kılavuzunda, Türkiye kılavuzuna paralellik gösterse de minör farklılıklar mevcuttur. Bunlar arasında Türkiye kılavuzu tam doz antihistaminik tedavisininin etkisiz olduğu durumlarda bir başka antihistaminik ilaca geçilmesini önerirken, Avrupa kılavuzu başka antihistaminik ilaç yerine LTRA tipi ilaçlara geçişi önermektedir. Türkiye kılavuzu ise LTRA ilaçlarını uygun görülen her iki basamaktaki uygun hastalara önermektedir. Yine Avrupa kılavuzu Omalizumab’ı diğer son basamak ilaçları ile ayırmamışken, Türk kılavuzu önce Omalizumab’ı 24 hafta sonra etkisiz olması durumunda diğer son basamak ilaçları önermektedir (18, 39)

Tablo 3. Kronik Ürtiker Tedavisinde Kullanılan Antihistaminiklerin Dozları (41)

İlaç	Erişkin	Çocuk
Difenhidramin	25-50 mg/doz günde 3-4 defa, PO, IV, en fazla: 400 mg/gün	5 mg/kg/gün, 3-4 dozda, en fazla: 300 mg/gün
Hidroksizin	25-50 mg/doz günde 3-4 defa, en fazla: 300 mg/gün	PO: 0,6 mg/kg/doz, 4 dozda, İM: 0,5-1 mg/kg/doz, 4 dozda.
Doksapin	10-150 mg/gün, PO, 1-3 dozda	>12 yaş: 10-50 mg/gün, PO, 1-3 dozda, en fazla: 100 mg/gün
Siproheptadin	2-4 mg/doz, PO, 3 dozda	2-6 yaş: 2 mg/doz, PO, 3 dozda 7-17 yaş: 2-4 mg/doz, PO, 3 dozda
Setrizin	5-10 mg PO, tek doz	<30 kg: 5 mg, tek doz >30 kg: 10 mg, tek doz
Loratadin	10 mg PO, tek doz	2-5 yaş: 5 mg PO, tek doz >6 yaş: 10 mg PO, tek doz
Desloratidin	5 mg PO, tek doz	>12 yaş: 5 mg PO, tek doz
Levositrizin	5 mg PO, tek doz	6-12 yaş: 2,5 mg PO, tek doz >12 yaş: 5 mg PO, tek doz
Feksofenadin	60 mg PO, doz, 2 dozda	6-11 yaş: 30 mg PO, doz, 2 dozda >11 yaş: 60 mg PO, doz, 2 dozda
Ranitidin	150 mg/doz, 2 dozda	1,5-2 mg/kg, doz, PO 2 dozda

2.3. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, genel bir iyilik hali olmasının yanında bir çeşit memnuniyeti simgelemektedir (48). Yaşam kalitesinin uluslararası bir tanımı olmamasına rağmen yapılan çeşitli tanımlar bu kavramın farklı özellikleri hakkında bilgi edinmeyi sağlamaktadır. Kavramın tanımlanması, tanımlayan kişilerin geçmişe dönük yaşam birikimlerini yansıtmaktadır (49).

Yaşam kalitesi dört ana alanda oluşturulmaktadır:

- 1- Kişisel içsel alan (değerler, inançlar, arzular, kişisel hedefler ve sorunlarla başa çıkma gibi),
- 2- Kişisel sosyal alan (aile yapısı, gelir durumu, iş durumu ve toplumun tanıdığı olanaklar gibi),
- 3- Dışsal doğal çevre alanı (hava ve su kalitesi gibi),
- 4- Dışsal toplumsal çevre alanı (kültürel, sosyal ve dini kurumlar, toplumsal olanaklar, okul, sağlık hizmetleri, güvenlik, ulaşım ve alışveriş gibi) (50).

2.3.1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçümlerinin Tarihsel Gelişimi

Bireyin yaşamında kendisi için önemli olan alanlarda doyum ve mutluluğu, yaşam kalitesi olarak değerlendirilmektedir (51,52). Daha önceleri “yaşam doyumu” veya “öznel iyilik durumu” olarak bilinen kavram toplam yaşam kalitesi olarak adlandırılmaktaydı. Yaşam kalitesi sağlık kavramını içermektedir ancak bu kavramla sınırlı değildir. Yaşam kalitesinin özel bir formu olan “Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SYK)” kavramı fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda bireyin deneyimleri, inançları, beklentileri ve algılamalarından etkilenen sağlık algılarını içermektedir (53).

Sağlık durumunun değerlendirilmesinde fizik ve klinik muayenenin haricindeki günlük aktiviteler, kendine bakabilme ve aktif iş hayatında çalışabilme gibi sosyal etkenleri dikkate alan ölçeklerin ilk örneği 1947 yılında önerilen Karnofsky Performans Ölçeği'dir. Hastanın sağlık durumunu 0 (ölüm) ile 100 (hastalık belirtisi yok) arasında skorlayan ve klinisyen tarafından değerlendirilen bu basit ölçeğin arkasından izleyen yıllarda, fonksiyon yeterliliği ve günlük yaşam aktivitelerini

değerlendiren çok sayıda ölçek (örneğin Barthel İndeksi) geliştirilmiştir. Bu ilk ölçekler hâlen bazı kaynaklarda yaşam kalitesi ölçekleri olarak tanımlansalar da, şu anda kullanımda olan ölçekler ile karşılaştırıldığında sağlık durumunu bütünsel olarak değerlendirmekten uzaktırlar (54).

Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile) ya da Nottingham Sağlık Profili gibi sağlığı göreceli olarak daha bütünsel algılayan ve fiziksel fonksiyon görebilmenin yanı sıra stres, yaşamdan haz alma ve psikolojik bulguları da kapsayan ölçeklerin geliştirilip kullanılmaya başlanması 1970’li yılların sonlarına doğru olmuştur. Şu anda da yaygın olarak kullanılan Görsel Analog Ölçeği (Visual Analogue Scale–VAS), ilk defa 1976 yılında tanımlanmış ve meme kanseri hastalarında kullanılmıştır. Bu ölçek termometre benzeri dikey bir çizgi üzerinde “en iyi” ve “en kötü” olarak tanımlanan sağlık durumlarının göstermektedir. Hastalar kendi sağlık durumlarını bu ölçek üzerinde işaretlemektedirler (55).

Yukarıda söz edilen çalışmalar, sonraki yaşam kalitesi araştırmalarının temelini oluşturmuş, üretilen kuramsal modeller doğrultusunda çok sayıda yeni araştırma ölçeği önerilmiştir. Bunlar arasında yaşam kalitesini, bireyin yaşamdan beklentileri ile elde ettikleri arasındaki fark ile ilişkilendiren “Calman’ın beklenti modeli”, bireylerin yeterlilik ve gereksinimlerini karşılayabilme düzeyleri ile ilişkilendiren “gereksinim modeli” ve en önemlisi teorik dayanağını ‘karar alma teorisi’nden alan “tercihe-dayalı ölçekler” sayılabilir. Yeni geliştirilen yaşam kalitesi ölçeklerinin ortak özelliği, duygulanım, stres düzeyi, yüklenilen sosyal rol ve bilişsel fonksiyonlar gibi sağlığın öznel bileşenlerinin yoğunlukla dikkate alınması ve bunların fiziksel sağlıkla ilişkilendirilmesidir (55).

2.3.2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi İle İlgili Kavramlar

a. Sağlık durumu ve algılaması: Sağlık durumu biyolojik, fizyolojik veya işlevsel bozuklukları ve belirtileri dikkate alarak bireyin göreceli iyilik veya hastalık halidir. Sağlık algılaması (veya algılanan sağlık) bireyin sağlık durumundan etkilenen öznel değerlendirmedir (56). Bazı insanlar bir veya daha çok kronik hastalık nedeniyle sıkıntı çekerken kendilerini sağlıklı saymakta, bazıları ise nesnel bir hastalık belirtisi yokken kendilerini hasta algılamaktadırlar (57).

b. İşlevsel durum (Functional status): Bireyin temel gereksinimlerini karşılamak, her zamanki rolünü, sağlık ve iyilik halini sürdürmek için günlük işlevlerini yerine getirmedeki yeterliliğidir (58).

c. Ruhsal durum (Mood): Ruhsal durum uzun ve kısa süreli streslere (örneğin sağlık durumundaki değişiklikler) verilen duygusal yanıttır. Bireyin dünyaya karşı gösterdiği yüzü olarak tanımlanabilir (57).

d. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (Health-Related Quality of Life): SYK bireyin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur. Genel olarak SYK değerlendirilmesi, sağlıkla ilgili değişkenlerin (örneğin hastalık veya tedavi), genelde (genel SYK) veya belli bir hastalığı olanlarda (duruma özel SYK) önemli olan yaşam olaylarıyla ilişkisini yansıtmaya çalışmaktadır (59, 60). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlıkla doğrudan ya da dolaylı olarak ilgili birçok faktörü içine alan geniş bir kavramdır. Genel yaşam kalitesi kavramında olduğu gibi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi konusunda da kabul görmüş evrensel tek bir tanım bulunmamaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bileşenlerine (hastalık ya da sakatlığın olmayışı, bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik hali) ilk kez, 1948 Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Anayasası'nda yer alan sağlığın tanımı içinde rastlamaktayız. Daha sonraki yıllarda yapılan sağlıkla ilgili yaşam kalitesi tanımlamalarının hemen hepsinde bu bileşenler yer almaktadır (61, 62, 63).

2.3.3. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Önemi

İnsan yaşamına anlam veren değerlerin başında sağlık gelmektedir. Sağlık sektörü ve sağlık hizmetlerinin amacı ise, yaşama anlam katan bu değerlerin korunması ve geliştirilmesidir. Bireysel açıdan baktığımızda hastalara uygulanan tedavinin üç temel amacı bulunmaktadır: Uyguladığımız tıbbi girişimlerin sonucunda, hastalarımızın yaşam sürelerinin uzayacağına, ileride sağlık durumlarının bozulmasını önleyeceğimize ve onların kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlayacağına inanırız. Bu üç amaçtan ilk ikisine ne kadar ulaştığımızı ölçmek nispeten kolaydır. Ancak tıbbi girişimlerdeki amaçlarımıza bir bütün olarak baktığımızda bu tip bir değerlendirmenin eksik olacağı açıktır. Bu nedenle kişilerin bir hastalık nedeniyle ya da uygulanan tedavi sonrası kendilerini nasıl

hissettiklerinin, günlük yaşam aktivitelerini ne derece yapabildiklerinin de değerlendirilmesi gerekmektedir (64).

Özellikle son yıllarda batılı toplumların sağlık sistemlerinde hastaların da sağaltım seçiminde söz sahibi olması gerekliliği yönünde artan eğilim ve hasta gruplarının bu yöndeki yoğun baskısı hasta odaklı sağlık hizmetlerini gündeme getirmiştir. Sağlık hizmetlerinin sonuçlarının değerlendirilmesinde hastanın bakış açısını merkeze alma eğilimindeki bu yaklaşımda, yaşam kalitesi ölçümleri kullanılarak fonksiyonel kapasite, iyilik ve hoşnutluk bir arada değerlendirilmeye çalışılmaktadır (65).

Toplumda kronik hastalıkların giderek artmasına karşın, bu hastalara sunulan tedavi seçeneklerinin çoğunun tam iyileşmeden çok, bulguları hafifletici etkilerinin olması, ayrıca bazı hastalıklar için önerilen ve sınırlı yarar sağlayan tedavi yöntemlerinin (örneğin kemoterapi) olası toksik etkileri ile birlikte değerlendirilmesi zorunluluğu da son zamanlarda yaşam kalitesi çalışmalarına verilen önemin artmasına neden olmuştur (66).

2.3.4. Dermatolojide Yaşam Kalitesinin Tarihçesi

İlk olarak 1970 yılında Whitmore, deri hastalıklarının yaşam kalitesine olumsuz etkilerini tespit etmek amacıyla 21 sorudan oluşan standart bir test oluşturmuştur. “*American Medical Association*”, deri hastalıklarının tedavi gerekliliği ve günlük aktivitelerdeki sınırlanmaların değerlendirilmesiyle ilgili kriterler sunmuştur. Üç yıl sonra Robinson dermatolojide “yeti yitimi”ni ölçen bir sistem geliştirmiştir. Bu sistem, psikolog eşliğinde rehabilitasyon anketleri kullanılarak yapılması gerektiğinden, pratik anlamda kullanılması güç olmuştur. Dermatolojide yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmaların sayıları son yıllarda giderek artmaktadır (67).

2.3.5. Dermatolojiye Özgü Testler

Dermatolojiye özgü testler, tüm dermatoloji hastalıklarında kullanılabilir, deri hastalıklarının sonuçlarının değerlendirilebileceği, standardizasyon sağlayan testlerdir. Çok sayıda deri hastalığı bulunması nedeniyle, her hastalığa spesifik bir

test geliştirmek ve güvenilir olmasını sağlamak mümkün değildir. Deri hastalıkları günlük hayat üzerinde yeterince etkiye sahip olup, büyük kısmına tek yaşam kalite yöntemi kullanılır. Bu durum, hastalıklar açısından karşılaştırmanın yapılmasını sağlaması bakımından da önemlidir (68, 69, 70, 71).

a) Dermatolojide Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) (DLQI= Dermatology Life Quality Index)

Dermatolojiye özgü testler içerisinde en önemli ve yaygın olarak kullanılanı Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi (DLQI= Dermatology Life Quality Index) dir. DYKİ; basit, kısa, anlaşılır, hastalara yönelik bir anket formu olup, günlük rutin klinik çalışmalarda kullanılabilir. DYKİ; semptomlar, hastanın hissettikleri, günlük aktivite, boş zamanını değerlendirme, okul/iş hayatı, kişisel ilişkiler, tedavi temeline dayandırılarak dizayn edilmiş olup, 4 muhtemel cevabın olduğu toplam 10 soru içermektedir. Genel olarak hastalığın son bir hafta içinde sosyal, fiziksel aktivasyonları etkileme yönü anlaşılmaya çalışılmıştır (68, 69, 70, 72).

Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ); dermatoloji kliniklerinde yatan hastalara, tedavi sonrası değişiklikleri tespit etmek amacıyla, bazal hücreli kanser cerrahisi sonrasında, oral retinoid tedavisi gören akne hastalarında kullanılıyordu (73).

Bir çok yaşam kalite testleri gibi DYKİ' de İngilizler tarafından geliştirilmiş, Fransızca, Almanca, İtalyanca, İspanyolca, Türkçe, Danka, Fince gibi pek çok dile çevrilmiştir. Yapılan alışmalar bu dillerde de testin geçerli ve güvenilir olduğunu göstermiştir (70, 72). DYKİ' nin İspanyolca evirisinin doğruluk, güvenilirlik ve sensitivitesi ile ilgili olarak yapılan çalışmaya; 246 atopik ekzama ve psoriasis hastasının oluşturduğu bir grup ile kontrol grubu alınmıştır. NSP (Nottingham Sağlık Profili'nin kullanıldığı çalışmada; İspanyolca evirinin, İngilizce DYKİ kadar hassas ve güvenilir olduğu grlmştir (75).

Güney Afrika'da Cape Town kasabasında, DYKİ farklı etnik ve sosyal gruba uygulanmış; gelişmekte olan ülkelerde, batıdakine benzer Şekilde deri hastalığının yaşam kalitesini etkilediği gösterilmiştir. Sonuç olarak, Batı'da geliştirilen DYKİ'

nin güvenilirliği, doğruluğu, gelişen ülkelerin kültürlerinde de adapte edilerek kullanılabilir (76).

Pratik kullanımda yararlı olabilmesi için, yaşam kalite testlerinin klinisyen ve hasta arasındaki uyumu yansıtması gerekmektedir. Spesifik hastalık ne olursa olsun, klinik pratikte konsensusa ulaşma, morbiditenin genel değerlendirilmesini mümkün kılar. Tam kürün sağlanamadığı noktada; müdahalenin, tedavinin uygunluğunun ve sonuçlarının değerlendirilmesi için kullanılacak en önemli faktör hasta-doktor konsensusudur. Wulf ve arkadaşlarının 51 yatan ve poliklinik dermatoloji hastasında DYKİ kullanarak yaptığı bu konuyla ilgili çalışmada; DYKİ ile klinisyenin skorları arasında anlamlı korelasyon tespit edilmiş olup, DYKİ'nin yaşam kalitesini ve morbiditeyi belirlemede kullanılabileceğini göstermiştir. Gözlenen ve ideal arasındaki farklar ise daha selim ve sessiz seyir gösteren hastalıkların etkilerinin, hasta tarafından büyütülmesinden ya da agresif seyirli, malign hastalıkların klinisyen tarafından önemsenmemesinden kaynaklanmaktadır. Klinisyenin, hastalığın biyolojik özelliklerini bilmesi ve prognozu değerlendirebilmesi buna neden olan en önemli faktördür (77).

İngiltere'de deri problemlerinin %75'inin primer sağlık ünitelerinde gerçekleştirildiği düşüldüğünde, hastaların genellikle pratisyen hekimler tarafından değerlendirildiği ortaya çıkar. Oysaki deri hastalıklarının yaşam kalitesine etkileri ilgili çalışmalar, ağırlıklı olarak hastanelerin dermatoloji kliniklerinde yapılmaktadır. DYKİ primer sağlık ünitelerinde de kolayca kullanılabilmiştir ve ortaya çıkan sonuçlar; dermatoloji kliniklerindeki benzer olup, yeti yitimi ve hastalıktan etkilenim her iki grupta da birbirine yakındır. Bu bağlamda, DYKİ hastaların problem ve duygularını ortaya koymalarını sağlaması ve pratisyen hekimleri bu durum hakkında bilinçlendirmesi açısından da önem taşımaktadır (78).

DYKİ'nin dermatolojideki hastalıklarda kullanımı ile ilgili pek çok çalışma bulunmaktadır. Deri hastalıklarının hastalar açısından yarattığı en önemli korkuları bilmek, doğru yaklaşımı tespit edebilmek açısından önemlidir. Psoriasis ve ekzema hastalarının ortaya koyduğu ana sorun; deri hastalığından kaynaklanan utanma, tedavi olmak yerine tamamen iyileşme isteği ve kullanılan steroidlerin uzun dönemdeki yan etkisidir. Primer sağlık ünitelerinde, dermatoloji eğitimi almış

hemşireler tarafından dört hafta süresince kontrol altında tutulan bu gruptaki hastaların, %20'si klinikten yarar gördüğünü ifade etmiştir. DYKİ'deki azalma, anket hastalar tarafından doldurulduğunda %25 saptanmış olup, hekimler tarafından elde edilen yaşam kalitesindeki % 32' lik iyileşme ile birbirine yakındır (79). Ayrıca bu tezde kullanılan testlerden biri de DYKİ 'dir.

b) Boş Zaman Değerlendirme (Leisure)

Bu anket; dokuz sorudan oluşmuştur ve deri hastalıklarının son üç ay içinde, farklı sosyal aktiviteler üzerindeki etkilerini tespit etmek amacıyla dizayn edilen, skorlama sistemi olmayan bir yöntemdir (70).

c) Deri Hastalıklarının Etki Skalası (IMPACT= Impact Of Skin Disease Scale)

Deri hastalıklarının etki skalası dermatoloji kliniğine başvuran hastaların morbiditesini sınıflamak amaçlı kullanılmaktadır. Deri hastalığının başlamasından itibaren olan tüm değişiklikler için bir pozitif skor verilir (70).

d) Dermatoloji Spesifik Yaşam Kalite (DSYK) (DSQL= Dermatology Specific Quality of Life)

DSYK (= Dermatoloji Spesifik Yaşam Kalite) klinik araştırma ve gözlemlerde kullanılabilecek basit ve anlaşılır bir test olup; fiziksel semptomlar ve somatik yakınmalar, günlük aktiviteler (fonksiyonel statü, kişisel bakım...) sosyal aktiviteler, okul veya iş hayatı, kendi durumunun farkında olmak şeklinde beş temel ögeyi kapsar (73).

DSYK 43 sorudan oluşan bu test, her biri dokuz soru içeren SF-36'ya ait iki skala içerir. Yaşamın fiziksel, emosyonel ve sosyal boyutlarıyla ilgilidir, özellikle akne ve kontakt dermatit için kullanılmıştır (74).

e) Dermatolojide Yaşam Kalite Skalası (DYKS) (DQOLS= Dermatology Quality of Life Scale)

Dermatolojide Yaşam Kalite Skalası (DYKS) psikososyal boyutta 17 soru, fiziksel aktivite ile ilgili 12 ve semptomların şiddetini saptayabilmek amacıyla hazırlanmış 12 soruyu içeren bir anket formudur (74).

f) İngiltere Hastalık Etki Profili (UKSIP= UK Sickness Impact Profile)

1996 yılında oluşturulmuş bu anket formu, yaşam kalitesinin 12 farklı boyutunu (uyku, beslenme, iş, ev hayatı, hobiler ve eğlence, hareketlilik, hareket kolaylığı, kişisel hijyen, ve günlük bakım, sosyal hayat, canlılık derecesi, emosyonel durum ve iletişim) inceleyen 136 sorudan oluşmuştur. Anket skoru psoriasisli bir grup hastada 9.9, atopik dermatitli bir grup hastada 6.4 ve akneli hastalarda 5.6 bulunmuş olup, kontrol grubundaki skor ise 0.45 idi (74).

g) Deri Hastalıklarına Bağlı Sıkıntıyı Değerlendirme Skalası (BASC= Bother Assesment in Skin Condition Scale)

Bu skala; dermatolojik hastalığın, hasta üzerinde ne kadar sıkıntı yarattığını ölçmek amacıyla ile geliştirilmiş bir testtir (74).

h) Deri İndeksi (SKINDEX)

Deri hastalıklarının yaşam kalitesine etkileri değerlendirilirken kavramsal bir şablon oluşturulmuştur. Bu şablon; psikososyal ve fiziksel etkilenim olarak iki ana öge altında beş farklı boyutta incelenir. Psikososyal etkilenim; düşümsel, ruhsal, sosyal olarak, fiziksel etkilenim ise fiziksel rahatsızlık ve fonksiyonel kısıtlama şeklinde alt gruplara ayrılabilir. Ruhsal boyut; depresyon, korku, utanma ve öfke gibi duygulanım bozukluklarını kapsamaktadır (78). Deri indeksi bu öğeleri kapsayan 61 farklı bölüm ve sekiz skaladan oluşmuş, hastaların kendilerinin yanıtladığı bir testtir (80, 75).

Farklı hastalık grupları arasında karşılaştırma yapmak ve hastadaki deri hastalığı ile ilgili değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan farklılıkları ölçmek üzere iki amaçlı kullanılmaktadır. Anket, daha sonra yeniden düzenlenerek 29 farklı bölümden oluşacak şekilde sadeleştirilmiştir. Testin geçerliliği ve doğruluğu korunarak, daha kısa sürede, daha fazla sayıda hastaya uygulanacak şekilde hazırlanmıştır. Hasta grupları arasındaki farklılıkları tespit ve yaşam kalitesindeki değişiklikleri saptama özellikleri de geliştirilmiştir (81).

i) Dermatolojide Yaşam Kalitesi (VQ- Dermato)

Dermatolojide yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar; güvenilirliği, doğruluğu ve sensitivitesi korunarak farklı kültürel ortamlarda kullanılabilmesine rağmen, çoğu kez kültürel adaptasyon gerektirir. Bu yüzden, alternatif olarak 1994 yılında Fransa'da yapıldığı gibi kültür ve dile özgü yeni bir yöntem geliştirilebilir. Bu anket, bu amaçla geliştirilmiş; 28 soru ve 7 farklı temadan oluşan anket formudur. Yetişkinlerdeki kronik deri hastalıklarına yönelik hazırlanmış; DYKİ (Dermatolojide Yaşam Kalite İndeksi) ve DYKS (Dermatolojide Yaşam Kalite Skalası) gibi hastalardan fikir alınarak hazırlanmış bu testin 2. yarısı ise klinisyenin düşüncelerini değerlendirir (67).

2.3.6. Dermatolojik Hastalıklara Özgü Testler

a) Akneye Özgü Testler

Acne Disability Index (ADI) (82),

Cardiff Acne Disability Index (CADI) (83),

Assessment of the Psychological and Social Effects of Acne (APSEA) (84),

Acne Quality of Life Scale (AQLS) (85),

Acne Specific Quality of Life Questionnaire (Acne-QoL) (86).

b) Psoriasis Özgü Testler

Psoriasis Disability Index (PDI) (87),

Psoriasis Life Stress Inventory (PLSI) (88),

Psoriasis Index of Quality of Life (PSORIQoL) (89),

Psoriasis-Related Stressor Scale (PRSS) (90),

Salford Psoriasis Index (SPI) (91),

Psoriasis Family Index (92).

c) Ekzama/Atopik Dermatite Özgü Testler

Eczema Disability Index (EDI) (93, 94),

Atopic Dermatitis Disability Index (ADDI) (95),

Quality of Life Index for Atopic Dermatitis (QoLIAD) (96),

Infant's Dermatitis Quality of Life Index (IDQOL) (97),

Dermatitis Family Impact Questionnaire (DFIQ) (98),

Parent's Index of Quality of Life in Atopic Dermatitis (PIQoL-AD) (99).

d) Kronik Ürtikere Özgü Test

Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire-CUQ2oL (100). Likert ölçüsünde (0-4 Puan) 25 sorunun olduğu testte maksimum puan 100 olmakla beraber, hayat kalitesi düşükçe skor yükselmektedir.

e) Alopesiye Özgü Test

Women's Androgenetic Alopecia Quality of Life Questionnaire-WAA-QOL (101).

f) Melazmaya Özgü Test

Melasma Quality of Life Scale-MELASQOL (102, 103)

g) Onikomikoza Özgü Testler

Onychomycosis-specific QOL (NailQoL) (104). OnyCOE-t (105).

h) Rekürren Genital Herpese Özgü Test

Recurrent Genital Herpes Quality of Life Questionnaire-RGHQoL (106)

i) Pruritusa Özgü Test

Itchy Quality of Life (107)

j) HIV ile İnfekte Hastalardaki Deri Hastalıkları

HIV-DERMDEX (108)

k) Oral Mukoza Hastalıkları İçin Geliştirilen Test

Oral Health Impact Profile-OHIP-14 (109)

2.3.7. Dermatolojide Yaşam Kalitesi ile İlgili Yöntemlerin Kullanım Alanları

Dermatolojide yaşam kalitesini saptamaya yönelik geliştirilmiş yöntemler sıklıkla belli alanlarda kullanılır:

1) Sağlık Ekonomisi: Mediko-ekonomik değerlendirme; medikal tedavinin etkileri kantitatif (etki ve tolerans) ve kalitatif (yaşam kalitesi) yönünden incelenerek yapılır ve kaynak tüketimiyle ilişkisine bakılır. Deri hastalıkları çok yaygın olmasına rağmen, sadece klinik şiddetiyle orantılı yapılan çalışmalar topluma getirdiği yükün hafife alınmasına neden olur (74, 75, 110).

2) Klinik Araştırma Çalışmaları: Klinik araştırma çalışmalarında kullanımı; hastalıkların yaşam kalitesi üzerine etkisi de değerlendirilerek, terapötik yaklaşımların kalitatif tamamlayıcısı olmakta ve her geçen gün kullanımı artmaktadır. Yeni tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi ve etkisinin doğrulanmasında kullanılır (74,110).

3) Klinik Değerlendirme Çalışmaları: Pek çok dermatolog hastaların durumu ve hastalığın hastalar üzerindeki etkilerinin farkında oldukları düşüncesinde olsalar da, bu her zaman doğru değildir. Bu nedenle tedavi ile ilgili kararlar alınırken mümkün olduğu kadar hastanın bakış açısı ve tercihleri göz önüne alınmalıdır. Hekim tarafından basit olarak algılanan hastalıklar, hastanın hayatında çok etkili olabilir (Örneğin genital herpes enfeksiyonu). Öte yandan ciddi bazı hastalıklar, yaşam kalitesinde akut etkiler yapmaz. Sonuç olarak terapötik stratejiyi belirlemek için, hekimin hastanın durumunu anlaması gerekir. Örneğin, randomize yapılmış bir çalışmada; kısa süreli kontakt ditranol tedavisi ile günde 2 kez uygulanan kalsipotriol karşılaştırıldığında, kalsipotriol kullanan hastaların PDI'nde (Psoriasis Yeti Yitimi İndeksi) daha belirgin bir azalma olmuştur. İki tedavinin etkileri birbirine benzer olmasına rağmen, ortaya çıkan bu sonu muhtemelen kalsipotriolün daha kolay kullanıma sahip olmasından kaynaklanmaktadır (74, 110).

4) Hastanın Gereksinimlerine Yanıt Verebilme: Yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar, hastaların karşılanamayan gereksinimlerinin anlaşılması ve öncelikli konuların belirlenmesi açısından önem taşır. Tedavi edilemeyen sadece kontrol altına alınabilen çok sayıda inflamatuvar deri hastalığı bulunmaktadır. Kürün olmadığı durumda, hasta en azından hastalıktan yaşamının etkilenmemesini amaçlar. Bu bağlamda sadece önerdiğimiz tedavilerin bile zaman zaman hastaya yük bindirdiği unutulmamalıdır (74).

5) Denetleme: Bir klinik servisin denetlenmesi için kullanılacak en kolay yöntem dermatolojiye ya da hastalığa spesifik yöntemlerdir (70).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

“Kronik Ürtiker Hastalarında Tedavi ile Yaşam Kalitesi Değişimi” isimli çalışmamızda Kronik Ürtiker’in rutin tedavisinde hastaların yaşam kalitesinin nasıl değiştiği incelenecektir.

Bu çalışmamızda İstanbul Bilim Üniversitesi’nin Etik Kurulu’nun 2017/61-03 sayılı etik kurul onayı ile yapılmıştır. Çalışmaya katılan her gönüllü bireyden yazılı onamlar alınmıştır.

Hasta Seçimi:

Çalışmaya Şişli Florence Nightangale Hastanesine 2017 yılı içerisinde başvuran 18-65 yaş arasında, genetik ve ya kronik hastalığı başka bir ciddi hastalığı olmayan, fizik muayeneleri tarafımızca ayrıntılı olarak yapılan kronik ürtiker hastaları dahil edilmiştir.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

1. Fizik bakı ve öykü ile kanıtlanmış kronik ürtiker hastası olmak
2. 18 yaşından büyük, 65 yaşından küçük olmak
3. Ürtiker dışında ciddi bir ek hastalığının olmamak

Çalışma Dışı Tutulma Kriterleri

1. 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olması
2. Kronik Ürtiker dışında ciddi kronik hastalık olması
3. Gebelik
4. Emzirme
5. Ürtiker tedavisi için kortikosteroid ya da siklosporin kullanması

Kronik ürtiker hastaları arasında homojenliği sağlamak için sadece kronik ürtiker ve anjiödemli hastalar gözleme alınmış; Kronik indüklenbilir ürtiker

hastaları ve ürtikersiz anjioödem hastaları değerlendirme dışı tutulmuştur. Yine tedavide alan hastalarda homojenliği sağlamak için 4 farklı 2. Jenerasyon antihistaminik ilacı (Levosetrizin, Rupatidin, Ebastin, Desloratidin) tam doz (4x1) alan hastalar ile omalizumab tedavisini 300 mg/gün alan hastalar değerlendirilmiş ve 8 hafta boyunca takip edilmiştir.

Kullanılan Ölçekler:

a) Dermatolojide Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) (DLQI= Dermatology Life Quality Index) : Basit, kısa, anlaşılır, hastalara yönelik bir anket formu olup, günlük rutin klinik çalışmalarda kullanılabilir. DYKİ; semptomlar, hastanın hissettikleri, günlük aktivite, boş zamanını değerlendirme, okul/iş hayatı, kişisel ilişkiler, tedavi temeline dayandırılarak dizayn edilmiş olup, 4 muhtemel cevabın olduğu toplam 10 soru içermektedir. Genel olarak hastalığın son bir hafta içinde sosyal, fiziksel aktivasyonları etkileme yönü anlaşılmaya çalışılmıştır (68, 69, 70, 72).

b) Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire-CUQoL (100). Likert ölçüsünde (0-4 Puan) 25 sorunun olduğu testte maksimum puan 100 olmakla beraber, hayat kalitesi düştükçe skor yükselmektedir.

Araştırma Protokolü:

1. Hastanın sözel olarak bilgilendirilmesi ve sözel onamının alınması
2. Hastanın yazılı onamının alınması
3. Hastanın kişisel ve demografik bilgilerini toplamak; hastalığı ve tedavisi ile ilgili bilgilerin toplanması
4. CU-Q2oI ve DYKI anketlerinin doldurulması
5. Hastanın düzenlenen kronik ürtiker tedavisi ile yaşam kalitelerinin 8 hafta sonunda ne kadar değiştiğini ölçmek için tekrar CU-Q2oI ve DYKI anketlerinin uygulanması.
6. Toplanan anketler ilgili istatistiksel metodlar ile değerlendirilmesi

7. Elde edilen veriler ve analizler ile kronik ürtiker tedavisinde kullanılan ilaçların CU-Q2oI ve DYKI üzerindeki etkilerinin bulunması

İstatistiksel Analiz:

Bu çalışmada elde edilecek veriler şunlardır:

1. Hastalar ile ilgili demografik veriler
2. Hastaların ürtiker dışındaki hastalık-alerji-ilaç kullanım öyküsü varlığı ve aile öyküsü gibi veriler
3. Hastaların tedavi sırasında aldığı ilaçlar ve ilk andaki CU-Q2oI ve DYKI verileri
4. Hastaların tedavi sonrasında alınan tedavinin etkinliğini görmek için tekrar değerlendirilmiş CU-Q2oI ve DYKI verileri
5. Hastaların tedavi sonucu CU-Q2oI ve DYKI değerlerinin çeşitli ilaç gruplarına göre değişimi
6. Hastaların alerji ve aile hikayelerinin hastalıkla ilişkilendirilebilir olup olmadığı

gibi farklı veriler ve analizler incelenecektir.

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin grup içi karşılaştırmalarında da Wilcoxon Signed Ranks test kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin incelenmesinde Spearman's Korelasyon Analizi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Çalışma Şişli Florence Nightangale Hastanesi, Dermatoloji Kliniği'nde %60,5'i (n=46) kadın, %39,5'i (n=30) erkek toplam 76 olgu ile gerçekleştirilmiştir. Olguların yaşları 18 ile 68 arasında değişmekte olup, ortalama $38,78 \pm 13,47$ yıldır. Çalışmaya katılan olguların özellikleri Tablo-4'de özetlenmiştir (Tablo-4).

Tablo 4. Demografik Özelliklerin Dağılımları

Yaş (yıl)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	18-68 (37)
	<i>Ort±Ss</i>	38,78±13,47
Cinsiyet; n (%)	Kadın	46 (60,5)
	Erkek	30 (39,5)
Eğitim durumu; n (%)	Eğitimsiz	2 (2,6)
	İlkokul	31 (40,8)
	Ortaokul	5 (6,6)
	Lise	18 (23,7)
	Üniversite	18 (23,7)
	Yüksek lisans	2 (2,6)
Meslek; n (%)	Çalışıyor	39 (51,3)
	Emekli	12 (15,8)
	Ev hanımı	15 (19,7)
	İşsiz	2 (2,6)
	Öğrenci	8 (10,5)

Eğitim durumları incelendiğinde; eğitimsiz olgu oranı %2,6 (n=2), ilkokul mezunu oranı %40,8 (n=31), ortaokul mezunu oranı %6,6 (n=5), lise mezunu oranı %23,7 (n=18), üniversite mezunu oranı %23,7 (n=18) ve yüksek lisans mezunu oranı %2,6 (n=2) saptanmıştır.

Olguların %51,3'ü (n=39) çalışırken; %15,8'i (n=12) emekli, %19,7'si (n=15) ev hanımı, %2,6'sı (n=2) işsiz ve %10,5'i (n=8) öğrencidir.

Tablo 5. Hastalık Özelliklerine İlişkin Dağılımlar

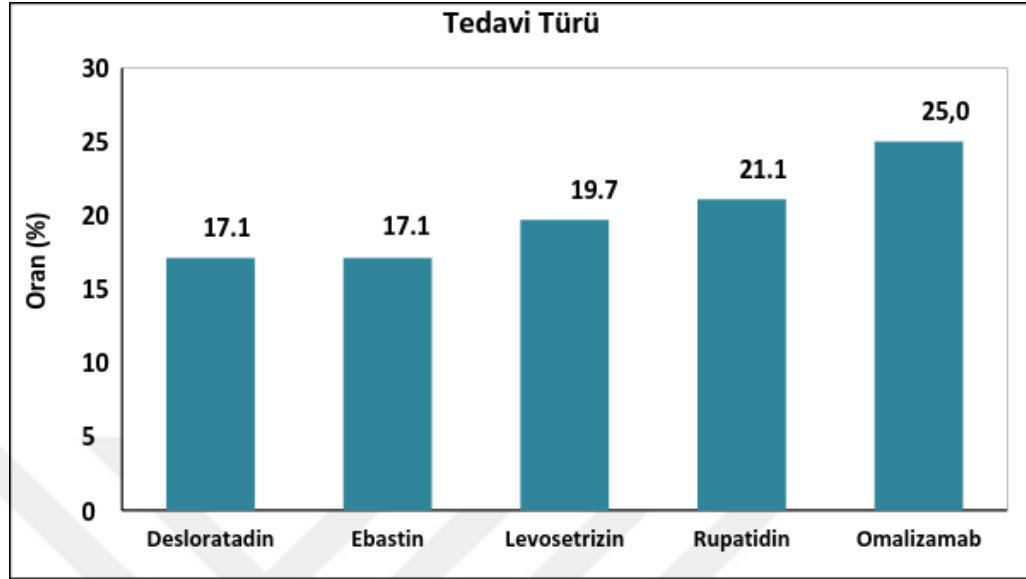
Alerji öyküsü; n (%)	Yok	55 (72,4)
	Var	21 (27,6)
Ek hastalık; n (%)	Yok	52 (68,4)
	Var	24 (31,6)
İlaç kullanma öyküsü; n (%)	Yok	51 (67,1)
	Var	25 (32,9)
Aile öyküsü; n (%)	Yok	53 (69,7)
	Var	23 (30,3)
İlk tanı zamanı (yıl)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0,08-30 (0,87)
	<i>Ort±Ss</i>	2,96±4,84
Kullanılan tedavi türü; n (%)	Desloratadin	13 (17,1)
	Ebastin	13 (17,1)
	Levosetrizin	15 (19,7)
	Rupatidin	16 (21,1)
	Omalizamab	19 (25,0)

Olguların %27,6'sında (n=21) alerji öyküsü, %31,6'sında (n=24) ek hastalık, %32,9'unda (n=25) ilaç kullanma öyküsü ve %30,3'ünde (n=23) aile öyküsü saptanmıştır. Olguların hastalığı üzerine genel bilgiler Tablo-5' de verilmiştir (Tablo-5).

İlk tanı zamanları 0,08 ile 30 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 2,96±4,84 yıldır.

Kullanılan tedavi türleri incelendiğinde; Desloratadin uygulama oranı %17,1 (n=13) Ebastin uygulama oranı %17,1 (n=13), Levosetrizin uygulama oranı %19,7 (n=15), Rupatidin uygulama oranı %21,1 (n=16) ve Omalizamab uygulama oranı

%25,0 (n=19) saptanmıştır. Olguların kullandıkları antihistaminik ilaçlara göre dağılımı Şekil-1’de verilmiştir (Şekil-1).



Şekil 1. Tedavi türlerinin dağılımları

Antihistaminik = Levosetrazin, Ebastin, Desloratidin ve Rupatidin
İlaç = Omalizumab

Tablo 6. Tedavi Gruplarına Göre Hastalık Özelliklerinin Değerlendirmesi

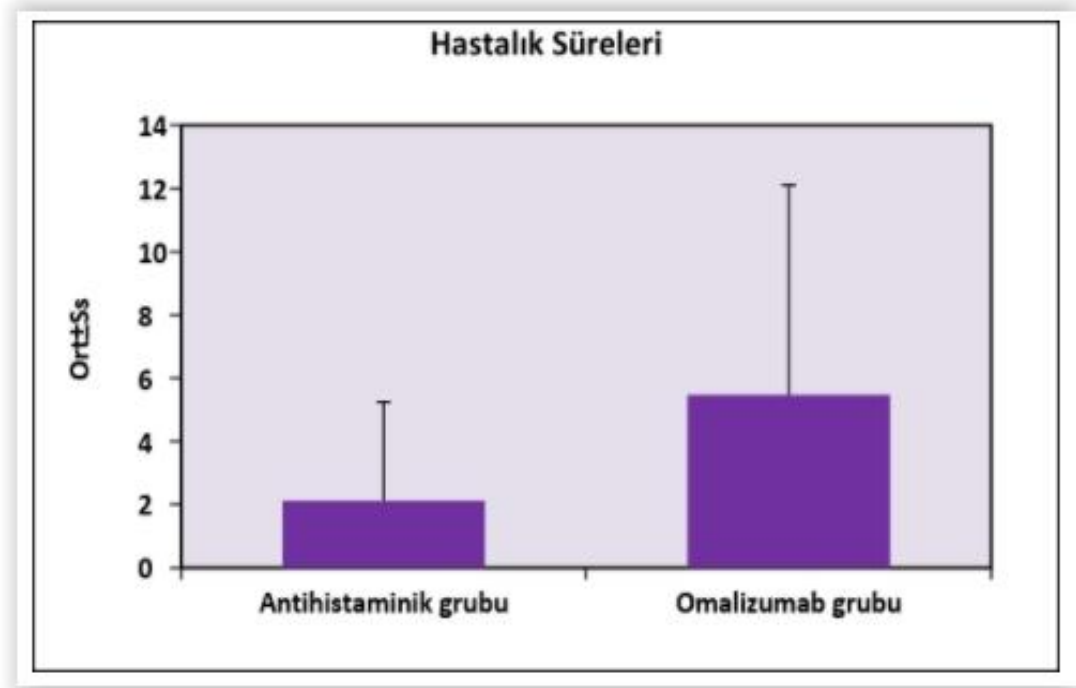
		Tedavi grupları		P
		Antihistaminik (n=57)	Omalizumab (n=19)	
Alerji öyküsü; n (%)	Yok	39 (68,4)	16 (84,2)	^b 0,183
	Var	18 (31,6)	3 (15,8)	
Ek hastalık; n (%)	Yok	39 (68,4)	13 (68,4)	^b 1,000
	Var	18 (31,6)	6 (31,6)	
İlaç kullanma öyküsü; n (%)	Yok	35 (61,4)	16 (84,2)	^b 0,067
	Var	22 (38,6)	3 (15,8)	
Aile öyküsü; n (%)	Yok	41 (71,9)	12 (63,2)	^b 0,471
	Var	16 (28,1)	7 (36,8)	
İlk tanı zamanı (yıl)	Min-Mak (Medyan)	0,1-13 (0,8)	0,2-30 (2)	^c 0,029*
	Ort±Ss	2,13±3,13	5,47±7,64	

Alerji öyküsü ve ek hastalık varlığına göre tedavi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Omalizumab kullanma öyküsüne göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken; antihistaminik tedavisi uygulanan grupta ilaç öyküsü oranının yüksek olması dikkat çekicidir ($p=0,067$; $p>0,05$).

Aile öyküsüne göre tedavi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Tedavi gruplarına göre genel değerlendirme Tablo-6'da gösterilmiştir (Tablo-6).

Tedavi gruplarına göre ilk tanı zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış; Omalizumab uygulanan grubun hastalık süreleri, anti-histaminik uygulanan gruptan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,029$; $p<0,05$). Hastalık süreleri Şekil-2'deki grafikte gösterilmiştir (Şekil-2).



Şekil 2. Tedavi gruplarına göre hastalık sürelerinin dağılımları

Tablo 7. Tedavi Gruplarına Göre DLQI Ölçümlerinin Değerlendirmesi

		Tedavi grupları		^c <i>p</i>
		Antihistaminik (n=57)	Omalizumab (n=19)	
İlk DLQI	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	1-24 (9)	2-26 (16)	0,001**
	<i>Ort±Ss</i>	10,37±6,55	16,00±5,64	
2.ay DLQI	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-19 (3)	0-10 (3)	0,721
	<i>Ort±Ss</i>	4,86±5,29	4,21±3,07	
		^d <i>p</i> 0,001**	0,001**	
Fark (2.ay-İlk)	<i>Min/Mak (Medyan)</i>	-17/-1 (-5)	-23/-1 (-10)	0,001**
	<i>Ort±Ss</i>	-5,51±4,06	-11,79±5,53	

^cMann Whitney U Test ^dWilcoxon Signed Ranks Test ***p*<0,01

Omalizumab uygulanan grubun ilk DLQI ölçümleri antihistaminik uygulanan grup ölçümlerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

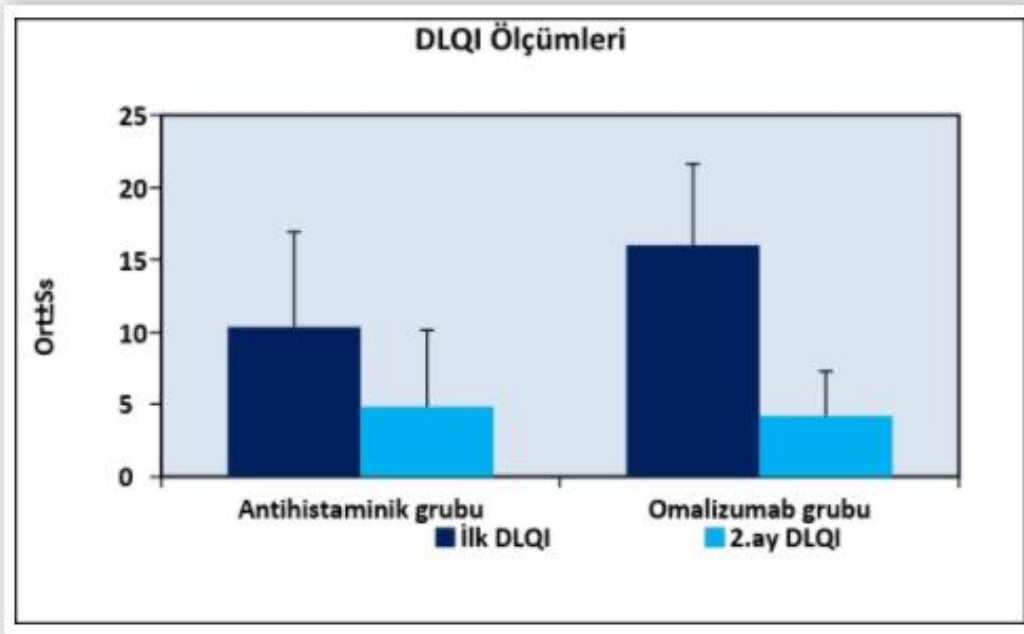
Gruplara göre 2.ay DLQI ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Antihistaminik uygulanan grupta; ilk ölçümlere göre 2.ay ölçümlerindeki ortalama 5,51 birimlik düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

Omalizumab uygulanan grupta; ilk ölçümlere göre 2.ay ölçümlerindeki ortalama 11,79 birimlik düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

Omalizumab uygulanan grubun ilk ölçümlere göre 2.ay ölçümlerindeki değişimleri, antihistaminik uygulanan grup değişimlerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Omalizumab ve Anti

histaminik kullanan gruplar arasındaki detaylı bilgiler Tablo-7’de DLQI ölçüm değişimi Şekil-3’de verilmiştir (Tablo-7, Şekil-3)



Şekil 3. Tedavi gruplarına göre DLQI ölçümlerinin dağılımları

Tablo 8. Tedavi Gruplarına Göre CUQ2ol Ölçümlerinin Değerlendirmesi

		Tedavi grupları		^c p
		Antihistaminik (n=57)	Omalizumab (n=19)	
İlk CUQ2ol	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	26-103 (48)	45-114 (84)	0,001**
	<i>Ort±Ss</i>	56,98±23,17	80,21±19,14	
2.ay CUQ2ol	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	23-94 (33)	23-70 (33)	0,990
	<i>Ort±Ss</i>	38,42±16,77	35,05±11,21	
		^d p	0,001**	0,001**
Fark (2.ay-İlk)	<i>Min/Mak (Medyan)</i>	-80-10 (-15)	-73/-15 (-47)	0,001**
	<i>Ort±Ss</i>	-18,56±16,35	-45,16±18,57	

^cMann Whitney U Test

^dWilcoxon Signed Ranks Test

**p<0,01

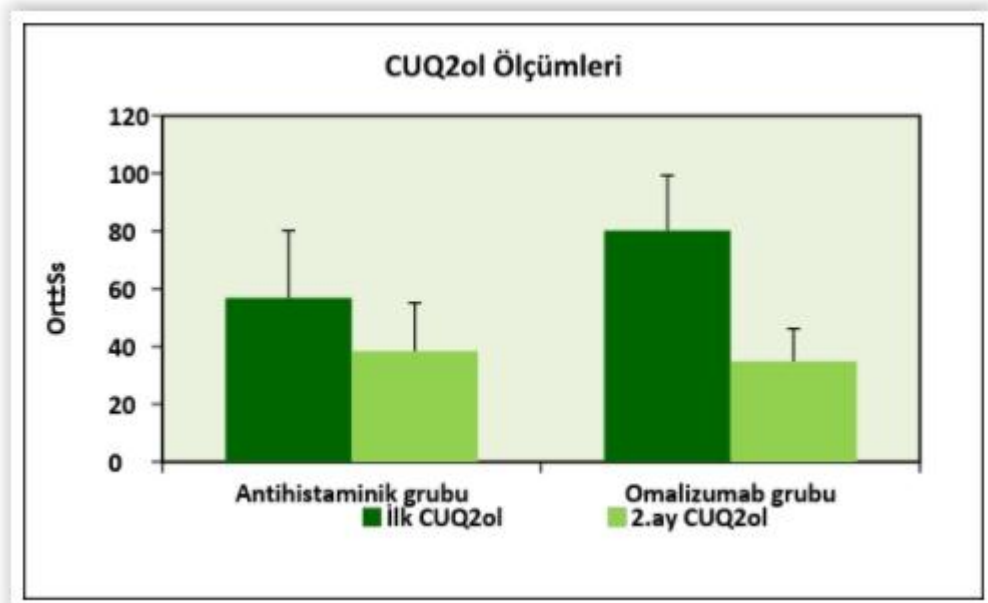
Omalizumab uygulanan grubun ilk CUQ2ol ölçümleri antihistaminik uygulanan grup ölçümlerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Gruplara göre 2.ay CUQ2ol ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Antihistaminik uygulanan grupta; ilk ölçümlere göre 2.ay ölçümlerindeki ortalama 18,56 birimlik düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

Omalizumab uygulanan grupta; ilk ölçümlere göre 2.ay ölçümlerindeki ortalama 45,16 birimlik düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

Omalizumab uygulanan grubun ilk ölçümlere göre 2.ay ölçümlerindeki değişimleri, antihistaminik uygulanan grup değişimlerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Omalizumab ve Anti histaminik kullanan gruplar arasındaki detaylı bilgiler Tablo-8’de CUQ2ol ölçüm değişimi Şekil-4’de verilmiştir (Tablo-8, Şekil-4).



Şekil 4. Tedavi gruplarına göre CUQ2ol ölçümlerinin dağılımları

Tablo 9. DLQI Ölçümleri ile CUQ2ol Ölçümlerinin İlişkisi

		İlk ölçüm	2.ay ölçümü	Fark (2.ay-İlk)
DLQI - CUQ2ol	r	0,849	0,829	0,645
	p	0,001**	0,001**	0,001**

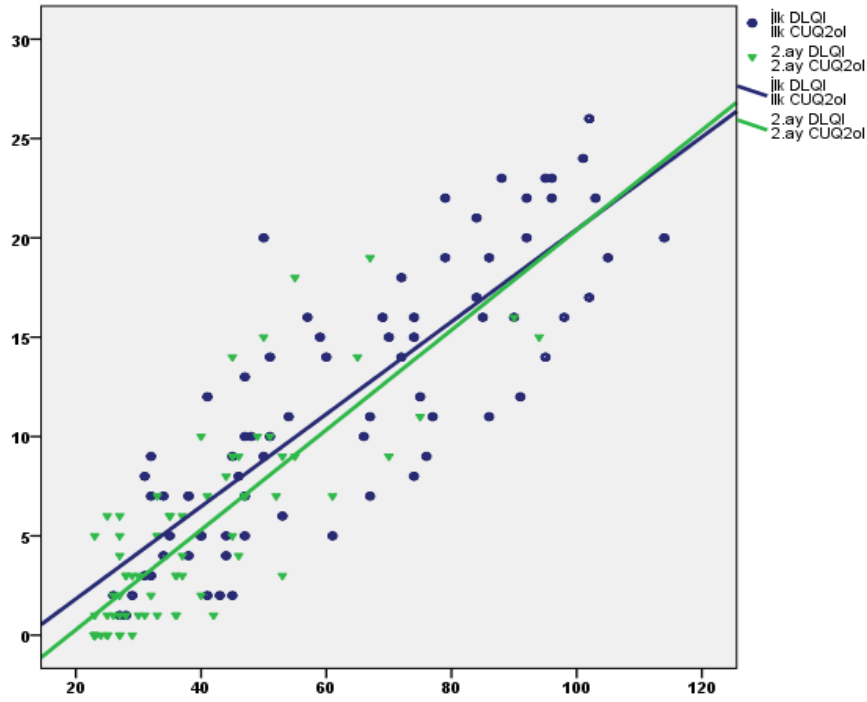
r: Spearman's Korelasyon Katsayısı

**p<0,01

DLQI ve CUQol ilk ölçümleri arasında pozitif yönlü (DLQI arttıkça CUQol artan) %84,9 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r:0,849; p=0,001; p<0,01).

DLQI ve CUQol 2.ay ölçümleri arasında pozitif yönlü (DLQI arttıkça CUQol artan) %82,9 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r:0,829; p=0,001; p<0,01).

DLQI ve CUQol ölçümlerinin değişimleri arasında pozitif yönlü (DLQI değişimi arttıkça CUQol değişimi de artan) %64,5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r:0,645; p=0,001; p<0,01). DLQI ve CUQ2ol arasında ilişki Tablo-9 ve Şekil-5'de gösterilmiştir (Tablo-9, Şekil-5)



Şekil 5. DLQI ölçümleri ile CUQ2ol ölçümlerinin ilişkisi

5. TARTIŞMA

Ürtiker, eritemli, deriden kabarık, genellikle kaşıntılı, yüzeysel dermisi tutan, kırmızı pembe renkte, sınırları belirgin, ödemli ve genellikle 24 saatten uzun sürmeyen kutanöz lezyonlarla karakterize bir hastalıktır. Altı haftadan uzun sürünce kronik ürtiker adını alır. Populasyonun %25'i hayatında en az bir kez ürtiker atağı geçirirken, kronik ürtiker sıklığı %1 ile %5 arasındadır. Hastaların yarısında ilk yılda iyileşirken, %20'sinde 20 yıldan uzun sürebilmektedir. Hastalık bu özelliklerinden dolayı yaşam kalitesini oldukça düşürmektedir ve uygulanan tedavilerin hastaların yaşam kalitesini arttırması hastaların günlük yaşamlarına adapte olabilmesi için gereklidir. Çalışmamızın bu kısmında kronik ürtiker tedavisinde kullanılan ilaçların etkinliği tartışılmıştır.

Çalışmamızda toplam 76 olgu mevcuttur. Bunlardan 46'sı (%60,5) kadın, 30'u (%39,5) erkektir. Literatürde Weller ve ark (111). 42, Pherwani ve ark. (112) 38, Fusel ve ark. (113) 39.8, J.B. Liu ve ark (114) 32.94 yaş ortalamasında çalışmış olup; bizim çalışma grubumuzun yaş ortalaması ise 38.78 bulunmuştur, böylece çalışmamızdaki hastalar literatürde olan yaş gruplarına uygun bir aralıkta yer almış bulunmaktadır.

Kronik ürtiker kadınlarda daha sık görülmektedir. Bizim çalışmamızda kadın sayısının erkeklerden daha fazla olduğu görülmüştür (%60.5). Mlynek ve arkadaşlarının (115), Gattey ve arkadaşlarının (116) çalışmalarına benzer şekilde bizim hasta grubumuzda da kadınların kronik ürtikerden erkeklere göre daha fazla etkilendiğini saptadık. Kadınlarda kronik ürtikerin erkeklere göre farklı etiyoloji ve patogenezi taşıması ve bununla birlikte kadınların daha belirgin ataklarla bu hastalığı yaşıyor olmaları; kadınların kronik ürtikere bağlı yaşadığı rahatsızlığı daha belirgin algılıyor olması ve kadınlarda erkeklere göre daha hassas anatomik bölgelerde seyretmesinden kaynaklandığı yorumlanmıştır. (117,118)

İlaça bağlı kronik ürtiker tüm ürtikerlerin %9'unu oluşturduğu bildirilmektedir(119). Çalışmamızda da hastaların %32.9'u ürtiker dışı kronik hastalıklarına bağlı olarak ilaç kullanmaktaydı fakat bu ilaçların ürtiker üzerine etkilerini tespit edilememiştir.

Literatürde kronik ürtikerin çeşitli alerjik hastalıklarla birlikte seyrettiğine dair pek çok bilgi mevcuttur. G. Shalom ve arkadaşlarının İsrail popülasyonu üzerinde yaptığı 11.271 kronik ürtiker hastasını kapsayan çalışmada bu hastaların %40.5'inde alerjik hastalıkların kronik ürtiker ile birlikte seyrettiğini bulmuştur (atopik dermatit, alerjik rinit, astım) (120). Bizim çalışmamızda ise bu birliktelik %27.6 olarak tespit edilmiştir. Bu farklılığın sebebi olarak farklı toplumdaki hastalık prevalansının değişken olması ve yaşam stillerinin değişikliğini düşünebiliriz. Ayrıca gözlemlenen hasta sayısının bizim hasta sayımıza göre çok fazla olması çalışmamızda alerji sıklığının düşük görülmesine sebep olmuş olabilir. Işık ve ark. kronik ürtikerde ailede atopi, ürtiker, anjiyoödem varlığını %2,9 olarak bildirmişlerdir (121).

Aile geçmişine göre KÜ hastalarının %4'ünde birinci derece yakınlarında da kronik ürtiker rahatsızlığı saptanmıştır (122). Bizim çalışmamızda hastaların %30.3'ünde kronik ürtiker hikayesinin yanında atopik dermatit, konjunktivit, alerjik rinit gibi alerji hikayeleri pozitif. Gözlem oranının fazla olmasının sebebi; hastalardan aile içinde sadece kronik ürtiker geçmişi değil diğer alerjik hastalıkların varlığının da sorgulanmasıydı. Bu konuda yapılmış çalışma az olmakla birlikte çocuk hastalar üzerinde yapılan araştırmalardan Xin Hui ve arkadaşlarına ait olan 98 çocuğu içeren çalışmada kronik spontan ürtiker ve anjiyoödem görülme oranı %17.2'dir (123).

Çalışmamızdaki hasta grubu kronik ürtiker tanısını 2.96 ± 4.84 yıl önce almıştır. Bunlardan 2. jenerasyon H1 antihistaminik tedavisi alan 57 hastanın hastalık süresi 2.13 ± 3.13 ve Omalizumab tedavisi alan 19 hastanın 5.47 ± 7.64 yıllık bir hastalık geçmişi vardı. Omalizumab tedavisini alanlar daha önce antihistaminik tedavisi ve diğer tedavileri aldığı için hastalık sürelerinin ilk gruba göre daha fazla olması beklediğimiz bir durumdu.

Literatürde KSÜ hastalarının hastalığa sahip olma süresi yaklaşık 3-5 yıldır (116). Bizim çalışmamızda 2. jenerasyon H1 antihistaminik kullanan 57 hasta 2.13 ± 3.13 hastalık süresine sahip olup bu hastaların büyük bir kısmı daha önce çeşitli dozlarda farklı jenerasyonlarda antihistaminik almış hastalardı. Bu hastaların başlangıç Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) 10.37 ± 6.55 'dir. Hepsi 4x1

ikinci kuşak H1 antihistaminik tablet kullanmakta olan hastalar arasından seçildi. 1x1 ikinci kuşak H1 başlangıç dozunda olan kronik ürtiker hastalar da olduğu halde çalışmamıza daha objektif bir değerlendirme alabilmek için gözlem grubuna katmadık. Ancak hastaların ilaç kullanım alışkanlıklarından dolayı bazıları 4x1 lik dozu günlük hastalık aktivitelerine göre yer yer düşürdüklerini gözlemledik. 2 aylık gözlemlerimiz esnasında yakın takiplerimize rağmen hasta uyumunun 4x1 dozundan düşük olduğunu ampirik olarak söyleyebiliriz. 2 aylık gözlem sonucunda DYKİ değişimi kendi hasta grubumuzda başlangıç değerinden 4.86 ± 5.29 'a kadar inmektedir. Yani ortalama 5.51 puanlık bir DYKİ değer düşüşü gözlenmiştir, yani hastaların hayat kalitesi bu grupta %53.3 artmıştır.

Literatürdeki antihistaminik ilaçların hayat kalitesine olan etkilerini incelersek: Kapp ve arkadaşlarının 81 hasta üzerindeki çalışmasında Levosetirizin ile bir haftada DYKİ değerinde 7.3 puanlık bir düşme gözlenmiştir (124). Grob ve arkadaşlarının çalışmasında 137 hastada DYKİ puanınının 42 gün sonunda 9.7'den 3.9'a gerilediği gözlenmiştir (125). Toplamda 6 puanlık bir düşme görülmüştür. Johnson ve arkadaşlarının 100 hasta üzerinde yaptığı çalışmada hastalar 50'şer kişilik iki gruba Rupatadin ve Levosetirizin kullananlar olarak ikiye ayrılmıştır. Levosetirizin kullanan grupta DKYİ değeri 11.92'den 2.04'e ortalama 9.88'lik bir DKYİ değeri düşüşünü sağlamışken; Rupatadin kullanan hasta grubunda ise 10.66'dan 2.32'ye ortalama 8.34 puanlık bir DKYİ değer düşüşünü sağlamıştır (126). Shikiar ve arkadaşları 678 kişilik bir hasta gurubu üzerinde çalışmış olup bu hastaları tedaviye DKYİ puanlarına göre cevap veren vermeyen şeklinde iki gruba ayırmış bu ayrımı Feksofenodin kullanımından sonra yapmıştır. 4 haftalık Feksofenodin uygulanması sonrasında 310 hastalık A grubunda DKYİ değeri 9.39'dan 3.85'e 5.54 puanlık bir düşüş göstermiştir; 352 kişilik B grubunda ise 9.13'den 3.97'ye 5.16 puanlık bir düşme gözlenmiştir. Bu çalışma da kronik ürtiker hastalığı tedavisinde Feksofenodin etkinliğinin tutarlılığını da göstermektedir (127). Lachapelle ve arkadaşlarının 5 mg Desloratadin ile 120 kronik ürtikerli hasta üzerinde yaptıkları çalışmada DKYİ değeri 13.4'ten 6.6'ya 6.8 puanlık bir düşme göstermiştir (128).

Kocatürk ve arkadaşları yaptıkları çalışmada 2. nesil H1 antihistaminiklerden 4x1 dozunu kullanan 25 hastada DKYİ değerinde 10.76'dan 8.16'ya 2.6 puanlık

azalma göstermişlerdir. Kronik ürtiker tedavisinde 2. nesil H1 antihistaminik tedavisi alan hasta guruplarını içeren literatür taramamız sonrası referans aldığımız çalışmalarda DKYİ değerleri 2.6 ile 9.88 değerleri arasında iyileşme göstermiştir (129). 2. nesil antihistaminik tedavisi sonrası Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi değerlerinde iyileşme ortalama 6.49 ± 2.17 puandır. Bizim çalışmamız sonucu aldığımız DKYİ 5.51 puanlık iyileşme değeri de bu aralık içerisinde olduğu için literatüre uygun bir veridir. Skorların değişik olma sebebi çalışılan hasta guruplarındaki sayı farklılığı, sosyokültürel ve yaşam tarzı farklılığı, kullanılan 2. jenarasyon H1 antihistaminiklerin tipinin ve dozunun farklı kullanımı, hastaların verilen tedavileri uygulama farklılıkları, çalışma guruplarındaki hastaların cinsiyet, yaş ve hastalık süresi farklılıkları olabilir.

12 haftada 300 mg Omalizumab dozu için yapılan üç büyük Faz-3 çalışması ASTERIA-1, ASTERIA-2 ve GLACIAL'dir. Bunların hasta sayısı sırasıyla; 319, 323, 336'dır. ASTERIA-1 çalışmasında DKYİ skoru 10.3 ; ASTERIA-2 çalışmasında 10.2 ; GLACIAL 'de ise 9.7 puan azalmış, hastaların hayat kalitesinin belirgin şekilde arttığı gözlemlenmiştir (130). Subramaniyan ve arkadaşlarının sadece 4 hasta üzerinde 24 haftalık bir Omalizumab çalışması dikkate alındığında DKYİ değerleri 22.25'den 6.00'a düştüğü gözlenmiştir (131). Bizim çalışmamızdaki 19 hastalık grupta başlangıç DYKİ ortalaması 16 iken 8. hafta kontrolünde 4.21'e geriledi ve DKYİ'nin 11.79 puan azalması yani yaşam kalitesinde %73.69'luk bir artış gözlenmiştir. Çalışmamız Omalizumab kullanan 19 hastayı kapsamına rağmen literatürdeki yüksek sayıda hasta içeren ASTERIA-1 ASTERIA-2 ve GLACIAL Faz-3 çalışmalarının sonuçlarında alınan DKYİ puan azalmalarına paraleldir.

Gerek antihistaminik gerek Omalizumab çalışmaları literatürle karşılaştırıldığında hastaların DKYİ değerindeki azalmalar diğer geniş hasta serilerine sahip uluslararası çalışmalarda elde edilen Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi değişimleri ile uyumludur. Omalizumab tedavisinde, antihistaminik dirençli hastalarda ve daha geniş hastalık süresine sahip hastalarda kullanıldığında DKYİ puanı azalmaları antihistaminik kullanan hastalara göre daha belirgindir. Bu da Omalizumab'ı antihistaminige cevap vermeyen kronik ürtiker hastalarında iyi bir tedavi alternatifi olarak öne çıkarmaktadır.

Sharma ve arkadaşlarının Levosetirizin ile yaptığı 15 hastalık çalışmada CU-Qol değeri ortalama 47.71'den 32.8'e 14.91 puanlık bir azalma tespit etmişlerdir (132). Metz ve arkadaşlarının Rupatidin ile yaptığı çalışmada 477 hasta 10 mg/gün; 105 hasta 20 mg/gün; 22 hasta 30 mg/gün dozlarında 4 haftalık gözlemlerinde CU-Q2ol değer değişimi 23.91 olarak tespit edilmiş olup en büyük yaşam kalitesi artışı 20 mg doz uygulanan hasta gurubunda gözlenmiştir (133). Gueverra ve arkadaşlarının çalışmasında ise 16 hastaya Setirizin ile uygulanan 30 günlük tedavide 24.2'den 12.6'ya 11.6lık bir CU-Q2ol değer değişimi gözlenmiştir (134). Bizim çalışmamızda ise antihistaminik alan 57 hastalık gurubumuzun başlangıç CU-Q2ol değeri 56.98 ± 23.17 'den 38.42 ± 16.77 'ye yaklaşık 18.56 puanlık yaşam kalitesi artışı gözlenmiştir. Bu da hastalarda yaklaşık % 32.57'lik bir yaşam kalitesi düzelmesine karşılık gelmekteydi.

Çalışmalarımızda Omalizumab için ilk CU-Q2ol değeri 80.21 ± 19.14 değerinden 8 haftalık tedavi sonrasında 35.05 ± 11.21 'e gerilemektedir. Yani 45.16 ± 18.57 'lik değer azalması tespit edilmiş olup, bu da yaşam kalitelerinde yaklaşık %56.45'lik bir düzelmeye tekabül ediyordu. Büyüköztürk ve arkadaşlarının çalışmasındaki 14 hastaya aylık 150-750 mg doz aralığında değişen Omalizumab tedavisi uygulanmış başlangıçta 57.5 ± 13.8 olan CU-Q2ol değeri 6. ay sonunda 10.3 ± 10.4 değerine ulaşmıştır. Hastaların yaşam kalitesinde 47.2 puanlık yaklaşık %82.09'luk bir artış gözlemlenmiştir (135). ASATERIA-1 çalışmasında 30.5 puanlık yaşam kalite artışı, ASTERIA-2'de 31.5'lik yaşam kalite artışı, GLACIAL çalışmasında ise 29.3 puanlık yaşam kalite artışı tespit edilmiştir. Bunlar da sırasıyla %66, %69 ve %67'lik yaşam kalite artışına işaret etmektedir (130). Karsten ve arkadaşlarının 51 hasta ile 4-12 hafta boyunca yaptıkları çalışmada 42,8 ortalama değerlerde bulunan CU-Q2ol değeri 36.2'lik bir değere gerilemiştir bu da hastaların tedavi sürecinde yaşam kalitelerinin %15 kadar arttığına işaret etmektedir (135).

Literatür araştırmalarımızda DYKİ ve CU-QoL testlerinin korele olduğunu görmekteyiz. Karsten ve arkadaşlarının çalışmasında bu iki testin arasındaki korelasyon değeri 0.33 bulunmuş olduğu için istatistiki olarak her iki çalışmanın değişimi kıyaslandığında testler birbirleri ile %64.5 oranında uyumlu bulmuştur (135). Kocatürk ve arkadaşlarının yapmış olduğu 140 hastalık çalışmada DKYİ ve

CU-Qol test sonuçları arasında 0.77'lik bir korelasyon olduğu, fakat testlerde bulunan benzer soruların uyumluluğunun korelasyon değeri ise 0.72 olarak bulunmuştur (129). Çalışma grubumuzda ise 76 hasta için hesaplanan ortalama DKYİ ve CU-Q2ol değerleri arasında birinci ayda $r=0.849$ bir korelasyon değeri ikinci ayda ise $r=0.829$ 'luk bir korelasyon mevcuttur. Bu datalar ışığında biz de her iki testin birbiri ile korele olduğunu yani birbirleriyle uyumlu olduğunu tespit ettik.



6. SONUÇ

Çalışmamızda kronik ürtikerin kişinin yaşam kalitesini bozan bir hastalık olduğunu ancak tedavi ile hastaların yaşam kalitesini belirgin bir şekilde arttırabildiğimizi tespit ettik. Yaşam kalitesini ölçmek için kullandığımız Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi'nde (DYKİ) puanının 2. jenerasyon H1 antihistaminik tedavisi alan grup içerisinde 5.51 azaldığını yani %53.3 oranında yaşam kalitesinde iyileşme sağladığımızı; Omalizumab tedavisi alan grupta ise 11,79 puanlık bir DKYİ azaldığını yani %73.69'luk bir kalite artışı sağladığımızı gösterdik. CU-Q2ol ölçümlerinde ise 2. jenerasyon H1 antihistaminik kullanan grubun yaşam kalitesinde 18.56'lık bir puan azalışı yani yaşam kalitesinin %32.5'lik bir artış gösterdiğini tespit ettik. Omalizumab tedavisi alan grupta ise CU-Q2ol değerlendirmesi dikkate alındığında 45.16 puanlık bir azalma yani %56.45'lik bir oranda yaşam kalitesi artışı olduğunu gösterdik.

Elde ettiğimiz sonuçlara göre 300 mg/ay Omalizumab tedavisinin tam doz 2. jenerasyon H1 antihistaminik tedavisine göre yaşam kalitesi üzerine daha etkili bir iyileşme sağladığı tespit edilmiştir. Sahip olduğumuz veriler literatür çalışmaları ile genel olarak uyum göstermektedir ancak yaşam kalitesi değişimleri literatürde homojenlik göstermemektedir, bu duruma sebep olarak: çalışılan hasta sayısının farklı olması, çalışılan hasta grubunun yaşının ve hastalık süresinin farklı olması, kullanılan antihistaminiklerin çeşit ve dozlarının farklı olması, kullanılan Omalizumab dozlarının farklı olması, toplumsal sosyokültürel farklılıktan doğan farklı alışkanlıkların varlığını sayabiliriz. Çalışmalarımızda kullandığımız DKYİ ve CU-Q2ol endekslerinin korelasyon değerlerinin literatürdeki değerlerle yaklaşık olarak uyduğunu ancak testlerin içerik değişikliğinden doğan bir farkın olduğunu da göz önünde bulundurduk. DKYİ de uyku, konsantrasyon, anksiyete gibi psikolojik etkenlerin sorgulanmamasından CU-Q2ol'da ise sorgulanmasından dolayı CU-Q2ol'deki yaşam kalitesi artışının DYKİ'ye göre daha düşük kalmasının (%32.57 ve %56.45 CU-Q2ol; %53.3 ve %73.69 DYKİ) sebebi olarak değerlendirdik.

7. KAYNAKÇA

- 1- Robert K, Bush and Steve L Taylor. Adverse Reactions to Food and Drug Additives. In: Middleton EJ, Reed CE, Ellis EF, Adkinson NF, Yunginser JW, Busse WW, editors. Allergy, principles and practise. Ed 5, Vol 2, St Louis: Mosby, 1998;1183-1198.
- 2- Kaplan AP. Urticaria and Angioedema. In: Middleton EJ, Reed CE, Ellis EF, Adkinson NF, Yunginser JW, Busse WW, editors. Allergy, principles and practice. St Louis: Mosby, 1998;1104-1122.
- 3- Kaplan AP. Urticaria and angioedema. In: Adkinson NF, Yunginser JW, Busse WW (eds). Allergy principles and practice. Vol.2, Ch.85. 6th ed. St. Louis, Missouri: Mosby-Year Book Inc, 2003: 1537-59.
- 4- Toubi E, Kessel A, Avshovich N, et al. Clinical and laboratory parameters in predicting chronic urticaria duration: a prospective study of 139 patients. Allergy 2004; 59: 869-73.
- 5- Vonakis BM, Saini SS. New concepts in chronic urticaria. Curr Opin Immunol 2008; 20: 709-16.
- 6- Eser E. Sağlıkla İlgili Yaşam kalitesi ölçeklerinin kültürel uyarlaması. Sağlıkta Birikim Derg 2006;1(2):6-8.
- 7- Tatar M, Tatar F. Sağlıkın Ölçülmesi. Toplum ve Hekim 1997;12:54-60.
- 8- Carr JA, Gibson B, Robinson PG. Measuring of life is quality of life determined by expectations or experience. Br Med J 2001;322:1240-3.
- 9- Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. N Engl J Med 1996;334(13):835-40.
- 10- Carr JA, Higginson IJ. Measuring quality of life are quality of life measures patient centered. Br Med J 2001;322:1357-60.

- 11- Jenney E, Campbell S. Measuring quality of life. *Arch Dis Child* 1997;77:347- 50.
- 12- Aydemir Ö. Sağlıkta yaşam kalitesinin klinik uygulamalarda kullanımı. *Sağlıkta Birikim Derg* 2006;1(2):9-13.
- 13- Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. *Sağlıkta Birikim Derg* 2006;1(2):1-5.
- 14- Kaplan A. Urticaria and angioedema. In: Adkinson NFJ, Buss WW, Bochner BS, et.al, editors. *Middleton's allergy principles and practice*. 6th ed. Philadelphia (PA): Mosby, 2003:1537-58.
- 15- Kircher S, Marquoudt D: Introduction to the immune system. *Manual of Allergy and Immunology*. Ed: Adelman D.C, Casale TE, Corren Y. 4. Baskı. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2002; 1-24.
- 16- Dice YP: Physical urticaria. *Immunol Allergy Clin Rev* 2004; 24: 225-46.
- 17- Zuberbier T, Maurer M: Urticaria Current opinions about etiology, diagnosis and therapy. *Acta Derm Venereol* 2007; 87: 196-205.
- 18- Göncü, Emek Kocatürk, et al. "Türkiye Ürtiker Tani ve Tedavi Kılavuzu-2016/The Turkish Guideline for the Diagnosis and Management of Urticaria-2016." *Turkderm* 50.3 (2016): 82. Alıntı ile Ürtiker Sınıflaması
- 19- Hennino A, Berard F, Guillot I, Saad N, Rozières A, Nicolas YE: Pathophysiology of urticaria. *Clin Rev Allergy Immunol* 2006; 30: 3-11.
- 20- Nettis E, Pannofino A, Aprile CD, Ferrannini A, Tursi A. Clinical and laboratory investigations: Clinical and etiological aspects in urticaria and angioedema. *Br J Dermatol* 2003;148:501-506.
- 21- Onder M, Taskapan O. Ürtiker ve serum hastalığı. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. *Dermatoloji*, de. 3. Baskı. Cilt 1, Nobel Tıp Kitabevleri; İstanbul, 2008;255-268.

- 22- Kaplan AP. Urticaria and angioedema. In *Allergy: Principles and Practice*. 5th ed. Middleton E, Reed CE, Ellis EF, Adkinson NF, Yunginger JW, Busse WW eds. St Louis, MO: CV Mosby, 1998:p1104-1122.
- 23- Bunselmeyer B, Laubach HJ, Schiller M et al. Incremental build-up food challenge--a new diagnostic approach to evaluate pseudoallergic reactions in chronic urticaria: a pilot study: stepwise food challenge in chronic urticaria. *Clin Exp Allergy* 2009;39:116-26.
- 24- Sheehan-Dare RA, Henderson MJ, Cotteril JA. Anxiety and depression in patients with chronic urticaria and generalized pruritus. *Br J Dermatol*1990;123:769-74
- 25- Schocket AL: Chronic urticaria: Pathophysiology and etiology, or the what and why. *Allergy and Asthma Proceedings* 2006; 27: 90-5.
- 26- Beltrani VS.Urticaria and angioedema.*Dermatol Clin*. 1996; 14(1): 171-198
- 27- Su Ö, Onsun N, Atılganoğlu U, Kural BY, Aygün S, Konuk E: Kronik ürtiker etiyopatogenezine algoritmik yaklaşımın pratikte sağladığı yararlar. *Türkderm* 2002; 36: 24-28.
- 28- Jin J, Liu X, Sun Y. The prevalence of increased serum IgE and *Aspergillus* sensitization in patients with COPD and their association with symptoms and lung function. *Resp Research* 2014;15:130
- 29- Göncü, Emek Kocatürk, et al. "Türkiye Ürtiker Tanı ve Tedavi Kılavuzu-2016." *Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm* 50.3 (2016).
- 30- Zuberbier, T., et al. "The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update." *Allergy* 69.7 (2014): 868-887
- 31- Szczeklik, A., R. J. Gryglewski, and G. Czerniawska-Mysik. "Clinical patterns of hypersensitivity to nonsteroidal anti-inflammatory drugs and

- their pathogenesis." *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 60.5 (1977): 276-284.
- 32- Maurer, Marcus, et al. "Revisions to the international guidelines on the diagnosis and therapy of chronic urticaria." *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft* 11.10 (2013): 971-978.
- 33- Leznoff, A., and G. L. Sussman. "Syndrome of idiopathic chronic urticaria and angioedema with thyroid autoimmunity: a study of 90 patients." *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 84.1 (1989): 66-71.
- 34- Fukuda, Shinsaku, et al. "Effect of Helicobacter pylori eradication in the treatment of Japanese patients with chronic idiopathic urticaria." *Journal of gastroenterology* 39.9 (2004): 827-830.
- 35- Pasqui, A. L., et al. "Chronic urticaria and blastocystis hominis infection. A case report." *European review for medical and pharmacological sciences* 8 (2004): 117-120.
- 36- Köse, Şükran, Süheyla Serin-Senger, and Gülsün Çavdar. "Sık Görülen Bir Deri Hastalığı Olan Ürtikere Eşlik Eden Fokal İnfeksiyonlar." *Presented at the XVIIth National Congress of Allergy and Clinical Immunology*. Vol. 3. 2009.
- 37- Zuberbier, T. O. R. S. T. E. N., et al. "Pseudoallergen-free diet in the treatment of chronic urticaria. A prospective study." *Acta dermatovenereologica* 75.6 (1995): 484-487.
- 38- Gamboa, Pedro Manuel, et al. "Unlocking the resistance to wheat lipid transfer protein." *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 132.5 (2013): 1257-1258.
- 39- Zuberbier, T., et al. "The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update." *Allergy* 69.7 (2014): 868-887.

- 40- Greene, Steven L., Charles E. Reed, and Arnold L. Schroeter. "Double-blind crossover study comparing doxepin with diphenhydramine for the treatment chronic urticaria." *Journal of the American Academy of Dermatology* 12.4 (1985): 669-675.
- 41- (Wedi, Bettina, and Alexander Kapp. "Evidence- based therapy of chronic urticaria." *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft* 5.2 (2007): 146-157.
- 42- Zuberbier, T. "Pharmacological rationale for the treatment of chronic urticaria with second- generation non- sedating antihistamines at higher- than- standard doses." *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 26.1 (2012): 9-18.
- 43- Bensch, Greg, and Larry Borish. "Leukotriene modifiers in chronic urticaria." *Annals of Allergy, Asthma & Immunology* 83.4 (1999): 348.
- 44- Saini, Sarbjit, et al. "A randomized, placebo-controlled, dose-ranging study of single-dose omalizumab in patients with H 1-antihistamine–refractory chronic idiopathic urticaria." *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 128.3 (2011): 567-573.
- 45- Maurer, Marcus, et al. "Omalizumab for the treatment of chronic idiopathic or spontaneous urticaria." *New England Journal of Medicine* 368.10 (2013): 924-935.
- 46- Ljubojević, Suzana, and Jasna Lipozenčić. "CYCLOSPORINE IN CHRONIC IDIOPATHIC URTICARIA." *Acta Dermatovenerologica Croatica* 15.1 (2007): 0-0.
- 47- Grattan, C. E. H., et al. "Randomized double- blind study of cyclosporin in chronic ‘idiopathic’ urticaria." *British Journal of Dermatology* 143.2 (2000): 365-372.
- 48- Şenol Y, Türkay M. Yaşam kalitesi ölçütlerinde taraf tutma: Cevap kayması. TSK Koruyucu Sağlık Bült 2006;5:382-9.

- 49- Groenvold M. Metodological issues in the assessment of health-related quality of life in palliative care trials. *Acta Anaesthesiol Scand* 1999;43:948-53.
- 50- Eser E. Yaşam kalitesinin sınıflandırılması ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümü. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 8-10 Nisan 2004, İzmir.
- 51- Fries JF, Singh G. The hierarchy of patient outcomes. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Second Edition, Philadelphia: Lippincott- Raven Publishers; 1996, p:33-43.
- 52- Cooley ME. Quality of Life in persons with nonsmall cell lung cancer. A concept analysis. *Cancer Nurs* 1998;21(3):151-61.
- 53- Fidaner C. Sağlıkta yaşam kalitesi (SYK) kavramı: Bir giriş denemesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 8-10 Nisan 2004, İzmir.
- 54- Mor V, Laliberle L, Wieman M. The Karnofsky performance status scale: An examination of its reliability and validity in a research setting. *Cancer* 1984;53:2002- 7.
- 55- De Korte J, Mommers FM, Sprangers MA, Bos JD. The suitability of quality-of-life questionnaires for psoriasis research: a systematic literature review. *Arch Dermatol* 2002;138(9):1221-7.
- 56- Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, Manuck SB. What are Quality of Life measurements measuring? *Br Med J* 1998;316:542-5.
- 57- Flanagan JC. A research approach to improving our quality of life. *Psychosocial Treat* 1978;33:138-58.
- 58- The WHOQOL Group: What quality of life. *World Health Forum* 1996;17:354-6.
- 59- Treasure T. The measurement of health related quality of life. *Heart* 1999;81;331-2.

- 60- Tesla MA, Nackley JF. Methods for Quality of Life Studies. *An Rev Public Health* 1994;15:535-59.
- 61- The WHOQOL Group: The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med.* 1998;46 (12):1569-85.
- 62- Fayers PM, Machin D. *Quality of life: Assessment, analysis and interpretation.* West Sussex, UK: John Wiley and Son Ltd; 2000.
- 63- Fidan D, Ünal B, Demiral Y. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi kavramı ve ölçüm yöntemleri. *Sağlık Toplum* 2003;13(3):3-8.
- 64- Calvert MJ, Freemantle N. Use of health-related quality of life in prescribing research. Part 2: metodological considerations for the assessment of health-related quality of life in clinical trials, *J Clin Pharm Ther* 2004;29:85-94.
- 65- Carr AJ, Huggison IJ, Robinson PG. Quality of life. *Eur J Public Health* 2005;15(6):668-79
- 66- Calvert MJ, Freemantle N. Use of health-related quality of life in prescribing research. Part 1: Why evaluate health-related quality of life?, *J Clin Pharm Ther* 2003;28:512- 21.
- 67- Finlay A. Research methodology in quality of life assessment. In: Walker C, PapadopoulosL, editors. *Psychodermatology: The psychological impact of skin disorders.* Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2005, p:116-30.
- 68- Morgan M, McCreedy R, Simpson J: Dermatology quality of life scales- a measure of impact of skin diseases. *Br J Dermatol* 1997; 136: 202-206.
- 69- Köse O, Gür AR: Dermatolojide yaşam kalitesi ve ölçümü. *T Klin Dermatoloji* 2000;10:270-274.

- 70- Finlay AY: Quality of life measurement in dermatology. Br J Dermatol 1996; 136: 305-314.
- 71- Başak PY: Sık görülen bazı deri hastalıklarının yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin araştırılması. T Klin Dermatoloji 2000;10:171-174.
- 72- Vensel E, Hilley T, Trent J: Sustained improvement of the quality of life of patients with psoriasis after hospitalisation. J Am Acad Dermatol 2000;43:858-60.
- 73- Anderson RT, Rajagopalan R, Winston S: Development and validation of a quality of life instrument for cutaneous diseases. J Am Acad Dermatol 1997;37:41-50.
- 74- Halioua B, Beumont MG, Lunel F: Quality of life in dermatology. Int J Dermatol 2000;39:801-806.
- 75- Badia X, Mascar JM, lozano R: Measuring health related quality of life in patients with mild to moderate eczema and psoriasis: clinical validity, reliability and sensitivity to change of DLQI. Br J Dermatol 1999; 141: 698-702.
- 76- Jobanputra R, Bachman M: The effect of skin diseases on quality of life in patient from different social and ethnic groups in Cape Town. Int J Dermatol 2000;39:826-31.
- 77- Jemac JM, Wulf HC: Patient-physician consensus on quality of life in dermatology. Clin and Exp Dermatol 1996;21:177-179.
- 78- Harlow D, Poyner T, Finlay AY: Impaired quality of life of adults with skin diseases in primary care. Br J Dermatol 2000;143:979-982.
- 79- Kernick D, Cox A, Powell R: A cost consequence study of the impact of a dermatology-trained practice nurse on the quality of life of primary care patients with eczema and psoriasis. Br J of General Prac 2000;50:555-558.

- 80- Chren M, Lasek RJ, Quinn RM: Skindex, a quality-of-life measure for patients with skin diseases: Reliability, validity, responsiveness. *J Invest Dermatol* 1996;107:707-713.
- 81- Chren MM, Lasek JR, Flocke S: Improved discriminative and evaluative capability of a refined version of skindex, a quality of life instrument for patients with skin diseases. *Arch Dermatol* 1997; 133: 1443 - 1440.
- 82- Oakley AM. The Acne Disability Index: Usefulness confirmed. *Australas J Dermatol* 1996;37(1):37-9.
- 83- Walker N, Lewis-Jones MS. Quality of life and acne in Scottish adolescent schoolchildren: use of the Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI) and the Cardiff Acne Disability Index (CADI). *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2006;20(1):45-50.
- 84- Hahm BJ, Min SU, Yoon MY, Shin YW, Kim JS, Jung JY et al. Changes of psychiatric parameters and their relationships by oral isotretinoin in acne patients. *J Dermatol* 2009;36(5):255-61.
- 85- Demirçay Z, Seçkin D, Şenol A, Demir F. Patient's perspective: an important issue not to be overlooked in assessing acne severity. *Eur J Dermatol* 2008;18(2):181-4.
- 86- Fehnel SE, McLeod LD, Brandman J, Arbit DI, McLaughlin-Miley CJ, Coombs JH, et al. Responsiveness of the Acne-Specific Quality of Life Questionnaire (Acne-QoL) to treatment for acne vulgaris in placebo-controlled clinical trials. *Qual Life Res* 2002;11(8):809-16.
- 87- Lewis VJ, Finlay AY. Two decades experience of the Psoriasis Disability Index. *Dermatology* 2005;210(4):261-8.
- 88- Fortune DG, Main CJ, O'Sullivan TM, Griffiths CE. Assessing illness-related stress in psoriasis: the psychometric properties of the Psoriasis Life Stress Inventory. *J Psychosom Res* 1997;42(5):467-75.

- 89- McKenna SP, Cook SA, Whalley D, Doward LC, Richards HL, Griffiths CE et al. 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(2):323-31.
- 90- Fleischer AB Jr, Clark AR, Rapp SR, Reboussin DM, Feldman SR. Commercial tanning bed treatment is an effective psoriasis treatment: results from an uncontrolled clinical trial. *J Invest Dermatol* 1997;109(2):170-4.
- 91- Kirby B, Fortune DG, Bhushan M, Chalmers RJ, Griffiths CE. The Salford Psoriasis Index: an holistic measure of psoriasis severity. *Br J Dermatol* 2000;142(4):728-32.
- 92- Eghlileb AM, Basra MK, Finlay AY. The psoriasis family index: preliminary results of validation of a quality of life instrument for family members of patients with psoriasis. *Dermatology* 2009;219(1):63-70.
- 93- Granlund H, Erkkö P, Reitamo S. Comparison of the influence of cyclosporine and topical betamethasone-17,21-dipropionate treatment on quality of life in chronic hand eczema. *Acta Derm Venereol* 1997;77(1):54-8.
- 94- Salek MS, Finlay AY, Luscombe DK, Allen BR, Berth-Jones J, Camp RD, et al. Cyclosporin greatly improves the quality of life of adults with severe atopic dermatitis. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Br J Dermatol* 1993;129(4):422-30.
- 95- Onsun N. Atopik dermatit ve yaşam kalitesi. *Türkderm* 1998; 32(1): 7-11.
- 96- Whalley D, McKenna SP, Dewar AL, Erdman RA, Kohlmann T, Niero M, et al. A new instrument for assessing quality of life in atopic dermatitis: international development of the Quality of Life Index for Atopic Dermatitis (QoLIAD). *Br J Dermatol* 2004;150(2):274-83.

- 97- Grimalt R, Mengeaud V, Cambazard F. Study Investigators' Group. The steroidsparing effect of an emollient therapy in infants with atopic dermatitis: a randomized controlled study. *Dermatology* 2007;214(1):61-7.
- 98- Aziah MS, Rosnah T, Mardziah A, Norzila MZ. Childhood atopic dermatitis: a measurement of quality of life and family impact. *Med J Malaysi* 2002;57(3):329-39.
- 99- McKenna SP, Whalley D, Dewar AL, Erdman RA, Kohlmann T, Niero M, et al. International development of the Parents' Index of Quality of Life in Atopic Dermatitis (PIQoL-AD). *Qual Life Res* 2005;14(1):231-41.
- 100- Baiardini I, Pasquali M, Braidò F, Fumagalli F, Guerra L, Compalati E, et al. A new tool to evaluate the impact of chronic urticaria on quality of life: chronic urticaria quality of life questionnaire (CU-QoL). *Allergy* 2005;60(8):1073-8.
- 101- Dolte KS, Girman CJ, Hartmaier S, Roberts J, Bergfeld W, Waldstreicher J. Development of a health-related quality of life questionnaire for women with androgenetic alopecia. *Clin Exp Dermatol* 2000;25(8):637-42.
- 102- Balkrishnan R, McMichael AJ, Camacho FT, Saltzberg F, Housman TS, Grummer S, et al. Development and validation of a health-related quality of life instrument for women with melasma. *Br J Dermatol* 2003;149(3):572-7.
- 103- Doğramacı AC, Havlucu DY, İnandı T, Balkrishnan R. Validation of a melasma quality of life questionnaire for the Turkish language: the MelasQoL-TR study. *J Dermatol Treat* 2009;20(2):95-9.
- 104- Warshaw EM, Foster JK, Cham PM, Grill JP, Chen SC. NailQoL: a quality-of-life instrument for onychomycosis. *Int J Dermatol* 2007;46(12):1279-86.
- 105- Potter LP, Mathias SD, Raut M, Kianifard F, Tavakkol A. The OnyCOE-t questionnaire: responsiveness and clinical meaningfulness of a patient-reported outcomes questionnaire for toenail onychomycosis. *Health Qual Life Outcomes* 2006;4:50-65.

- 106- Patel R, Tying S, Strand A, Price MJ, Grant DM. Impact of suppressive antiviral therapy on the health related quality of life of patients with recurrent genital herpes infection. *Sex Transm Infect* 1999;75(6):398-402.
- 107- Desai NS, Poindexter GB, Monthrope YM, Bendeck SE, Swerlick RA, Chen SC. A pilot quality-of-life instrument for pruritus. *J Am Acad Dermatol* 2008;59(2):234-44.
- 108- Aftergut K, Carmody T, Cruz PD Jr. Use of the HIV-DERMDEX quality-of-life instrument in HIV-infected patients with skin disease. *Int J Dermatol* 2001;40(7):478- 81.
- 109- Tabolli S, Bergamo F, Alessandroni L, Di Pietro C, Sampogna F, Abeni D. Quality of life and psychological problems of patients with oral mucosal disease in dermatological practice. *Dermatology* 2009;218(4):314-20.
- 110- Lewis Jones MS, Finlay A, Adykes PJ: The infants Dermatitis Quality of Life Index. *Br J Dermatol* 2001;144:104-110.
- 111- Karsten Weller¹, Elena Ardelean¹, Elisabeth Scholz Can On-demand Non-sedating Antihistamines Improve Urticaria Symptoms? A Double-blind, Randomized, Single-dose Study *Acta Derm Venereol* 2012 Epub ahead of print
- 112- A V Pherwani, G Bansode, and S Gadhia The Impact of Chronic Urticaria on the Quality of Life in Indian Patients *Indian J Dermatol*. 2012 Mar-Apr; 57(2):
- 113- Ue, Ana Paula Fusel de, et al. "Quality of life assessment in patients with chronic urticaria." *Anais brasileiros de dermatologia* 86.5 (2011): 879-904.
- 114- Liu, J- B., et al. "Life quality of Chinese patients with chronic urticaria as assessed by the dermatology life quality index." *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 26.10 (2012): 1252-1257.

- 115- Młynek, A., et al. "The German version of the chronic urticaria quality- of- life questionnaire: factor analysis, validation, and initial clinical findings." *Allergy* 64.6 (2009): 927-936.
- 116- Champion, R. H., et al. "URTICARIA AND ANGIO- OEDEMA." *British Journal of Dermatology* 81.8 (1969): 588-597.
- 117- Asero, Riccardo. "Sex differences in the pathogenesis of chronic urticaria." *Journal of allergy and clinical immunology* 111.2 (2003): 425-426.
- 118- Maurer, M., J- P. Ortonne, and T. Zuberbier. "Chronic urticaria: an internet survey of health behaviours, symptom patterns and treatment needs in European adult patients." *British Journal of Dermatology* 160.3 (2009): 633-641.
- 119- Shipley, Debbie, and Anthony D. Ormerod. "Drug-induced urticaria." *American journal of clinical dermatology* 2.3 (2001): 151-158.
- 120- Shalom, G., et al. "Chronic Urticaria and Atopic Disorders: a Cross-sectional Study of 11,271 Patients." *British Journal of Dermatology* (2017).
- 121- Işık S, Ayyıldız ZA, Sözmen ŞÇ et al: Kronik ürtikerli olgularımızın etiyolojik değerlendirilmesi. *Türkderm* 2014; 48: 13-6.
- 122- Asero, Riccardo. "Chronic idiopathic urticaria: a family study." *Annals of Allergy Asthma & Immunology* 89.2 (2002): 195-196.
- 123- Lee, Xin Hui Magdeline, et al. "A stepwise approach in the management of chronic spontaneous urticaria in children." *Asia Pacific Allergy* 6.1 (2016): 16.
- 124- Kapp, Alexander, and Werner J. Pichler. "Levocetirizine is an effective treatment in patients suffering from chronic idiopathic urticaria: a randomized, double- blind, placebo- controlled, parallel, multicenter study." *International journal of dermatology* 45.4 (2006): 469-474.

- 125- Grob, J. J., et al. "Development and validation of a quality of life measurement for chronic skin disorders in French: VQ-Dermato." *Dermatology* 199.3 (1999): 213-222.
- 126- Johnson, Madhulika, et al. "Levocetirizine and rupatadine in chronic idiopathic urticaria." *International journal of dermatology* 54.10 (2015): 1199-1204.
- 127- Shikiar, Richard, et al. "Minimal important difference (MID) of the Dermatology Life Quality Index (DLQI): results from patients with chronic idiopathic urticaria." *Health and quality of life outcomes* 3.1 (2005): 36.
- 128- Lachapelle, Jean-Marie, et al. "Desloratadine 5 mg once daily improves the quality of life of patients with chronic idiopathic urticaria." *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 20.3 (2006): 288-292.
- 129- Kocatürk, Emek, et al. "Management of chronic inducible urticaria according to the guidelines: A prospective controlled study." *Journal of Dermatological Science* (2017).
- 130- Janssens, Nico, et al. "Omalizumab Improves Quality of Life (QoL) in Patients with Chronic Spontaneous/Idiopathic Urticaria (CSU/CIU) As Assessed By the Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire (CU-Q2oL): A Post-Hoc Analysis of Percent Change from Baseline to Week 12." *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 135.2 (2015): AB132.
- 131- Subramnian, R. et al. "Treatment of Chronic Spontaneous Urticaria with a Single Dose of Omalizumab a Study of Four Cases" *Journal of Indian Dermatology* 2016 Jul-Aug;61(4):467
- 132- Sharma, Vinod Kumar, et al. "An open-label prospective clinical study to assess the efficacy of increasing levocetirizine dose up to four times in chronic spontaneous urticaria not controlled with standard dose." *Journal of Dermatological Treatment* (2017): 1-5.

- 133- Metz, Martin, et al. "Rupatadine in Established Treatment Schemes Improves Chronic Spontaneous Urticaria Symptoms and Patients' Quality of Life: a Prospective, Non-interventional Trial." *Dermatology and therapy* 5.4 (2015): 217-230.
- 134- Guevara-Gutierrez, Elizabeth, et al. "Safety and efficacy of cetirizine versus cetirizine plus ranitidine in chronic urticaria: Double-blind randomized placebo-controlled study." *Journal of Dermatological Treatment* 26.6 (2015): 548-550.
- 135- Weller, Karsten, et al. "Chronic spontaneous urticaria: how to assess quality of life in patients receiving treatment." *Archives of dermatology* 147.10 (2011): 1221-1223.

8. EKLER

EK-1. ETİK KURUL KARARI



T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 44140529 / 2017-78

Konu : Araştırma projesi

02.08.2017

Sayın
Yard. Doç. Dr. Banu TAŞKIN
Dermatoloji Anabilim Dalı Başkanı

Aşağıda belirtilen çalışmanız 01.08.2017 tarihli Üniversitemiz Klinik Araştırmaları Etik Kurulu toplantısında incelenmiş, çalışmanın yapılmasında etik ve bilimsel açıdan bir sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir. Kurul kararı ilişikte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

Doç. Dr. Berrin TELATAR
Başkan Yardımcısı

Çalışmanın Adı: “Kronik Ürtiker Hastalarında Tedavi ile Yaşam Kalitesi Değişimi” başlıklı araştırma projesi.

Sorumlu Araştırmacı: Yard. Doç. Dr. Banu TAŞKIN İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi - Dermatoloji Anabilim Dalı Başkanı

Diğer Araştırmacılar: Uzm. Öğr. Dr. Ömer ÇAY İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi - Dermatoloji Anabilim Dalı

Proje İle İlgili Temas Kurulacak Kişi: Yard. Doç. Dr. Banu TAŞKIN İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi - Dermatoloji Anabilim Dalı Başkanı

Merkez sayısı: Tek merkez



T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

İstanbul Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu
Karar No: 01.08.2017/61-03

Çalışmanın Adı: "Kronik Ürtiker Hastalarında Tedavi ile Yaşam Kalitesi Değişimi" başlıklı araştırma projesi.

Sorumlu Araştırmacı: Yard. Doç. Dr. Banu TAŞKIN İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi - Dermatoloji
Anabilim Dalı Başkanı

Başkan
Prof. Dr. Numan ERMUTLU
(Yıllık izinde)

Başkan Yardımcısı
Doç. Dr. Berrin TELATAR

Üye
Prof. Dr. Reyhan DİZ KÜÇÜKKAYA

Üye
Prof. Dr. Tufan PAKER

Üye
Yard. Doç. Dr. Hande KAYMAKÇALAN ÇELEBİLER

Üye
Yard. Doç. Dr. Suzan BOZKURT

Üye
Cahit KILIÇ

Raportör
Yard. Doç. Dr. Ersan EROĞLU

Üye
Prof. Dr. Işın BARAN KULAKSIZOĞLU

Üye
Doç. Dr. Semiha AKIN

Üye
Yard. Doç. Dr. Bahar ERBAŞ

Üye
Av. Özlem ÖZTÜRK

EK-2 ANKET

Dermatolojide Yaşam Kalite İndeksi (DYKI)				
Adı:				
Soyadı:				
Yaş:				
Cinsiyet:				
Tanı:				
Giriş Tarihi:				
Çıkış Tarihi:				
Kontrol Tarihi:				
Son 1 haftadır, cildinizde kaşıntı, ağrı, acı ve yanma hissettiniz mi?				
Oldukça fazla	Çok	Hafif	Hiç yok	İlgisi yok
Son bir haftada cildiniz yüzünden kendinizi güvensiz hissettiniz mi veya utan duygusuna kapıldınız mı?				
Oldukça fazla	Çok	Hafif	Hiç yok	İlgisi yok
Son bir haftada cildiniz alışverişe gitmenize, ev işleriyle ya da bahçe işleriyle uğraşmanıza engel oldu mu?				
Oldukça fazla	Çok	Hafif	Hiç yok	İlgisi yok
Geçtiğimiz hafta içinde cildiniz giyim şeklinizi etkiledi mi?				
Oldukça fazla	Çok	Hafif	Hiç yok	İlgisi yok
Geçtiğimiz hafta içinde, cildiniz yapacağınız sosyal aktiviteleri ya da boş zamanlarınızı değerlendirme şeklinizi etkiledi mi?				
Oldukça fazla	Çok	Hafif	Hiç yok	İlgisi yok
Geçtiğimiz hafta içerisinde, cilt probleminiz herhangi bir spor faaliyeti yapmanızı engelledi mi?				
Oldukça fazla	Çok	Hafif	Hiç yok	İlgisi yok
Geçtiğimiz hafta cildinizdeki durum iş hayatınızı ya da çalışmanızı etkiledi mi?				
Evet		Hayır		

Kronik Ürtiker Yaşam Kalitesi Anketi (CU-Q2ol)

İsim:

Tarih:

Cinsiyet: Kadın Erkek

Doğum Tarihi:

Aşağıdaki sorulardan oluşan bir tablo göreceksiniz. Her soruyu dikkatlice okuyunuz ve beş seçenekten size en uygun olan işaretleyiniz. Lütfen her soru için bir cevap işaretleyiniz ve tüm soruları cevaplayınız.

	Hiç	Az	Orta	Çok	Aşırı derecede
Son 15 gün içerisinde ne derecede rahatsızlık duydunuz?					
1. Kaşıntı					
2. Kabartı					
3. Gözlerde şişlik					
4. Dudaklar şişlik					
Eğer ürtiker, geçtiğimiz 15 gün içerisinde, günlük yaşamınızda aşağıdaki alanlarda sizi kısıtladıysa, lütfen derecesini belirtiniz.					
5. İş hayatı					
6. Fiziksel aktiviteler					
7. Uyku					
8. Boş zamanlar					
9. Sosyal ilişkiler					
10. Beslenme					
Bundan sonraki sorular ile ürtikere bağlı olarak oluşmuş olabilecek problemleri ve zorlukları daha detaylandırmak istiyoruz (geçtiğimiz 15 günü dikkate alınız.)	Hiç	Az	Orta	Çok	Aşırı derecede
11. Uyumakta güçlük çekiyor musunuz?					
12. Gece boyunca uyanıyor musunuz?					
13. Gece iyi uyuyamadığınız için gün içinde yorgun oluyor musunuz?					

14. Konsantr olmakta güçlük çekiyor musunuz?					
15. Kendinizi sınırlı hissediyor musunuz?					
16. Moral bozukluğu yaşıyor musunuz?					
17. Yemek seçiminde kendinize sınır koymak zorunda mısınız?					
18. Ürtiker nedeniyle vücudunuzda oluşan belirtilerden utanıyor musunuz?					
19. Umumi mekanlara gitmekten çekiniyor musunuz?					
20. Kozmetik ürünler kullanmakta problem yaşıyor musunuz?(ör; parfümler, kremler, losyonlar, banyo şampuanları, makyaj malzemeleri)?					
21. Giydiğiniz kıyafetlerde kısıtlama yapmanız gerekiyor mu?					
22. Ürtikeriniz nedeniyle spor faaliyetinizi kısıtlamanız gerekli mi?					
23. Ürtiker sebebiyle kullanılan ilaçların yan etkilerinden rahatsız oldunuz mu?					

Eğer hayır ise, cildiniz iş hayatınızda ya da çalışmanızda ne kadar problem olur?				
Çok		Biraz		Hiç olmaz
Geçtiğimiz hafta içerisinde, cildiniz; partneriniz, yakın arkadaşlarınız ve akrabalarınızla aranızda ne kadar problem oldu?				
Oldukça fazla	Çok	Hafif	Hiç yok	İlgisi yok
Son bir haftada, cildinizdeki durum cinsel zorluklar çekmenize neden oldu mu?				
Oldukça fazla	Çok	Hafif	Hiç yok	İlgisi yok
Son 1 haftada yapılan tedavilerden nasıl etkilendiniz? (zaman kaybı olması, evde karışıklık yaratması gibi)				
Oldukça fazla	Çok	Hafif	Hiç yok	İlgisi yok

ÖZGEÇMİŞ

Dr. Ömer Çay

1984 yılında İstanbul'da doğdum

1991-1996 yılları arasında 100. Yıl İlk Öğretim Okulu'nda eğitim,

1996-1999 yılları arasında Reşat Tardu İlk Öğretim Okulu'nda eğitim,

1999-2003 yılları arasında Vefa Lisesi'nde eğitim,

2003-2005 yılları arasında Koç Üniversitesi Bilgisayar Mühendisliği'nde eğitim,

2005-2011 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde eğitim,

2013-Halen İstanbul Bilim Üniversitesi Dermatoloji Anabilim Dalı'nda eğitim görmekteyim.