



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

**PSORİAZİS HASTALARINDA KLİNİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE
GÖRE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Yasemin AYDIN

UZMANLIK TEZİ

BURSA - 2014



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

**PSORİAZİS HASTALARINDA KLİNİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE
GÖRE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Yasemin AYDIN

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Emel BÜLBÜL BAŞKAN

BURSA - 2014

İÇİNDEKİLER

Özet	ii
İngilizce Özet.....	iv
Giriş.....	1
Genel Bilgiler	1
Epidemiyoloji.....	1
Etyopatogenez.....	2
Klinik.....	6
Histopatoloji.....	8
Psoriazise eşlik eden hastalıklar.....	9
Psoriasis ve yaşam kalitesi.....	9
Psoriasis tedavisi ve yaşam kalitesi	12
Gereç ve Yöntem.....	16
Hasta grubunun tanımlanması.....	16
Beden kitle indeksinin (BKİ) hesaplanması.....	17
PAŞİ skorunun hesaplanması.....	17
PPPASI skorunun hesaplanması.....	18
NAPSI skorunun hesaplanması.....	18
Dermatoloji yaşam kalite indeksi (DYKİ).....	19
İstatistiksel analiz.....	20
Bulgular	21
Tartışma ve Sonuç	27
Kaynaklar.....	35
Ekler.....	41
Ek-1. Dermatoloji Yaşam Kalite Anketi	41
Ek-2. Anket Formu Örneği.....	42
Ek-3. Kısaltmalar.....	43
Teşekkür.....	44
Özgeçmiş	45

ÖZET

Psoriasis eritemli sedefi-beyaz renkli skuamla kaplı, papül ve plaklarla karakterize kronik, inflamatuvar bir dermatozdur. Psoriasis yaşam süresini etkilemeyen ancak dış görünümü ve sosyal ilişkileri etkileyerek yaşam kalitesinde belirgin bozulmaya neden olabilen bir hastalıktır. Bu çalışmada; orta şiddetli psoriasis hastalarının klinik ve demografik özelliklerine göre yaşam kalitesinin değerlendirilmesi araştırılmıştır.

Çalışmaya orta şiddetli psoriasis tanısıyla polikliniğimizde takip edilen veya ilk kez başvurmuş olan 500 hasta alındı. Randomize seçilen olgularda hekim tarafından Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PAŞİ), Palmoplantar Püstüler Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PPPASI) ve Tırnak Psoriasis Şiddet İndeksi (NAPSİ) hesaplandı. Tüm hastalar tarafından Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) dolduruldu.

Olgularımızın 270'i kadın, 230'u erkekti. Genç erişkin yaş, özellikle bölge tutulumu (saçlı deri, yüz, el, genital bölge, tırnak), artropati varlığı ve sigara kullanımı ile yaşam kalitesinde bozulma arasında anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,05$).

Olguların DYKİ ortalaması 7.1 ± 6.7 , PAŞİ ortalaması 6.8 ± 7.6 , PPPASI ortalaması 8.6 ± 8.6 idi. Hastalık şiddetini gösteren PPPASI, PAŞİ ile yaşam kalitesinde bozulma arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p< 0,001$; $r: 0.661- 0.525$). Bu ilişki palmoplantar tutulumda daha anlamlı idi. DYKİ'ni oluşturan alt gruplardan en fazla "semptom ve duygular", ikinci sıklıkta "günlük aktiviteler" etkilenmişti. Sistemik tedavi almayan veya tedaviye yanıtız olup başka bir ajana geçiş safhasında olanlar ile tedavi altındaki grup karşılaştırıldığında yaşam kalitesinde bozulma açısından anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,001$).

Psoriasis yaşam kalitesi üzerindeki etkisinden dolayı, özellikle görünür lokalizasyonların ve fonksiyonel bölge tutulumu varlığının, hastalarda hastalığın şiddet göstergeleri arasında yer alması gerektiğini düşünüyoruz.

Hastalık Şiddeti dışında tedavi yanıtı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu kanısındayız.

Anahtar kelimeler: Psoriasis, demografik özellikler, yaşam kalitesi

SUMMARY

Evaluation of Quality of Life in Patients with Psoriasis By Clinical and Demographic Characteristics

Psoriasis is a chronic, inflammatory dermatosis characterized by silvery-scaled erythematous plaques and papules. The disease itself does not affect the life span. However, it affects physical appearance and social relations and causes significant deteriorations in the quality of life. In this study, our aim was to evaluate the quality of life in moderate severe psoriasis patients according to their clinical and demographic characteristics.

Five hundred patients with the diagnosis of moderate severe psoriasis either admitted for the first time or being followed up in our outpatient clinic were included in our study. Patients were selected through randomization and Psoriasis Area Severity Index (PASI), Palmoplantar Pustular Psoriasis Area Severity Index (PPPASI) and Nail Psoriasis Severity Index (NAPSI) were calculated. Dermatology Life Quality Index (DLQI) survey was filled out by all the patients.

Our study group consisted of 270 females and 230 males. A statistically significant relationship was determined ($p < 0,05$) between deterioration in quality of life and existence of arthropathy, smoking, young age and involvement of specialized regions (scalp, face, hand, genitalia, nails).

The mean DLQI was 7.1 ± 6.7 , the mean PASI was 6.8 ± 7.6 and the mean PPPASI was 8.6 ± 8.6 . A statistically significant relationship was determined ($p < 0,001$; $r: 0.661- 0.525$) between deterioration in quality of life and PPPASI or PASI which are the indicators of severity of the disease. This relationship was more significant for palmoplantar involvement. Among subgroups of DLQI, the most frequently affected parameters were “symptoms and feelings”, followed by “daily activities”. When the quality of life in treated

group is compared with the patients who do not receive any systemic therapy or who are in transition phase to another agent because of lack of response, there was a statistically significant difference ($p < 0,001$).

We consider that occurrence of lesions in apparent and functional localizations should be included in the marker for the severity of the disease due to its high impact on the quality of life. We also suggest that in addition to the severity of the disease, there is a significant relevance between the treatment response and the quality of life.

Key Words: Psoriasis, demographic characteristics, quality of life

GİRİŞ

I. Genel Bilgiler

Psoriasis, toplumun yaklaşık %1-2'sinde görülen, kronik, inflamatuvar ve hiperproliferatif bir deri hastalığıdır (1,2). Etyopatogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte olgularının yaklaşık %40'ının ailesel birikim göstermesi, ikizlerdeki yüksek konkordans oranları ve hastalığın bazı HLA antijenleri ile olan birlikteliği genetik bir zemini düşündürmektedir (3). Bununla birlikte genetik yatkınlığı olan bireylerde hastalığın ortaya çıkması için bazı endojen veya ekzojen (çevresel) faktörler gereklidir. Psoriasis mekanik, UV ve kimyasal travma, stres, infeksiyonlar, ilaçlar ve mevsim değişiklikleri gibi faktörlerle tetiklenebilmekte veya alevlenebilmektedir (4).

Epidemiyolojik çalışmalarda; psoriazisin Crohn hastalığı, ateroskleroz, kalp yetmezliği, obezite, insülin direnci, tip 2 diyabet ve metabolik sendrom gibi ortak patogenetik mekanizmaların rol aldığı çeşitli hastalıklarla birliktelik gösterdiği bildirilmiştir (5,6).

II. Epidemiyoloji

Psoriasis sıklığı, etnik gruplar arasında değişkenlik göstermekle birlikte yaygın bir hastalıktır. Toplum çalışmalarında bildirilen prevalans değerleri %0,2 ile 4,8 arasında değişmektedir (7). İskandinavya ve Kuzey Avrupa'da en siktir, en yüksek prevalansı %3 olarak bildirilmiştir (8). Asya'da %0,1 veya daha az sıklıkta, Afrika'da ise oldukça nadir olduğu bildirilmektedir (9). Japonya'da prevalans yaklaşık %0,2'dir. Amerika Kızılderililerinde ise nadirdir. Bu değişik oranların nedenleri olasılıkla genetik ve çevresel faktörlerdir.

Kadın ve erkeklerde görülme sıklığı eşittir. Doğumdan itibaren her yaşta görülebilir. Hastaların %70'inde başlangıç 40 yaşından öncedir. Hastalığın ilk belirtileri genellikle üçüncü dekatta görülür. Başlangıç yaşı iki dö-

nemde pik yapar: en sık başlangıç 20-30 yaşları arasında görülür. Daha az sıklıkta ise 50-60 yaş arasında başlar. Erken başlangıçlı tipi (Tip-I) güçlü aile öyküsü olan, insan lökosit antijeni (HLA) ile ilişkili olduğu düşünülen tiptir ve daha şiddetli seyretmeye eğilimlidir. Geç başlangıçlı tipi (Tip-II) HLA birlikteliği göstermez, sporadik ve daha hafif seyretmeye eğilimlidir (8).

III. Etyopatogenez

Günümüzde psoriasis genetik, çevresel ve immünolojik faktörlerin kombinasyonu ile oluşan, insanlarda en sık görülen T-hücre bağımlı inflamatuvar bir hastalık olarak kabul edilmektedir (3,10).

III.A. Genetik

Psoriasisın kalıtsal bir hastalık olduğuna dair kanıtlar demografik, epidemiyolojik, aile ikiz çalışmaları, serolojik ve genetik çalışmalar ile edinilmiştir. Bu kanıtlar arasında olguların 1/3'ünde aile öyküsünün pozitif olması, erken başlangıçlı psoriastide bazı class I veya II HLA ilişkilerinin gösterilmesi (HLA-B13, -B17, -B27, -B38, -B39, -B57, -Cw6, -Cw7, -DR4, -DR7), birinci derece akrabalarda psoriasisın daha sık görülmesi, monozigot ikizlerde konkordansın %65-72, dizigot ikizlerde ise %15-30 olması sayılabilir (4).

Her ne kadar bazı ailelerde psoriasis geçişi yüksek penetranslı otozomal dominant, bazı ailelerde ise otozomal resesif Mendel paternine uyum gösterse de, psoriasisli çok sayıda ailenin analizi ile hastalığın genetik geçişinin heterojen ve poligenik olduğu sonucuna varılmıştır. Eğer anne veya babada psoriasis yoksa hayat boyu psoriasis riski %4, anne veya babadan birinde varsa %28, ikisinde de varsa %65'tir. Eğer çocuklardan birinde zaten psoriasis varsa, yukarıdaki riskler sırasıyla %24, %51 ve %83'tür. Psoriasis hastalarının birinci derece akrabalarında psoriasis riski (10X), uzak akrabalarından (4X) yüksektir (4). Hastalığın genetik zeminini anlama konusunda şimdiye kadar yapılan çalışmalarda psoriasisın ilişkili olduğu bazı kromozomal bölgeler tespit edilmiştir (PSORS 1-10). Bunlardan en önemlisi kromozom 6p21 üzerinde yerleşen PSORS (Psoriasis Susceptibility Loci) 1

genidir. Bu bölgede bulunan HLA-Cw6 psoriazisle ilişkilidir. HLA-Cw*0602 HLA-C'nin bir varyantıdır, class I MHC proteinini kodlar ve erken başlangıçlı kronik plak psoriazis ve çocukluk çağında sık görülen ve streptokokal enfeksiyonlarla tetiklenen guttat psoriazis ile ilişkilidir. PSORS 1 hastalığının genetik geçişininin %35-50'sinden sorumlu olmakla birlikte tüm genetik yatkınlığı açıklamaz. Klasik bağlantı analizi çalışmaları ile ailelerde yapılan çalışmalarda psoriazis ile ilişkili MHC dışında 9 farklı segment tanımlanmıştır (PSORS 2-10) (11).

III.B. Tetikleyici Ajanlar

Psoriazisin etyopatogenezinden, relaplardan, mevcut kliniğin kötüleşmesinden ve/veya tedavilerin başarısızlığından; travma, enfeksiyonlar, alkol, sigara, ilaçlar, stres, meslek, soğuk ve sisli hava gibi eksojen faktörler sorumlu olabilmektedir.

Lezyonsuz deri alanlarının travmatize edildikten sonra psoriazis lezyonlarının ortaya çıkmasına Köbner fenomeni veya izomorfik cevap denir. Psoriazisli hastalarda birçok faktör Köbner fenomenine yol açabilmektedir. Fiziksel etkenlerden abrazyon, sıkı bandaj, akapunktur, manikür, kimyasal, termal ve elektrik yanıkları, cerrahi işlemler, yama ve tüberkülin deri testleri, enjeksiyonlar, dövme, fotosensitivite, allerjik ve iritan kontakt dermatitler, donuklar, fronkül ve herpes zoster gibi enfeksiyonlar yeni lezyon gelişimine neden olabilir (12,13).

Streptokokal enfeksiyonların özellikle çocuk hastalarda guttat psoriazis gelişiminde tetikleyici rol oynadığı düşünülmektedir. Üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren psoriazisli çocukların yaklaşık yarısında psoriazisin alevlendiği bildirilmektedir. Akut guttat psoriazisle streptokokal enfeksiyonların ilişkisi birçok çalışmada gösterilmiştir. Ancak post-streptokokal guttat psoriazisli hastaların yaklaşık tamamında HLA-Cw6 geninin pozitif olması etiyolojide genetik yatkınlığın da önemini desteklemektedir (14-16). Psoriazis gelişiminde viral enfeksiyonlarında rolünü destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Psoriazisli veya psoriazisi olmayan HIV pozitif ve HLA-Cw*0602 geni pozitif olanlarda hastalığın

sıklığında artış görülmüştür (16). Ayrıca yapılan çalışmalarda psoriazis HCV, HPV 5 ve 36 ile de ilişkisinin olabileceği bildirilmektedir (17,18).

Zachariae ve ark.'nın (19) çalışmasında psoriazisli hastalarda alkol tüketimi, sigara içme, trankilizan, uyku hapları ve antidepresanların kullanımı ile yaşam kalitesinde bozulma ve hastalık şiddeti arasında zayıf ama istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu davranışlar hastaların psoriazisle baş etmede zorlanmaları nedeniyle gelişebilir ve takiben yaşam kalitesi azalır. Alkol kullanımı ve sigara içimi gibi yaşam tarzı faktörleri psoriazis için olası risk faktörlerindedir (20,21). Bir çalışmada kadınlarda alkol alımı başladıktan sonra hastalığın kötüleştiği ve sigara içiminin hastalığın başlamasında bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (22). Aşırı alkol tüketiminde hastalık daha inflame ve şiddetli olma eğilimindedir. Fazla alkol tüketimi stres yanıtına neden olurken, psoriazisin tedaviye cevabını geciktirir ve dirence neden olur (13,23). Kirby ve ark.'nın (24) çalışmasında psoriazisli olguların %17-30'unun değişik derecelerde alkol problemleri olduğunu belirtmişlerdir.

Sigara içmenin psoriazis üzerine etkisi, nikotin ve karbonmonoksit gibi çeşitli maddelerden kaynaklanır. Ayrıca cinsiyet, genetik yatkınlık, sigara dozu ve nikotin konsantrasyonu da hastayı etkileyen faktörlerdir. Psoriazis T hücre aracılı bir hastalıktır ve nikotinin doğrudan T hücreleri üzerinden etkileyerek immün cevabı değiştirdiği görülmektedir. Ayrıca keratinositler üzerinde nikotinik kolinerjik reseptörler gösterilmiştir ve bu reseptörler hücre diferansiyasyonunu artırmaktadır (12). Çeşitli çalışmalarda psoriazis hastaları arasında sigara içme prevalansının yüksek olduğu gösterilmiştir. Sigara içen psoriazis hastalarının %78'inin hastalıkları ortaya çıkmadan önce sigaraya başladıkları saptanmıştır. İçmeye devam eden ya da daha önce içip bırakmış olan hastaların psoriazis riskleri daha yüksektir ve sigara içiciliğinin süresi ve yoğunluğu kadınlarda psoriazis riski ile ilişkili bulunmuştur. Yoğun içicilerde klinik olarak şiddetli psoriazis riski iki kat daha fazladır (25).

Psoriazis ve diyetle ilgili çok fazla çalışma bulunmamakla birlikte diyet ve obezitenin psoriazisin gelişimi ve alevlenmesinde rol aldığı bilinmektedir. İsveç toplumunda fazla kilolu psoriazis hastalarında yapılan bir

çalışmada diyetle kalori kısıtlaması veya vejeteryan diyetle birlikte lezyonların gerilediği gösterilmiştir (26). Naldi ve ark.'nın (27) kahve, Safavi ve ark.'nın (28) vitamin A ile psoriasis ilişkisini inceledikleri çalışmada kahve tüketiminin ve vitamin A düzeyinin risk oluşturmadığı bildirildi.

Obezite, vücudun gereksiniminden fazla enerji içeren gıda alımı nedeniyle yağ dokusu oranında artış olması ve bunun sonucunda da vücut ağırlığının artması olarak tanımlanmaktadır. Obezite için en yaygın kullanılan ölçüm Beden Kitle İndeksi (BKİ)'dir (29). Psoriasisli hastalarda obezite prevalansının genel popülasyondan daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar vardır (30,31). Armstrong ve ark.'ı (32) 373 olguda yapılan çalışmada BKİ'nin psoriasis prevalansı ve şiddeti ile korele olduğunu göstermiştir. Sakai ve ark.'ı (33) 169 psoriasisli hastayı 10 yıldan uzun sürelerle takip ettikleri çalışmalarında BKİ'nin 25'in üzerinde olmasının psoriasisde kötü prognozla ilişkili olduğunu göstermişlerdir.

Psikolojik stres hastalığın tetiklenmesine, alevlenmesine ve daha erken yaşta ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (34). Al'Abadie ve ark.'nın (35) farklı dermatolojik hastalıkları içeren çalışmalarında psoriasisin ürtiker, akne, ekzema ve alopesi gibi hastalıklarla kıyaslandığında hastalığın başlangıcından veya alevlenmesinden önce stres öyküsünün psoriasis hastalarında daha fazla olduğunu bildirmişlerdir.

Literatürde ilaçlarla ilişkili kontrollü epidemiyolojik çalışmalar olmasa da ilaçların psoriasis etilediği bilinmektedir. Sistemik kortikosteroid tedavisinin kesilmesi, lityum, fenotiyazinler, salisilatlar ve sülfanamid kullanımı çoğu kez püstüler psoriasis neden olurken antimalaryal ilaçlar, sistemik kortikosteroid tedavisinin kesilmesi ve agresif tedavilerin uygulanması eritrodermik psoriasis neden olmaktadır. Psoriasisle ilişkisi iyi bilinen ilaçlar arasında anjiotensin konverting enzim (ACE) inhibitörleri, beta-adrenerjik blokerler ve nonsteroid antiinflamatuvarlar (NSAİ) yer almaktadır. Psoriasis; NSAİ ilaçlar ve beta-adrenerjik blokerler daha az, antimalaryal ilaçlar ve lityum ise şiddetli etkiler (12,13).

İklimle psoriasis ilişkisininin incelendiği çalışmalara bakıldığında genelde sıcak hava, güneş ve deniz suyunun lezyonları azalttığı, soğuk, sisli

ve kapalı havanın artırdığı görülmektedir. Psoriasis alevlenmeleri gibi hastalık başlangıcının da genellikle kış aylarında görülmesi hastalığın iklimle ilişkisine dikkati çekmektedir (12).

III.C. İmmünopatogenez

Psoriasisın en önemli patolojik özellikleri epidermal proliferasyon, anormal keratinosit diferensiasyonu, süperfisyel dermal vasküler pleksusta uzama, dilatasyon ve sızdırma (permeabilite artışı), epidermis ve dermiste inflamatuvar T hücre infiltrasyonudur.

1980 öncesinde psoriasisdeki ana patojenik hadisenin anormal epidermal proliferasyon ve diferensiasyon olduğu düşünülmüştür. Son 25-30 yılda psoriasis patogenezi hakkında bilinenler tamamı ile değişmiştir. Günümüzde psoriasisde genetik yatkınlık zemini yadsınamazken, anormal keratinosit proliferasyon/diferensiasyonunun ve vasküler değişikliklerin, T (T_h1 ve T_h17) hücre aktivasyonuna, yani dermal inflamasyona ikincil olduğu kanıta dayalı olarak gösterilebilmektedir (4,11).

IV. Klinik

Psoriasis tipik olarak eritemli, belirgin sınırlı, üzeri gümüş beyazı yapışık skuamlarla karakterize olsa da farklı klinik prezentasyonlarda karşımıza çıkabilir (36-40) (**Tablo-1**).

Tablo-1:Psoriazisin klinik tipleri.

Klinik tip	Özellikleri
Kronik plak	Üzerleri gümüş beyazı kalın kaba skuamla kaplı keskin sınırlı eritemli plaklar Saçlı deri, diz, dirsek, ekstremitte ekstensörlerinde, lumbosakral ve intergluteal bölge En sık görülen tip (%70-80)
Guttat	Akut olarak başlayıp kendini sınırlandırır Gövde ve ekstremitelerde yuvarlak, eritemli, hafif skuamli papüller (0,5-1,5 cm) En sık çocuklar, ergenler ve genç erişkinlerde gözlenir Kronik plak psoriazise dönüşebilir Aile öyküsü olan çocuk veya genç erişkinlerde, streptokokkal enfeksiyon veya stresli yaşam olayı sonrası gelişebilir
Eritrodermik	Vücudun %90'ından fazlasını etkiler Tetikleyici faktörlerin etkisiyle psoriazis hastaları eritrodermiye girebilir veya direkt psoriazis eritrodermisi olarak da başlayabilir Yaygın eritem, minimal deskuamasyon ve kaşıntı Lenfadenopati, ateş, hipotermi, taşikardi, periferik ödem Artmış sedimentasyon hızı, hipoalbuminemi, lökositoz veya lökopeni, anemi, laktat dehidrogenaz yüksekliği, karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik, kalsiyum dengesizlikleri, ürik asit yüksekliği görülebilir
Püstüller	Jeneralize Von Zumbach, anüler, egzantematik ve lokalize formları vardır Eritemli zeminde çok sayıda steril püstüller Ateş, halsizlik, anoreksi, bulantı gibi sistemik semptomlar Lökositoz, sedimentasyon yüksekliği Lokalize Hallopeau'nun akrodermatitis kontinuası ve palmoplantar formu vardır Palmoplantar formunda diffüz eritemli zeminde 2-5 mm'lik steril püstüller görülür Yeni çıkanlar sarı, daha eskiler kahverengi görülür

Ayrıca psoriazis hastalarında tırnaklar epidermal uzantılar olarak kabul edilip hastalıktan yaygın olarak etkilenmektedir. Bu durumun bir sonucu olarak psoriazisli olgularda %80 oranında tırnak psoriazisi gelişme olasılığı vardır. Psoriazisli hastalarda majör tırnak değişikliği yaklaşık %20 oranında bildirilmektedir. Bu durum genellikle artrit ve saçlı deri tutulumuyla beraber olur. Bulgular arasında pitting, sarı renk değişikliği, paronişi, subungual hiperkeratoz, onikoliz ve şiddetli onikodistrofi vardır. Tırnak psoriazisi hastalığının daha şiddetli formlarında görülen kozmetik ve fonksiyonel sorunlara yol açabilir (37,41). Tırnak bulgularının çeşitliliği nedeni ile objektif bir tutulum şiddeti belirlemek amacıyla 2003 yılında Rich ve ark.'ı (42) tarafından Tırnak Psoriazisi Şiddet İndeksi (NAPSI) geliştirilmiştir. Bu sistem, 2005 yılında Parrish ve ark.'ı (43) tarafından geliştirilerek daha yaygın bir kullanım alanı bulmuştur.

Psoriatik artrit fiziksel ve psikososyal sağlık üzerinde önemli etkilere neden olan, ciddi fonksiyonel kayıplara yol açan ve yaşam kalitesini etkileyen kronik inflamatuvar bir hastalıktır (44). Toplumda %0,04-0,2 oranında gözlenirken psoriazis hastalarının %5-42'sine eşlik eder. Psoriatik artritinin 5 klinik tipi mevcuttur: distal interfalangial, asimetric oligoartiküler, simetric poliartiküler, spondilitis ve sakroileitis, artrit mutilans (45).

V. Histopatoloji

Erken dönemde ilk olarak papiller dermisteki damarlarda genişleme ve konjesyon ortaya çıkar. Stratum korneumda öncelikle parakeratoz alanları oluşmakta, sonrasında nötrofiller bu alanlara göç etmektedir (46). Bu erken gelişme döneminde akantoz belirgin değildir. Kronik lezyonlarda ise psoriaziform akantoz ile birlikte bazal tabakada artmış mitotik aktivite dikkati çeker. Stratum korneumda parakeratoz alanları içinde nötrofiller (Munro mikroabseleri) mevcuttur. Granüler tabaka incelmış veya tamamen yok olmuştur. Spinöz tabakada da püstül (Kogoj'un püstülleri) izlenebilir. Papiller dermisteki kapiller dilatasyon ve konjesyon belirgindir. Lezyonun eskimesi ile retelerde topuz şeklinde yuvarlaklaşma ve birleşme ortaya çıkabilir. Papiller

ve üst retiküler dermiste perivasküler lenfositik infiltrasyon mevcuttur. Dermoepidermal bileşkede sıralanmış makrofajlar izlenebilir (46,47).

VI. Psoriazise Eşlik Eden Hastalıklar

Psoriazisi şiddetli seyreden hastalarda psoriatik artrit, kardiyovasküler hastalık, hipertansiyon, obezite, diyabetes mellitus, immün aracılı hastalık (Crohn hastalığı gibi) ve mortalite riski artmıştır. Ayrıca bu olgularda sıklıkla depresyon, daha fazla sigara içimi ve alkol kullanımı görüldüğü için sağlık durumu olumsuz etkilenir. Güncel çalışmalar hastalığın kronik inflamatuvar seyriden dolayı koroner arter hastalığı ve miyokard enfarktüsü gibi sağlık sorunlarına yol açabileceğini göstermiştir. Şiddetli psoriaziste görülen komorbidite prevalansındaki artış hastalığa çok yönlü bir yaklaşımı önermektedir (48-51).

VII. Psoriasis ve Yaşam Kalitesi

Birçok deri hastalığının yaşamı tehdit etmemesine rağmen oldukça kronik seyirli ve görülebilir olması nedeniyle hastaların ruhsal ve sosyal durumunu, kişisel ilişkilerini, günlük aktivitelerini ve dış görünümünü önemli ölçüde etkileyerek ilginin daha ziyade sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerinde odaklanmasına yol açmıştır (52,53).

“Yaşam kalitesi” günlük yaşamın kültürel, dinsel, ruhsal, politik ve parasal konuları ile ilgili kişisel deneyimleri, algı ve inançları kapsayan bir genel kavram olarak sunulmuştur. Sağlıkta yaşam kalitesi ise birey yaşamının fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutu ile ilgilenir ve böylece belli bir hastalığın, sakatlığın yada bozukluğun kişinin söz konusu alanlardaki işlevselliği ve iyi olma durumunu nasıl etkilediğini ortaya koyar (53,54).

Psoriasis yaşam kalitesinin en çok araştırıldığı dermatolojik hastalıktır. Toplumda sık görülen bu hastalık, görünür bölgeleri etkilemekte, kaşıntı gibi yakınmalara neden olmakta ve nökslerle giden kronik bir süreç izlemektedir. Tedavisinin giderek daha etkin olmasına rağmen tümünden iyileşme sıklıkla başarısız ve hastalığın nöksleriyle yaşam boyu var olması

iyileştirilemeyen hastalıklar başlığı altında anılmasına neden olur. Görüntü ile ilgili kozmetik sorunlar bireysel ve sosyal alandaki işlevlerin önemli bir kısmını bozar. Bu nedenle psoriasis hastalarında, hastalığa bağlı kronik stresin neden olduğu psikolojik sıkıntı, utanma, çekinme, depresyon, sosyal ve fiziksel aktivitelerde kısıtlanma gibi pek çok psikososyal sorunlarla karşılaşmaktadır (55-59). Bu etkiler her zaman hastalığın klinik şiddeti ile korele olmayabilir ve hafif şiddetteki deri bulguları bile ağır psikososyal bozukluklara yol açabilir (60,61). Fiziksel ve ruhsal işlevlerdeki bu bozulmaların kalp hastalığı, kanser gibi yaşamı tehdit eden başka önemli hastalıklarla dahi kıyaslanabilir durumda olduğu bildirilmiştir (62). Bu nedenle, hastalık şiddetinin belirlenmesinde dermatolojik bulgularla birlikte psikososyal durumun ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi önerilmektedir (63,64).

Psoriasis hastalarında yaşam kalitesini değerlendirmek için çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Bu ölçekler psoriazise özgü, dermatolojiye özgü ve genel yaşam kalitesi ölçekleri şeklinde sınıflandırılabilir. Psoriazise özel ölçekler yaşam kalitesinin değerlendirilmede en duyarlı olmakla birlikte daha genel ölçümler hastalıklar arasındaki kıyaslamaları sağlamaktadır. Psoriasisli hastalarda yaşam kalitesinin ölçüldüğü çalışmalarda sıklıkla birden fazla ölçek kullanılır. Çeşitli ölçeklerin kullanımıyla, farklı klinik kontrollü çalışmalarda farklı farmakolojik tedavilerin psoriasisli hastaların yaşam kalitesi üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir (65) (**Tablo-2**).

Tablo-2:Psoriaziste yaşam kalitesi ölçümünde kullanılan ölçekler.

Genel Yaşam Kalitesi Ölçekleri	Kısa Form-36 (Short Form-36, SF-36) Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile, SIP) Genel Sağlık Anketi (General Health Questionnaire, GHQ) Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile, NHP) Subjektif iyi Olma Ölçeği (Subjective Well Being Scale, SWLS) Avrupa Yaşam Kalitesi-5D (European Quality of Life-5D, EuroQoL, EQ-5D)
Dermatolojiye Özgü Ölçekler	Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (Dermatology Life Quality Index, DLQI) Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (Children's Dermatology Life Quality Index, CDLQI) Deri İndeksi (SKINDEX) Dermatolojide Yaşam Kalitesi Skalası (Dermatology Quality of Life Scale, DQOLS) İngiltere Hastalık Etki Profili (UK Sickness Impact Profile, UKSIP) Deri Şikayetleri ile Tecrübe Üzerine Anket (Questionnaire on Experience with Skin Complaints, QES) Dermatolojide Yaşam Kalitesi (VQ-Dermato) Freiburg Yaşam Kalite Değerlendirmesi (Freiburg Life Quality Assessment, FLQI)
Psoriazise Özgü Ölçekler	Psoriazis İşlev Kaybı İndeksi (Psoriasis Disability Index, PDI) Psoriazis Yaşam Kalite İndeksi (Psoriasis Index of Quality of Life, PSORIQoL) Psoriazis Yaşam Stres Envanteri (Psoriasis Life Stress Inventory, PLSI) Psoriazis Etki Anketi (Impact of Psoriasis Questionnaire, IPSQ) Salford Psoriazis İndeksi (Salford Psoriasis Index, SPI) Koo-Menter Psoriazis Aracı (Koo-Menter Psoriasis Instrument, KMPI) Psoriatik Artrit Yaşam Kalitesi Anketi (Psoriatic Arthritis Quality of Life, PsAQoL) Tırnak Psoriazis Yaşam Kalite Ölçeği (Nail Psoriasis Quality of Life Scale, NPQ10) Psoriazis Aile İndeksi (Psoriasis Family Index, PFI)

Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) deri hastalıklarının, hastaların yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini ölçmek üzere ilk olarak geliştirilen ve son yıllarda yaygın olarak kullanılan bir yaşam kalite anketidir (66). DYKİ'nin hastalığa özel olmasa da psoriazisteki yaşam kalite değerlendirmesinde uygun ve geçerli bir enstrüman olduğu bir çok çalışma ile onaylanmıştır. DYKİ kısa, yoğun iş ortamında dahi uygulaması kolay, tedavinin etkilerini ve hastalığın seyrini belirlemede işlevsel görünmektedir. Özgün olması dolayısıyla hafif gibi görünen ancak klinik olarak anlamlı olan değişimleri dahi değerlendirmek mümkündür; bu nedenle genel sağlık yaşam kalite ölçeklerinden daha duyarlıdır (67).

DYKİ temel olarak 10 soruyu içerir. Soru 1 ve 2 semptom ve duygular, 3 ve 4 günlük aktiviteler, 5 ve 6 boş zaman aktiviteleri, 7 iş ve okul, 8 ve 9 kişiler arası ilişkiler ve 10 tedavi ile ilgilidir (**Ek-1**). DYKİ'nin, Öztürkcan ve ark.'ı (68) tarafından Türkçe'de geçerliliği ve güvenilirliği sağlanmıştır.

VIII. Psoriazis Tedavisi ve Yaşam Kalitesi

Psoriazisin deri tutulumu dışında eklem tutulumu olması, eşlik eden komorbiditelerin varlığı ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi nedeniyle etkin bir tedavi ve uzun süreli takip gerekir. Hastaların yalnız %25'i kendisine uygulanan tedavilerden memnun iken %50 den fazlası tedaviyi orta derecede yeterli ve %20'si ise az yeterli bulmaktadırlar. Psoriaziste hastalık şiddetinin tanımlanması uygun, güvenli, etkin ve memnuniyet verici tedavilerin algoritmik olarak uygulanabilmesinde rehber görevi görür. Psoriazis şiddetinin tanımlanmasında en çok kullanılan ölçeklerden biri Psoriazis Alan Şiddet İndeksi (PAŞİ)'dir. Tutulum gösteren alanların % dağılımını gösteren Vücut Yüzey Alanı (VYA), PAŞİ uygulanamadığı durumlarda kullanılabilecek daha basit bir ölçektir. Günümüzde psoriazis şiddeti tanımlanırken hastalığın yaşam kalitesi üzerine etkisini hasta tarafından değerlendiren ölçeklere de yer verilmektedir ki bunların arasında, her ne kadar ülkeler arası farklılıklar göz ardı edilse de, halihazırda en sık kullanılanı ve en çok kabul göreni

DYKİ'dir (69). Mrowietz ve ark.'ı (70), bu üç ölçeği kullanarak psoriasis şiddetini tanımlayıp tedavi planını oluşturmuşlardır (**Tablo-3**).

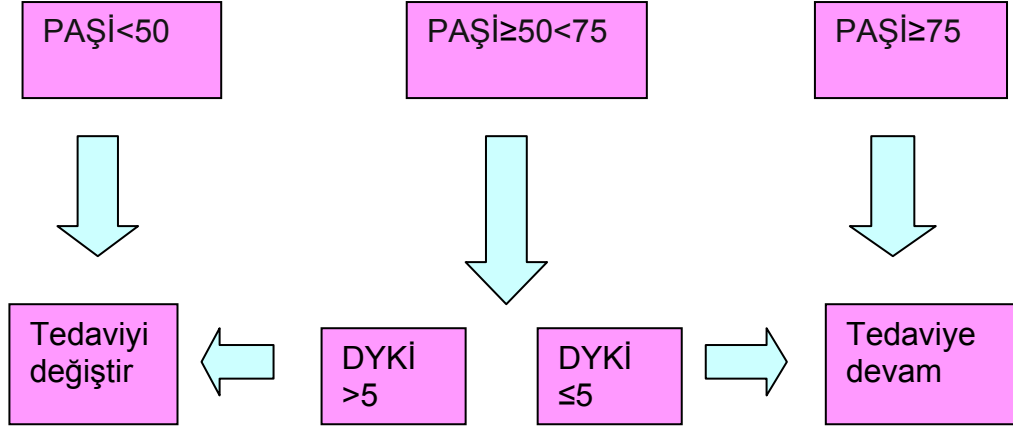
Tablo-3:Psoriasis şiddeti ve tedavi planı (70).

Hafif plak psoriasis	VYA \leq 10 ve/veya PAŞİ \leq 10 ve DYKİ \leq 10 Topikal tedavi veya fototerapi (dirençli ise)
Orta şiddetli plak psoriasis	PAŞİ \leq 10 ve/veya VYA \leq 10 ve DYKİ $>$ 10 (Görünür alanların tutulumu, saçlı deride şiddetli tutulum, genital, avuç içi/ayak tabanı, en az iki tırnakta onikoliz veya onikodistrofi, kaşıntı, ağrı, yanma gibi şikayetler, rekalsitran plaklar ve artrit varlığında) PAŞİ $>$ 10 ve/veya VYA $>$ 10 ve DYKİ \leq 10 Fototerapi, sistemik konvansiyonel, kombinasyon ve biyolojik tedavileri
Şiddetli plak psoriasis	VYA $>$ 10 ve/veya PAŞİ $>$ 10 ve DYKİ $>$ 10 Fototerapi, sistemik konvansiyonel, kombinasyon ve biyolojik tedavileri

VYA: Vücut Yüzey Alanı, **PAŞİ:** Psoriasis Alan Şiddet İndeksi, **DYKİ:** Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi.

Psoriasis tedavisi indüksiyon ve idame fazı olarak iki bölümde değerlendirilir. İndüksiyon fazında lezyonlarda tam veya tama yakın iyileşme/silinme için gereken ortalama süredir. İdame fazında ise elde edilen klinik etkinliğin devamlılığını sağlamak için geçen süredir. Genel anlamda tedavi başarısı ilacın etkinliği, güvenilirliği, hastanın tercihi, memnuniyet ve yaşam kalitesine olan fayda düzeyi gibi faktörlerin bir karışımı olduğu söylenebilir. İndüksiyon fazının sonunda ve idame tedavisi sırasında kullanılacak tedavi hedefleri tanımlanmıştır (70) (**Tablo-4**).

Tablo-4:İndüksiyon fazının sonunda ve idame tedavisi sırasında tedavi takibinde kullanılabilir algoritmik yaklaşım (70).



PAŞİ: Psoriasis Alan Şiddet İndeksi, **DYKİ:** Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi.

Psoriasis şiddetini değerlendirmede bağımsız bir parametre olan yaşam kalitesi eklenirken, çok farklı yaşam kalitesi skalaları (Kısa Form-36, SF-36 gibi) içinden DYKİ tercih edilmiştir. Bunun nedeni bu ölçeğin birçok ülkede ve dilde kullanılabilir olması, çoğu klinik çalışmada ve araştırmalarda tercih edilmesi ve yaşam kalitesini değerlendirmede güvenilir olması nedeniyledir (70).

Psoriasisde uygulanan tedavi seçenekleri gruplandırılarak verilmiştir (69) (**Tablo-5**).

Tablo-5:Psoriasis tedavisi.

Topikal Tedaviler	Kortikosteroidler, D vitamini analogları, tazaroten, antralin, kalsipotriol-betametazon propionat, katran, keratolitikler, topikal kalsinörin inhibitörleri, topikal antimetabolitler, nemlendiriciler
Foto(kemo)terapi	Dar band-UVB, Psoralen+UVA (PUVA) kemoterapisi, excimer lazer , klimaterapi, fotodinamik tedavi
Sistemik Tedaviler	Metotreksat, siklosporin, sistemik retinoidler
Biyolojik Ajanlar	İnfliximab, etanercept, adalimumab, ustekinumab

Psoriasis kronik seyreden yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bilinen bir hastalık olup literatürde psoriasis ile yaşam kalitesini irdeleyen çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmada; psoriasis hastalarının yaşam kalitesi ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlandı. Bu nedenle; psoriasisli hastaların klinik ve demografik özellikleri ile Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi arasındaki ilişki değerlendirildi.

GEREÇ VE YÖNTEM

I. Hasta Grubunun Tanımlanması

Çalışmaya Aralık 2012 – Temmuz 2013 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı psoriasis polikliniğinde orta şiddetli psoriasis tanısıyla takip edilen veya ilk kez başvurmuş olan 500 hasta alındı. 16-70 yaş aralığı dışında olan, okuma-yazma bilmeyen ve aktif psikiyatrik hastalığı olanlar dışlandı.

Çalışmamız için Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (04 Aralık 2012, 2012-25/39 no'lu kararı).

Hastaların ayrıntılı öyküleri alınarak dermatolojik muayeneleri yapıldı. Yaş, cinsiyet, medeni hali, çalışma durumu, beden kitle indeksi, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durumu, hastalık süresi, aile öyküsü, alkol ve sigara kullanımı, hastalığın klinik tipi, başlangıç yaşı, özellikli bölge tutulumunun varlığı, psoriatik artropatinin varlığı, eşlik eden hastalıklar, hastalık şiddeti ve aldıkları tedavi kaydedildi (**Ek-2**).

Hastalar medeni hallerine göre; evli, bekar, dul, boşanmış olarak gruplandırıldı. Eğitim düzeylerine göre; okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise, önlisans, lisans olarak gruplandırıldı. Çalışma durumlarına göre; çalışan, ev hanımı, öğrenci, emekli ve çalışmayan olarak gruplandırıldı. Aile öyküsünde; birinci, ikinci ve üçüncü dereceden akrabalarında hastalığın varlığı sorgulandı. Aylık ortalama gelir; < 1500TL ise düşük, 1500-3000TL arasında orta, >3000TL ise yüksek olarak belirlendi. Hastalığın başlangıcı; ≤30 yaş ise erken başlangıçlı, >30 yaş ise geç başlangıçlı olarak değerlendirildi. Özellikli bölge olarak; saçlı deri, yüz, tırnak, el, genital bölge ve mukoza tutulumunun varlığı sorgulandı. Tedavi açısından; sistemik naif hastalar (hiç kullanmamış), sistemik tedavi alanlar ve geçiş tedavisinde olanlar (Anket yapıldığı sırada bir sistemik ajana dirençli olup diğer ajana geçiş için araştırma safhasında bulunanlar) olarak gruplandırıldı.

Hastalığın şiddetini değerlendirmek amacıyla Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PAŞİ), Palmoplantar Püstüler Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PPPASI) kullanıldı. Psoriatik tırnak şiddetini değerlendirmek amacıyla Tırnak Psoriazisi Şiddet İndeksi (NAPSI) kullanıldı. PAŞİ, PPPASI ve NAPSI skoru hekim tarafından hesaplandı. Tüm hastalar tarafından Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) anketi dolduruldu.

II. Beden Kitle İndeksinin (BKİ) Hesaplanması

Beden kitle indeksi; kilogram cinsinden kilonun, metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle hesaplanmıştır. Beden kitle indeksi değeri: 18.5 kg/m²'nin altında olanlar: zayıf, 18.5-24.9 kg/m² arasında olanlar: normal kilolu, 25-29.9 kg/m² arasında olanlar: hafif şişman, 30-39.9 kg/m² arasında olanlar: obez, 40 kg/m²'nin üstü: ileri derecede obez olarak değerlendirilir.

III. PAŞİ Skorunun Hesaplanması

PAŞİ, dört vücut bölgesindeki eritem (E), infiltrasyon (I), kepek (S) derecesinin hesaplanması ile belirlendi (**Tablo-6**). PAŞİ skoru 0-72 arasında değişir. Çalışmamızda PAŞİ>10 orta-şiddetli olarak kabul edildi.

Tablo-6:PAŞİ skorunun hesaplanması.

Baş	0.1 [E(0-4)+I(0-4)+S(0-4)]xA(1-6)
Gövde	0.3 [E(0-4)+I(0-4)+S(0-4)]xA(1-6)
Üst ekstremiteler	0.2 [E(0-4)+I(0-4)+S(0-4)]xA(1-6)
Alt ekstremiteler	0.4 [E(0-4)+I(0-4)+S(0-4)]xA(1-6)
	+.....PAŞİ skoru
A: Tutulan alan değeri (1:<%10, 2:%10-30, 3:%30-50, 4:%50-70, 5: %70-90, 6:%90-100) Eritem (E), infiltrasyon (I) ve kepeğin(S) durumuna göre derecelendirme yapılır. Yok:0 Hafif:1 Orta:2 Belirgin:3 Şiddetli:4	

IV. PPPASI Skorunun Hesaplanması

PPPASI skoru palmoplantar püstüler psoriazis şiddetini değerlendiren bir skora sistemidir. PPPASI, her iki palmar ve plantar bölgedeki eritem (E), püstül (P) ve deskuamasyon (D) derecesinin hesaplanması ile belirlendi (**Tablo-7**). PPPASI skoru 0-72 arasında değişir (71).

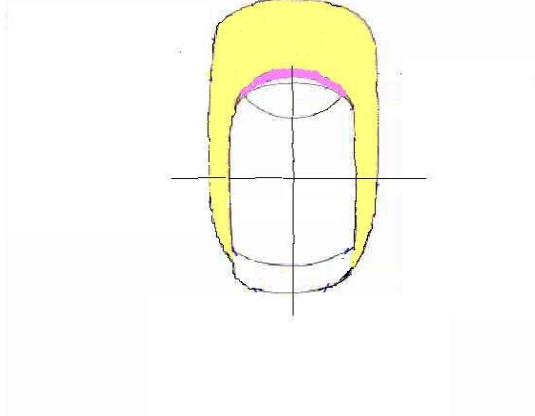
Tablo-7:PPPASI skorunun hesaplanması (71).

Sağ palmar bölge	$0.2 [E(0-4)+P(0-4)+D(0-4)]xA(1-6)$
Sol palmar bölge	$0.2 [E(0-4)+P(0-4)+D(0-4)]xA(1-6)$
Sağ plantar bölge	$0.3 [E(0-4)+P(0-4)+D(0-4)]xA(1-6)$
Sol plantar bölge	$0.3 [E(0-4)+P(0-4)+D(0-4)]xA(1-6)$
	+.....PPPASI skoru
A: Tutulan alan değeri (1:<%10, 2:%10-30, 3:%30-50, 4:%50-70, 5: %70-90, 6:%90-100) Eritem (E), püstül (P) ve deskuamasyonun (D) durumuna göre derecelendirme yapılır. Yok:0 Hafif:1 Orta:2 Şiddetli:3 Çok şiddetli:4	

V. NAPSI Skorunun Hesaplanması

NAPSI sisteminde tüm el ve ayak tırnakları 4 kadrana ayrılarak, her kadranda, tırnak yatağı (onikolizis, splinter hemoraji, subungual hiperkeratoz, yağ lekesi) ve tırnak matriksi tutulumuna ait (pitting, lökonişi, lunulada kırmızı noktalar, ufalanma) bulgular incelenmiştir (**Şekil-1**). NAPSI skorunun saptanması için her kadranda saptanan bulgu, bulunduğu kadrana sayısı kadar puan almıştır. Buna göre yukarıda belirtilen herhangi bir bulgu yoksa 0, bir kadranda varsa 1, iki kadranda varsa 2, üç kadranda varsa 3, dört kadranda varsa 4 olarak skorlanmış ve toplanmıştır. NAPSI skoru 0-160 arasında değişir (**Tablo-8**). Bu skora sistemine göre; örneğin, tek bir tırnağı skorlarken iki kadranda yağ lekesi, 2 kadranda pitting saptandığında skor o tırnak için 4 olarak hesaplanmıştır.

Şekil-1:Tırnağın dört kadrana ayrılması.



Tablo-8:NAPSI skorunun hesaplanması.

	Sağ El					Sol El					Sağ Ayak					Sol Ayak					Toplam
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Tırnak Matriksi																					
Tırnak Yatağı																					
NAPSI SKOR																					

VI. DYKİ'nin Değerlendirilmesi (Ek-1)

DYKİ hastanın semptom ve duygular (1-2.soru), günlük aktiviteler (3-4.soru), boş zamanı değerlendirme (5-6.soru), okul/iş hayatı (7.soru), kişisel ilişkiler (8-9.soru) ve tedavi (10.soru) alt gruplarından oluşacak şekilde yaşamı ne kadar etkilediğini değerlendirmeye yönelik tasarlanmıştır. Ankette hastaların verdikleri cevaplara göre; çok fazla:3 puan, çok: 2 puan, biraz: 1 puan, hiç: 0 puan, evet:3 puan, hayır veya uygun değil:0 puan şekilde puanlama yapılmaktadır. Puanlamanın fazla olması hastalığın yaşam kalitesini kötü etkilemesi anlamına gelmektedir. Her bir soru 4 puan üzerinden değerlendirilerek 0-30 arasında skorlanan bir ölçektir. Bu ölçeğe

göre 0-1 puan, hastalığın yaşam kalitesine bir etkisi olmadığını; 2-5 puan az etkili olduğunu; 6-10 orta derece etkili; 11-20 çok etkili ve 20 üzeri puan, çok fazla etkili olduğunu gösterir.

VII. İstatistiksel Analiz

Sonuçların istatistiksel olarak değerlendirilmesi Uludağ Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı'nda SPSS (Statistical Packages for the Social Sciences) 21 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. İstatistiksel analiz kısmında kategorik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında ki-kare testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Betimleyici istatistikler olarak medyan, minimum, maksimum, aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki Spearman's rho katsayısı ile verilmiştir. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya alınan hasta grubu 270 kadın (%54), 230 erkek (%46) olmak üzere toplam 500 kişiden oluşuyordu. Kadın/erkek oranı 1.17 idi. Cinsiyet ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p: 0,91).

Olguların yaşları 16-70 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 43.39 ± 13.62 idi. Olgularımız <20 yaş, 20-50 yaş ve >50 yaşından büyük olarak gruplandırıldı. 20-50 yaş aralığındaki genç erişkinler ile >50 yaşından büyük yaşlı grub karşılaştırıldığında genç erişkinlerin yaşam kalitesindeki bozulmada anlamlı bir ilişki saptandı (p<0,001).

Hastalık süresi; 0.3-60 yıl arasında değişmekte olup ortalama 12.57 ± 10.42 yıl olduğu saptandı. Hastalık süresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p: 0,933)

Olguların medeni hali sorgulandığında; 382'si (%76.4) evli, 91'i (%18.2) bekar, 19'u (%3.8) dul, 8'i (%1.6) boşanmış olarak saptandı. Medeni hal ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p: 0,292).

Eğitim düzeyi bakımından; hastaların 212'si (%42.5) ilkokul, 58'i (%11.6) ortaokul, 118'i (%23.6) lise, 26'sı (%5.2) önlisans, 66'sı (%13.2) lisans, 20'si (%4) okuryazar idi. Eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p: 0,179).

Sosyoekonomik açıdan değerlendirildiğinde; hastaların aylık ortalama geliri 268'inde (%53.6) <1500 TL, 196'sında (%39.2) 1500-3000 TL arasında, 36'sında (%7.2) >3000 TL idi. Aylık ortalama gelir ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p: 0,355).

Psoriazisli hastaların çalışma hayatı sorgulandığında; hastaların 241'i (%45.2) çalışıyor, 171'i (%34.2) ev hanımı, 25'i (%5) öğrenci, 83'ü (%16.6) emekli, 15'i (%3) çalışmıyor idi. Çalışma durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p: 0,632).

Sigara kullanan 182 (%36.4) hastanın 87'si (%17.4) kadın, 95'i (%19) erkek idi. Alkol kullanan 43 (%8.6) hastanın 7'si (%1.4) kadın, 36'sı (%7.2) erkekti. Sigara kullanımı ile yaşam kalitesinde bozulma (p: 0,001), PAŞİ (p:

0,43), PPPASI (p: 0,17) arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Alkol kullanımı ile yaşam kalitesinde bozulma (p: 0,371), PAŞİ (p: 0,137), PPPASI (p: 0,9) arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Psoriazisli hastaların cinsiyet, medeni hal, eğitim düzeyi, aylık ortalama gelir, çalışma hayatı, sigara içimi ve alkol kullanımı ile ilgili bilgiler **Tablo-9**'da verilmiştir.

Tablo-9:Psoriazisli hastaların demografik bulguları.

	Hasta Sayısı	Hasta Yüzdesi
Cinsiyet		
Kadın	270	%54
Erkek	230	%46
Medeni Hali		
Evli	382	%76.4
Bekar	91	%18.2
Dul	19	%3.8
Boşanmış	8	%1.6
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar	20	%4
İlkokul	212	%42.4
Ortaokul	58	%11.6
Lise	118	%23.6
Önlisans	26	%5.2
Lisans	66	%13.2
Aylık Ortalama Gelir		
1500 TL<	268	%53.6
1500-3000 TL	196	%39.2
3000 TL>	36	%7.2
Çalışma Hayatı		
Çalışan	241	%45.2
Ev hanımı	171	%34.2
Öğrenci	25	%5
Emekli	83	%16.6
Çalışmıyor	15	%3
Sigara İçimi	182	%36.4
Kadın	87	%17.4
Erkek	95	%19
Alkol Kullanımı	43	%8.6
Kadın	7	%1.4
Erkek	36	%7.2

Erken başlangıç (≤ 30 yaş) 266 (%52.6) hastada, geç başlangıç ise (> 30 yaş) 234 (%47.4) hastada kaydedildi. Başlangıç yaşı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p: 0,458).

Aile öyküsü 138 (%27.6) hastada mevcuttu. Olguların 74'ünde (%14.8) 1.dereceden, 27'sinde (%5.4) ikinci dereceden ve 37'sinde (%7.4) üçüncü derece akrabalarından en az birinde psoriasis mevcuttu. Aile öyküsü pozitif olanlarda erken başlangıçla anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0,001).

Hastaların klinik tipleri; 401 (%80.2) hastada plak tip, 68 (%13.6) hastada palmoplantar tip, 20 (%4) hastada guttat tip, 6 (%1.2) hastada invers tip, 5 (%1) hastada eritrodermik tip mevcuttu. Psoriasis tipleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p: 0,055).

Psoriatik artropati 55 kadın (%11), 40 (%8) erkek olmak üzere toplam 95 (%19) hastada bulunmaktaydı. Psoriatik artropati ile yaşam kalitesinde bozulma (p: 0,021) ve tırnak tutulumu (p<0,001) arasında anlamlı bir ilişki saptandı.

Özellikli tutulum bölgeleri bakımından; 223 (%44.6) hastada saçlı deri, 140 (%28) hastada tırnak, 111 (%22.2) hastada el, 57 (%11.4) hastada genital bölge, 48 (%9.6) hastada yüz, 2 (%0.4) hastada mukozal tutulum saptandı. Saçlı deri (p<0,001), yüz (p: 0,001), tırnak (p: 0,003), genital bölge (p: 0,005) ve el (p<0,001) tutulumunda yaşam kalitesinde bozulma arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Beden kitle indeksi 4 (%0.8) hastada zayıf, 137 (%27.4) hastada normal, 183 (%36.6) hastada hafif şişman, 159 (%31.8) hastada obez, 37 (%7.4) hastada ileri derecede obez olarak bulundu. Beden kitle indeksi 18.2 ile 48.5 kg/m² arasında değişmekte olup ortalaması 28.4±5.3 olarak bulundu. Beden kitle indeksi < 25 kg/m² ve 25≥kg/m² olarak gruplandırılarak yaşam kalitesi ile arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p: 0,654).

Tedavi durumuna göre; 93 (%18.6) hastanın polikliniğimize ilk başvurusu olup o anda herhangi bir sistemik tedavi kullanmamaktadır. 407 (%81.4) hasta en az bir sistemik tedavi almakta olup, 17 (%3.4) hasta ise anket yapıldığı sırada bir sistemik ajana dirençli olup diğer ajana geçiş için araştırma safhasında bulunanları oluşturmaktadır. Polikliniğimize ilk

başvurusu olup herhangi bir sistemik tedavi kullanmayanlar (sistemik naif hastalar) ile geçiş tedavisinde olanlar yaşam kalitesinde bozulma açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p: 0,164). Bununla beraber sistemik naif hastalar ve geçiş tedavisinde olanlar ile tedavi altındaki grup karşılaştırıldığında yaşam kalitesinde bozulma açısından anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0,001). Psoriasisli hastaların klinik özellikleri **Tablo-10**'da verilmiştir.

Tablo-10:Psoriasisli hastaların klinik özellikleri.

	Hasta Sayısı	Hasta Yüzdesi
Başlangıç Yaşı		
Erken başlangıçlı (≤ 30 yaş)	266	%52.6
Geç başlangıçlı (>30 yaş)	234	%47.4
Aile Öyküsü	138	%27.6
1.derece	74	%14.8
2.derece	27	%5.4
3.derece	37	%7.4
Psoriasis Tipleri		
Kronik plak psoriasis	401	%80.2
Guttat psoriasis	20	%4
İnvers psoriasis	6	%1.2
Eritrodermik psoriasis	5	%1
Palmaplantar psoriasis	68	%13.6
Tutulum Alanları		
Saçlı deri	223	%44.6
Tırnak	140	%28
El	111	%22
Yüz	48	%9.6
Genital Bölge	57	%11.4
Mukoza	2	%0.4
Beden Kitle İndeksi		
Zayıf	4	%0.8
Normal	137	%27.4
Hafif şişman	183	%36.6
Obez	159	%31.8
İleri derecede obez	37	%7.4
Tedavi		
Sistemik naif hastalar	93	%18.6
Sistemik tedavi alanlar	407	%88
Geçiş tedavisinde olanlar*	17	%3.4

*Anket yapıldığı sırada bir sistemik ajana dirençli olup diğer ajana geçiş için araştırma safhasında bulunanlar.

Eşlik eden hastalık 183 (%36.6) hastada saptandı. En sık eşlik eden hastalıklar azalan sıklıkta olacak şekilde; 64 (%12.8) hastada hipertansiyon, 50 (%10) hastada diyabetes mellitus, 38 (%7.6) hastada hiperkolesterolemi, 19 (%3.8) hastada hipertrigliseridemi, 18 (%3.6) hastada psikiyatrik hastalık, 14 (%2.8) hastada koroner arter hastalığı ve 9 (%1.8) hastada hipotiroidi idi. Eşlik eden hastalık ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p: 0,525).

Başvuru anında değerlendirilen PAŞİ skoru 0-44 arasında değişmekte olup ortalama 6.8 ± 7.6 idi. NAPSİ skoru 140 (%28) hastada değerlendirilmiştir. NAPSİ skoru 1-80 arasında değişmekte olup ortalama 4.5 ± 11.3 idi. PPPASI değeri 68 (%13.6) hastada değerlendirilmiştir. PPPASI skoru 0-45 arasında değişmekte olup ortalama 8.6 ± 8.6 idi (**Tablo-11**). Yaşam kalitesi ile PAŞİ (p< 0,001; r: 0.525), PPPASI (p< 0,001; r: 0.661) ve daha zayıf olacak şekilde NAPSİ (p: 0,003; r: 0.134) arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (**Tablo-12**). Bu ilişki palmoplantar tutulumda daha anlamlı bulunmuştur.

Tablo-11:Psoriazisli hastaların PAŞİ, NAPSİ, PPPASI değerleri.

	Ortalama Değeri	Hasta Sayısı	Hasta Yüzdesi
PAŞİ	6.8 ± 7.6	432	%86.4
NAPSİ	4.5 ± 11.3	140	%28
PPPASI	8.6 ± 8.6	68	%13.6

PAŞİ:Psoriazis Alan Şiddet İndeksi, **NAPSİ:**Tırnak Psoriazisi Şiddet İndeksi, **PPPASI:**Palmoplantar Püstüler Psoriazis Alan Şiddet İndeksi.

DYKİ çalışmamızda tüm hastalara uygulanmıştır. DYKİ skoru 0-29 arasında değişmekte olup ortalama 7.1 ± 6.7 idi. DYKİ'ni oluşturan altı alt gruptan en fazla semptom ve duygular, 2.sıklıkta günlük aktiviteler etkilenmişti (**Tablo-12**). Altı alt grup ile cinsiyet karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmadı (p> 0,05).

Tablo-12: DYKİ ve alt gruplarının; PAŞİ, PPPASI ve NAPSİ ile korelasyon sonuçları.

	PAŞİ	PPPASI	NAPSİ
DYKİ	0,525**	0,661**	0,134**
Semptom ve duygular	0,482**	0,695**	0,102*
Günlük aktiviteler	0,453**	0,472**	0,122**
Boş zamanı değerlendirme	0,379**	0,529**	0,132**
Okul/iş hayatı	0,345**	0,446**	0,84
Kişisel ilişkiler	0,362**	0,408**	0,131**
Tedavi	0,351**	0,293**	0,69

DYKİ:Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi, **PAŞİ:**Psoriasis Alan Şiddet İndeksi, **PPPASI:**Palmoplantar Püstüler Psoriasis Alan Şiddet İndeksi, **NAPSİ:**Tırnak Psoriasis Şiddet İndeksi.

** Pozitif yüklü anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p< 0,001).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Psoriasis ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki ilk olarak 1987 yılında Finlay ve Kelly (72) tarafından hazırlanan bir ölçek (Psoriasis İşlev Kaybı İndeksi, PİKİ) ile araştırılmıştır. Takiben psoriasteste yaşam kalitesini değerlendiren farklı ölçeklerin kullanıldığı çok sayıda çalışma yapılmıştır (73). Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) ise ilk olarak 1994 yılında Finlay ve Khan (74) tarafından atopik ekzema, psoriasis, generalize pruritus, akne, bazal hücreli karsinom gibi farklı deri hastalıklarının yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla kullanılarak rutinde uygulanabilecek, basit ve pratik bir ölçek olarak sunulmuştur. Bu ölçeğin birçok ülkede ve dilde kullanılabilir olması, çoğu klinik çalışmada ve araştırmalarda tercih edilmesi ve yaşam kalitesini değerlendirmede güvenilir olması nedeniyle 2011 yılında Mrowietz ve ark.'ı (70) tarafından psoriasis tedavi planı ve takibinde kriter olarak kullanılmıştır. Bizde bu yüzden çalışmamızda; psoriasisli hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek için bu ölçeği kullanmayı uygun gördük.

Psoriasteste yaşam kalitesi belirgin olarak bozulmaktadır (52). DYKİ; hastaların semptom ve duygular, günlük aktiviteler, boş zamanı değerlendirme, okul/iş hayatı, kişisel ilişkiler ve tedavi alt gruplarından oluşacak şekilde yaşamı ne kadar etkilediğini değerlendirmeye yönelik tasarlanmıştır (66). Mabuchi ve ark.'nın (75) çalışmasında psoriasisli hastalarda en çok semptom ve duygular etkilenmiştir. Bu çalışmada tedavi dışındaki alt grupları kadınlarda daha yüksek saptanmıştır. Lin ve ark.'nın (76) çalışmasında en çok semptom ve duygular, en az kişisel ilişkilerin etkilendiği bildirilmiştir. Valenzuela ve ark.'nın (77) çalışmasında en çok semptom ve duygular, günlük aktiviteler ve tedavi etkilenmiştir. Erkek olgularda; boş zamanı değerlendirme, kişisel ilişkiler ve tedavi alt gruplarının kadınlardan daha fazla etkilendiği bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise en çok semptom ve duygular takiben günlük aktiviteler etkilendi. DYKİ'nin tüm alt grupları arasında cinsiyet yönünden anlamlı bir fark gösterilemedi ($p>0,005$).

Yaş, psoriaziste yaşam kalitesini etkileyen bir faktördür. Çalışmamızda olgularımızın yaşları 16-70 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 43.39 ± 13.62 idi. İnanır ve ark.'nın (55) 156 olguda yaptıkları çalışmada yaş ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Sampogna ve ark.'ı (78) 936 olguda yaptıkları çalışmada yaşlı hastalarda yaşam kalitesinin daha fazla bozulduğunu saptamıştır. Bunun tersine He ve ark.'ı (79) 851 olguda, Lin ve ark.'ı 480 olguda (76), Zachariae ve ark.'ı (19) 6497 olguda, Valenzuela ve ark.'ı (77) 153 olguda, Kaçar ve ark.'nın (80) 124 olguda yaptıkları çalışmalarda psoriazisli genç hastalarda yaşlı hastalara göre yaşam kalitesinin daha fazla bozulduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde genç erişkinlerde yaşlı hastalara göre yaşam kalitesinin daha fazla bozulduğu saptandı ($p < 0,001$). Çalışmaların çoğunda yaşam kalitesi genç olgularda daha fazla bozulmuş olmakla birlikte tersine sonuçlarda mevcuttur. Bu farklılık çalışmaların farklı ülkelerde yapılması nedeniyle sosyokültürel etkiden kaynaklanıyor olabilir. Gençlerin yaşam kalitesinden daha fazla etkilenmesinin nedeni dış görünüşleri ile daha fazla ilgilenmeleri, sosyal hayatta ve iş hayatında daha fazla rol almaları ile ilgili olabileceğini düşünmekteyiz.

Literatürde cinsiyet ve yaşam kalitesinin araştırıldığı çalışmalarda kadınlarda yaşam kalitesinin daha fazla bozulduğu bildirilmektedir. Bu durum kadınların dış görünümüne daha fazla önem vermesi ve bu yüzden hastalık ile ilgili daha fazla kozmetik kaygılar taşımalarına bağlanmaktadır (19,81). İki farklı çalışmada kadınlarda yaşam kalitesinin daha fazla bozulduğu bildirilmektedir (75,78). Mabuchi ve ark.'ı (75) bu durumun hastalığın şiddeti ile korele olduğunu belirtmiştir. Bunun aksine Valenzuela ve ark.'ı (77) ile İnanır ve ark.'nın (55) çalışmasında erkeklerde yaşam kalitesinin daha fazla bozulduğu saptanmıştır. Lin ve ark.'nın (76) çalışmasında ise 480 psoriazisli olguda cinsiyet ve yaşam kalitesi arasında zayıf bir ilişki bildirilmiştir. Nyunt ve ark.'nın (82) 223 olguda, He ve ark.'nın (79) 851 olguda, Kaçar ve ark.'nın (80) 124 olguda yaptıkları çalışmada cinsiyet ve yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde cinsiyet ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p: 0,91$). Bizim çalışmamızda

seçilen hasta grubuna (orta şiddetli psoriasis) bağlı olarak ilişki saptanamamış olabilir.

Psoriazisin kronik olması nedeniyle hastalık süresi yaşam kalitesini etkileyebilir. Valenzuela ve ark.'ı (77) çalışmalarında hastalık süresi beş yıldan kısa olan olguların yaşam kalitesinde anlamlı bir bozulma bildirmiştir. Kaçar ve ark.'nın (80) çalışmasında daha uzun süredir hastalığı olanların yaşam kalitesinin daha fazla bozulduğu belirtilmiştir. Zachariae ve ark.'nın (19) çalışmasında hastalık süresi uzadıkça yaşam kalitesinde daha fazla bozulma ve PAŞİ skorunda artma saptanmıştır. Nyunt ve ark.'ı (82), Gelfand ve ark.'ı (83), İnanır ve ark.'ı (55) çalışmalarında hastalık süresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlamamıştır. Bizim çalışmamızda da hastalık süresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (p: 0,933).

Evlilik ya da birlikte yaşama durumunun hastalık şiddeti ve yaşam kalitesi üzerinde yararlı etkileri olduğu gösterilmiştir (84). Zachariae ve ark.'nın (19) çalışmasında evli olanların yalnız yaşayanlara göre yaşam kalitesinin daha az bozulduğu saptanmıştır. Nyunt ve ark. (82) çalışmalarında evli olmayan veya yalnız yaşayan olguların evli olgulara göre yaşam kalitesinin bozulmasında anlamlı bir ilişki bildirmiştir. Mazotti ve ark. (85) çalışmasında 900 psoriazisli olguda medeni durum ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Unaeze ve ark.'nın (86) onbir yıllık prospektif çalışmasında medeni durum ile yaşam kalitesinin etkilenmediği gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda da medeni durum ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p: 0,292).

Literatürde psoriazisli olguların eğitim düzeyleri ve çalışma hayatı daha çok epidemiyolojik çalışmalarda araştırılmış olup, yaşam kalitesi ile ilişkisini irdeleyen çalışma sayısı azdır. Eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde, üniversite düzeyinde eğitimi olan psoriazisli hastalarda, yaşam kalitesinin olumlu etkilendiğini bildiren yayınlar mevcuttur (84). Zachariae ve ark.'nın (19) çalışmasında eğitim düzeylerine göre üniversite ve lise mezunlarında, ilkokul mezunlarına göre yaşam kalitesinin daha az bozulduğu saptanmıştır. Çalışma durumuna göre ise çalışmayan

olgular da çalışanlara göre yaşam kalitesinin daha fazla bozulduğu bildirilmiştir. Nyunt ve ark.'nın (82) alışmasında eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken; çalışma durumuna göre çalışan veya öğrencilerin yaşam kalitesinin bozulması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bizim alışmamızda ise yaşam kalitesi ile eğitim düzeyi (p: 0,179) ve çalışma hayatı (p: 0,632) arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bu farklılık çalışmamızı oluşturan grubun eğitim düzeyinin düşük olması ve olgularımızın önemli bir kısmını ev hanımlarının oluşturmasından kaynaklanıyor olabilir.

Literatürde Nyunt ve ark.'nın (82) alışmasında aylık ortalama gelir düzeyi ile bozulmuş yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bizim alışmamızda da benzer şekilde aylık ortalama gelir düzeyi ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (p: 0,355).

Sigara polimorfonükleer lökositlerde fonksiyonel ve morfolojik değişlikliklere ve kemotaktik faktörlerin salgılanmasına neden olarak interlökinler, TNF- α , TGF- β gibi psoriasis şiddetine etkili sitokinlerin salınımını uyarır (87). Lin ve ark.'nın (76) alışmasında sigara kullanımı %39.6 olup hastalık şiddeti ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptanmamıştır. Nyunt ve ark.'nın (82) alışmasında sigara kullanımı %22.4 olup yaşam kalitesi ile arasında bir ilişki bulunmamıştır. Zachariae ve ark.'nın (19) alışmasında sigara kullanımı ile yaşam kalitesinde bozulma ve hastalık şiddeti arasında anlamlı bir ilişki gösterilmiştir. Bizim alışmamızda sigara kullanımı %36.4 olarak saptanıp yaşam kalitesi (p: 0,001), PAŐI (p: 0,43), PPPASI (p: 0,17) arasında anlamlı bir ilişki bulundu.

Alkol kullanımının psoriasis seyrini ve tedavilerini olumsuz etkilemekte ve mortalite riskini artırmaktadır (88). Zachariae ve ark.'nın (19) alışmasında alkol kullanımı ile yaşam kalitesinde bozulma ve hastalık şiddeti arasında anlamlı bir ilişki gösterilmiştir. Lin ve ark.'nın (76) alışmasında, alkol kullanımı %35.8 olup hastalık şiddeti ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptanmamıştır. Bizim alışmamızda alkol kullanımı %8.6 olup yaşam kalitesi (p: 0,371), PAŐI (p: 0,137), PPPASI (p: 0,9) arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Psoriasis klinik tipleri arasında en sık görüleni kronik plak tip psoriazistir (37). Sampogna ve ark.'nın (89) çalışmasında palmoplantar püstüler psoriaziste diğer tiplere göre yaşam kalitesinde önemli bir bozulma saptanmıştır. Mazotti ve ark.'nın (85) çalışmasında psoriazisin klinik tipi ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde psoriazisin klinik tipleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p: 0,055).

Psoriasis hastalarında psoriatik artropati gelişme oranı yaklaşık olarak %5-42 arasında kabul edilmektedir (45). Nyunt ve ark.'nın (82) çalışmasında %32.7 psoriatik artropati, Kaçar ve ark.'nın (80) çalışmasında %9.7 psoriatik artropati saptanmış olup bu çalışmalarda yaşam kalitesi ile artropati arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Valenzuela ve ark.'nın (77) çalışmasında %28.8, Tang ve ark.'nın (90) çalışmasında psoriatik artropatili olgularda yüksek DYKİ saptanmış olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterilememiştir. Ekelund ve ark.'nın (91) çalışmasında %24.8 artropati saptanarak yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda %19 artropati saptanarak yaşam kalitesi ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p: 0,021). Artropati ile yaşam kalitesi arasındaki bu zıt sonuçlar kullandığımız anketin deri ile ilgili soruları içermesinden ve artropati değerlendirmede yetersiz kalmasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Obezite metabolik sendromun önemli bir komponentidir ve psoriazisli hastalarda daha yaygın olduğu belirtilmiştir (87). Jensen ve ark.'ı (92) psoriazisli olgularda düşük kalorili diyet ile hastalık şiddetinde azalma ve yaşam kalitesinde iyileşme bildirilmiştir. Tang ve ark.'nın (90) çalışmasında 250 psoriazisli olguda BKİ 26.9 ± 5.7 saptanarak yaşam kalitesini doğrudan etkilemediği görülmüştür. Bizim çalışmamızda BKİ ortalaması 28.4 ± 5.3 olup yaşam kalitesi ile arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p: 0,654).

Psoriazisli hastaların %10-78'inde tırnak psoriazisi görülebilir ve psoriazisli hastaların yaşamları boyunca %80-90'ında tırnak değişiklikleri gözlenebilir. Bu hastalığın kronik seyrinde ve lezyonların görünür lokalizasyonundan dolayı önemli bir sorundur (93,94). Lin ve ark.'ı (76)

çalışmasında %5.8 tırnak tutulumu, Nyunt ve ark.'ı (82) çalışmasında %7.6 tırnak değişiklikleri bulunarak bozulmuş yaşam kalitesi ile arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise olguların %28'sinde tırnak tutulumu vardı. NAPSI değeri 4.5 ± 11.3 idi. NAPSI ile bozulmuş yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlandı ($p < 0,001$). Tırnak tutulumunun yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir faktör olduğunu çalışmamız bir kez daha göstermiştir.

Psoriaziste görünür alanların tutulumu, saçlı deride şiddetli tutulum, genital tutulum, avuç içi/ayak tabanı tutulumunda yaşam kalitesi olumsuz etkilenmekte ve hastalık orta şiddetli olarak değerlendirilmektedir (70). Özellikle tutulum bölgeleri bakımından; Nyunt ve ark.'nın (82) çalışmasında görünen alanların (yüz-el-ayak) tutulumu %46.2 idi. Bozulmuş yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bildirilmiştir. Valenzuela ve ark.'ı (77) çalışmasında %62 saçlı deri, %31.37 el, %16.34 yüz ve %14.38 genital bölge tutulumu bulunmuştur. Yüz tutulumu ile bozulmuş yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanırken, genital bölge ve el tutulumunda yaşam kalite skorunun yüksek olmasına rağmen anlamlı bir ilişki yoktu. İnanır ve ark.'nın (55) çalışmasında lezyonları görünür yerlerde lokalize olan hastalarda (%37.2) yaşam kalitesinin daha fazla bozulduğu bildirilmiştir. Bizim olgularımızda ise %44.6 saçlı deri, %22.2 el, %11.4 genital bölge ve %9.6 yüz tutulumu saptandı. Saçlı deri ($p < 0,001$), yüz ($p: 0,001$), genital bölge ($p: 0,005$) ve el ($p < 0,001$) tutulumunda bozulmuş yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır. Bu bulgumuz literatürde bu alanların tutulumunun hastalık şiddetini artırdığına dair önerileri desteklemektedir.

Literatürde hastalık şiddeti ile yaşam kalitesinin araştırıldığı pek çok çalışma mevcuttur. He ve ark.'nın (79) çalışmasında yaşam kalitesi ile PAŞİ arasında düşük bir korelasyon saptanmıştır. Bu olgularda yaşam kalitesinin sadece hastalık şiddetine değil aynı zamanda demografik ve sosyoekonomik değişkenler gibi birçok faktöre bağlı olabileceği belirtilmiştir. Kaçar ve ark.'ı (80), İnanır ve ark.'ı (55), Nyunt ve ark.'ı (82), Lin ve ark.'ı (76) ve Mabuchi ve ark.'ı (75) çalışmalarında PAŞİ ile bozulmuş yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda da hastalık şiddetini gösteren

PAŞİ ve PPPASI skoru ile bozulmuş yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır ($p < 0,001$). Bu ilişki palmoplantar tutulumda daha anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızdaki palmoplantar tutulumda yaşam kalitesinin daha fazla etkilenmesi fonksiyonel bir organ olması ile ilişkili olduğunu düşünüyoruz.

Psoriazisli hastalarda obezite, hipertansiyon, diyabetes mellitus ve kardiyovasküler hastalıklar daha sık görülmektedir (95). Finlay ve Coles (96) çalışmalarında komorbiditelerin eşlik ettiği psoriazis hastalarının yaşam kalitesinin daha fazla etkilendiğini ortaya koymuşlardır. Nyunt ve ark.'nın (82) çalışmasında komorbidite %62.8 olup yaşam kalitesi ile arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Bizim çalışmamızda ise komorbidite %36.6 bulundu. Yaşam kalitesi ile arasında anlamlı bir ilişki yoktu ($p: 0,525$).

Literatürde tedavi ajanlarının hastalık şiddeti ile yaşam kalitesine etkisini araştıran çok sayıda çalışma mevcuttur. Bizim çalışmamız ise kesitsel bir çalışma olup tedavi durumuna göre; hiç tedavi almayan, tedaviye yanıtız olup başka bir ajana geçiş safhasında olanlar ve tedavi alanlar olarak gruplandırıp yaşam kaliteleri değerlendirildi. Flytström ve ark.'nın (97) randomize kontrollü çalışmasında siklosporin metotreksattan kısa sürede daha etkili bulunmuştur. Tedavinin 8. haftasında yaşam kalitesindeki iyileşme siklosporin grubunda daha hızlı olup, tedavinin 12. haftasında yaşam kalitesindeki iyileşme açısından siklosporin ve metotreksat arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Touw ve ark.'nın (98) çalışmasında kısa süreli ve aralıklı siklosporin tedavisi ile hastalık şiddetinde ve yaşam kalitesinde anlamlı bir iyileşme saptanmıştır. Reich ve ark.'nın (99) çalışmasında 378 olguda infliximab tedavisi uygulanarak yaşam kalitesinde anlamlı bir iyileşme bildirilmiştir. Larsen ve ark.'ı (100) tarafından yapılan ESTHER çalışmasında etanerserpt tedavisi ile hastalık şiddetinde azalma ve yaşam kalitesinde iyileşme bulunmuştur. Gordon ve ark.'nın (101) çalışmasında adalimumabın hastalık şiddeti ve yaşam kalitesinde belirgin bir iyileşme sağladığı gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda sistemik tedavi almayan veya tedaviye yanıtız olup başka bir ajana geçiş safhasında olanlar ile tedavi altındaki grup karşılaştırıldığında yaşam kalitesinde bozulma açısından anlamlı bir ilişki

saptandı ($p<0,001$). Bu durum tedavisiz kalan veya tedaviye yeterli yanıt alınamayan olguların yaşam kalitesinin anlamlı bir şekilde bozulduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak; Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı psoriasis polikliniğinde orta şiddetli psoriasis nedeniyle takip ve tedavi edilen hasta grubu örneklerinde, güncel bir ölçek olan DYKİ ile yaptığımız kesitsel çalışmada özellikle genç erişkinlerde, özellikli bölge tutulumu (saçlı deri, yüz, el, genital bölge, tırnak), artropati varlığı, sigara kullanımı, şiddetli hastalık, uygun tedavi eksikliği veya tedaviye yanıtızsızlık durumlarında yaşam kalitesinin anlamlı ölçüde olumsuz yönde etkilendiği dolayısıyla hasta takip ve tedavisinde bu parametrelere dikkat edilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Nair RP, Stuart PE, Nistor I, et al. Sequence and haplotype analysis supports HLA-C as the psoriasis susceptibility 1 gene. *Am J Hum Genet* 2006;78:827-51.
2. Chang YT, Chou CT, Yu CW, et al. Cytokine gene polymorphisms in Chinese patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 2007;156:899-905.
3. Nickoloff BJ, Nestle FO. Recent insights into the immunopathogenesis of psoriasis provide new therapeutic opportunities. *J Clin Invest* 2004;113:1664-75.
4. Erkek E. Psoriasis etyopatogenezi. *Turkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2008;1:1-14.
5. Williams JP, Meyers JA. Immune-mediated inflammatory disorders (I.M.I.D.s): the economic and clinical costs. *Am J Manag Care* 2002;8:664-81.
6. Scarpa R, Ayala F, Caporaso N, Olivieri I. Psoriasis, psoriatic arthritis, or psoriatic disease? *J Rheumatol* 2006;33:210-2.
7. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis: epidemiology. *Clin Dermatol* 2007;25:535-46.
8. Bowcock AM, Barker JN. Genetics of psoriasis: the potential impact on new therapies. *J Am Acad Dermatol* 2003;49:51-6.
9. Roberson ED, Bowcock AM. Psoriasis genetics: breaking the barrier. *Trends Genet* 2010;26:415-23.
10. Lima Ede A, Lima Mde A. Reviewing concepts in the immunopathogenesis of psoriasis. *An Bras Dermatol* 2011;86:1151-8.
11. Şentürk N. Psoriasis etyopatogenezi: son görüşler. *Turkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2012;5:8-20.
12. Dikaa E, Bardazzia F, Balestria R, Maibachb HI. Environmental Factors and Psoriasis. In: Tur E, ed. *Environmental Factors in Skin Diseases*. 1st ed. Switzerland: S. Karger AG; 2007.p.118-35.
13. Griffiths CE, Barker JNWN. Psoriasis. In: Burns T, Breathnach S, eds. *Rook's Textbook of Dermatology*. Chapter 20. 8th ed. Singapore: Blackwell Science; 2010.p.20.1-20.60.
14. Naldi L, Peli L, Parazzini F, Carrel CF; Psoriasis Study Group of the Italian Group for Epidemiological Research in Dermatology. Family history of psoriasis, stressful life events, and recent infectious disease are risk factors for a first episode of acute guttate psoriasis: results of a case control study. *J Am Acad Dermatol* 2001;44:433-8.
15. Telfer N, Chalmers R, Whale K, Colman G. The role of streptococcal infection in the initiation of guttate psoriasis. *Arch Dermatol* 1992;128:39-42.
16. Mallon E, Bunce M, Savoie H, et al. HLA-C and guttate psoriasis. *Br J Dermatol* 2000;143:1177-82.
17. Yamamoto T, Katayama I, Nishioka K. Psoriasis and hepatitis C virus. *Acta Derm Venereol* 1995;75:482-3.

18. Majewski S, Jablonska S. Do epidermodysplasia verruciformis human papillomaviruses contribute to malignant and benign epidermal proliferations? *Arch Dermatol* 2002;138:649-54.
19. Zachariae R, Zachariae H, Blomqvist K, et al. Quality of life in 6497 Nordic patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 2002;146:1006-16.
20. Higgins E. Alcohol, smoking and psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 2000;25:107-10.
21. Smith KE, Fenske NA. Cutaneous manifestations of alcohol abuse. *J Am Acad Dermatol* 2000;43:1-16.
22. Poikolainen K, Reunala T, Karvonen J. Smoking, alcohol and life events related to psoriasis among women. *Br J Dermatol* 1994;130:473-7.
23. Grob JJ. Epidemiology. In: Van Der Kerkhof P, ed. *Textbook of Psoriasis*. 2nd ed. USA: Blackwell Publishing Ltd; 2003.p.57-69.
24. Kirby B, Richards HL, Mason DL, et al. Alcohol consumption and psychological distress in patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 2008;158:138-40.
25. Kim N, Thrash B, Menter A. Comorbidities in psoriasis patients. *Semin Cutan Med Surg* 2010;29:10-5.
26. Camisa C. Conditions associated with Psoriasis. In: Camisa C, ed. *Handbook of Psoriasis*. 2nd ed. USA: Blackwell Publishing Ltd; 2004.p.61-79.
27. Naldi L, Parazzini F, Pali L, Chatenoud L, Cainelli T. Dietary factors and the risk of psoriasis. Results of an Italian case-control study. *Br J Dermatol* 1996;134:101-6.
28. Safavi K. Serum vitamin A levels in psoriasis: results from the first national health and nutrition examination survey. *Arch Dermatol* 1992;128:1130-1.
29. Döner N, Yaşar Ş, Ekmekçi TR. Obezite ile ilişkili dermatozların obezlerde ve aşırı kilolularda araştırılması. *Türkderm* 2011;45:146-51.
30. Herron MD, Hinckley M, Hoffman MS, et al. Impact of obesity and smoking on psoriasis presentation and management. *Arch Dermatol* 2005;141:1527-34.
31. Sterry W, Strober BE, Menter A. Obesity in psoriasis: the metabolic, clinical and therapeutic implications. Report of an interdisciplinary conference and review. *Br J Dermatol* 2007;157:649-55.
32. Armstrong AW, Harskamp CT, Dhillon JS, Armstrong EJ. Psoriasis and smoking: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol* 2014;170:304-14.
33. Sakai R, Matsui S, Fukushima M, et al. Prognostic factor analysis for plaque psoriasis. *Dermatology* 2005;211:103-6.
34. Mrowietz U, Elder JT, Barker J. The importance of disease associations and concomitant therapy for the long-term management of psoriasis patients. *Arch Dermatol Res* 2006;298:309-19.
35. Al'Abadie MS, Kent GG, Gawkrödger DJ. The relationship between stress and the onset of psoriasis and other skin conditions. *Br J Dermatol* 1994;130:199-203.
36. Meier M, Sheth PB. Clinical spectrum and severity of psoriasis. *Curr Probl Dermatol* 2009;38:1-20.

37. Naldi L, Gambini D. The Clinical Spectrum of Psoriasis. *Clin Dermatol* 2007;25:510-8.
38. Griffiths CE, Christophers E, Barker JN, et al. A classification of psoriasis vulgaris according to phenotype. *Br J Dermatol* 2007;156:258-62.
39. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, eds. *Fitzpatrick's Dermatology in general medicine*. 7th ed. New York: McGrawhill; 2008.p.169-207.
40. Peter CM and Joost S. Psoriasis: In Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP *Dermatology* 2nd edition, 2008.p.115-33.
41. Schons KR, Knob CF, Murussi N, et al. Nail psoriasis: a review of the literature. *An Bras Dermatol*. 2014;89:312-7.
42. Rich P, Scher RK. Nail Psoriasis Severity Index: a useful tool for evaluation of nail psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2003;49:206-12.
43. Parrish CA, Sobera JO, Elewski BE. Modification of the Nail Psoriasis Severity Index. *J Am Acad Dermatol* 2005;53:745-6.
44. Salaffi F, Carotti M, Gasparini S, Intorcia M, Grassi W. The health-related quality of life in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and psoriatic arthritis: a comparison with a selected sample of healthy people. *Health Qual Life Outcomes* 2009;doi:10.1186/14777525725.
45. Kleinert S, Feuchtenberger M, Kneitz C, Tony HP. Psoriatic arthritis: clinical spectrum and diagnostic procedures. *Clinics in Dermatology* 2007; 25:519-23.
46. Erkin G. Psoriaziste tanı koydurucu dermatopatolojik bulgular. *Türkiye Klinikleri J Dermatol* 2008;1:21-3.
47. Braun-Falco, Plewig G, Wolff HH, Landthaler M: *Dermatology*. Third ed. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2009; pp.506-526.
48. Kimball AB, Gladman D, Gelfand JM, et al; National Psoriasis Foundation. National Psoriasis Foundation clinical consensus on psoriasis comorbidities and recommendations for screening. *J Am Acad Dermatol* 2008;58:1031-42.
49. Ni C, Chiu MW. Psoriasis and comorbidities: links and risks. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2014;7:119-132.
50. Aurangabadkar SJ. Comorbidities in psoriasis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2013;79:10-7.
51. Daudén E, Castañeda S, Suárez C, et al; Grupo de Trabajo en Comorbilidades asociadas a la Psoriasis. Integrated approach to comorbidity in patients with psoriasis. Working Group on Psoriasis-associated Comorbidities. *Actas Dermosifiliogr* 2012;103:1-64.
52. Panagiotakos DB, Yfantopoulos JN. Methodological issues in the quantitative assessment of quality of life. *Angiology* 2011;62:517-9.
53. Finlay AY. Quality of life measurement in dermatology: a practical guide. *Br J Dermatol* 1997;136:305-14.
54. Le Cleach L, Chassany O, Levy A, Wolkenstein P, Chosidow O. Poor reporting of quality of outcomes in dermatology randomized controlled clinical trials. *Dermatology* 2008;216:46-55.

55. İnanır I, Aydemir Ö, Gündüz K, Esen Danacı A, Türel Ermertcan A. Psoriasisli hastalarda yaşam kalite ölçeği geliştirilmesi. *Türkderm* 2003;37:189-95.
56. Kirby B, Richards HL, Woo P, et al. Physical and psychologic measures are necessary to assess overall psoriasis severity. *J Am Acad Dermatol* 2001;45:72-6.
57. Ginsburg IH, Link BG. Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *Int J Dermatol* 1993;32:587-91.
58. de Korte J, Sprangers MA, Mombers FM, Bos JD. Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review. *J Investig Dermatol Symp Proc* 2004;9:140-7.
59. Nijsten T, Whalley D, Gelfand J, et al. The psychometric properties of the psoriasis disability index in United states patients. *J Invest Dermatol* 2005;125:665-72.
60. Fortune DG, Richards HL, Main CJ, Griffiths CE. Patients' strategies for coping with psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 2002;27:177-84.
61. Fortune DG, Richards HL, Main CJ, Griffiths CE. What patients with psoriasis believe about their condition. *J Am Acad Dermatol* 1998;39:196-201.
62. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB Jr, Reboussin DM. Psoriasis causes disability as much as other major diseases. *J Am Acad Dermatol* 1999;4:401-7.
63. de Arruda LH, De Moraes AP. The impact of psoriasis on quality of life. *Br J Dermatol* 2001;144:33-6.
64. Fortune DG, Main CJ, O'Sullivan TM, Griffiths CE. Quality of life in patients with psoriasis: The contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress. *Br J Dermatol* 1997;137:755-60.
65. Öztürkcan S, Bilaç C. Psoriasisli yaşam kalitesi. In: *Dermatolojide gelişmeler-9*. Tüzün Y, Serdaroğlu S, Engin B (eds), İstanbul, Veritaş basım; 2011: 159-67.
66. Basra MK, Fenech R, Gatt RM, Salek MS, Finlay AY. The Dermatology Life Quality Index 1994-2007: a comprehensive review of validation data and clinical results. *Br J Dermatol* 2008;159:997-1035.
67. Schiklar R, Willian MK, Okun MM, Thompson CS, Revicki DA. The validity and responsive ness of three quality of life measures in the assessment of psoriasis patients: results of a phase II study. *Health Qual Life Outcomes* 2006;doi: 10.1186/1477-7525-4-71.
68. Oztürkcan S, Ermertcan AT, Eser E, Sahin MT. Cross validation of the Turkish version of dermatology life quality index. *Int J Dermatol* 2006;45:1300-7.
69. Alper S, Akyol M, Atakan N, ve ark. Türkiye Psoriasis Klavuzu 2012 *Türkderm* 2012;46:1-36.
70. Mrowietz U, Kragballe K, Reich K, et al. Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus. *Arch Dermatol Res* 2011;303:1-10.
71. Bhushan M, Burden AD, McElhone K, et al. Oral lirozole in the treatment of palmoplantar pustular psoriasis: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Br J Dermatol* 2001;145:546-53.

72. Finlay AY, Kelly SE. Psoriasis--an index of disability. *Clin Exp Dermatol* 1987;12:8-11.
73. Kıvanç Altunay İ. Psoriyaziste yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2012;5:77-82.
74. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)--a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol* 1994;19:210-6.
75. Mabuchi T, Yamaoka H, Kojima T, et al. Psoriasis affects patient's quality of life more seriously in female than in male in Japan. *Tokai J Exp Clin Med* 2012;37:84-8.
76. Lin TY, See LC, Shen YM, et al. Quality of life in patients with psoriasis in northern Taiwan. *Chang Gung Med J* 2011;34:186-96.
77. Valenzuela F, Silva P, Valdés MP, Papp K. Epidemiology and quality of life of patients with psoriasis in Chile. *Actas Dermosifiliogr* 2011;102:810-6.
78. Sampogna F, Chren MM, Melchi CF, et al. Age, gender, quality of life and psychological distress in patients hospitalized with psoriasis. *Br J Dermatol* 2006;154:325-31.
79. He Z, Lu C, Basra MK, et al. Psychometric properties of the Chinese version of Dermatology Life Quality Index (DLQI) in 851 Chinese patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013;27:109-15.
80. Kaçar N, Ergin Ş, Şanlı Erdoğan B. Psoriazisli hastalarda yaşam kalitesi. *Türkderm* 2007;4:117-20.
81. Augustin M, Reich K, Reich C, et al. Quality of psoriasis care in Germany--result of the national study PsoHealth 2007. *J Dtsch Dermatol Ges* 2008;6:640-45.
82. Nyunt WW, Low WY, Ismail R, Sockalingam S, Min AK. Determinants of Health-Related Quality of Life in Psoriasis Patients in Malaysia. *Asia Pac J Public Health* 15 Jul 2013. Baskıda. doi: 10.1177/1010539513492561.
83. Gelfand JM, Feldman SR, Stern RS, et al. Determinants of quality of life in patients with psoriasis: A study from the US population. *J Am Acad Dermatol* 2004;51:704-8.
84. Sergay AB, Silvan M, Weinberg JM. Quality of life issues in psoriasis. In: Weinberg JM (Ed.). *Treatment of Psoriasis*. Basel:Birkhäuser Verlag; 2008. p.165-178.
85. Mazzotti E, Barbaranelli C, Picardi A, Abeni D, Pasquini P. Psychometric properties of the Dermatology Life Quality Index (DLQI) in 900 Italian patients with psoriasis. *Acta Derm Venereol* 2005;85:409-13.
86. Unaeze J, Nijsten T, Murphy A, Ravichandran C, Stern RS. Impact of psoriasis on Health-Related Quality of Life decreases Over Time: An 11-year prospective study. *J Invest Dermatol* 2006;126:1480-9.
87. Naldi L, Chatenoud L, Linder D, et al. Cigarette smoking, body mass index, and stressful life events as risk factors for psoriasis: results from an Italian case-control study. *J Invest Dermatol* 2005;125:61-7.
88. Fortes C, Mastroeni S, Leffondre K, et al. Relationship between smoking and the clinical severity of psoriasis. *Arch Dermatol* 2005;141:1580-4.

89. Sampogna F, Tabolli S, Söderfeldt B, et al; IDI Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences (IMPROVE) investigators. Measuring quality of life of patients with different clinical types of psoriasis using the SF-36. *Br J Dermatol* 2006;154:844-9.
90. Tang MM, Chang CC, Chan LC, Heng A. Quality of life and cost of illness in patients with psoriasis in Malaysia: a multicenter study. *Int J Dermatol* 2013;52:314-22.
91. Ekelund M, Mallbris L, Qvitzau S, Stenberg B. A higher score on the dermatology life quality index, being on systemic treatment and having a diagnosis of psoriatic arthritis is associated with increased costs in patients with plaque psoriasis. *Acta Derm Venereol* 2013;93:684-8.
92. Jensen P, Zachariae C, Christensen R, et al. Effect of weight loss on the severity of psoriasis: a randomized clinical study. *JAMA Dermatol* 2013;149:795-801.
93. Ortonne JP, Baran R, Corvest M, et al. Development and validation of nail psoriasis quality of life scale (NPQ10). *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009;24:22-7.
94. de Jong EM, Seegers BA, Gulinck MK, Boezeman JB, van de Kerkhof PC. Psoriasis of the nails associated with disability in a large number of patients: results of a recent interview with 1,728 patients. *Dermatology* 1996;193:300-3.
95. Gülekon A, Adışen E. Psoriasis ve komorbiditeler. *Türkderm* 2008;42:23-5.
96. Finlay AY, Coles EC. The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *Br J Dermatol* 1995;132:236-44.
97. Flytström I, Stenberg B, Svensson A, Bergbrant IM. Methotrexate vs. ciclosporin in psoriasis: effectiveness, quality of life and safety. A randomized controlled trial. *Br J Dermatol* 2008;158:116-21.
98. Touw CR, Hakkaart-Van Roijen L, Verboom P, et al. Quality of life and clinical outcome in psoriasis patients using intermittent cyclosporin. *Br J Dermatol* 2001;144:967-72.
99. Reich K, Nestle FO, Papp K, et al. Improvement in quality of life with infliximab induction and maintenance therapy in patients with moderate to-severe psoriasis: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol* 2006;154:1161-8.
100. Larsen CG, Andersen PH, Lorentzen H, et al. Clinical and economic impact of etanercept in real-life: a prospective, non-interventional study of etanercept in the treatment of patients with moderate to severe plaque psoriasis in private dermatologist settings (ESTHER). *Eur J Dermatol* 2013;23:774-81.
101. Gordon KB, Langley RG, Leonardi C, et al. Clinical response to adalimumab treatment in patients with moderate to severe psoriasis: double-blind, randomized controlled trial and open-label extension study. *J Am Acad Dermatol* 2006;55:598-606.

EKLER

EK-1. Dermatoloji Yaşam Kalite Anketi

Bu anketin amacı, deri hastalığınızın **son 7 gün içinde** yaşamınızı ne kadar etkilediğini ölçebilmektir. Lütfen her soru için en uygun olduğunu düşündüğünüz **tek bir şıkkı** işaretleyiniz.

1- Geçen hafta boyunca deri hastalığınız ne kadar kaşıntılı, acı ve ağrı verici ya da batmalıydı?

Çok fazla Çok Biraz Hiç

2- Geçen hafta boyunca derinizin durumu yüzünden ne kadar utandınız yada derinizin görünümünden rahatsız olduğunuzu fark ettiniz?

Çok fazla Çok Biraz Hiç

3- Geçen hafta boyunca derinizin durumu alışverişe gitmenizi ya da bahçenizle ilgilenmenizi ne kadar engelledi?

Çok fazla Çok Biraz Hiç Uygun değil

4- Geçen hafta boyunca derinizin durumu giydiğiniz kıyafetleri ne kadar etkiledi?

Çok fazla Çok Biraz Hiç Uygun değil

5- Geçen hafta boyunca derinizin durumu sosyal faaliyetleriniz ya da boş zaman faaliyetlerinizi ne kadar etkiledi?

Çok fazla Çok Biraz Hiç Uygun değil

6- Geçen hafta boyunca derinizin durumu herhangi bir sporu yapmanızı ne kadar zorlaştırdı?

Çok fazla Çok Biraz Hiç Uygun değil

7- Geçen hafta boyunca derinizin durumu sizi işinizden ya da çalışmanızdan alıkoydu mu?

Evet Hayır Uygun değil

Cevabınız "HAYIR" ise, geçen hafta boyunca derinizin durumu iş yaparken ya da çalışırken ne kadar sorun yarattı ?

Çok Biraz Hiç

8- Geçen hafta boyunca derinizin durumu eşinizle, arkadaşınızla ya da akrabanızla ne kadar sorun yarattı?

Çok fazla Çok Biraz Hiç Uygun değil

9- Geçen hafta boyunca derinizin durumu ne ölçüde cinsel sıkıntıya yol açtı?

Çok fazla Çok Biraz Hiç Uygun değil

10- Geçen hafta boyunca deriniz için uygulanan tedavi ne kadar sorun yarattı? (Örneğin, evinizde düzensizlik ve dağınıklığa yol açarak veya zamanınızı alarak.)

Çok fazla Çok Biraz Hiç Uygun değil

Ankete katıldığınız için teşekkür ederiz.

EK-2. Anket Formu Örneği

- 1. Adı-Soyadı:** **2. Protokol:**
- 3. Telefon No:** **4. Adres:**
- 5. Doğum Yılı-Yeri-Yaşı:**
- 6. Cinsiyeti:** 1. Kadın 2. Erkek
- 7. Medeni Durum:** 1. Evli 2. Bekar 3. Dul 4. Boşanmış
- 8. Eğitim Düzeyi:** 1. Okuryazar 2. İlkokul 3. Ortaokul
4. Lise 5. Önlisans 6. Lisans
- 9. Aylık ortalama gelir:** 1. <1500 TL 2. 1500-3000 TL 3. >3000 TL
- 10. Çalışma Durumu:** 1. Çalışıyor 2. Ev hanımı 3. Öğrenci
4. Emekli 5. Çalışmıyor
- 11. Sigara İçimi:** 1. Yok 2. Var (...paket/gün.....yıl)
- 12. Alkol Kullanımı:** 1. Yok 2. Sosyal içici 2. Var
- 13. Psoriasis Başlama Yaşı:** **Süresi:**
- 14. Aile Öyküsü:** 1. 1. derece 2. 2. derece 3. 3. derece
- 15. Psoriasis Tipi:** 1. Plak 2. Guttat 3. Palmoplantar
4. İnvers 5. Eritodermik
- 16. Psoriatik artropati:** 1. Var 2. Yok
- 17. Psoriasisin özellikli tutulum bölgeleri:** 1. Saçlı deri 2. El 3. Yüz
4. Tırnak 5. Genital bölge 6. Mukoza
- 18. Beden Kitle İndeksi:** kg/m²
- 19. Eşlik eden hastalık:**
- 20. PAŞİ:**
- 21. NAPSİ:**
- 22. PPPASI:**
- 23. Aldığı tedavi:** **Süresi:** **Dozu:**
1. Sistemik naif 2. Sistemik alan 3. Tedavi değişikliği planlanan

EK-3. Kısaltmalar

Alfabetik sıraya göre dizilmiştir:

ACE: Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim

BKİ: Beden Kitle İndeksi

DYKİ: Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi

HCV: Hepatit C Virüsü

HIV: İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü

HLA: İnsan Lökosit Antijeni

HPV: İnsan Papilloma Virüsü

NAPSI: Tırnak Psoriazisi Şiddet İndeksi

NSAİİ: Steroid Olmayan Antiinflatuar İlaçlar

PAŞİ: Psoriasis Alan Şiddet İndeksi

PİKİ: Psoriasis İşlev Kaybı İndeksi

PPPASI : Palmoplantar Püstüler Psoriasis Alan Şiddet İndeksi

PSORS: Psoriasis Susceptibility Loci

PUVA: Psoralen-UVA

SPSS: Statistical Packages for the Social Sciences

UVA: Ultraviyole A

UVB: Ultraviyole B

VYA: Vücut Yüzey Alanı

TEŞEKKÜR

Asistanlık dönemim boyunca yetişmemde, tezimin oluşum ve yazım aşamasında büyük emeği olan, her zaman hoşgörüsünü gördüğüm değerli hocam Sayın Prof. Dr. Emel Bülbül Başkan'a; mesleki eğitimimde büyük katkıları olup bu süreçte bana her zaman destek olan değerli hocam Sayın Prof. Dr. Şükran Tunalı'ya; bilgi ve deneyimlerini hiçbir zaman esirgemeyen, becerilerimin gelişmesinde büyük katkısı olan değerli hocam Sayın Prof. Dr. Hayriye Sarıcaoğlu'na; eğitimim süresi boyunca her konuda anlayış ve desteğini esirgemeyen, tecrübelerini benimle paylaşan değerli hocam Sayın. Doç. Dr. Kenan Aydoğan'a; asistanlık dönemim boyunca ve tez yazım sürecinde bilgilerinden faydalandığım değerli uzmanımız Sayın. Dr. Serkan Yazıcı'ya, tezimin istatistiksel hesaplamalarında yardımcı olan Uludağ Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı'nda görevli Sayın. Dr. Deniz Sığırlı'ya, birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım asistan arkadaşlarıma ve tüm Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı çalışanlarına teşekkür ederim.

Tüm hayatım boyunca büyük bir emek ve sevgiyle beni bugünlere getiren değerli aileme; asistanlık eğitimim boyunca her zaman yanımda olup desteğini esirgemeyen değerli eşime ve ailemize yeni katılan oğlum Bora'ya teşekkür ederim.

ÖZGEÇMİŞ

01.08.1981 yılında Çanakkale’de doğdum. İlkokulu Kocaeli Halide Edip Adivar İlkokulu’nda; orta öğrenimimi Kocaeli Darıca Lisesi’nde ve lise öğrenimimi İstanbul Kemal Atatürk Lisesi’nde tamamladım. 1998 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi’ni kazandım. 2005 yılında tıp fakültesinden mezun oldum. Ağustos 2009’da Uludağ Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı’nda uzmanlık eğitimime başladım. Halen aynı bölümde uzmanlık eğitimime devam etmekteyim. Evli ve bir çocuk annesiyim.