Clinical and Demographic Characteristics of 626 Patients with Moderate and Severe Psoriasis

Orta ve Şiddetli Psoriazisi Olan 626 Hastanın Klinik ve Demografik Özellikleri

Orta ve Şiddetli Psoriazis Hastalarının Özellikleri / Characteristics of Patients with Modarete to Severe Psoriasis

Emine Nur Rifaioğlu[1], Güzin Özarmağan[2]
[1]Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, Hatay,
[2]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Özet

Amaç: Çalışmamızda İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı psoriazis polikliniğinde takip edilen orta ve şiddetli psoriazis hastalarının demografik özelliklerini, klinik tiplerini ve kullanılan tedavileri incelemeyi amaçladık. Gereç ve Yöntem: Psoriazis polikliniğinde 2002-2008 yılları arasında izlenen 1831 hasta tarandı, ve içlerinden orta ve şiddetli 626 (%34) olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Bulgular: Çalışmamıza katılan olguların 305'i (%48.7) kadın, 321'i (%51.3) erkek olarak bulundu. Hastalık başlangıç yaşı 28.1 yıl ve en sık görülen klinik tip plak psoriazis olarak saptandı. Tırnak tutulumu saptanan hastalarda en sık pitting gözlendi. Artriti olan hastalarda tırnak tutulumu görülme sıklığı anlamlı şekilde yüksek bulundu. Ailede psoriazis bulunma öyküsü erken başlangıçlı psoriazis olgularında daha sık saptandı. Sistemik tedaviler arasında en sık retinoik asit, fototerapi türleri arasında en sık dar bant UVB tedavisi kullanıldığı belirlendi. Tartışma: Orta ve şiddetli psoriazis oranı %34 olarak bulundu. Kadın erkek oranı arasında fark saptanmadı. Başlangıç yaşı 16-25 yaş arası pik yapıyordu. En sık eşlik eden sistemik hastalık diyabetes mellitus olarak bulundu. Çalışmamızın bulguları literatür ile uyumlu olarak belirlendi. Sonuç olarak psoriazis toplumun yaklaşık %2'sini etkileyen, komorbiditeleri ile hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, kronik, rekürren inflamatuar bir hastalıktır. Özellikle şiddetli formları, hastalarda ciddi iş gücü kayıplarına neden olabilmektedir. Çalışmamızın psoriazisin demografik ve klinik özelliklerinin daha iyi anlaşılmasına yardım edecek ileri klinik çalışmalara ışık tutacağına inanıyoruz.

Anahtar Kelimeler

Psoriazis; Sosyodemografi; Klinik Özellikler

Abstract

Aim: In our study, we aim to investigate the demographic, clinic features and the treatments of patients with moderate to severe psoriasis who were followed in outpatient clinic of psoriasis of Department of Dermatology in Istanbul Medical School of Istanbul University. Material and Method: One thousand eight hundred and thirty-one patients, who were followed between 2002-2008 in outpatient clinic of psoriasis, were screened and 626 (34%) of them, who were moderate and severe, were evaluated retrospectively. Results: Three hundred five of the patients who participated in our study were female and 321 were male. Mean age of onset was 28.1. Most frequently clinical type was plaque psoriasis. Most frequently nail involvement was pitting in patients. Nail involvement was statistically common in arthropathic patients. Family history was statistically common in psoriasis patients with early onset. Retinoid was the most common used systemic drug. Narrow band UVB was the most common used phototherapy. Discussion: Moderate to severe psoriasis rate was 34%. Female to male ratio was close to one another. Peak age of onset of psoriasis was between 16-25 years old. The most common concomitant systemic disease was diabetes mellitus. The findings were consistent with the literature. Consequently psoriasis is a chronic, recurrent, inflammatory dermatologic disease which affect 2% of the word and which negatively affect the quality of life in patients with comorbidities. Especially in severe forms of psoriasis can cause loss of labor in patients. A good knowledge of demographic and clinical characteristics of psoriasis is important to shedding light on the further clinical studies.

Keywords

Psoriasis; Sociodemography; Clinical Features

DOI: 10.4328/JCAM.2413 Received: 19.03.2014 Accepted: 19.04.2014 Printed: 01.02.2014 J Clin Anal Med 2014;5(suppl 1): 9-14
Corresponding Author: Emine Nur Rifaioğlu, Mustafa Kemal Üniversitesi, Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, 31000 Antakya, Hatay, Türkiye. T.: +90 3262291000/3326 E-Mail: eminenurrifai@gmail.com

Giriş

Psoriazis karakteristik lezyonu keskin sınırlı, üzeri gümüş beyazı skuamlarla kaplı eritemli plaklar olan kronik, ataklarla seyreden, multifaktöriyel, otoinflamatuar, bir dermatolojik hastalıktır [1,2]. Psoriazis dünyada yaygın görülen bir hastalık olmasına karşılık farklı etnik gruplarda sıklığı %0.2-%4.8 arasında değişmektedir [3]. Norveç %4.8 görülme sıklığı ile psoriazisin en sık görüldüğü ülkedir. Asya'da psoriazis insidansi % 0.3-1.2 arasındadır [3]. Türkiye'de psoriazis insidansı tam olarak bilinmemekle birlikte son dönemlerde yapılan çalışmalarda % 0.7-1.37 arasında hesaplanmıştır [4,5]. Klinikte en sık plak psoriazis görülürken, guttat, palmoplantar, invers, püstüler, artropatik ve eritrodermik formları da vardır [6].

Psoriazisin ortaya çıkmasında genetik olarak yatkın bireylerde çeşitli tetikleyici faktörlerin rolü bulunmaktadır. Tetikleyici faktörlerin başında travma, infeksiyonlar ve stres gelmektedir [7,8]. Aile öyküsü ülkemizden bildirilen çalışmalarda %25.6 ile %29.8 arasında değişmektedir [4,5].

Psoriazis şiddetini belirlemede en sık kullanılan ölçütler psoriazis alan şiddet indeksi (PAŞİ), vücut yüzey alanı (VYA) ve dermatoloji yaşam kalite indeksidir (DYKİ) [9]. PAŞİ, VYA ve DYKİ 10 ve üzeri şiddetli psoriazis olarak kabul edilir. Ancak yüz, genital bölge, şiddetli tırnak, şiddetli saçlı deri, palmoplantar bölge tutulumu ve artropati varlığı PAŞİ, VYA ve DYKİ 10 ve üzeri olmasa bile şiddetli psoriazis olarak kabul edilir [10].

Psoriaziste tedavi hastalığın ciddiyet derecesine göre belirlenir. Hafif ve orta şiddette psoriaziste topikal uygulamalar yeterli iken, daha şiddetli durumlarda fototerapi, retinoidler, metotreksat, siklosporin ve biyolojik ajanlar gibi sistemik tedaviler kullanılır. Tedavi yöntemleri seçilirken hastalığın şiddeti, tutulum yeri, hastanın beklentisi, hastanın sosyal özellikleri (sosyal güvencesi, yaşı, cinsiyeti vb.) belirleyici olmaktadır[10].

Ülkemizden yapılmış birçok sosyo-demografik psoriazis çalışması bildirilmiştir. Ancak orta ve şiddetli psoriazis olgularının sosyo-demografik ve klinik özelliklerinin tedavi tercihleri ile beraber verildiği bir çalışma bulunmamaktadır. Biz çalışmamızda orta ve şiddetli psoriazis olgularının demografik özellikleri ile tedavi tercihlerini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı Psoriazis polikliniğine 2002-2008 yılları arasında başvuran klinik ve/veya histopatolojik olarak psoriazis tanısı almış 1831 hasta taranarak, aralarından toplam 626 (%34) orta ve şiddetli psoriazis hastasının dosyası retrospektif olarak değerlendirildi.

Yaş, cinsiyet, Fitzpatrick deri tipleri, sigara, alkol kullanımları, tetikleyici faktörlerin olup olmadığı (travma, stres ve enfeksiyon), tırnak, saçlı deri, mukoza ve eklem tutulumlarının varlığı, eşlik eden sistemik hastalık varlığı (diyabet, hiperlipidemi, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar ve diğerleri) ve ailede psoriazis öyküsü olup olmadığı kaydedildi.

Hastalığın başlangıç yaşına göre hastalar, erken başlangıçlı (40 yaş öncesi) ve geç başlangıçlı (40 yaş sonrası) olarak iki gruba ayrıldı [11]. Psoriazis klinik tipleri lokalize plak tipi, yaygın plak tipi, guttat, invers, palmoplantar, eritrodermik, lokalize ve yaygın püstüler tip olarak ayrıldı. İlk başvuru anındaki PAŞİ değerleri hesaplandı.

Tüm değerlendirmelerde ''SPSS for Windows 11.5'' programından yararlanıldı. Kategorik değişkenlerin istatistikleri için 'Pearson Chi-Square' testi kullanıldı. Verilerin dağılımı Kolmogorow Smirnow testi ile değerlendirildi. Numerik değişkenler için dağılım normalse Student T testi, normal değilse Mann Whitney U testi kullanıldı.

Bulgular

Çalışmamıza dahil edilen 626 orta-şiddetli psoriazis hastasının 305'i (%48.7) kadın ve 321'i (%51.3) erkek idi. Kadın hastaların yaş ortalaması 37.3 yıl, erkek hastaların yaş ortalaması 40.6 yıl olarak bulundu. Hastalığın başlangıç yaşı 1-85 yıl (ortalama=28.1 yıl) arasında değişmekteydi. Başlama yaşı 16-25 yaş arasında pik yaptığı saptandı (Şekil 1). Hastaların %70.3'ü erken başlangıçlı (40 yaş altı), %24'ü geç başlangıçlı (40 yaş üstü) olarak kaydedildi. Hastalık süresi ortalama 10.8 yıl (0-55) ve PAŞİ ortalaması 14.3 (2-47.7) olarak bulundu. Hastalık başlangıç yaşı ile PAŞİ arasında ilişki saptanmadı. Hastaların sosyodemografik özellikler Tablo 1'de görülmektedir.

Ailede psoriazis anamnezi 154 (%24.5) hastada vardı. Erken başlangıçlı olgularda aile anamnezi varlığı istatistiksel olarak anlamlı şekilde sıktı ($p<0.001$). Tırnak ve mukoza tutulumu erkek hastalarda kadın hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulundu ($p<0.001$, $p<0.001$, Tablo 1). Psoriazise eşlik eden bulguları başlangıç yaşına göre gruplandırdığımızda 40 yaş altı ve 40 yaş üstü başlangıçlı olgular arasında tırnak, saçlı deri, mukoza ve eklem tutulumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$). Artropatisi olan 91 hastanın 71'inde (%77.4) tırnak tutulumu vardı. Artropatisi olan hastalarda tırnak tutulumu oranı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0.001$).

Psoriazis lezyonlarının başlamasını ve şiddetlenmesini tetikleyen faktörler olan stres, travma ve enfeksiyon görülme sıklığı ve yüzdeleri Tablo 1'de gösterilmektedir. Tetikleyici faktörler ile psoriazis klinik tiplerini karşılaştırdığımızda guttat psoriazis kliniği bulunan 217 hastanın 33'ünde (%15.2) sık tekrarlayan infeksiyon varlığı kaydedildi. Guttat psoriazisli hastalarda tekrarlayan infeksiyon sıklığı istatistiksel olarak yüksek bulundu ($p=0.004$).

Hastalarının 153'ünde (%24.4) ailede psoriazis öyküsü vardı. Erken başlangıçlı hastalarda geç başlangıçlılara göre aile hikayesi varlığı istatistiksel olarak yüksek bulundu ($p<0.001$). Ayrıca tırnak tutulumu, aile hikayesi olan hastalarda aile hikayesi olmayan hastalara göre anlamlı olarak daha sık görüldü ($p=0.013$).

Psoriazis tedavisinde kullanılan tedaviler ve klinik tiplere göre kullanım sıklıkları Tablo 2'de verilmiştir. Plak tipi psoriazis olgularında topikal steroidler ve invers psoriazisli olgularda pimekrolimus istatistiksel olarak daha sık kullanılmıştı ($p<0.001$,$p<0.001$). Metotreksat artropatik ve eritrodermik psoriazisli hastalarda ($p<00.1$,$p<0.001$) siklosporin jeneralize püstüler, artropatik ve eritrodemik psoriazisli ($p<0.001$,$p=0.001$,$p=0.002$) ve asitretin palmoplantar psoriazis, jeneralize püstüler psoriazis ve eritrodermik psoriazisli hastalarda istatistiksel olarak daha sık kullanılmıştı ($p<0.001$, $p<0.001$,$p=0.001$).

Dört yüz kırk (%70.2) hasta fototerapi almıştı. Fototerapi gören hastaların Fitzpatrick deri tipleri sırasıyla % 1'i ''Tip 1'', %28.5'i ''Tip 2'', % 58.2'si ''Tip 3'' ve % 12.3'ü ''Tip 4'' olarak kaydedildi. Jeneralize plak psoriazisli hastalarda PUVA istatistik-

Tablo 1. Hastaların klinik ve demografik özellikleri

	Kadın (n/%)	Erkek (n/%)	Toplam (n/%)	p değeri
Cinsiyet	305/48.7	321/51.5	626/34	
Yaş	37.3	40.6	39.2	0.569
Başlangıç yaşı ortalaması(yıl)	26.7	29.5	28.1	0.272
Ortalama hastalık süresi(yıl)	10.6	11.0	10.8	0.270
Klinik tip				
Lokalize plak	89/27.7	87/28.5	176/28.1	0.824
Jeneralize plak	154/50.5	199/62.0	353/56.4	0.004
Guttat	114/37.4	103/32.1	217/34.7	0.165
Palmoplantar	44/14.4	48/15.0	92/14.7	0.852
Palmoplantar püstüler	16/5.2	11/3.4	27/4.3	0.259
Jeneralize püstüler	9/3.0	12/3.7	21/3.4	0.590
Eritrodermik	12/3.9	20/6.2	32/5.1	0.192
İnvers	28/9.2	21/6.5	49/7.8	0.219
Tırnak tutulumu				
Pitting	58/19.0	72/22.4	130/20.8	
Onikoliz	41/13.4	55/17.1	96/15.3	
Subungual hiperkeratoz	1/0.3	6/1.9	7/1.1	
Splinter hemoroji	1/0.3	1/0.3	2/0.3	
Total distrofi	17/5.6	35/10.9	52/8.3	
Yatay oluklanma	3/1	3/1	6/1.0	
Pitting+onikoliz	24/7.9	3/1	56/8.9	
Toplam	145/47.7	204/63.6	349/55.8	0.004
Eşlik eden bulgular				
Saçlı deri	231/75.7	242/75.4	473/75.6	0.919
Mukoza	13/4.3	18/11.8	51/8.1	0.001
Eklem	44/14.4	47/14.6	91/14.5	0.926
Tetikleyici faktörler				
Travma	10/3.3	10/3.1	20/3.2	0.913
Enfeksiyon	33/10.8	32/10.0	65/10.4	0.737
Stres	136/44.6	141/43.9	277/44.2	0.894
Sigara	42/13.8	71/22.1	113/18.1	0.000
Alkol	6/2	45/14.0	51/8.1	0.000
Eşlik eden hastalıklar				
Diyabet	15/4.9	20/6.2	35/5.9	
Hipertansiyon	23/7.4	10/3.0	33/5.4	
Tiroid fonksiyon bozukluğu	15/4.9	3/0.9	18/2.9	
Hiperlipidemi	10/3.3	4/1.2	14/2.3	
Koroner arter hastalığı	2/0.7	4/1.2	6/1.0	
Toplam	63/20.7	53/16.5	116/18.5	0.182

PAŞİ:Psoriazis alan şiddet indeksi

sel olarak daha sık kullanılmıştı (p=0.008). Lokalize plak psoriaziste ve palmoplantar psoriaziste lokal PUVA, guttat psoriaziste darbant UVB istatistiksel olarak daha sık kullanıldığı gözlendi (p=0.008,p<0.001,p<0.001). PUVA tedavisi farklı zamanlarda toplam 200 seansın üzerinde alan iki hasta vardı. Fototerapi alan hastalarda takip süresi boyunca deri malignitesi gelişimi görülmedi.

Biyolojik ajan kullanımında etanersept ve infliksimab artropatik psoriazisli hastalarda istatistiksel olarak daha fazla tercih edilmiş olduğu bulundu (p<0.001,p<0.001).

Tercih edilen topikal, sistemik tedaviler, fototerapi ve biyolojik ajanlar için ortalama PAŞİ değerleri sırasıyla topikal steroid için 14.2, kalsipotriol için 13.4, antralin için 16.8, pimekrolimus için 9.6, metotreksat için 17.7, siklosporin için 21.3, asitretin için 16.1, PUVA için 17.7, darbant UVB için 13.1, lokal PUVA için 3.4, infliksimab için 21.8 ve etanersept için 25.7 olarak hesaplandı.

Tartışma

Kliniğimizde izlenen 1831 psoriazis hastasını retrospektif olarak taradığımızda 626'sının (%34) fototerapi ve/veya sistemik tedavi almış olan orta ve şiddetli psoriazis olguları olduğunu saptadık. İspanya'dan Ferrandiz ve arkadaşlarının yaptığı çok merkezli başka bir çalışmada ise 1774 hastanın 944'ü (%53.21) şiddetli psoriazis olarak bulunmuştur [12]. Türkiye'den Aykol ve arkadaşlarının çalışmasında PAŞİ 10'un üzerinde olan hasta oranı %29.6 olarak belirlenmiştir [4]. Tekin ve arkadaşlarının çalışmasında ise PAŞİ 10'un üzerinde olan hasta oranı %24.7 olarak bulunmuştur [5]. Bizim çalışmamızda şiddetli psoriazis oranı Türkiye'den yapılan çalışmalar ile uyumlu iken, Avrupa ülkelerinden yapılan çalışmalara göre daha düşük bulundu. Bunun nedeni ülkemizde yaşayan popülasyonun Asya ırkının genetik özelliklerini taşıyor olması ve birçok Avrupa ülkesine göre daha güneşli bir iklime sahip olması olabilir.

Cinsiyete göre dağılımlarına baktığımızda çalışmamızda hastaların %48.7'si kadın, %51.3'ü erkekti; kadın ve erkek sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Ferrandiz ve arkadaşlarının 1774 olgusunun 939'u (%52.9) kadın 835'i (47.1) erkek olarak belirtilmişti [12]. Kundakçı ve arkadaşlarının bildirdiği 329 psoriazis hastasının kadın erkek oranı %61'e %39 idi [13]. Türkiye'den bildirilmiş başka bir çalışmada ise hastaların %54.1'i kadın, %45.9'u erkekti [5]. Çalışmamızdaki kadın erkek oranı literatür ile uyumluydu.

Çalışmamızda psoriazis başlangıç yaşı ortalama 28.1 olup, kadınlarda 26.7 yıl ve erkeklerde 29.5 yıl olarak bulundu. Tekin ve arkadaşlarının çalışmasında psoriazis başlama yaşı kadınlarda 25.7 yıl, erkeklerde 28.8 yıl olarak bildirilmişti [5]. Ferrandiz ve arkadaşlarının çalışmasında ise psoriazis başlangıç yaşları ortalama 29.1 yıl, (kadınlarda %28.2 yıl, erkeklerde %31.8 yıl) idi [12]. Çalışmamızda kadın ve erkeklerde hastalık başlangıç yaşları ulusal ve uluslar arası literatür ile uyumluydu.

Çalışmamızda erken başlangıçlı olgu oranı %70.3, geç başlangıçlı olgu oranı %24 olarak hesaplandı. Stuart ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada erken başlangıçlı olgular %83.8, geç başlangıçlı olgular %16.2 oranında bulunmuştur [14]. Çalışmamızda erken ve geç başlangıçlı psoriazis olgularının oranları literatür ile uyumlu olarak bulundu. Ayrıca çalışmamızda erken başlangıçlı olgularda aile öyküsü pozitifliği istatistiksel olarak daha sık olarak saptandı. Kundakçı ve arkadaşlarının çalışmasında ise olguların %30'unda aile öyküsü varlığı kaydedilmişti. Pozitif aile öyküsü olanların yaş ortalamasının 20, negatif aile öyküsü olanların yaş ortalamasının 29 olduğunu bildirmişlerdir [13]. Ferrandiz ve arkadaşları ise aile öyküsünü erken başlangıçlı olgularda %48.2 geç başlangıçlı olgularda %28.4 olarak bulmuşlardır [12]. Aile öyküsü olan olguların sıklıkla erken başlangıçlı olması, erken başlangıçlı olgularda genetik patogenezin varlığını desteklemektedir.

Stres, travma ve infeksiyon psoriazisin başta gelen tetikleyici faktörleridir [7-8]. Hastalarımızın %3.2'sinde travma, %10.4'ünde infeksiyon ve %44.3'ünde psikojenik stres tetikleyi-

Tablo 2. Hastalık klinik tiplerine göre tedavi tercihleri

	Lokalize plak (n=)	Jeneralize plak (n=)	Guttat (n=)	Invers (n=)	Palmoplantar (n=)	Palmoplantar püstüler(n=)	Jeneralize püstüler (n=)	Artropatik (n=)	Eritrodermik (n=)	Toplam (n=)(%)
Topikal Tedaviler										
Topikal steroidler	167(%91.3)*	315(%90.5)*	193(%88.9)	47(%95.9)	78(%84.8)	18(%66.7)	17(%81.0)	73(%80.2)†	22(%68.8)†	553(88.3)
Kalsipotriol	109(%52.9)	184(%59.6)	126(%58.1)	26(%53.5)	48(%52.2)	11(%40.7)	6(%28.6)	47(%51.6)	15(%46.9)†	336 (53.7)
Antralin	15(%8.2)	44(%8.4)	20(%9.2)	7(%14.3)	10(%10.9)	2(%7.4)	1 (%11.1)	9(%9.9)	2(%6.3)	67 (10.7)
Pimekrolimus	7(%4.2)	11(%3.8)	8(%3.7)	7(%14.3)*	6(6.5)	0(%0)	1(%4.8)	3(%3.3)	1(%3.1)	22(3.5)
Sistemik tedaviler										
Metotreksat	57(%34.1)	86(%24.7)	40(%18.4)	12(%24.5)	18(%19.6)	7(%25.9)	7(%33.3)	76(%83.5)*	25(%78.1)*	161(25.7)
Asitretin	82(%44.8)	171(49.1)	86(39.6)*	22(44.9)	66(%71.7)	16(59.5)*	19(%90.5)*	29(%31.9)†	24(%75)*	294(47.0)
Siklosporin	17(9.3)	41(%11.8)	15(%6.9)	3(%6.1)	9(%9.8)	2(%7.4)	8(%38.1)*	18%19.8)*	8(%25)*	64(10.2)
Fototerapi										
PUVA	18(%9.8)	56(%16.1)*	12(%5.5)†	5(%10.2)	5(%5.4)†	1(%3.7)†	1(%4.8)†	12(%13.2)†	9%28.1)*	78(12.5)
DBUVB	64(%35.0)	184(%52.9)*	153(%70.5)*	24(%49)	20(%21.7)†	9(%33.3)	4(%19.0)†	22(%24.5)†	9(%28.1)†	296(47.3)
LOKAL PUVA	19(%10.4)	8(%2.3)†	8(%3.7)†	2(%4.1)	27(%29.3)*	10(%37.0)*	0(%0)	5(%5.5)	0(%0)	45(10.9)
Biyolojik ajan										
İnfliksimab	5(%2.7)	10 (%2.9)	2(%0.9)	0(%0)	1(%1.1)	0(%0)	1(%4.8)	10%(%11.0)*	3(%9.4)*	15(2.4)
Etanersept	7 (2.6)	9(%3.8)	2(%0.9)	1(%2)	0(%0)	0(%0)	2(%9.5)	11(%12.1)*	5(%15.6)*	16(2.6)

PUVA:Psoralen+Ultraviyole A, DBUVB: Dar bant Ultraviyole B
*P>0.05,istatistiksel olarak daha sık tercih edilmiş.
†p>0.05,İstatistiksel olarak daha az sıklıkla tercih edilmiş.

ci faktör olarak bulundu. Travma yerinde yeni lezyon ortaya çıkması (Köbner fenomeni) psoriazisli olgularda yaklaşık %25 oranında görülmektedir [8]. Bizim çalışmamızda ise travma öyküsü hastaların ancak %3.2'sinde bulunmaktaydı. Bunun nedeni minör travmaların hastalar tarafından göz ardı edilmesi olabilir. Osborne ve Hutchinson'un çalışmasında ise hastaların %47'sinde stresin psoriazisi tetiklediği belirlenmiştir [15]. Stresin psoriazisi tetikleyici faktör olarak varlığı çalışmamızda diğer çalışmalarla benzer oranda bulunmuştur. Stres sırasında nörohümoral moleküllerin endojen salınımı Köbner etkisi yaparak hastalığın yaygınlaşmasına neden oluyor olabilir. Psoriaziste diğer bir tetikleyici faktör infeksiyonlardır. Osborne ve Hutchinson'un çalışmasında 294 hastanın %10.2'sinde boğaz infeksiyonu ile psoriazisin tetiklendiği saptanmıştır [15]. Bizim çalışmamızda da boğaz enfeksiyonu sıklığı %10.4 ile Osborne'nun çalışmasına benzemektedir. Çalışmamızda erken ve geç başlangıçlı psöriazis hastaları arasında infeksiyonun tetikleyici faktör olması açısından istatistiksel bir fark saptanmadı. Psoriazisin diğer tetikleyici faktörleri arasında sigara ve alkolde yer almaktadır [7]. Çalışmamızda sigara kullanımı %42.3 ve alkol kullanımı %19.2 oranında bulundu. Kundakçı ve arkadaşları da çalışmalarında psoriazis hastalarında sigara kullanımını %40 ve alkol kullanımını %12 oranında bulmuşlardır [13]. Tekin ve arkadaşlarının çalışmasında ise sigara kullanım oranı %54.5 ve alkol kullanım oranı ise %19.6 olarak bulunmuştur [5]. Bizim sonuçlarımız diğer çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Son yıllarda çeşitli yayınlarda psoriazis hastalarında, santral obezite, tip 2 diyabet, insülin rezistansı, hipertansiyon ve kombine hiperlipidemiyi içeren metabolik sendrom riskinde artış olduğu gösterilmiştir [16]. Bizim çalışmamızda %18.6 olguda eşlik eden sistemik hastalık mevcuttu. En sık eşlik eden hastalıklar sırasıyla diyabetes mellitus (%5.9), hipertansiyon (%5.4), tiroid fonksiyon bozukluğu (%2.9) hiperlipidemi (%2.3), koroner arter hastalığı (%1)idi. Cohen ve arkadaşları 16851 psoriazis hastası ile yaptıkları çalışmada 35 yaş üzerinde psoriazisli hastalarda diyabetes mellitus sıklığını kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulmuşlardır [17]. Akyol ve arkadaşlarının çalışmasında da psoriazise en sık eşlik eden hastalıklar sırasıyla hipertansiyon (%4.6), diyabetes mellitus (%2.9), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (%2.8), koroner arter hastalığı (%0.9) olarak bulunmuştur [4]. Bizim çalışmamızda psoriazise eşlik eden hastalıklardan diyabetes mellitus ve hipertansiyon oranlarının yüksek olması çalışmamıza dahil ettiğimiz hastaların orta ve şiddetli psoriazis hastaları olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda orta ve şiddetli psoriazis olguları arasında eklem tutulumu %14.5 olarak belirlendi. Erken ve geç başlangıçlı hastalar arasında eklem tutulumu sıklığı açısından istatistiksel olarak fark saptanmadı. Artrit ve tırnak tutulumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı. İran'dan Jamshidi ve arkadaşlarının 320 psoriazis hastası üzerinde yaptıkları çalışmada psoriatik artrit sıklığını %9.1 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada psoriatik artritli hastalarda tırnak tutulumu ve PAŞİ değeri belirgin olarak yüksek bulunmuştur [18]. Bizim çalışmamızda ise eklem tutulumu olan ve olmayan psoriazis hastaları arasında PAŞİ değeri açısından belirgin bir fark saptanmadı.

Çalışmamızda tırnak tutulumu oranı %55,9 olarak bulundu. En sık tırnak tutulumu %20,8 ile pitting, daha sonra %15,3 ile onikoliz idi. Kundakçı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise tırnak tutulumu % 16 olarak bulunmuştur. En sık tırnak tutulumu tipi ise pitting olarak tespit edilmiştir [13]. Aykol ve arkadaşları çalışmalarında psoriazis tırnak tutulumunu %58.4 olarak bulmuşlardır [4]. Türkiye'den yapılan başka bir çalışmada ise Tekin ve arkadaşları tırnak tutulumunu %62.1 olarak belirlemişlerdir [5]. İspanya'dan Ferrandiz ve arkadaşlarının çalışmasında ise

tırnak tutulumu %37.4 olarak saptanmıştır [12]. Çalışmamızdaki psoriazis tırnak tutulumu oranı diğer çalışmaların oranlarına benzer olarak bulundu. Ferrandiz ve arkadaşlarının çalışmasında tırnak tutulumu ile erken başlangıç arasında ve PAŞİ değeri ve artropati arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur [12]. Çalışmamızda ise tırnak tutulumu ile sadece artropati arasında istatistiksel ilişki bulunurken, tırnak tutulumu ile PAŞİ arasında ilişki bulunmadı.

Psoriazis klinik tipleri arasında en sık görüleni kronik plak tip psoriazisdir [6]. Kundakçı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da psoriasiz klinik tipleri sırasıyla %68 plak, %2 yaygın püstüler, %3 sınırlı püstüler, %23 guttat, %6 palmoplantar, %3 invers olarak saptanmıştır [13]. Bizim çalışmamızda da en sık görülen tip kronik plak tipi psoriazis (%84.8) idi. Çalışmamız sadece orta ve şiddetli psoriazis hastalarını içerdiğinden jeneralize plak (%56.4), eritrodermik (%5.1) ve jeneralize püstüler (%3.4) psoriazis oranları daha yüksek olarak bulundu. Ferrandiz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada erken başlangıçlı olgularda guttat psoriasis, geç başlangıçlı olgularda palmoplantar püstüler psoriasis sıklığı istatistiki olarak daha sık bulunmuştur [12]. Bizim çalışmamızda ise palmoplantar psoriazis ve invers psoriazis geç başlangıçlı olgularda istatistiki olarak daha sık görülürken diğer klinik tipler ile erken ve geç başlangıç arasında fark bulunmadı.

Çalışmamızda en sık tercih edilen topikal tedaviler %88.3 ile topikal steroidler, %53 ile kalsipotriol idi. Topikal antralin türevleri %10.7, pimekrolimus ise %3.5 hastada tercih edilmiştir. Topikal kalsinörin inhibitörleri de son yıllarda psoriazis tedavisinde yan etkilerinin topikal steroidlere oranla daha az olması nedeni ile özellikle topikal steroidleri kullanamadığımız intertrijinöz bölgeler, yüz, göz kapağı gibi alanlarda kullanılmaktadır [19]. Bizim çalışmamızda da pimekrolimus invers psoriasisli hastalarda istatistiksel olarak daha fazla tercih edilmiştir.

Psoriazis sistemik tedavisi için Menter ve arkadaşlarının çalışmasında 2001 yılında en sık reçetelenen sistemik ajanın %42.5 ile metotreksat, %28.9 ile sistemik retinoidler, %17.1 ile siklosporin ve %11.5 ile oksoralen olduğu bildirilmiştir [20]. Bu çalışmadan farklı olarak bizim çalışmamızda en sık tercih edilen sistemik ajan asitretin (%47.0) olarak bulundu. Asitretin diğer klinik tiplerle karşılaştırıldığında eritrodermik, jeneralize püstüler, palmoplantar püstüler ve sınırlı palmoplantar psoriasisli hastalarda daha sık tercih edilmiştir. Metotreksat ise artropatik (%83.5) ve eritrodermik psoriaziste (%78.4) diğer sistemik tedavilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede sık tercih edilmiştir.

Çalışmamızda uygulanan fototerapi tedavilerine baktığımızda PUVA %8.1 ve darbant UVB % 35 oranında tercih edilmiştir. Yaygın plak psoriasiste PUVA, guttat psoriasiste ise DBUVB istatistiksel olarak daha fazla tercih edilmiştir. Cristophers ve arkadaşlarının yaptığı çok merkezli bir çalışmada ise orta ve şiddetli 330 psoriasis hastası incelendiğinde %67 hastaya UVB ve %46 hastaya PUVA tedavisi verilmiştir [21]. Çalışmamızda fototerapi tercih edilme oranlarının daha az bulunması hatalarımızın ortalama PAŞİ değerlerinin düşüklüğü ile açıklanabilir.

Palmoplantar psoriasis konvansiyonel tedavilere çoğunlukla dirençli, hastalarda belirgin morbiditeye neden olan psoriazis tipidir [22]. Tedavide sistemik tedavilere ek olarak lokal PUVA ve lokal DBUVB tedavisi de kullanılmaktadır [23]. Çalışmamızda da palmoplantar psoriazisli olguların %.29.3'ünde lokal PUVA tedavisi tercih edilmiştir.

Bizim olgularımızda psoriazis şiddetini belirlemede PAŞİ tercih edilmiştir. Patel ve arkadaşlarının orta ve şiddetli 829 psoriasis hastası üzerinde yaptıkları bir çalışmada, hastaların VYA %11-20-%21-40-%40 olarak gruplandığında, topikal tedavilerin sırasıyla %44, %38, %37; fototerapinin % 18, %15, %7; sistemik tedavilerin %11, %13, %20 ve biyolojik tedavilerin %27, %34 %36 oranlarında tercih edildiği bulunmuştur. Hastalık şiddeti arttıkça sistemik tedavi kullanım sıklığı artarken topikal tedavi ve fototerapi kullanım sıklığının azaldığı saptanmıştır [24]. Patel ve arkadaşlarının çalışmasına benzer şekilde bizim çalışmamızda da hastalık şiddeti arttıkça kullanılan tedavi seçenekleri fototerapiden sistemik tedaviler ve biyolojik ajanlara doğru kaymakta olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızın başlıca limitasyonu retrospektif bir çalışma olduğundan tedavi yanıtlarının karşılaştırılamamış olmasıdır.

Sonuç olarak, psoriazis toplumun yaklaşık %2'sini etkileyen, komorbiditeleri ile hastalarda, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, kronik, rekürren, inflamatuar bir hastalıktır. Özellikle şiddetli formları, hastalarda ciddi iş gücü kayıplarına neden olmaktadır. İleri klinik çalışmalara ışık tutması açısından psoriazisin demografik ve klinik özelliklerinin iyi bilinmesi önemlidir.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Van de Kerkhof PCM, Schalkwijk JN Psoriasis. In: Bolognia JL, Jorizzo JL, Rapini PR, editors. Psoriasis. 2nd ed. Spain: Mosby Elseiver pres; 2008. p.115-34.
2. Sabat R, Philipp S, Höflich C, Kreutzer S, Wallace E, Asadullah K, et al. Immunpahogenesis of psoriasis. Exp Dermatol 2007;16(10):779-98.
3. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis: epidemiology. Clin Dermatol 2007;25(6):535-46.
4. Akyol C, Mevlitoğlu İ, Özdemir M, Ünal M, Konya yöresindeki Psoriasis Hastalarının klinik ve sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi Turk J Dermatol 2011;5(3):71-4.
5. Solak Tekin N, Koca R, Altınyazar C, Çınar, Muhtar Ş, Aslaner NN. Zonguldak bölgesindeki psoriazis hastalarının sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi Türkiye Klinikleri J Dermatol 2005;15(3):141-6.
6. Naldi L, Gambini D. The clinical spectrum of psoriasis. Clin Dermatol 2007;25(6):510-8.
7. Fry L, Baker B S, Triggering psoriasis: the role of infections and medications Clin Dermatol 2007;25(6):606–15.
8. Weiss G, Shemer A, Trau H. The Koebner phenomenon: review of the literature. J Eur Acad Dermatol Venereol 2002;16(3):241-8.
9. Finlay AY. Current severe psoriasis and the rule of tens. Br J Dermatol 2005;152(5):861-7.
10. Mrowietz U, Kragballe K, Reich K, Spuls P, Griffiths CE, Nast A, et al. Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus. Arch Dermatol Res 2011;303(1):1-10.
11. Henseler T, Christophers E. Psoriasis of early and late onset:characterization of two types of psoriasis vulgaris. J Am Acad Dermatol 1985;13(3):450-6.
12. Ferrándiz C, Pujol RM, García-Patos V, Bordas X, Smandía JA. Psoriasis of early and late onset: a clinical and epidemiologic study from Spain. J Am Acad Dermatol 2002;46(6):867-73.
13. Kundakci N, Türsen U, Babiker MO, Gürgey E. The evaluation of the sociodemographic and clinical features of Turkish psoriasis patients. Int J Dermatol 2002;41(4):220-4.
14. Stuart P, Malick F, Nair RP, Henseler T, Lim HW, Jenisch S, et al. Analysis of phenotypic variation in psoriasis as a function of age at onset and family history. Arch Dermatol Res 2002;294(5):207-13.
15. Osborne JE, Hutchinson PE. Demographic and clinical correlates of extent of psoriasis during stable disease and during flares in chronic plaque psoriasis. Br J Dermatol 2008;158(4):721-6.
16. Akcali C, Buyukcelik B, Kirtak N, Inaloz S. Clinical and laboratory parameters associated with metabolic syndrome in Turkish patients with psoriasis. J Int Med Res 2014;42(2):386-94.
17. Cohen AD, Dreiher J, Shapiro Y, Vidavsky L, Vardy DA, Davidovici B, et al. Psoriasis and diyabetes: a population-based cross-sectional study, J Eur Acad Derma-

tol Venereol 2008;22(5):85-9.
18. Jamshidi F, Bouzari N, Seirafi H, Farnaghi F, Firooz A. The prevalence of psoriatic arthritis in psoriatic patients in Tehran, Iran. Arch Iran Med 2008;11(2):162-5.
19. Gribetz C, Ling M, Lebwohl M, Pariser D, Draelos Z, Gottlieb AB, et al. Pimecrolimus cream 1% in the treatment of intertriginous psoriasis: a double-blind, randomized study. J Am Acad Dermatol 2004;51(5):731-8.
20. Menter MA, Krueger GC, Feldman SR, Weinstein GD. Psoriasis treatment 2003 at the new millennium: position paper on behalf of the authors. J Am Acad Dermatol 2003;49(Suppl.2):S39-43.
21. Christophers E, Griffiths CE, Gaitanis G, van de Kerkhof P. The unmet treatment need for moderate to severe psoriasis: results of a survey and chart review. J Eur Acad Dermatol Venereol 2006;20(8):921-5.
22. Farley E, Masrour S, McKey J, Menter A. Palmoplantar psoriasis: a phenotypical and clinical review with introduction of a new quality-of-life assessment tool. J Am Acad Dermatol 2009;60(6):1024-31.
23. Sezer E, Erbil AH, Kurumlu Z, Taştan HB, Etikan I. Comparison of the efficacy of local narrowband ultraviolet B (NB-UVB) phototherapy versus psoralen plus ultraviolet A (PUVA) paint for palmoplantar psoriasis. J Dermatol 2007;34(7):435-40.
24. Patel V, Horn EJ, Lobosco SJ, Fox KM, Stevens SR, Lebwohl M. Psoriasis treatment patterns: results of a cross-sectional survey of dermatologists. J Am Acad Dermatol 2008;58(6):964-9.

How to cite this article:
Rifaioğlu EN, Özarmağan G. Clinical and Demographic Characteristics of 626 Patients with Moderate and Severe Psoriasis. J Clin Anal Med 2014;5(suppl 1): 9-14.