



Psoriasis işlev kaybı indeksi: Sosyo-demografik ve klinik değişkenlerin rolü

Psoriasis disability index: The role of sociodemographic and clinical variables

Şebnem Aktan, Sevgi Akarsu, Melda Demirtaşoğlu, Ayşe Şebnem Özkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Özet

Amaç: Çeşitli çalışmalarda psoriasisın fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyonları etkileyebildiği gösterilmiştir. Bu çalışmada psoriasisli olgularda sosyo-demografik ve klinik özelliklerin psoriasis özgül bir yaşam kalite indeksi olan Psoriasis İşlev Kaybı İndeksi (PİKİ) üzerindeki etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya alınan 70 psoriasis olgusunun sosyo-demografik ve klinik verileri ile hekim ve hasta tarafından değerlendirilen psoriasis alan şiddet indeksi (PASI ve SAPASI) değerleri kaydedilmiş ve subjektif yakınmaları sorgulanmıştır. Ayrıca olguların son dört hafta içinde günlük aktiviteler, iş/okul, kişisel ilişkiler, boş zaman ve tedavi ile ilgili yaşadıklarını sorgulayan 15 soruluk bir anket doldurmaları (PİKİ) sağlanmıştır. Olguların ortalama PİKİ skoru ve alt kategori skorları ile sosyodemografik ve klinik veriler arasındaki korelasyon araştırılmıştır.

Bulgular: Olguların ortalama PASI ve SAPASI ortalama skorları ile PİKİ skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir pozitif korelasyon belirlenmiştir. Erkeklerde boş zaman ve iş/okul ile ilgili aktivitelerin kadınlara oranla daha fazla etkilendiği görülmüştür. Lezyonları kozmetik bozukluğa yol açan, klinik olarak şiddetli psoriasis olan, hastalık süresi 10 yıldan fazla ve/veya psoriasis başlangıç yaşı 40'ın altındaki olguların PİKİ ve günlük aktivite, kişisel ilişkiler, iş/okul ve/veya boş zaman etkinliklerinin anlamlı olarak daha fazla etkilendiği gözlenmiştir. Ayrıca kaşıntı, kas ağrısı ve halsizlik gibi subjektif semptomu olan hastalarda kişisel ilişkiler, günlük ve iş/okul ile ilişkili aktivitelerin olumsuz olarak etkilendiği saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışmada PİKİ'nin hem klinik şiddet hem de sosyo-demografik ve klinik değişkenlerle anlamlı bir korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Bununla birlikte kaşıntı gibi subjektif semptomlarla ilişkili yaşam kalitesini sorgulayan ek soruların da eklenmesinin uygun olacağı düşünülmüştür. (Türkderm 2014; 48: 187-92)

Anahtar Kelimeler: Psoriasis, şiddet, yaşam kalitesi, işlev kaybı

Summary

Background and Design: A variety of studies have demonstrated that psoriasis can affect psychological, social and physical functions. The purpose of this study was to determine the impact of the sociodemographic and clinical characteristics on Psoriasis Disability Index (PDI), which is a psoriasis-specific health-related quality of life instrument.

Materials and Methods: A total of 70 patients with psoriasis were included in this study and sociodemographic features of the patients, psoriasis area severity index scores evaluated by physician and patient (PASI and SAPASI) and the presence of subjective symptoms associated with psoriasis were recorded. In addition, the patients were asked to complete a questionnaire (PDI) consisting of a series of 15 questions related to daily activities, work/school, personal relationships, leisure and treatment, dealing with the past four weeks. Correlations between PDI and its subscale scores with sociodemographic and clinical features were analyzed.

Results: There were statistically significant positive correlations between mean PDI scores and both of mean PASI and SAPASI scores. Activities of leisure and work/school were found to be more effected in men than in women. PDI and daily activities, personal, work/school and/or leisure activities were also detected to be more effected in patients with cosmetic involvement, severe psoriasis, long duration of disease (≥ 10 years) and young age of onset. In addition, in patients with subjective symptoms, such as pruritus, muscle pain and fatigue, personal relations, daily and work/school activities were found to be negatively affected.

Conclusion: In this study, mean PDI scores correlated significantly both with clinical severity and sociodemographic variables. Nevertheless, we assume that addition of questions examining quality of life related to subjective symptoms such as pruritus would be appropriate. (Türkderm 2014; 48: 187-92)

Key Words: Psoriasis, severity, quality of life, disability

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Sevgi Akarsu, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
Tel.: +90 232 412 38 57 E-posta: sevgi.akarsu@deu.edu.tr **Geliş Tarihi/Received:** 21.11.2013 **Kabul Tarihi/Accepted:** 10.01.2014

Giriş

Toplumun yaklaşık %2-3'ünü etkileyen kronik inflamatuvar bir dermatoz olan psoriasis estetik görünümü etkilemesi, kaşıntı gibi subjektif yakınmalara neden olması ve etkili tedavilere rağmen nökslerle seyretmesi nedeniyle fiziksel ve sosyal aktivitelerde kısıtlanma, utanma, dışlanma ve depresyon gibi birçok psikososyal soruna neden olabilmektedir. Yaşam kalitesi üzerinde büyük bir etki yaratabilmesi nedeniyle psoriasis şiddetinin tanımlanmasında fiziksel, psikolojik ve sosyal bileşenlerin birlikte göz önünde bulundurulması gerekmektedir¹⁻⁸. Psoriasisli olgularda hastalık şiddetinin değerlendirilmesi öznel ve nesnel ölçüm metodları ile birlikte karışık bir klinik süreçtir. Günümüze kadar psoriasis şiddeti hekim ve/veya hasta tarafından genellikle tutulan alanın yoğunluğu ve deri tutulumunun klinik özelliklerini göz önünde tutan fiziksel yöntemlerle değerlendirilmiştir^{5,7,8}. Bazı çalışmalarda psoriasis klinik şiddet ölçümlerinin, hastalığın olguların yaşamı üzerindeki etkilerini tam olarak yansıtamayabileceği öne sürülmüştür^{3,9}. Son zamanlarda psoriasis şiddetinin bozulmuş fiziksel ve sosyal fonksiyonlar ve psikolojik stres ile ilişkilendirilmesi üzerinde durulmuş, psoriasisli olgularda farklı indekslerle yapılan çeşitli çalışmalarda yaşam kalitesinin değişik açılardan etkilenebildiği gösterilmiştir. Bu çalışmalarda psoriasisin yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek için genel, dermatolojik hastalıklara yönelik ve/veya psoriasis ölgün indeksler kullanılmıştır¹⁻⁸. Psoriasis ölgün indekslerden ilki Psoriasis İşlev Kaybı İndeksi (PİKİ, "Psoriasis Disability Index") olup 1987 yılında Finlay ve ark. tarafından geliştirilmiş¹⁰, daha sonra modifiye edilerek 15 soruluk son haline getirilmiştir¹¹. Bu indeksin farklı dillerde versiyonları mevcut olup Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır¹². Bu çalışma yaş, cinsiyet, psoriasis başlangıç yaşı, süresi, klinik tipi ve şiddeti açısından çeşitlilik gösteren bir hasta grubunda planlanmış olup, olguların sosyo-demografik ve klinik özelliklerinin PİKİ ve alt kategorileri üzerindeki etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Olgu seçimi: Bu çalışmaya dermatoloji polikliniğine ayaktan başvuran 18 yaş üzerindeki psoriasis tanısı almış ardışık 70 olgu alınmıştır. Çalışma yerel etik kurul onayından geçtikten sonra uygulanmaya başlanmıştır. Tüm olgulara çalışma konusunda bilgi verilerek onayları alınmış, PİKİ sorularına sağlıklı yanıt veremeyeceği düşünülen ve eşlik eden herhangi bir tıbbi veya dermatolojik hastalığı olan olgular çalışma dışı bırakılmıştır. Olguların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin kaydedilmesi: Olguların demografik verileri kaydedilerek psoriasisle ilgili ayrıntılı öyküleri alınmıştır. Bunun yanında olgulardan psoriasis lezyonları ile ilişkilendirdiği kaşıntı, yanma, hassasiyet ve kanama gibi lokal semptomlar ve halsizlik, uykusuzluk, ödem, eklem ağrısı, kas ağrısı ve baş ağrısı gibi genel semptomların varlığına ve şiddetine "yok", "hafif", "şiddetli" ve "çok şiddetli" yanıtlarından birinin verilmesi istenmiştir. Ayrıca son bir ay içinde psoriasisle yönelik uygulanan tedaviler sorgulanmıştır.

Klinik şiddetin değerlendirilmesi: Psoriasis klinik tipi ve tutulan deri alanları belirlenerek psoriasis klinik şiddeti hekim tarafından psoriasis alan şiddet indeksi (Psoriasis Area and Severity Index, PASI) ile, hasta tarafından ise hastanın algıladığı psoriasis alan şiddet indeksi (Self-Administered Psoriasis Area and Severity Index, SAPASI) ile değerlendirilmiştir^{13,14}. Sıfır ile 72 arasında değişen toplam PASI ve SAPASI skorunun yüksek olması psoriasis kliniğinin şiddetli olduğunun göstergesidir. Psoriasis klinik şiddeti PASI ve SAPASI skorlarına göre hafif

(≤ 5), orta (5,1-9,9) ve şiddetli (≥ 10) olarak derecelendirilmiştir⁹.

İşlev kaybı derecesinin değerlendirilmesi: PİKİ psoriasisin hasta yaşamı üzerindeki etkisini belirleyen ve en sık kullanılan hastalığa özgün yaşam kalitesi ölçüm yöntemlerinden biridir¹⁵. Bu indekste olgulara son dört hafta içinde günlük aktivite (ev/bahçe işlerinde etkilenme, farklı kıyafet seçimi, giysileri sık yıkama/değiştirme, kuaför/berber problemi, daha sık banyo ihtiyacı), iş veya okul (işte/okulda zaman kaybı ya da günlük aktivitede engellenme, işte/okulda engellenme ya da günlük aktivitede değişiklik, meslek yaşamında etkilenme), kişisel ilişkiler (cinsel sorunlar, sosyal ilişkilerde sorun), boş zaman aktiviteleri (sosyal aktivitelerde engellenme, sporda zorluklar, kaplıca/hamam gibi genel banyo alanlarını kullanmada zorlanma, daha fazla içki/sigara) ve tedavi (evin kirlenmesi) ile ilgili toplam 15 soru sorularak her birini 0 ile 3 (0:hiç, 1:az, 2:fazla, 3:çok fazla) arasında puanlaması istenmiş ve son halini aldığı 0-45 arasında değişen toplam bir skor verilmiştir (10,11). PİKİ skoruna göre işlev kaybı derecesi hiç (0), hafif (1-4), orta (5-9), şiddetli (10-18) ve çok şiddetli (>18) olarak değerlendirilmiştir¹⁶.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel hesaplamalar SPSS (sunum 15.0) kullanılarak yapılmış olup T-testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Pearson ve Spearman korelasyon analizleri kullanılmıştır. Değişkenlerin değerleri ortalama \pm standart sapma olarak verilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya alınan 70 olgunun sosyo-demografik ve klinik özellikleri ve bunların PİKİ ve alt kategorileri ile korelasyonları Tablo 1'de gösterilmektedir.

Olguların 34'ü (%48,6) kadın, 36'sı ise (%51,4) erkek olup, ortalama yaş aralığının 18-85 (46,7 \pm 15,0) arasında değiştiği belirlenmiştir. Psoriasis başlangıç yaşı 4-73 yıl (34,5 \pm 16,7) arasında değişirken, hastalık süresi ise ortalama 12,2 \pm 11,5 yıl (1-56 yıl) olarak saptanmıştır. Olguların 22'sinin (%31,4) 18-40 yaş arasında, 35'inin (%50) 41-60 yaş arasında ve 13'ünün (%18,6) ise 61 yaş üzerinde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca 11 (%15,7) olgunun bekar, 51 (%72,9) olgunun evli, 8 (%11,4) olgunun ise dul olduğu gözlenmiştir. Eğitim düzeyinin ise 34 (%48,6) olguda ilköğretim/ortaokul, 16 (%22,8) olguda lise, 20 (%28,6) olguda ise üniversite olduğu belirlenmiştir. Olguların 44'ü (%62,9) son bir aydır topikal tedavi görüyor iken, 9'unun (%12,9) fototerapi ve 6'sının (%8,6) ise sistemik tedavi aldığı saptanmıştır.

Olguların PASI değerleri ortalama 8,46 \pm 7,6 (0,70-38,50) iken ortalama SAPASI değeri 11,95 \pm 9,61 (0,76-49,20) ve ortalama PİKİ değeri 13,7 \pm 9,6 (0-42) olarak belirlenmiştir.

Sosyodemografik özellikler ve PİKİ

PİKİ ortalama değerleri ile olguların yaşı ve cinsiyeti arasında herhangi bir korelasyon izlenmemiştir. Bununla birlikte erkeklerde boş zaman ve iş/okul (t testi, sırasıyla p=0,015 ve p=0,019) ile ilgili işlev kaybının kadınlara göre anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlenmiştir. Yaş grupları açısından genç, orta ve ileri yaş grupları arasında herhangi bir farklılık gözlenmemiştir. Yine olguların evli, bekar veya dul olmasının PİKİ ve alt kategorilerini anlamlı olarak etkilemediği saptanmıştır. Eğitim durumlarına göre değerlendirildiğinde sadece lise eğitimini tamamlamış olanların ilk-orta öğretim düzeyindeki olgulara göre günlük aktivite ile ilgili etkinliklerinin anlamlı olarak daha fazla etkilendiği belirlenmiştir (Mann-Whitney U testi, p=0,011), ancak diğer eğitim düzeyleri ve diğer alt kategoriler arasında herhangi bir farklılık gösterilememiştir.

Klinik özellikler ve PİKİ

Hastalık süresi 10 yıldan fazla olan olgularda PİKİ, günlük aktivite ve boş zaman ile ilişkili etkinliklerin daha kısa süreli hastalığı olan olgulara göre anlamlı olarak daha fazla etkilendiği saptanmıştır. Yine psoriasis başlangıç yaşı 40'ın altında olan olguların PİKİ ve alt kategorilerden günlük aktivite, kişisel ilişkiler ve boş zaman açısından geç başlangıç yaşlı olgulara göre anlamlı olarak daha fazla işlev kaybı hissettiği belirlenmiştir.

Farklı psoriasis tipleri arasında PİKİ ve alt kategorileri açısından karşılaştırma yapıldığında sadece boş zaman ile ilişkili yetersizlik skorunda anlamlı bir farklılık görülmüş, bu farklılığın generalize plak formunun guttat forma göre boş zaman aktivitelerini belirgin olarak daha fazla etkilemesine bağlı olduğu gösterilmiştir. Kozmetik tutulum (yüz ve/veya eller) görülen olgularda sadece giysilerle kapalı kısımlarda lezyon bulunan olgulara göre PİKİ ve tüm alt kategorilerin daha fazla etkilendiği saptanmış, ancak bunlardan PİKİ, günlük aktivite, iş/okul ve boş zaman ile ilişkili yetersizlik skorlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Psoriatik artriti olan olgularda (n=4) PİKİ ve alt kategorileri skorlarının kişisel ilişkiler dışında (Mann-Whitney U testi, p=0,000) artrit olmayanlardan farklı olmadığı gösterilmiştir. Ayrıca fototerapi, topikal veya sistemik tedavi alan olgular arasında PİKİ ve alt kategorileri açısından anlamlı bir farklılık izlenmemiştir.

Klinik semptomlar ve PİKİ

Olgular psoriasis özümlü lokal semptomlar açısından değerlendirildiğinde; 58 (%82,8) olguda kaşıntı, 17 (%24,3) olguda yanma, 11 (%15,7) olguda kanama, 9 (%12,9) olguda ise hassasiyet semptomları olduğu belirtilmiştir. Olguların büyük çoğunluğu bu semptomların sadece lezyonlar üzerinde olduğunu belirtirken kaşıntısı olanların %20,7'si (12

olgu) normal deride de yakınma tariflemiştir. Hastalığıyla ilişkili olduğu düşünülen genel semptomlar açısından sorgulandığında ise; olguların 23'ünde (%32,9) uykusuzluk, 21'inde (%30) halsizlik, 20'sinde (%28,6) eklem ağrısı, 13'ünde (%18,6) kas ağrısı, 12'sinde (%17,1) ödem ve 11'inde (%15,7) de baş ağrısı tanımlanmıştır. Semptomu olan olgularla olmayanlar arasında PİKİ ve alt kategorileri açısından karşılaştırma yapıldığında; kaşıntı olan olgularda kişisel ilişkiler (t-testi, p=0,001), halsizlik semptomu olan olgularda PİKİ ve iş/okul (t testi, sırasıyla p=0,042, p=0,009), kas ağrısı tanımlayan olgularda ise PİKİ ve günlük aktivite etkinliklerinin anlamlı olarak daha fazla etkilendiği (t testi, sırasıyla p=0,015, p=0,015) saptanmıştır. Ancak diğer semptomlar açısından herhangi bir fark gözlenmemiştir. Bununla birlikte lokal ve genel semptomları şiddetli olan olgularla olmayanlar arasında PİKİ ve alt kategorileri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Klinik şiddet skorları ve PİKİ

Olguların PASI ve SAPASI değerleri arasında pozitif korelasyon (Pearson korelasyonu, r=0,811, p=0,000) gözlenmiştir. Yine her iki klinik indeksin ortalama skoru ile PİKİ skoru arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir pozitif korelasyon belirlenmiştir (PASI~PİKİ: r=0,429, p=0,000, SAPASI~PİKİ: r=0,404, p=0,001). PASI skorlarına göre hafif ve orta şiddetli olan olgular arasında PİKİ ve alt kategoriler açısından farklılık göstermediği, ancak şiddetli formdaki olguların PİKİ, günlük aktivite, iş/okul ve boş zaman etkinlikleri açısından hafif (Mann-Whitney U, sırasıyla p=0,003, p=0,020, p=0,013, p=0,002) ve orta şiddetlilere (sırasıyla p=0,002, p=0,007, p=0,002, p=0,001) göre anlamlı olarak daha fazla etkilendiği belirlenmiştir. SAPASI skorlarına göre ise yine hafif ve orta şiddetli olan olgular arasında anlamlı bir farklılık görülmediği, ancak şiddetli formdaki olguların boş zaman aktivitelerinde hafif (p=0,018)

Tablo 1. Psoriasis klinik özelliklerinin Psoriasis İşlev Kaybı İndeksi (PİKİ) ve alt kategorileri ile korelasyonu

Özellikler	n (%)	PİKİ (p)	Günlük aktiviteler (p)	İş / okul (p)	Kişisel ilişkiler (p)	Boş zaman (p)	Tedavi (p)
Hastalık süresi <10 yıl ≥10 yıl	37 (%52,9) 33 (%47,1)	0,015a*	0,004 a*	0,319	0,48	0,020a*	0,339
Başlangıç yaşı <40 yaş ≥40 yaş	43 (%61,4) 27 (%38,6)	0,000a*	0,001a*	0,064	0,006a*	0,000a*	0,479
Psoriasis tipi Guttat LP GP PP Püstüler İnvers	14 (%20) 14 (%20) 36 (%51,4) 3 (%4,3) 1 (%1,4) 2 (%2,9)	0,177	0,308	0,462	0,396	0,003c*	0,264
Tutulum Kozmetik (+) Kozmetik (-)	39 (%55,7) 31 (%44,3)	0,000a*	0,002a*	0,013a*	0,065	0,000 a*	0,086
PASI ≤5 5,1-9,9 ≥10	27 (%38,6) 25 (%35,7) 18 (%25,7)	0,003b*	0,018b*	0,004b*	0,133	0,001b*	0,483
SAPASI ≤5 5,1-9,9 ≥10	18 (%25,7) 17 (%24,3) 35 (%50)	0,067	0,282	0,524	0,442	0,010 b*	0,131

PASI: "Psoriasis Area and Severity Index", SAPASI: "Self-Administered Psoriasis Area and Severity Index", *: Anlamlı, a: T testi, b: Kruskal-Wallis, c: Mann-Whitney U, LP: Lokalize plak, GP: Generalize plak, PP: Palmoplantar

ve orta şiddetlilere ($p=0,011$) göre anlamlı olarak daha fazla işlev kaybı hissettiği saptanmıştır.

PIKİ ve alt kategorilerinin işlev kaybı derecesi

PIKİ skoruna göre işlev kaybı derecesi 3 (%4,3) olguda "hiç", 8 (%11,4) olguda "hafif", 20 (%28,6) olguda "orta", 15 (%21,4) olguda "şiddetli" ve 24 (%34,3) olguda ise "çok şiddetli" olarak belirlenmiştir. Olguların yaklaşık %41'inde günlük aktivitelerin, %13'ünde iş/okul ile ilgili aktivitelerin, %14'ünde kişisel ilişkilerin, %27'sinde boş zaman ile ilgili aktivitelerin ve %31,4'ünde tedavinin evi kirlenmesi gibi sorunların fazla veya çok fazla şiddette olduğu belirlenmiştir. PIKİ alt kategorileri, bu kategorilerin şiddet skoru "fazla" veya "çok fazla" olan olguların oranı ve bu olguların ortalama PIKİ skorları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tartışma

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin önemli bir komponenti günlük aktivite, çalışma hayatı, kişisel ilişkiler ve boş zaman aktivitelerini etkileyen işlev kaybı derecesidir. Psoriasis şiddeti ölçüm yöntemlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada PIKİ'nin klinik şiddet skorlarına göre psikolojik işlev kaybının daha iyi bir belirteci olduğu, ayrıca anksiyete ve depresyon derecesi ile korelasyonunun da yüksek olduğu gösterilmiştir^{4,7}.

Psoriasis yaşam kalitesi ile ilgili literatürlerin sistematik derlemesinin yapıldığı bir çalışmada yaş ve PIKİ arasında genellikle zayıf bir ilişki olduğu, bazı olgularda ise bizim çalışmamızda olduğu gibi tutarsızlık gösterdiği görülmüştür³. Cinsiyet ve PIKİ arasında ise herhangi bir ilişki bulunmadığı veya çok zayıf ve tutarsız bir ilişki olduğu gösterilmiştir^{3,4}. Bununla birlikte Gelfand ve ark. tarafından kadınlardaki işlev kaybı derecesinin erkeklere göre daha fazla olduğu saptanmıştır⁶. Psoriasisin kadınlarda muhtemelen kozmetik önem oluşturması nedeniyle yaşam

kalitesini erkeklere göre daha fazla etkilemesi beklenebilir. Ancak bizim olgularımızda Zacharie ve ark.'nın da bildirdiği gibi işlev kaybı indeksinde cinsiyete göre farklılık belirlenmemiştir⁴. Bir çalışmada ise her iki cinsten de eşit düzeyde olmak üzere sosyal yaşamın etkilendiği ancak çalışmamızda da görüldüğü gibi erkeklerin daha fazla psoriasis nedeniyle işle ilişkili strese maruz kaldığı gösterilmiştir¹⁷. Ayrıca bazı çalışmalarda hastalık süresi ve başlangıç yaşı ile PIKİ arasında korelasyon bulunmamış olup, olguların zaman içinde hastalığa adaptasyon göstermediği düşünülmüştür^{5,6,18}. Bizim olgularımızda ise Kaçar ve ark.'nın çalışmasına benzer şekilde genç yaşta başlayan ve hastalık süresi uzun olan psoriasis olgularında psoriasis özgün yaşam kalitesinde daha fazla bozulma belirlenmiş olup, bu durum hastalığın kronikleştikçe yaşam kalitesinin daha fazla etkilendiğinin bir göstergesidir¹⁹. Bazı çalışmalarda eğitim durumu ve medeni hal ile PIKİ arasında zayıf ancak anlamlı olmayan bir korelasyon olduğu gösterilmiştir^{5,8,18}. Bir diğer çalışmada ise eğitim düzeyi yüksek ve evli olan olgularda muhtemelen çalışma hayatının ve eşinin emosyonel desteği nedeniyle işlev kaybı derecesinin daha az olduğu ileri sürülmüştür⁴. Bizim olgularımızda ise önceki çalışmalara benzer şekilde eğitim durumu ve medeni hal ile PIKİ arasında anlamlı bir ilişki izlenmemiştir.

Yapılan çalışmalarda SAPASI skorlarının PASI skorları ile güçlü bir korelasyon gösterdiği, ayrıca psoriasisin farklı klinik tipleri ile farklı şiddet düzeyleri arasında güvenilir olarak ayırım yapabildiği bildirilmiştir^{7,14}. Ayrıca PIKİ ile SAPASI ve PASI arasında zayıf olsa da anlamlı bir korelasyon olduğu, ancak SAPASI ile korelasyonunun PASI'ya göre kısmen daha fazla olduğu bildirilmiştir^{7,8,11}. Bazı çalışmalarda ise PIKİ ile PASI arasında anlamlı ilişki olmadığı veya sadece zayıf korelasyon olduğu belirtilmiştir^{4,5,18}. Bizim olgularımızda PIKİ ile hem PASI hem de SAPASI arasında anlamlı bir pozitif korelasyon izlenmiştir.

Tablo 2. Psoriasis İşlev Kaybı İndeksi (PIKİ) alt kategorileri "fazla" veya "çok fazla" oranda etkilenen olguların dağılımı ve ortalama PIKİ skorları

PIKİ alt kategorileri	Olgu sayısı (%)	PIKİ ortalama değeri (minimum-maksimum)
Günlük aktiviteler		
1. Ev/bahçe işlerini etkileme	15 (%21,4)	22,27±9,98 (4-42)
2. Farklı kıyafet seçimi	27 (%38,6)	20,19±9,03 (5-42)
3. Giysileri sık yıkama/değiştirme	39 (%55,8)	19,38±8,88 (4-42)
4. Kuaför/berber problemi	22 (%31,4)	20,41±9,32 (5-42)
5. Daha sık banyo ihtiyacı	40 (%57,1)	17,53±9,66 (2-42)
İş/okul		
6a. İşte/okulda zaman kaybı	11 (%15,7)	19,90±9,96 (10-42)
7a. İşte/okulda engellenme	6 (%0,9)	25,17±10,60 (11-42)
6b. Günlük aktivitede engellenme	13 (%18,5)	19,46±8,12 (5-33)
7b. Günlük aktivitede değişiklik	7 (%10)	22,14±7,03 (9-33)
8. Meslek yaşamında etkilenme	7 (%10)	26,57±8,30 (18-42)
Kişisel ilişkiler		
9. Cinsel sorunlar	9 (%12,9)	26,89±4,88 (20-33)
10. Sosyal ilişkilerde sorun	10 (%14,3)	23,00±10,60 (8-42)
Boş zaman		
11. Sosyal aktivitelerde engellenme	22 (%31,4)	23,18±8,09 (6-42)
12. Sporda zorluklar	11 (%15,7)	23,91±11,00 (2-42)
13. Kaplıca/hamam vb. zorluklar	33 (%47,1)	19,18±9,48 (5-42)
14. Daha fazla içki/sigara	10 (%14,3)	24,20±6,20 (14-33)
Tedavi		
15. Evin kirlenmesi	22 (%31,4)	19,27±10,18 (5-42)

Psoriasis tedavisinde topikal preparatlar, fototerapi ya da retinoidler, metotreksat veya siklosporin gibi sistemik ajanlar kullanılabilir. Çeşitli tedavi yöntemlerinin klinik tabloda genellikle geçici iyileşme dönemleri ile sonuçlandığı bilinmektedir. Psoriasisde kullanılan tedavilerin PİKİ üzerindeki etkisi açısından literatüre bakıldığında verilerin yetersiz olduğu gözlenmiştir. Bir çalışmada topikal antralin ve ultraviyole B, diğer çalışmada ise mikofenolat mofetil ve siklosporin tedavilerinin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesinde PİKİ'nin diğer indekslerle birlikte tedavinin başarısı, güvenilirliği ve hasta uyumu açısından izlemde kullanıldığı görülmüştür^{20,21}. Ayrıca hastanede yatan hastalarda boş zaman ya da sosyal aktivitelerle ilgili değerlendirme yapabilmek mümkün olmadığı için PİKİ'nin uygun olmadığı ileri sürülmüştür²⁰. Bizim çalışmamızda olgularımızın polikliniğe başvurusu sırasında sadece bir kez değerlendirilmiş olması, sayısının az olması ve sistemik tedavi alan az sayıda olgunun dışlanmaması nedeniyle PİKİ'nin tedavinin etkinliğini değerlendirebilme olasılığında bahsetmek mümkün olamamıştır. Bununla birlikte Fortune ve ark. tarafından hastaların kullanmakta olduğu tedavinin (topikal, sistemik veya her ikisinin kombinasyonu) bizim olgularımızda olduğu gibi PİKİ üzerinde anlamlı bir etki yaratmadığı gösterilmiştir⁵.

Psoriasis dış görünümü etkileyen kronik bir hastalık olmasının yanında bazı psoriasis tiplerinde kaşıntı, duyarlılık, yanma ve ağrı gibi semptomların sık gözlemlendiği bildirilmiştir. Bilinen test kitaplarında kaşıntı psoriasisin bir semptomu olarak yer almasa da, özellikle yaygın tutulumu olan psoriasisli olgularda %64-96,6 arasında olmak üzere yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir²²⁻²⁴. Kaşıntının sadece tutulan alanlarda lokalize olmadığı görülmüş, bu durumun innervasyon gibi lokal faktörlerle ilişkili olabileceği düşünülmüştür^{23,24}. Bu nedenle psoriasisin yaşam kalitesine etkisi değerlendirilirken kaşıntının da bir işlev kaybı faktörü olarak eklenmesinin uygun olabileceği ileri sürülmüştür²³. Ayrıca çeşitli çalışmalarda olguların %20-56,3'ünde yanma, %39-42,5'inde hassasiyet ve %20-49,4'ünde kanama gibi semptomlar tanımlanmıştır^{2,9,22}. Yine yapılan çalışmalarda olguların %15-27'sinde halsizlik, %23'ünde ödem ve %21,8'inde uykusuzluk tariflenmiştir^{2,22}. Bizim olgularımızda da en sık belirlenen lokal semptom kaşıntı olup, bu semptomun varlığının kişisel ilişkileri olumsuz olarak etkilediği gösterilmiştir. Ayrıca halsizlik ve kas ağrısı semptomu tanımlayan olgularda ortalama PİKİ değerinin daha yüksek olduğu gözlenmiş, kas ağrısı olanlarda günlük aktivite ve halsizliği olanlarda ise iş/okul ile ilişkili aktivitelerin olumsuz olarak etkilendiği saptanmıştır. İlginç olarak artriti olan olgular kişisel ilişkilerinin hiç etkilenmediğini belirtmiş olup, bu farkın sayının az olması nedeniyle tesadüfi olabileceği düşünülmüştür. Psoriasis klinik şiddetinin objektif yöntemlerle ölçümünün mevcut subjektif rahatsızlık ile her zaman paralellik göstermediği bildirilmiştir. Örneğin sadece elleri tutulan bir olgu hafif şiddetli olarak nitelendirilse de fonksiyonel ve estetik bozukluk açısından vücudun herhangi bir yerindeki benzer orandaki tutulumu göre daha şiddetli olarak yorumlanabilir⁴. Yang ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada kozmetik tutulumu (yüz ve/veya eller) olanlarda ortalama PİKİ değerinin kısmen yüksek olduğu ancak anlamlı olmadığı saptanmıştır¹⁸. Yapılan bir derlemede ise kozmetik olarak etkilenen vücut alanlarındaki ekzazerbasyonun yaşam kalitesi ile ilişkili bir belirteç olabileceği ileri sürülmüştür³. Bizim olgularımızda kozmetik tutulumu olan olgularda PİKİ değerlerinin lezyonları giysilerle kapalı yerlerde olan olgulara göre daha yüksek olduğu, ayrıca günlük aktivite, iş/okul ve boş zaman ile ilişkili işlev kaybı derecelerinin de anlamlı oranda yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bazı araştırmacılar tarafından PİKİ'nin daha şiddetli formda veya daha agresif tedavi gerektiren psoriasis olguları için daha uygun olduğu, daha az tutulum gösteren orta dereceli psoriasisde duyarlılığının az olduğu ileri sürülmüştür¹⁶. Bizim olgularımızda da PASI değeri ≥ 10 olan hastaların PİKİ, günlük aktivite, iş-okul ve boş zaman skorları ile SAPASI değeri ≥ 10 olan hastaların boş zaman skorlarının daha yüksek olduğu belirlenmiş olup, klinik şiddeti daha az olan hastalarda da yaşam kalitesinin etkilendiği ancak aralarında anlamlı bir fark saptanmadığı gözlenmiştir.

Dubertret ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada PİKİ ile belirlenen işlev kaybının en çok giysileri yıkama/değiştirme, sık banyo ihtiyacı ve spor aktiviteleri ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Olguların yaklaşık yarısında günlük yaşamla ilgili aktivitelerde, daha az oranda ise kariyer/okul ve arkadaş/eşle ilişkilerde işlev kaybı olduğu gösterilmiştir². Yapılan bir derlemede ise spesifik günlük aktivitelerden ev bakımı, giyim ve banyo gibi aktivitelerin daha çok etkilendiği saptanmıştır³. Bizim olgularımızın yaklaşık yarısında daha sık banyo ihtiyacı, giysileri sık yıkama/değiştirme, farklı kıyafet seçimi ve kaplıca/hamam gibi genel banyo alanlarını kullanmada zorlanma ile ilişkili işlev kaybının fazla olduğu gözlenmiştir. Bunun yanında PİKİ içinde yer alan aktiviteleri belirgin olarak etkilenen olguların ortalama PİKİ skorları, tüm olguların ortalama PİKİ skorundan daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca özellikle hastalık süresi uzun, başlangıç yaşı küçük, kozmetik tutulumu olan ve klinik şiddet skorları yüksek bulunan olgularda olmak üzere boş zaman ve günlük aktivite ile ilişki işlev kaybının daha fazla olduğu saptanmıştır. Yine, generalize plak psoriasisde guttat psoriasis formuna göre muhtemelen kozmetik nedenlerle boş zamanla ilişkili işlev kaybının daha belirgin olduğu belirlenmiştir. İş/okulla ilgili işlev kaybı skorları erkeklerde, kozmetik tutulumu olanlarda ve klinik şiddet skoru yüksek olan olgularda daha yüksek saptanmıştır. Kişisel ilişkiler genç başlangıç yaşı olan olgularda daha fazla etkilenmiştir; bu durum psoriasisin özellikle sosyal ve cinsel yönden aktif dönemdeki ilişkilerde özgüveni azalttığı bir göstergesi olabilir. Tedavi ile evin kirlenmesine yönelik olarak sosyo-demografik veriler ve klinik özellikler açısından herhangi bir farklılık saptanmamıştır.

Sonuç

Psoriasis hem fiziksel hem de psikososyal işlev kaybına neden olabilen bir hastalıktır. Bu çalışmada psoriasisde özgün yaşam kalite indeksi olan PİKİ'nin hem klinik şiddet skorları hem de sosyo-demografik ve klinik değişkenlerle büyük oranda anlamlı bir korelasyon gösterdiği belirlenmiştir. Bununla birlikte olgu sayısı daha yüksek olan, kullanılan tedaviler açısından benzer dağılım gösteren ve kontrol grubu da içeren yeni çalışmaların yapılması, ayrıca kaşıntı, halsizlik ve kas ağrısı gibi işlev kaybını etkileyen subjektif semptomlarla ilişkili maddelerin de eklenmesinin yaşam kalitesini değerlendirmede daha yararlı olabileceği düşünülmüştür.

Kaynaklar

1. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB Jr, Reboussin DM: Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. J Am Acad Dermatol 1999;41:401-7.
2. Dubertret L, Mrowietz U, Ranki A, et al: EUROSPO Patient Survey Group: European patient perspectives on the impact of psoriasis: the EUROSPO patient membership survey. Br J Dermatol 2006;155:729-36.
3. de Korte J, Sprangers MA, Mommers FM, Bos JD: Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review. J Invest Dermatol Symp Proc 2004;9:140-7.

4. Zachariae R, Zachariae H, Blomqvist K, et al: Quality of life in 6497 Nordic patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 2002;146:1006-16.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Sampogna F, Sera F, Abeni D; IDI Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences (IMPROVE) Investigators: Measures of clinical severity, quality of life, and psychological distress in patients with psoriasis: a cluster analysis. *J Invest Dermatol* 2004;122:602-7.
9. Sampogna F, Gisondi P, Melchi CF, et al: IDI Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences Investigators: Prevalence of symptoms experienced by patients with different clinical types of psoriasis. *Br J Dermatol* 2004;151:594-9.
10. Finlay AY, Kelly SE: Psoriasis-an index of disability. *Clin Exp Dermatol* 1987;12:8-11.
11. Finlay AY, Khan GK, Luscombe DK, Salek MS: Validation of Sickness Impact Profile and Psoriasis Disability Index in Psoriasis. *Br J Dermatol* 1990;123:751-6.
12. Fişek N, Gökdemir G, Köşlü A, Can G: Psoriasis hastalarında psoriasis işlev kaybı indeksinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türkderm* 2011;45:24-8.
13. Fredriksson T, Pettersson U: Severe psoriasis-oral therapy with a new retinoid. *Dermatologica* 1978;157:238-44.
14. Sampogna F, Sera F, Mazzotti E, et al: IDI Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences (IMPROVE) Study Group: Performance of the self-administered psoriasis area and severity index in evaluating clinical and sociodemographic subgroups of patients with psoriasis. *Arch Dermatol* 2003;139:353-8.
15. De Korte J, Mombers FM, Sprangers MA, Bos JD: The suitability of quality-of-life questionnaires for psoriasis research: a systematic literature review. *Arch Dermatol* 2002;138:1221-7.
16. 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.
17. Gupta MA, Gupta AK: Age and gender differences in the impact of psoriasis on quality of life. *Int J Dermatol* 1995;34:700-3.
18. Yang Y, Koh D, Khoo L, et al: The psoriasis disability index in Chinese patients: contribution of clinical and psychological variables. *Int J Dermatol* 2005;44:925-9.
19. Kaçar N, Ergin Ş, Şanlı Erdoğan B: Psoriasisli hastalarda yaşam kalitesi. *Türkderm* 2007;41:117-120.
20. Prins M, Krabbe PF, Swinkels QO, et al: The effect of treatment on quality of life in psoriasis patients. *Acta Derm Venereol* 2005;85:304-10.
21. Beisert S, Pauser S, Sticherling M, et al: A comparison of mycophenolate mofetil with ciclosporine for the treatment of chronic plaque-type psoriasis. *Dermatology* 2009;219:126-32.
22. Bilaç C, Ermertcan AT, Bayraktar Bilaç D, Dinç G: The value of clinical symptoms on determining disease severity in patients with psoriasis. *Türkiye Klinikleri J Dermatol* 2009;19:14-9.
23. Yosipovitch G, Goon A, Wee J, Chan YH, Goh CL: The prevalence and clinical characteristics of pruritus among patients with extensive psoriasis. *Br J Dermatol* 2000;143:969-73.
24. Szepietowski JC, Reich A, Wisnicka B: Itching in patients suffering from psoriasis. *Acta Dermatovenerol Croat* 2002;10:221-6.