

Psoriyazisli Kadın Olgularda Genitoüriner İnfeksiyonlar; Demografik ve Klinik Özellikler

Genitourinary Infections in Female Patients with Psoriasis: Demographic and Clinical Features

Sevgi Akarsu, Turna İlkur, Ceylan Canbaz Avcı, Saim Çarşanbalı, Özlem Özbağcıvan, Emel Fetil, Ali Tahsin Güneş

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

Özet

Amaç: Fokal infeksiyonların psoriyazis lezyonlarının oluşumu ve/veya alevlenmesini tetikleyebildiği bildirilmiştir. En sık boğaz infeksiyonları ile ilişkisi bilinmekle birlikte, bazı olgularda aktif veya asemptomatik idrar yolu infeksiyonunun tedavisi ile psoriyazis lezyonlarında da düzelme gözlenmesi üzerine idrar yolu infeksiyonlarının tetikleyici faktör olarak dikkate alınması gerektiği vurgulanmıştır. Bu çalışmada psoriyazis vulgarisli kadın olgularda genitoüriner infeksiyon (GÜİ) sıklığının değerlendirilmesi ve GÜİ olan olgulardaki klinik ve demografik özelliklerin olmayan olgularla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntemler: Retrospektif olarak planlanmış çalışmamızda kliniğimizde yatan psoriyazis vulgarisli 144 kadın olgunun dosyası psoriyazis klinik tipi, demografik veriler, psoriyazis alan şiddet indeksi ve eşlik eden GÜİ'leri açısından taranmıştır. Klinik olarak plak psoriyazisli olgular "stabil", guttat psoriyazisli veya guttat saçılımları olan plak psoriyazisli olgular ise "aktif" psoriyazis olarak tanımlanmıştır.

Bulgular: Toplam 144 psoriyazis olgusunun 93 (%64,6)'ünün aktif psoriyazis, 51 (%35,4)'inin ise stabil psoriyazis klinik özelliklerini taşıdığı saptanmıştır. Olguların 31 (%21,5)'inde idrar yolu infeksiyonu, 23 (%16)'ünde vajinit ve 5 (%3,5)'inde servisit olmak üzere toplam 48 (%33,3) olguda GÜİ varlığı belirlenmiştir. GÜİ saptanan olgularda GÜİ olmayanlara göre ortalama psoriasis başlangıç yaşının daha düşük, son alevlenme süresinin daha kısa ve psoriyazis alan şiddet indeksi değerlerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Aktif psoriyazisli olgularda %36.6 olarak saptanan GÜİ sıklığının stabil psoriyazisli olgulara (%27,5) göre daha fazla olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gösterilmiştir.

Sonuç: Hem aktif hem de stabil psoriyaziste özellikle yakın zamanda alevlenme geçirmiş veya klinik şiddet skorları yüksek olan olgularda GÜİ araştırılmasının yararlı olacağı kanaatindeyiz. (Türkderm 2011; 45: 174-8)

Anahtar Kelimeler: Psoriyazis, guttat, plak, aktif psoriyazis, stabil psoriyazis, genitoüriner infeksiyon

Summary

Background and Design: It has been reported that the focal infections may trigger the formation and/or exacerbation of psoriasis lesions. Although it is known that the most frequent association is with throat infection, it is emphasized that urinary tract infections should be considered as a triggering factor due to improvement of psoriatic lesions after treatment of active or asymptomatic urinary tract infection in some cases. The aim of our study was to evaluate the frequency of genitourinary infection (GUI) and to compare the clinical and demographic features of cases with and without GUI.

Materials and methods: In this retrospective study, the files of 144 female psoriasis vulgaris inpatients were evaluated for clinical type of psoriasis, demographic data, psoriasis area and severity index (PASI), and accompanying GUIs. Clinically, the patients with plaque psoriasis were defined as "stable" psoriasis, while those with guttate psoriasis or with flare-up of guttate psoriasis in case of plaque psoriasis were defined as "active" psoriasis.

Results: Out of a total of 144 psoriasis patients, 93 (64.4%) were in the active group and 51 (35.4%) were in the stable group. Of all the patients, 48 (33.3%) had GUI. Thirty-one (21.5%) patients had urinary tract infection, 23 (16%) had vaginitis and 5 (3.5%) patients had cervicitis. It was found that the patients with GUI had lower mean age of psoriasis onset, shorter mean duration of the last exacerbation and higher values of mean PASI compared to those without GUI. In patients with active psoriasis, the frequency of GUI was higher (36.6%) than in the stable group (27.5%), but statistically significant difference between them was not determined.

Conclusion: We assumed that it would be beneficial to investigate GUI in both active and stable psoriasis cases, especially in patients who had recently suffered an exacerbation or had high clinical severity scores. (Türkderm 2011; 45: 174-8)

Key Words: Psoriasis, guttate, plaque, active psoriasis, stable psoriasis, genitourinary infection

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Sevgi Akarsu, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
Tel.: +90 232 412 38 60 E-posta: sevgi.akarsu@deu.edu.tr **Geliş Tarihi/Received:** 26.03.2011 **Kabul Tarihi/Accepted:** 02.05.2011

Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.
Türkderm-Archives of the Turkish Dermatology and Venerology, published by Galenos Publishing.

Giriş

Toplumun yaklaşık %1-3'ünde görülen psoriyazis T hücre aracılı kronik seyirli, tekrarlayıcı ve inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Psoriyazisin geniş spektrumlu klinik tabloları arasında en sık görülen tipi olan psoriyazis vulgariste eritemli skuamli papüler lezyonların büyüklüğü noktasal büyüklükten daha geniş deri yüzeyini kaplayan plaklara kadar değişebilir.^{1,3}

Psoriyazis etyopatogenezinde multipl genetik komponentler ve çevresel faktörlerin birlikte rol oynadığı bildirilmiştir. Genetik olarak yakın kişilerde başlıca ilaçlar ve infeksiyonlar olmak üzere çeşitli faktörler psoriyazis lezyonlarını ilk kez ortaya çıkarabileceği gibi mevcut lezyonlarda alevlenmelere de neden olabilir.^{3,5} Çevresel faktörler arasında yer alan infeksiyonların psoriyazis olgularının %15-76'sında tetikleyici rol oynadığı gösterilmiştir.^{4,9} Tetikleyici faktör olarak bildirilen fokal infeksiyonlardan ise özellikle üst solunum yolu infeksiyonlarının rolü olduğundan söz edilmiştir.¹⁰⁻¹³ Bununla birlikte, literatürde idrar kültüründe üreme olan veya asemptomatik idrar yolu infeksiyonu bulunan bazı olguların tedavisi ile psoriyazis lezyonlarındaki dramatik düzelmenin fark edilmesi nedeniyle idrar yolu infeksiyonlarının tetikleyici faktör olarak dikkate alınması gerektiği vurgulanmıştır.^{4,8,9,13} Özellikle alt idrar yolu infeksiyonu ve vajinit tablosunun kadınlarda en sık görülen infeksiyonlar arasında bulunduğu bilinmektedir.^{14,15}

Literatürde infeksiyonlarla psoriyazis klinik tipleri arasında da ilişki kurulmaya çalışılmakta olup özellikle guttat psoriyazis ve guttat saçılımlı plak psoriyazisli olgularla daha sıklıkla ilişkilendirildiği görülmektedir.¹⁶⁻²⁰ Bu çalışmada kliniğimizde yatırılan psoriyazis vulgarisli kadın olgularda genitoüriner infeksiyon (GÜİ) sıklığının belirlenmesine ilaveten, mevcut GÜİ varlığının demografik ve klinik özelliklerle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler

Bu çalışmaya Ocak 2006-Şubat 2011 tarihleri arasında kliniğimizde yatırılmış olan psoriyazis vulgarisli kadın olgular alınmıştır. Son altı ay içinde tedavi türünde değişiklik yapılan veya major bir travma öyküsü olan, bilinen metabolik veya endokrin bir hastalığı ile psoriyazisi tetikleyebilecek herhangi bir ilaç kullanımı öyküsü ve alkolizm öyküsü bulunan, ayrıca dosyalardaki kayıtları eksik olan olgular çalışmaya alınmamıştır.

Retrospektif olarak planlanmış olan bu çalışmada psoriyazis klinik tipi lezyonların morfolojik görünümüne göre belirlenmiş olup; plak psoriyazis (nummular, plak ve/veya plakard lezyonları olanlar), guttat psoriyazis (sadece punktata ve guttat lezyonları olanlar) ve guttat saçılımlı olan plak psoriyazis (nummular, plak ve/veya plakard lezyonlarının yanında punktata ve/veya guttat lezyonları olanlar) olarak sınıflandırılmıştır. Bu çalışmada ayrıca plak psoriyazisli olgular "stabil", guttat psoriyazisli veya guttat saçılımlı olan plak psoriyazisli olgular ise "aktif" psoriyazis olarak tanımlanmıştır.¹⁶

Dosyadaki verilerden olguların yaşı (erken erişkin 19-45 yaş, orta erişkin 46-64 yaş veya yaşlı ≥ 65 yaş), psoriyazis başlangıç yaşı (erken <40 yaş veya geç ≥ 40 yaş başlangıçlı), hastalık süresi, ailede psoriyazis varlığı, lezyonlarda alevlenme varsa bu durumun ne kadar süre önce (son 1 ay, 1-3 ay, 3-6 ay veya 6-12 ay içinde ya da 12 aydan daha uzun bir süre önce) olduğu ile ilgili ayrıntılı öyküleri ve Psoriyazis Alan Şiddet İndeksi ("Psoriasis Area and Severity Index", PASI)'ne göre değerlendirilmiş olan klinik şiddet skorları kaydedilmiştir.

Çalışmaya dosyasında hemogram, eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein, rutin idrar analizi ve idrar kültürü bulunan olgular dahil edilmiştir. Genital infeksiyon açısından tüm olguların Kadın Hastalıkları bölümünce değerlendirilmiş ve genital infeksiyon tanısının bu bölümce konulmuş olması kriteri aranmıştır. Üriner infeksiyon açısından ise laboratuvar bulguları üriner infeksiyonu düşündüren olguların üriner infeksiyon tanısının Üroloji bölümünce konulmuş olması kriteri aranmıştır. Dosya taraması doğrultusunda GÜİ varlığı ile ilgili bulgular kaydedilmiştir.

Veriler SPSS 15 sunumu kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı analiz ile sayısal değişkenler ortalama±standart sapma olarak, diğer değişkenlerin ise yüzde sıklıkları elde edilmiştir. Psoriyazis alt gruplarının kendi aralarında karşılaştırılmasında ve GÜİ saptanan olguların demografik ve klinik parametrelerinin GÜİ olmayan olgularla karşılaştırılmasında ki-kare, Fisher'in kesinlik testi ve t testi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak p<0,05 olan değerler anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışma kapsamında değerlendirilen toplam 144 olgunun 93 (%64,6)'ünün aktif psoriyazis, 51 (%35,4)'inin ise stabil psoriyazis klinik özelliklerini taşıdığı saptanmıştır. Aktif psoriyazisli 93 olgunun ise 33 (%35,5)'ünü guttat psoriyazisli ve 60 (%64,5)'ünü guttat saçılımlı plak psoriyazisli olguların oluşturduğu belirlenmiştir. Çalışmaya alınan olguların demografik ve özgün klinik verileri Tablo 1'de gösterilmektedir. Totalde aktif ve stabil psoriyazisli olgular arasında karşılaştırma yapıldığında; yaş ortalamalarının aktif grupta anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olmak üzere aktif psoriyazisli olguların çoğunun erken erişkin (%40,9) grubunda iken stabil psoriyazisli olguların çoğunun orta erişkin dönemde (%62,7) olduğu belirlenmiştir. Ortalama hastalık süreleri, aile öyküsü varlığı ve ortalama PASI değerleri açısından her iki grup arasında anlamlı fark olmadığı, ancak aktif gruptaki olguların stabil gruptaki olgulara göre ortalama psoriyazis başlangıç yaşının daha düşük ve son alevlenme sürelerinin daha kısa olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya alınan toplam 144 olgunun 48 (%33,3)'ünde GÜİ saptanmış olup psoriyazis klinik alt tiplerine göre değerlendirildiğinde aktif psoriyazisli olgularda %36,6 (GP'te %33,3, guttat saçılımlı PP'te %38,3) oranında saptanan GÜİ sıklığının stabil psoriyazisli olgularda %27,5 olduğu belirlenmiştir. Aktif ve stabil olgular karşılaştırıldığında aktif olgularda istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte GÜİ sıklığında artış saptanmış olup, saptanan infeksiyonlar ve bunların klinik tiplere göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Her bir psoriyazis alt grubunda GÜİ saptanmayan olgularla saptanan olguların demografik ve psoriyazise özgün klinik verileri Tablo 3'de gösterilmektedir. Tüm olgular değerlendirildiğinde GÜİ saptanan olgularla GÜİ olmayanların ortalama yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken yaş grupları dağılımı açısından da farklılık izlenmemiştir. Aile öyküsü varlığı açısından fark belirlenmemekle birlikte GÜİ olan olgularda ortalama hastalık süresinin anlamlı olarak daha uzun, başlangıç yaşının daha düşük ve son alevlenme süresinin daha kısa olduğu gösterilmiştir. Ortalama PASI değerlerinin GÜİ olmayan olgulara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve PASI değeri ≥ 10 olan olgularda GÜİ varlığının arttığı görülmüştür. Psoriyazis alt tipleri açısından değerlendirildiğinde ise hem aktif hem de stabil grupta GÜİ olan olgularla olmayanlar arasında yaş ortalaması, yaş grupları dağılımı ve aile öyküsü varlığı açısından anlamlı fark

Tablo 1. Aktif ve stabil psoriasisli olguların demografik ve klinik özellikleri

Demografik ve klinik özellikler	Aktif Psoriasis (n=93)	Stabil Psoriasis (n=51)	Toplam (n=144)
Yaş (yıl) *	48,1±17,0 (19-81)	53,6±13,0 (22-91)	50,5±15,5 (19-81)
Erken erişkin	38 (%40,9)	10 (%19,6)	48 (%33,3)
Orta erişkin	36 (%38,7)	32 (%62,7)	68 (%47,2)
Yaşlı	19 (%20,4)	9 (%17,6)	28 (%19,4)
Başlangıç yaşı (yıl) *	36,0±18,5 (5-74)	42,0±15,0 (9-70)	38,1±17,5 (5-74)
Erken (< 40 yaş)	53 (%57)	21 (%41,2)	74 (%51,4)
Geç (≥40 yaş)	40 (%43)	30 (%58,8)	70 (%48,6)
Aile öyküsü (+)	15 (%16,1)	14 (%27,5)	29 (%20,1)
Hastalık süresi (yıl)	12,3±11,4 (0,2-50)	12,9±11,7 (0,3-60)	12,5±11,5 (0,2-60)
Son alevlenme zamanı (ay) *	5,3±6,7 (0,3-36)	9,4±11,6 (0,3-60)	6,7±8,9 (0,3-60)
<1 ay	20 (%21,6)	7 (%13,7)	27 (%18,8)
<1-3 ay	35 (%37,6)	12 (%23,5)	47 (%32,6)
<3-6 ay	18 (%19,4)	13 (%25,5)	31 (%21,5)
<6-12 ay	12 (%12,9)	6 (%11,8)	18 (%12,5)
> 12 ay	8 (%8,6)	13 (%25,5)	21 (%14,6)
PASI	9,6±4,1 (3,2-26,5)	8,1±4,9 (2,1-25,6)	9,0±4,4 (2,1-26,5)
<10	57 (%61,3)	38 (%74,5)	95 (%66)
≥10	36 (%38,7)	13 (%25,5)	49 (%34)

*İstatistiksel olarak anlamlı özellikler (p<0,05)

Tablo 2. Aktif ve stabil psoriasisli olgularda saptanan genitoüriner infeksiyonlar

Genitoüriner infeksiyonlar	Aktif Psoriasis (n=93)	Stabil Psoriasis (n=51)	Toplam (n=144)
İdrar yolu infeksiyonu	15 (%16,1)	6 (%11,8)	21 (%14,6)
Vajinit	8 (%8,6)	4 (%7,8)	12 (%8,3)
İdrar yolu infeksiyonu +vajinit	7 (%7,5)	3 (%5,9)	10 (%6,9)
Servisit	3 (%3,2)	1 (%2,0)	4 (%2,8)
Vajinit+servisit	1 (%1,1)	0 (%0)	1 (%0,7)
Total	34 (%36,6)	14 (%27,5)	48 (%33,3)

Tablo 3. Genitoüriner infeksiyon saptanan aktif ve stabil psoriasisli olguların demografik ve klinik özellikleri

Demografik ve klinik özellikler	Aktif Psoriasis (n=93)		Stabil Psoriasis (n=51)		Toplam (n=144)	
	GÜİ (-) (n=59)	GÜİ (+) (n=34)	GÜİ (-) (n=37)	GÜİ (+) (n=14)	GÜİ (-) (n=96)	GÜİ (+) (n=48)
Yaş	49,7±17,7 (19-81)	37,5±17,0 (5-80)	55,1±12,0 (30-79)	53,9±8,8 (39-68)	51,8±15,9 (19-81)	47,8±14,4 (19-70)
Erken erişkin	23 (%39)	15 (%44,1)	7 (%23,3)	3 (%16,7)	30 (%31,3)	18 (37,5)
Orta erişkin	21 (%35,6)	15 (%44,1)	22 (%51,2)	10 (%40,0)	43 (%44,8)	25 (%52,1)
Yaşlı	15 (%25,4)	4 (%11,8)	8 (%34,8)	1 (%20,0)	23 (%24)	5 (%10,4)
Başlangıç yaşı (yıl) *	39,6±18,8 (9-74)	25,8±15,4 (1,5-74)*	42,9±15,9 (9-70)	39,8±12,5 (19-57)	40,9±17,7 (9-74)	32,6±16,0 (5-66)*
Erken (< 40 yaş) *	28 (%47,5)	25 (%73,5)*	14 (%37,8)	7 (%50)	42 (%43,8)	32 (%66,7)*
Geç (≥40 yaş)	31 (%52,5)	9 (%26,5)	23 (%62,2)	7 (%50)	54 (%56,3)	16 (%33,3)
Aile öyküsü (+)	7 (%11,9)	8 (%23,5)	8 (%21,6)	6 (%42,9)	15 (%15,6)	14 (%29,2)
Hastalık süresi (yıl) *	10,3±11,2 (0,2-50)	15,8±11,1 (0,5-50)*	12,5±12,1 (0,3-60)	14,1± 11,1 (1-36)	11,1±11,5 (0,2-60)	15,3±11,0 (0,5-50)*
Son alevlenme zamanı (ay) *	7,3±7,6 (0,5-36)	1,7±1,8 (0,3-11) *	10,6±9,7 (0,3-36)	6,3 ±15,5 (0,3-60)*	8,6±8,6 (0,3-36)	3,1±8,6 (0,3-60) *
<1 ay*	3 (%5,1)	17 (%50)*	3 (%8,1)	4 (%28,6)	6 (%6,3)	21 (%43,8)*
<1-3 ay*	19 (%32,2)	16 (%47,1)*	6 (%16,2)	6 (%42,9)*	25 (%26)	22 (%45,8)*
<3-6 ay*	18 (%30,5)	0 (%0)*	10 (%27)	3 (%21,4)*	28 (%29,2)	3 (%6,3)*
<6-12 ay*	11 (%18,6)	1 (%2,9)*	5 (%13,5)	0 (%0)*	17 (%17,7)	1 (%2,1)*
> 12 ay*	8 (%13,6)	0 (%0)*	13 (%35,1)	1 (%7,1)*	20 (%20,8)	1 (%2,1)*
PASI*	7,9±2,8 (3-15)	12,5±4,4 (5,9-26,5)*	6,3±2,8 (2,1-12,5)	12,6±6,2 (4,3-25,6)*	7,3±2,9 (2,1-15)	12,5±4,9 (4,3-26,5)*
<10	45 (%76,3)	12 (%35,3)	32 (%86,5)	6 (%42,9)	77 (%80,2)	18 (%37,5)
≥10*	14 (%23,7)	22 (%64,7)*	5 (%13,5)	8 (%57,1)*	19 (%19,8)	30 (%62,5)*

*İstatistiksel olarak anlamlı özellikler ve anlamlılığın kaynaklandığı veriler (p<0,05)

izlenmemiştir. Aktif grupta GÜİ olan olgularda anlamlı olarak ortalama hastalık süresinin daha uzun, psoriasis başlangıç yaşının daha düşük ve son alevlenme sürelerinin daha kısa olduğu görülmüştür. Aktif gruptaki GÜİ'lu olguların yarısının son bir ay içinde alevlenme geçirmiş olduğu ve yakın zamanda alevlenmesi olan GÜİ'lu olguların GÜİ olmayan olgulardan anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmüştür. Stabil grupta son bir ay içinde alevlenme geçirmiş GÜİ olan ve olmayan olgu sayıları açısından anlamlı fark olmamasına rağmen 1. aydan daha uzun süre önce alevlenmesi olan olgular arasında GÜİ'lu olguların anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır. Her iki grupta da GÜİ saptanan olgulardaki ortalama PASI değerlerinin GÜİ olmayan olgulara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve PASI değeri ≥ 10 olan olgularda GÜİ varlığının arttığı görülmüştür.

Tartışma

Psoriasis vulgarisli olguların çoğunluğunu oluşturan plak psoriasis özellikle lumbosakral alan, saçlı deri, diz ve dirseklerde yoğunlaşmış üzeri sedefi beyaz renkli skuamla kaplı eritemli papüler lezyonlarla karakterizedir. Psoriasisli olguların yaklaşık %10'unu oluşturan guttat psoriasis ise genellikle çocuklarda ve genç erişkinlerde görülen ve sıklıkla akut tonsillit veya farenjit gibi bir üst solunum yolu infeksiyonundan sonra birdenbire ortaya çıkan eritemli küçük papüler lezyonlarla karakterize psoriasis tipidir. Guttat psoriasis daha önceden psoriasis öyküsü olmayan bir olguda ilk kez oluşabileceği gibi, genellikle sınırlı deri alanlarını tutan kronik plak psoriasis lezyonlarına eşlik etmektedir.¹⁻³ Psoriasis bu çeşitlilik gösteren klinik görünümünün tesadüfi veya sadece Koebner etkisi ile olmaktan ziyade, mikrobiyal uyarının özelliği ve lokalizasyonuna bağlı olarak alternatif kompleman yolu aktivasyonu ile oluşabileceği ileri sürülmüştür.^{4,8} Biz bu çalışmada guttat lezyonları olan olguları eşlik eden plak tarzı lezyonları olsa da aktif psoriasis grubu içinde, sadece plak tarzı lezyonları olan olguları ise stabil psoriasis grubu içinde değerlendirdik.¹⁶ Literatürde psoriasis başlaması, süregenliği ya da şiddetlenmesinde en çok suçlanan infeksiyöz ajanlar streptokoklar ve daha az oranda stafilokoklar olmakla birlikte, bazı yazarlar tarafından hastalığın alevlenmesinde daha geniş bir spektrum oluşturan bakteriyel, viral veya fungal kökenli farklı mikroorganizmaların rol oynadığı ileri sürülmüştür. Bunlar arasında en tutarlı ilişkinin psoriasisin hem akut hem kronik formlarında suçlanmış olan A grubu beta hemolitik streptokoklar ile olduğu bildirilmiş, diğer mikrobiyal etkenlerin etyopatogeneizde rolü olup olmadığı henüz kesinlik kazanmamıştır.^{5,7,12} Sonuç olarak, psoriasisli olgularda bakteriyel veya viral süperantijenlerin normal immünolojik yolları geçerek immün sistemde güçlü bir stimulyona yol açabildiği ve psoriasis gelişiminde en önemli rolü oluşturan T lenfositlerinin üretimine neden olduğu bilinmektedir.^{7,12} Yakın zamanda Blok ve arkadaşları tarafından 45 psoriasis olgusunda yapılmış olan ve son bir yıl içinde geçirilen tonsillit, farenjit, sinüzit, ürosistit ve diğer infeksiyonların psoriasisle ilişkisinin sorgulandığı bir anket çalışmasında olguların %33'ü infeksiyon sonrası psoriasisle alevlenme olduğunu belirtmiş, ayrıca bu olgularda psoriasis başlangıç yaşının diğer olgulara göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Suçlanan infeksiyonların sıklığıyla ilgili ayrıntılı veriler olmakla birlikte, sıklık sırasına göre farenjit ve sinüziti alt idrar yolu infeksiyonlarının takip ettiği belirlenmiştir.¹³ Literatürdeki psoriasis ile GÜİ varlığı arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalar incelendiğinde sadece idrar yolu infeksiyonu ile ilgili sınırlı verilere rastlanmıştır. İlk kez Rosenberg ve arkadaşları tarafından bazı olgularda asem-

tomatik idrar yolu infeksiyonu tedavisi ile psoriasis kliniğindeki düzelenin gözlenmesi üzerine tüm olgulardan rutin idrar kültürü istendiği ve üreme belirlenen olguların psoriasis kliniğinin daha yaygın ve aktif olduğu bildirilmiştir. Ayrıca farklı klinik tiplerdeki 167 psoriasis olgusunda yapılan retrospektif bir çalışmada gövde ve ekstremitelerdeki küçük pembe plaklı psoriasis klinik tipi ile idrar kültürü pozitifliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.^{4,8} Ürogenital traktustaki proteus mirabilis, escherichia coli ve diğer gram negatif basillerin etken olduğu rekürren infeksiyonlar ve düşük düzeydeki persistan kolonizasyonun klinik bulgularla birlikte değerlendirilerek tedavi edildiğinde psoriasis lezyonlarındaki dramatik düzelenin izlenmesi nedeniyle idrar yolu infeksiyonlarının tetikleyici faktör olarak dikkate alınması gerekliliği vurgulanmıştır.^{8,9} Bizim çalışmamızda ise olgularımızın %33,3'ünde GÜİ varlığı saptanmış olup, bunların %21,5'inde idrar yolu infeksiyonu, %16'sında vajinit ve %3,5'unda servisit belirlenmiştir.

Psoriasis klinik tiplerinden özellikle guttat psoriasis olmak üzere guttat saçılımlı ve stabil plak psoriasisin, daha az oranda da püstüler psoriasisin üst solunum yolu infeksiyonları, dental infeksiyonlar ve nadiren perianal infeksiyonlarla tetiklenebildiği bildirilmiştir.^{6,21-23} Literatürdeki psoriasis klinik tipi ile infeksiyon varlığı arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalar çoğunlukla en sık görülen fokal infeksiyon olan üst solunum yolu infeksiyonu verilerine dayanmaktadır.^{17,20} Psoriasisli olgulardaki boğaz infeksiyonlarındaki artmış sıklığın bu olguların tonsillerindeki anormal savunma mekanizması ile ilişkili olabileceği ileri sürülse de, diğer infeksiyonlara yatkınlığın artması ile ilgili yeterli kanıt bulunmamaktadır.¹⁷ Tonsillit ve farenjit gibi boğaz infeksiyonlarının psoriasis klinik tiplerinden özellikle bizim aktif grup olarak nitelediğimiz guttat psoriasis ve guttat saçılımlı plak psoriasis ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir.^{16,20} Yakın zamanda psoriasisin farklı klinik tipleri arasında yapılan bir çalışmada guttat psoriasisli olguların %85,7'sinde, guttat alevlenmeleri olan plak psoriasisli olguların %71,4'ünde ve kronik plak psoriasisli olguların %66,6'sında streptokokkal, stafilokokkal, probionobacterium, exiguobacterium veya bacillus türüne ait DNA belirlenmiştir.¹⁶ Biz de çalışmamızda psoriasisli olgularda GÜİ sıklığını saptamayı ve GÜİ varlığının psoriasis klinik tipi ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık. Bu çalışmada GÜİ sıklığı aktif psoriasisli olgularda %36,6 ve stabil psoriasisli olgularda %27,5 oranında saptanmış olsa da, psoriasis klinik tipi ile GÜİ varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Henseler ve Cristophers tarafından psoriasisin erken başlangıçlı (<40 yaş) ailesel tipi ve geç başlangıçlı (≥ 40 yaş) ailesel olmayan tipi olmak üzere iki tipinin olduğu belirtilmiştir.²⁴ Boğaz infeksiyonlarının ailesinde psoriasis öyküsü bulunan ve/veya başlangıç yaşı erken olan psoriasis vulgarisli olgularda daha fazla saptandığı bildirilmiştir.^{22,24} Yine yeni bir alevlenmeden önce olası bir tetikleyici faktörün varlığı daha sık erken başlangıçlı psoriasisli olgularda bildirilmiş, en sık suçlanan faktörler ise üst solunum yolu infeksiyonları ve iklimsel değişiklikler olmuştur.²² Bizim çalışmamızda ailesinde psoriasis öyküsü bulunan olgulardaki GÜİ sıklığında bir farklılık belirlenmemekle birlikte, literatüre benzer şekilde başlangıç yaşı erken olan ve yakın zamanda alevlenme geçirmiş olgularda GÜİ'nun daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. Literatürde infeksiyon varlığı ile PASI değerleri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar yeterli olmasa da, boğaz kültüründe beta hemolitik streptokok üreyen plak psoriasisli olgularda ve ASO değerleri yüksek olan plak psoriasisli çocuk olgularda PASI değerlerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir.^{19,25} Bununla birlikte Yıldırım ve arkadaşları tarafından psoriasis ve parvovirus B19 arasındaki ilişkinin

araştırıldığı bir diğer çalışmada viral DNA yükü ile psoriyazis klinik tipi ve PASI değerleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.²⁶ Bizim çalışmamızda ise GÜİ saptanan aktif ve stabil psoriyazisli olgularda GÜİ olmayanlara göre ortalama PASI değerleri anlamlı olarak daha yüksek saptanmış, ayrıca her iki grupta da PASI değeri ≥ 10 olan olgularda GÜİ varlığının arttığı görülmüştür.

Aktif ve stabil psoriyazisli kadın olgularda GÜİ sıklığının araştırıldığı bu çalışmanın retrospektif nitelikte olması, olgu sayısının çok fazla olmaması ve yatan hasta kümesini içerdiği için herhangi bir inflamatuvar hastalığı olmayan kontrol grubunun dahil edilememiş olması çalışmamızın sınırlılıkları arasındadır.

Sonuç olarak; bu çalışmada aktif psoriyazisli olgulardaki GÜİ sıklığının stabil olgulara göre kısmen daha fazla olmakla birlikte bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir. Bununla birlikte hem aktif hem de stabil psoriyaziste özellikle yakın zamanda alevlenme geçirmiş veya klinik şiddet skorları yüksek olan olgularda GÜİ araştırılmasının uygun olacağı kanaatindeyiz.

Kaynaklar

1. Naldi L, Gambini D: The clinical spectrum of psoriasis. *Clin Dermatol* 2007;25:510-8.
2. Griffiths CE, Barker JN: Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet* 2007;370:263-71.
3. Güner MA, Adışen E: Psoriasis, introduction, general information, epidemiology. *Türkderm* 2008;42:15-7.
4. Rosenberg EW, Noah PW, Skinner RB Jr, Vander Zwaag R, West SK, Browder JF: Microbial associations of 167 patients with psoriasis. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)* 1989;146:72-4.
5. Fry L, Baker BS: Triggering psoriasis: the role of infections and medications. *Clin Dermatol* 2007;25:606-15.
6. Tagami H: Triggering factors. *Clin Dermatol* 1997;15:677-85.
7. Fry L: Role of microbes in psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 2000;25:164.
8. Rosenberg EW, Noah PW, Skinner RB Jr: Microorganisms and psoriasis. *J Natl Med Assoc* 1994;86:305-10.
9. Noah PW: The role of microorganisms in psoriasis. *Semin Dermatol* 1990;9:269-76.
10. Rigopoulos D, Gregoriou S, Katrinaki A, Korfitis C, Larios G, Stamou C, et al: Characteristics of psoriasis in Greece: an epidemiological study of a population in a sunny Mediterranean climate. *Eur J Dermatol* 2010;20:189-95.
11. Norholm-Pedersen A: Infections and psoriasis; a preliminary communication. *Acta Derm Venereol* 1952;32:159-67.
12. Owen CM, Chalmers RJ, O'Sullivan T, Griffiths CE: A systematic review of antistreptococcal interventions for guttate and chronic plaque psoriasis. *Br J Dermatol* 2001;145:886-90.
13. Blok S, Vissers WH, van Duijnhoven M, van de Kerkhof PC: Aggravation of psoriasis by infections: a constitutional trait or a variable expression? *Eur J Dermatol* 2004;14:259-61.
14. Dielubanza EJ, Schaeffer AJ: Urinary tract infections in women. *Med Clin North Am* 2011;95:27-41.
15. Russell MW, Mestecky J: Tolerance and protection against infection in the genital tract. *Immunol Invest* 2010;39:500-25.
16. Munz OH, Sela S, Baker BS, Griffiths CE, Powles AV, Fry L: Evidence for the presence of bacteria in the blood of psoriasis patients. *Arch Dermatol Res* 2010;302:495-8.
17. Nahary L, Tamarkin A, Kayam N, Sela S, Fry L, Baker B, et al: An investigation of antistreptococcal antibody responses in guttate psoriasis. *Arch Dermatol Res* 2008;300:441-9.
18. Caca-Biljanovska NG, V'ckova-Laskoska MT: Management of guttate and generalized psoriasis vulgaris: prospective randomized study. *Croat Med J* 2002;43:707-12.
19. Gudjonsson JE, Thorarinsson AM, Sigurgeirsson B, Kristinsson KG, Valdimarsson H: Streptococcal throat infections and exacerbation of chronic plaque psoriasis: a prospective study. *Br J Dermatol* 2003;149:530-4.
20. Bartenjev I, Rogl Butina M, Potocnik M: Subclinical microbial infection in patients with chronic plaque psoriasis. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)* 2000;211:17-8.
21. Seyhan M, Coşkun BK, Sağlam H, Özcan H, Karıncaoğlu Y: Psoriasis in childhood and adolescence: evaluation of demographic and clinical features. *Pediatr Int* 2006;48:525-30.
22. Raychaudhuri SP, Gross J: A comparative study of pediatric onset psoriasis with adult onset psoriasis. *Pediatr Dermatol* 2000;17:174-8.
23. Adışen E, Tekin Ö, Gülekon A, Güner MA: Çocukluk dönemi psoriyazisi: 130 olgunun retrospektif değerlendirmesi. *Türk Dermatoloji Dergisi* 2008;2:43-6.
24. Henseler T, Christophers E: Psoriasis of early and late onset: characterization of two types of psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 1985;13:450-6.
25. Kim SK, Kang HY, Kim YC, Lee ES: Clinical comparison of psoriasis in Korean adults and children: correlation with serum anti-streptolysin O titers. *Arch Dermatol Res* 2010;302:295-9.
26. Yıldırım M, Ceyhan AM, A, Andoğan BC, Koç İG, Kaya S: Investigation of relationship between Parvovirus B19 infection and psoriasis. *Türkderm* 2010;44:200-203.