



T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
DERİ ve ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI

KRONİK ÜRTİKER VE/VEYA ANJİOÖDEMLİ HASTALARDA HASTALIK  
ŞİDDETİ İLE YAŞAM KALİTESİNİN UAS7, AAS7, CU-Q2oL, AE-Q2oL  
ANKETLERİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Emel ERÜNAL DÜĞER

UZMANLIK TEZİ

BURSA – 2017



T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
DERİ ve ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI

KRONİK ÜRTİKER VE/VEYA ANJİOÖDEMLİ HASTALARDA HASTALIK  
ŞİDDETİ İLE YAŞAM KALİTESİNİN UAS7, AAS7, CU-Q2oL, AE-Q2oL  
ANKETLERİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Emel ERÜNAL DÜĞER

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Emel BÜLBÜL BAŞKAN

BURSA – 2017

## İÇİNDEKİLER

|                        |    |
|------------------------|----|
| Özet .....             | ii |
| İngilizce Özet.....    | ii |
| Giriş.....             | 1  |
| Gereç ve Yöntem.....   | 18 |
| Bulgular .....         | 20 |
| Tartışma ve Sonuç..... | 26 |
| Kaynaklar.....         | 33 |
| Ekler.....             | 37 |
| Teşekkür.....          | 45 |
| Özgeçmiş .....         | 46 |

## ÖZET

Kronik ürtiker ve anjioödem semptomları (kaşıntı, kabarıklıklar, şişmeler) iş performansını, sosyal ilişkileri, kişisel bakımdan uykuya, günlük aktiviteleri geniş bir yelpazede etkiler. Kronik ürtiker şiddeti ve yaşam kalitesinde neden olduğu bozulma şimdiye kadar çeşitli semptom derecelendirme skalaları ile değerlendirilmiştir. Son yıllarda ürtiker ve anjioödemi olan hastalar için hastalık şiddetini belirlemede UAS7 ve AAS7 skalaları ve yaşam kalitesini değerlendirmede CU-Q2oL ve AE-Q2oL anketleri geliştirilmiş ve kullanımı kabul görmüştür. Biz de çalışmamızda bu anketleri kullanarak kronik ürtikerde hastalık şiddeti ve yaşam kalitesini değerlendirmeyi amaçladık.

Çalışmamıza 34'ü kadın 16'sı erkek 50 hasta dahil edildi. Hastaların 18'inde sadece ürtiker, 32'sinde ürtiker ile birlikte anjioödem mevcuttu. Yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim düzeyi, ürtikere anjioödem eşlik edip etmemesi, hastalık süresi ve OSDT (otolog serum deri testi) pozitifliği değişkenlerinin yaşam kalite anketleri alt başlıkları üzerine etkileri araştırıldı. Kadın cinsiyette CU-Q2oL anketi alt başlıklarından kısıtlamalar/dış görünüm, AE-Q2oL anketi alt başlıklarından yorgunluk/ruh hali, utanma/korkular ve fonksiyonellik alt başlıkları daha fazla etkilenmişti.

Çalışmamızda literatüre benzer şekilde kronik ürtiker yaşam kalite anketi alt başlıklarından en fazla uyku ve mental durumun, en az şişliklerin etkilendiğini saptadık. Biz de çalışmamızda literatürdeki bir çok çalışmaya benzer şekilde kadınların erkeklere göre kronik ürtiker ve anjioödemden daha fazla etkilendiğini saptadık. Kadınlar başta olmak üzere kronik ürtiker hastalarının tümünde uyku problemlerinin ve psikolojik sorunların değerlendirilmesi gerektiğini düşünüyoruz. Yaşam kalitesindeki etkilenmenin ölçülmesinin hastalık şiddetini değerlendirmede önemli olduğunu düşünüyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Yaşam kalitesi, hastalık şiddeti, CU-Q2oL.

## SUMMARY

### **Evaluation of Severity of Disease and Quality of Life Measurements in Chronic Urticaria and Angioedema with UAS7, AAS7, CU-Q2oL, AE-Q2oL Surveys**

Symptoms of chronic urticaria and angioedema (pruritus, wheals, swelling) influence work performance, social relationships, personal care, sleep, daily activities in a wide spectrum. Severity of chronic urticaria and deterioration in the quality of life has been assessed with various symptom grading scales up to now. In recent years, UAS7, AAS7 scales and CU-Q2oL, AE-Q2oL questionnaires have been developed and accepted for assessing the disease severity and quality of life for patients with urticaria and angioedema patients. We aimed to assess the disease severity and quality of life with these scales in chronic urticaria patients.

Fifty patients including 34 female and 16 male enrolled 18 patients presented with only chronic urticaria and 32 patients had both urticaria and angioedema. The effects of age, gender, marital status, educational level, duration of illness and ASST (autologous serum skin test) positivity on quality of life questionnaires were investigated. Women were more effected in the CU-Q2oL subdomains of limits/looks and AE-Q2oL subdomains of fatigue/mood, fear/shame and functioning.

Sleep and mental status were the most affected and swelling was the least affected subdomain in our patients. These findings were similar to those in literature, women were more affected by the disease than men. We think that sleep problems and psychological problems should be evaluated in all chronic urticaria patients, especially in women. We conclude that it is important to measure the influences on the quality of life to determine the disease severity.

**Key words:** Quality of life, severity of disease, CU-Q2oL

# GİRİŞ

## Tanım ve Genel Bilgiler

Ürtiker, Hipokrat döneminden beri bilinen bir hastalıktır. Isırgan otu ile temas sonrası oluşan lezyonlara benzetildiği için Latince ısırgan otu anlamına gelen 'urtica dioica' ismi ile anılmıştır. Ürtika lezyonları, yüzeysel dermal ödem ve vazodilatasyon ile oluşan eritemli, kaşıntılı, değişik boyutlardaki, genellikle 24 saatten kısa süren kabarıklıklardır. Anjioödem, deri ve mukozalardaki derin dermal ve subkutan/submukozal ödem sonucu gelişen, ürtika lezyonlarına göre sınırları belirsiz, ağrılı olabilen, deri renginde olan ve daha uzun süreli şişliklerdir (1). Ürtiker, %50 oranında sadece ürtiker, %40 oranında ürtiker ve anjioödem, %10 oranında sadece anjioödem tablosu şeklinde kendini gösterir (2).

Hastalığın 6 haftadan kısa sürmesi akut ürtiker, uzun sürmesi kronik ürtiker olarak değerlendirilir (2). Kronik ürtikerin güncel sınıflamasında kronik ürtiker; kronik spontan ürtiker ve indüklenebilir ürtiker başlıkları altında incelenmiştir (Tablo 1) (3). Bu sınıflandırmada iki veya daha fazla alt tip aynı hastada mevcut olabilir. Fiziksel ürtiker genelde kronik seyrederek fakat kolaylaştırıcı özel fiziksel etmenlerin bulunması nedeni ile farklı bir başlık altında değerlendirilmiştir (3,4).

Kronik ürtiker, toplumda %0,5-1 arasında saptanır (nokta prevalans). Hayat boyu bir kişide ürtiker görülme oranı %8-10'dur. Kadınlarda erkeklere nazaran 2 kat daha sık görülür. Yüksek sosyoekonomik durumda ve büyükşehir yaşamında daha sık görüldüğü düşünülmektedir. Zirve insidans yaşı aktif çalışma dönemi olan 20-40 yaş arasındadır. Hastalık süresi genelde 1-5 yıl arasındadır, şiddetli hastalıkta daha uzun süreli olabilir (5).

Ürtikerde tanı genellikle anamnez ve klinik bulgular ile konulur. Kronik ürtikerli hastalarda tetikleyen faktörleri araştırmak üzere rutin tetkiklerin yapılması yerine tetkiklerin anamnez ve fizik muayene bulguları doğrultusunda planlanması önerilmektedir (2).

**Tablo-1:** Kronik ürtiker/anjioödem sınıflandırılması

| <b>Kronik ürtiker alt tipleri</b>  |  |
|--|--|
| <b>Kronik spontan ürtiker</b>  | <b>İndüklenebilir ürtiker</b>  |
| 6 haftadan daha uzun süreli spontan gelişen kronik ürtiker/anjioödem atakları  | Semptomatik dermografizm*<br>Soğuk ürtikeri**<br>Solar ürtiker<br>Gecikmiş basınç ürtikeri***<br>Sıcak ürtikeri****<br>Vibratuar anjioödem<br>Kolinergic ürtiker<br>Kontakt ürtiker<br>Akuajenik ürtiker |
| *Sinonimi, faktisiyel ürtiker, dermografik ürtiker, **sinonimi, soğuk kontakt ürtiker, ***sinonimi, basınç ürtikeri, ****sinonimi, sıcak kontakt ürtiker |  |

Fiziksel ürtiker ve diğer ürtiker tiplerinin aksine kronik spontan ürtikerde (eski adı ile kronik idyopatik ürtikerde) eksternal bir uyarı olmaksızın lezyonlar spontan olarak ortaya çıkmaktadır (5).

## **Patogenez**

Kronik ürtikerin patogenezini tam olarak aydınlatılamamıştır, dolayısıyla tedavi yanıtları yetersizdir. Mast hücrelerinin uygunsuz aktivasyonu ve degranülasyonu ürtiker patogenezinde tanımlanmış en önemli basamaktır. Dermal mast hücrelerinden salınan histamin ve diğer vazoaaktif mediatörler; proinflamatuvar mediatörler, sitokinler, kemokinler, kemokin reseptörleri, adezyon moleküllerinin salınımına yol açarak inflamasyonun akut fazını tetikler. Bu mediatörler lenfosit ve granulosit baskın hücrel infiltrasyona neden olur (6-8).

Mast hücre degranülasyonunu tetikleyen birçok mekanizma tanımlanmıştır. Klasik aktivasyon yolağı, antijenin spesifik immünglobulin E (IgE) aracılığı ile mast hücre yüzey antijenine bağlanması şeklindedir. Diğer

bir mekanizma esktrinsik koagulasyon kaskadının aktive olması ile protrombinden trombin oluşumu ve trombinin vasküler permeabilite artışına ve mast hücre degranulasyonuna neden olmasıdır. Kronik ürtikerli hastaların serumlarında koagulasyon kaskadının güçlü bir şekilde aktive olduğu ve bunun sonucunda fibrin oluşumu ve fibrinolizisin artışı sonucu plazma D-dimer seviyelerinin arttığı gösterilmiştir. Kompleman aktivasyonu sonucu oluşan C3a ve C5a anaflatoksinleri de mast hücrelerini aktive edebilmektedir (6, 8-12).

Kronik ürtikerli olguların serumlarında mast ve bazofil hücre reseptörü olan IgE yüksek affiniteli (FceR1a) reseptörüne karşı antikorlar veya anti-IgE antikorlar bulunmaktadır. Tiroid otoantikorlarının yüksek olması, kronik ürtikerli hastaların bir kısmının serumlarının intradermal otoenjeksiyonu ile ürtiker tipi reaksiyon gelişmesi ve bazı HLA subtipleri ile pozitif ilişkinin bulunması gibi nedenlerden dolayı kronik ürtikerin otoimmün bir hastalık olduğu da düşünülmektedir (6,10,13,14).

### **Etiyoloji ve Tanısal Yaklaşım**

Akut ve kronik ürtiker hastasının yönetimi tetikleyici faktörlerin saptanması, klinik belirtilerin ve etiyolojinin doğru anlaşılması ile mümkündür. Kronik ürtiker alevlenmelerinde sık görülen agreve edici faktörler viral enfeksiyonlar ve psikolojik faktörlerdir. Nadir bir neden olan gıda allerjisi tipik olarak hastanın anamnezi ile dışlanabilir. Etiyolojik farklılıklar lokal enfeksiyonlar ve allerjenler gibi çevresel maruziyet sıklığı ile de ilişkilidir (1,2).

Kronik ürtiker ile başvuran hastada semptomların şiddeti, anjioödemle birlikteliği, kişinin hayat kalitesini ne kadar etkilediği, değişik ürtiker subtiplerinin birlikteliği, komorbiditeler ve önceki tedaviler belirlenmelidir (15). Öyküde ayrıca aşağıda sıralanan ve klinik tabloyu tetikleyebilecek ya da eşlik edebilen bazı etmenlerin belirlenmesi önem taşır. Aşağıda vurgulanan tüm bu verilerin bir değerlendirme ve izlem formu hazırlanarak işlenmesi önerilmiştir (3,16,17).



- Ürtiker/anjioödem süresi, sıklığı, diüurnal ritmi ve hastaya göre arttırıcı etmenler
- Hastalığın hafta sonları, tatil ya da dış ülkelere yolculukla olan ilişkisi
- Lezyonların biçimi, yaygınlığı ve dağılımı
- Ürtiker/ anjioödem ve atopiye ilişkin (geçmişe ve bugüne yönelik) kişisel ya da ailesel öykü
- Geçmişte ya da şu anda varolan allerjiler, enfeksiyonlar, dahili hastalıklar ve diğer olası nedenler
- Psikosomatik ve psikiyatrik hastalıklar
- Meslek ve hobiler
- Soğuk, sıcak, basınç, sürtünme, vibrasyon gibi fiziksel uyarıların ve egzersizin hastalık üzerine olan etkileri
- İlaç kullanımı (non-steroid antiinflatuar ilaçlar, enjeksiyonlar, aşular, hormonlar, laksatifler, suppozituarlar, göz ve kulak damlaları, bitkisel ve diğer alternatif tıp ürünleri)
- Özellikler parfümlü olan tütün ürünlerinin kullanımı
- Cerrahi implantasyonlar ve daha önce (lokal veya genel anesteziyle yapılan) cerrahi girişimler sırasında ya da sonrasında gelişen reaksiyonlar
- Gastrik ve intestinal problemler
- Hastalığın besinlerle olan ilişkisi
- Hastalığın menstrüel siklusla olan ilişkisi
- Hastalığın stresle olan ilişkisi
- Hastalığın yaşam kalitesi ve emosyonel durum üzerine etkisi
- Daha önce tanı amacıyla yapılan testlerin sonuçları
- Daha önceki tedavi yaklaşımları ve sonuçları

Kronik ürtikerli hastalarda yapılan tetkiklerle altta yatan etiyolojinin çok nadiren saptanması nedeni ile rehberler ayrıntılı tetkiklerin yapılmaması konusunda uzlaşmışlardır. Kronik ürtikerde rutin tanı amaçlı hemogram, c-reaktif protein (CRP), eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) bakılması ve şüpheli ilaç ve gıdaların eliminasyonu önerilmiştir (3,18,19). Bazı yazarlar bu rutin tetkiklerin arasında tiroid stimulan hormon (TSH), tiroid otoantikörleri ve

karaciğer fonksiyon testlerinin de olması gerektiğini düşünmektedir (18). İyi bir anamnezle, şüphelenilen durumlarda ve özellikle tedaviye yanıtız veya şiddetli olgularda *Helicobacter pylori* ve benzeri kronik enfeksiyon odaklarının, tiroid testleri ve otoantikörlerin, diğör fonksiyonel otoantikörlerin, otolog serum deri testinin, deri biyopsisinin ve üç haftalık psödoallerjensiz diyetin denenmesi gibi ileri tetkikler yapılabilir (Tablo 2) (3).



**Tablo-2:** Kronik ürtikerli hastaya tanısal yaklaşım

| Ürtiker tipi           | Alt tipi                 | Rutin tanısal testler   | İleri tanısal testler (Tetikleyicilere yönelik)  |
|------------------------|--------------------------|---|--|
| Spontan ürtiker        | Akut spontan ürtiker     | Yok   | Yok  |
|                        | Kronik spontan ürtiker   | Tam kan sayımı, ESR, CRP<br>NSAİİ gibi tetikleyici ilaç kullanımı<br>eliminasyonu | Enfeksiyon (helicobacter pylori), tip 1 allerjik reaksiyon, tiroid fonksiyon ve otoantikör testleri, provokasyon testleri, 3 haftalık psödoallerjensiz diyet, triptaz seviyesi, otolog serum deri testi (OSDT), otolog plazma deri testi, deri biyopsisi |
| İndüklenebilir ürtiker | Soğuk ürtikeri           | Soğuk provokasyon testi   | Tam kan sayımı, ESR, CRP<br>kriyoproteinler, özellikle enfeksiyöz hastalıkların dışlanması   |
|                        | Gecikmiş basınç ürtiker  | Basınçlı uyaran   | Yok  |
|                        | Sıcak ürtikeri           | Sıcak provokasyonu  | Yok  |
|                        | Solar ürtikeri           | UV ve görünür ışık provokasyonu   | Fotodermatozlar dışlanmalı   |
|                        | Semptomatik dermografizm | Dermografizm  | Tam kan sayımı, ESR, CRP   |
|                        | Akuajenik ürtiker        | Su provokasyon  | Yok  |
|                        | Kolinerjik ürtiker       | Egzersiz ve sıcak su provokasyonu   | Yok  |
|                        | Kontakt ürtiker          | Deri provokasyon testi (prick testi, prick to prick testi)                        | Yok  |

ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı, CRP: C reaktif protein, NSAİİ: Non steroid antiinflamatuvar ilaç, UV ışık: Ultraviyole ışık

Kronik ürtiker hastalarının %2-3'ünde gıda intoleransı, %1-5'inde IgE aracılı gıda allerjisi saptanmakta olup olguların %20-90'ının diyetle yanıt verdiği bildirilmektedir (20). IgE aracılı reaksiyonlardan, sıklıkla intermittan ataklar geçiren ve gıda alımından sonraki 15 dakika içinde şikayetleri başlayan ve birkaç saat süren hastalarda şüphelenilmelidir ve günlük atakla gelen kronik ürtiker hastalarında etken olma olasılığı düşüktür. Bu grup hastalarda prick test ve spesifik IgE testleri ile tanı desteklenebilmektedir. Psödoallerjik reaksiyonlar ise IgE aracılı olmayan ve immünolojik olmayan mekanizmalarla gelişen ancak klinik olarak alerjik reaksiyonlara benzer reaksiyonlardır. Bu reaksiyonlar genetik zeminde ortaya çıkar ve gelişmesi için önceden maruziyet gerekmez (21).

Kronik ürtikerli hastaların serumlarında fonksiyonel ve nonfonksiyonel otoantikolar %50'lere kadar pozitif bulunmaktadır. Otoimmün ürtikerin tanımlanması için standardize edilmiş otoantikor bulunmamaktadır. Organ spesifik otoimmün hastalıklar (tiroid hastalığı, vitiligo, diyabetes mellitus, romatoid artrit, pernisiyöz anemi) kronik ürtikerli hastalarda daha sık görülmektedir (22).

Enfeksiyonlar (hepatit A ve B gibi viral enfeksiyonlar, nazofarenkste yerleşen bakteriyel enfeksiyonlar ve gastrointestinal yerleşimli helicobakter pylori gibi bakteriyel enfeksiyonlar) da kronik ürtiker ile ilişkilendirilen tetikleyici faktörlerdendir.

Parazitler ürtikerin nadir nedenlerindedir. Bağırsak kandidiyazisi eskiden bir ürtiker nedeni olarak görülürken son zamanlarda ilişkili olmadığı düşünülmektedir. Enfeksiyonların kronik ürtikere neden olma sıklığı, değişik coğrafyalardaki hasta gruplarında farklılıklar göstermektedir. Örneğin hepatit virüs enfeksiyonları Güney Avrupa'da Kuzey Avrupa'ya göre daha sık kronik ürtiker nedenidir (4).

Dental enfeksiyonlar ile kronik ürtiker ilişkisi belirsizdir. Dental enfeksiyonlar sonrası ürtiker atakları bildirilmiştir. Bir oral mukoza bakterisi olan gram negatif Veillonella suşlarına ait lipopolisakkaritlerinin mast hücrelerinden histamin salınımına yol açtığı ve dahası bu anaflatoksinlerin

doğrudan vazodilatör etki ile ürtiker ataklarını tetikleyebileceği ileri sürülmektedir (23).

Kronik ürtikerle birçok enfeksiyöz patojen ilişkilendirilmiş olmakla beraber patogeneze net olarak aydınlatılamamıştır. Son yıllarda patojenin otoimmüniteyi tetiklediği görüşü üzerinde durulmaktadır. Patojenin taşıdığı aminosidin konak antijenleri ile benzerlik göstererek T ve B lenfositleri uyarması ve immün sistemi aktive etmesi şeklinde gelişen bu mekanizmaya “moleküler taklitçi” denilmektedir. Bazı enfeksiyonların bu mekanizma ile kronik ürtikeri tetiklediği düşünülmektedir (24).

Enfeksiyonlar gibi non enfeksiyöz kronik inflamatuvar bazı hastalıklar da nadiren de olsa kronik ürtiker nedeni olarak tanımlanmıştır. Bunlar gastrit, reflü-özefajit, kolesistit veya kolanjit, maligniteler, sistemik lupus eritematozus gibi otoimmün hastalıklardır (4).

Kronik ürtikerde ilaçlar iyi tanımlanmış tetikleyici etmenlerdendir. Şüphelenilen ilaçlar başka ilaç grupları ile değiştirilmeli, non steroid anti-inflamatuvar ilaçlar ve aspirin gibi iyi tanımlanmış ajanların alınması yasaklanmalıdır (4).

Allerji, aeroallerjenler, IgE sensitizasyonu ve kronik ürtiker ilişkisi de üzerinde sık tartışılan bir konudur. Deri prick testinde pozitif çıkan allerjen ile hasta hikayesinin uyumu ve allerjen uzaklaştırıldıktan sonraki iki ay içinde ürtikerin tam iyileşmesi halinde alerjik ürtikerden söz edilebilir. Deri prick testi kronik ürtiker tarama testi olarak önerilmez, hastanın ürtikerle allerjen teması arasında kesin ilişki tariflemesi halinde uygulanabilir (23).

## **Ayırıcı Tanı**

Ürtiker tanısı her ne kadar genellikle hasta hikayesi ile konabilirse de ürtikeryal lezyonları taklit eden bazı dermatolojik hastalıklar ve sistemik hastalıkların deri bulguları mevcuttur. Böcek ısırıkları, kontakt dermatit, egzantematöz ilaç reaksiyonları, subepidermal büllöz dermatoz, gebeliğin ürtikeryal papül ve plakları, ürtikeryal dermatit, kutanöz mastositoz, otoimmün progesteron/östrojen dermatiti gibi dermatolojik hastalıklar ve ürtikeryal

vaskülit, diğer vaskülitler (charge strauss sendromu ve poliarteritis nodoza), nötrofilik ürtikeryal dermatoz, hematolojik hastalıklar (schnitzler sendromu, waldenström makroglobulinemisi, hipereozinofilik sendromlar), otoinflamatuvar sendromlar (herediter periyodik ateş sendromları, kriyopirin ilişkili periyodik sendromlar) gibi sistemik hastalıkların deri bulguları ürtikerin ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken durumlardır.

Atipik ürtikeryal lezyonların bulunması, lezyonların 24 saatten uzun süreli olması, simetrik dağılım, lezyonların hipo/hiperpigmentasyon veya skar gibi iz bırakarak gerilemesi, diğer elementer lezyonların (papül, vezikül, skuam, krut gibi) eşlik etmesi, anjioödem eşlik etmemesi, sistemik semptomların (ateş, halsizlik, artralji, karın ağrısı, kilo kaybı gibi) varlığı gibi durumlarda ürtikerin ayırıcı tanısına giren hastalıkların düşünülmesi gerekmektedir (25,26).

### **Kronik Ürtikerde Hastalık Şiddeti**

Kronik ürtikerde hastalığın prognozu ile ilişkili dört faktör tanımlanmıştır. Bunlar hastalık şiddeti, anjioödem eşlik etmesi, fiziksel ürtikerle birliktelik ve otoimmünite (Otolog serum deri testi pozitifliği) ilişkili olmasıdır (5). Ürtika lezyonlarının daha geniş ve çok sayıda olmasının daha şiddetli hastalık göstergesi olabileceği düşünülmektedir (27).

Kronik ürtiker şiddeti ve aktivitesi şimdiye kadar çeşitli semptom derecelendirme skalaları ile değerlendirilmiştir. Son yıllarda hastalık şiddetini belirlemede, sadece ürtikeri olan hastalar için UAS (ürtiker aktivite skoru), anjioödem eşlik eden hastalar için AAS (anjioödem aktivite skoru) skalaları (EK-1) geliştirilmiş ve kullanımı kabul görmüştür. Kronik ürtiker belirti ve semptomları kısa bir süre içerisinde değişkenlik gösterebildiği için günlük dalgalanmalardan etkilenmemesi için üst üste 4 veya 7 gün hesaplanacak şekilde tasarlanmıştır. Bu semptom skalaları çok sayıda klinik çalışmada ve günlük hasta takibinde kullanılmaktadır. Tek bir skalanın geliştirilmiş olması farklı klinik çalışmaların sonuçlarını karşılaştırmaya da olanak sağlamaktadır (4,5,28-34).

Kronik ürtikerde hastalık şiddet skorunun daha yüksek olduğu hastaların hastalık süresinin de daha uzun olduğu, bir başka deyişle yüksek hastalık şiddet skorunun kötü prognoz ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (35). Şiddetli kronik ürtikeri olan hastaların standart tedavilere daha dirençli olduğu bildirilmiştir (36). Hastalığın hayat kalitesi üzerine etkisini daha iyi değerlendirebilmek için, hastanın bakış açısı ile kendi hayat kalitesi üzerine etkisini değerlendirmesine dayalı skalalar kullanılması önerilmektedir (29).

UAS, Likert tip semptom şiddet skalasında ana hastalık özelliklerini (kaşıntı ve kabarıklıkların varlığı ve sayısı) 0-3 aralığında değerlendirir. Hasta son 24 saatini göz önünde bulundurarak 7 gün boyunca her gün hastalığın temel semptomları olan ürtika lezyonlarını ve kaşıntıyı 0 (hiç yok) ve 3 (şiddetli) aralığında skorlar, klinisyen günlük UAS skorunu oluşturmak için iki skoru (kaşıntı ve kabarıklık skoru) toplar ve böylelikle 0-6 arasında değişen günlük puan elde edilir. UAS günlük değişim gösterdiği için 7 gün üst üste puanların toplanması (UAS7) önerilmektedir. Toplamda 0-42 arasında bir skor elde edilir (Tablo 3) (31). Klinik çalışmalar için daha kullanışlı olan UAS7 ölçeğini biz de çalışmamızda kullandık.

**Tablo-3:** Kronik Ürtiker'de hastalık aktivite ölçümünde kullanılan UAS7

| Skor | Şişlikler                     | Kaşıntı  |
|------|-------------------------------|--|
| 0    | Yok                           | Yok  |
| 1    | Az (24 saatte 20'den az)      | Hafif (kaşıntı var fakat rahatsız etmiyor)                                 |
| 2    | Orta (24 saatte 20-50 arası)  | Orta (rahatsızlık veriyor ancak günlük aktiviteleri ve uykuyu etkilemiyor) |
| 3    | Ağır (24 saatte 50'den fazla) | Ağır (günlük aktiviteleri ve uykuyu etkileyen yoğun kaşıntı)               |

Anjioödemde hastalık şiddetini değerlendirmek için Weller ve ark.'ları tarafından geliştirilen, AAS7 ölçeği de çalışmamızda kullanıldı. UAS7 ve AAS7 kişinin günlük tutması esasına dayanan prospektif anketlerdir (31).

Ürtiker kontrol test (UCT) son zamanlarda ürtiker aktivite ölçeği olarak geliştirilen ve kabul gören, başka bir skora sistemidir. Hastalık aktivitesi, hayat kalitesi, tedavi ve hastalık kontrolünü kapsayan 4 adet soru içermektedir ve pratik kullanımı ile günlük takip için daha kullanışlı bir ölçektir. (Tablo 4) (28,37).

**Tablo-4:** Ürtiker kontrol testi

|    |   |           |         |       |         |              |
|----|---|-----------|---------|-------|---------|--------------|
| 1) | Ürtiker fiziksel semptomlarından ne kadar rahatsız oluyorsunuz?                                   | Çok fazla | Fazla   | Orta  | Az      | Hiç değil    |
| 2) | Son 4 haftada ürtiker hayat kalitenizi ne kadar etkiledi?   | Çok fazla | Fazla   | Orta  | Az      | Hiç değil    |
| 3) | Son 4 haftada tedaviniz ne sıklıkta ürtiker semptomlarınızı kontrol altına almada yetersiz kaldı? | Çok sık   | Sık sık | Bazen | Nadiren | Hiçbir zaman |
| 4) | Genel olarak son 4 haftada ürtikeriniz ne kadar kontrol altında idi?                              | Hiç değil | Biraz   | Orta  | İyi     | Çok iyi      |

\*Skor 12< ise ürtiker kontrol altında, ≥ 11 ise hastalık kontrol altında değil kabul edilir.

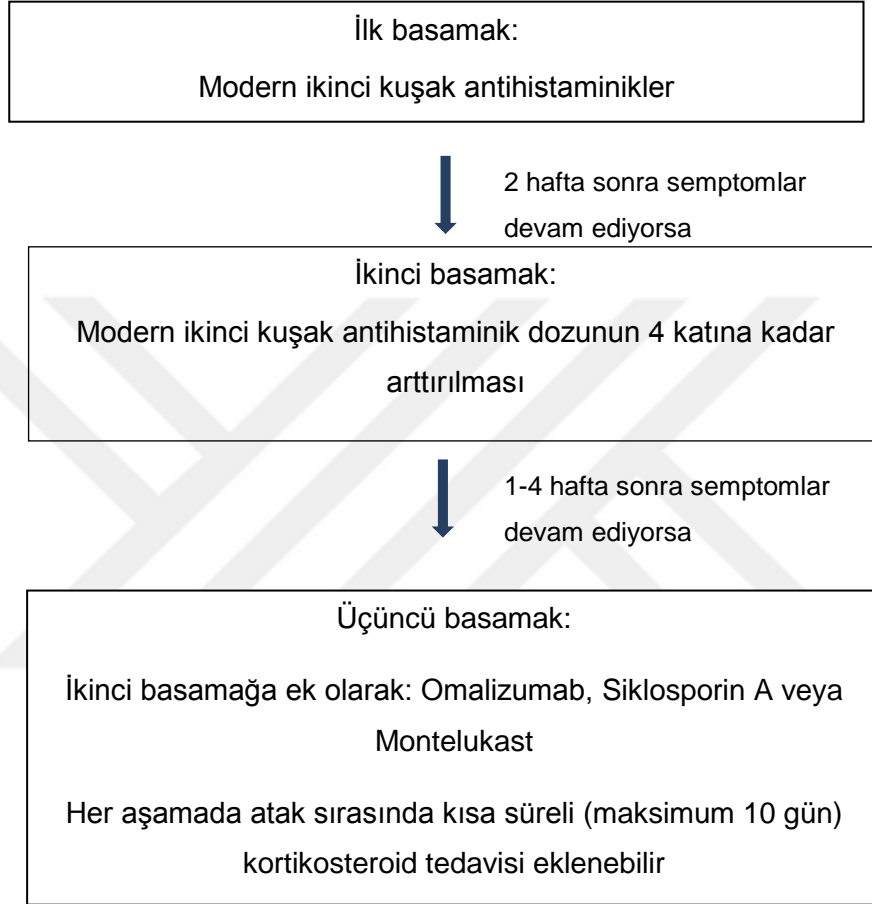
## Tedavi

Kronik ürtikerin patogenezi tam olarak aydınlatılamamıştır. Tedavilerde temel amaç kutanöz mast hücrelerinin aktivasyonu ve degranülasyonun önlenmesi ve proinflamatuvar mediatörlerin ortadan kaldırılmasıdır (3,7,38). Kronik ürtikerin tedavisinde iki basamaklı yaklaşım önerilmektedir. İlk adımda hastalığı tetikleyen faktörler tespit edilip elimine edilmelidir. İkinci adımda semptomları rahatlatmaya yönelik farmakoterapi seçenekleri düşünülmelidir (5).

Son yıllarda Avrupa ve Amerika ürtiker rehberlerinde yayınlanan tedavi algoritmaları arasında bazı farklılıklar mevcuttur. Avrupa ürtiker rehberinde, ilk basamakta ikinci kuşak H1 reseptör antagonisti rutin dozu ile başlanması, 2 hafta içinde semptomlar gerilemezse ikinci basamakta ikinci kuşak antihistaminik dozunun 4 katına kadar yükseltilmesi, semptomlar 1-4



hafta içinde yine gerilemezse üçüncü basamak tedavide ikinci basamak tedaviye ek olarak omalizumab, siklosporin A, montelukast tedavilerinden birinin başlanması ve ataklarda kısa süreli (maksimum 10 gün) sistemik kortikosteroid tedavisi verilmesi önerilmektedir. (Şekil 1) (3).



**Şekil-1:** Ürtiker için önerilen tedavi algoritması

Amerika ürtiker rehberinde ilk basamak tedavide ikinci kuşak antihistaminik tedavisi verilmesi, yanıt alınamazsa ikinci basamak tedavide ikinci kuşak antihistaminik doz artışı, diğer bir ikinci kuşak antihistaminik eklenmesi, H<sub>2</sub> reseptör antagonisti eklenmesi, lökotrien reseptör antagonisti eklenmesi, gece yatmadan önce birinci kuşak H<sub>1</sub> antihistaminik eklenmesi seçeneklerinden birinin tercih edilmesi, üçüncü basamakta potent antihistaminik (hidroksizin, doksepin) dozunun artırılması, dördüncü basamakta omalizumab veya siklosporinden birinin eklenmesi veya diğer

antiinflamatuvar ajanların (immünsüpresanlar veya biyolojikler) eklenmesi önerilmektedir (Şekil 2) (18).

- Hastanın önceki tedavileri ve hastalık şiddeti göz önünde bulundurularak tedavi başlanır.
- Her adım yaklaşımında hastanın toleransı ve ilacın etkinliği değerlendirilmeli.
- Hastalığın istikrarlı kontrolünün sağlandığı en alt basamak tercih edilmeli.

#### Adım 1

1. İkinci kuşak antihistaminikle monoterpi
2. Tetikleyicilerin elimine edilmesi (NSAI, fiziksel faktörler)

#### Adım 2

Aşağıdakilerden bir veya ikisi;

- Adım 1 de kullanılan ikinci kuşak antihistaminik doz artışı
- Başka bir 2. kuşak antihistaminik eklenmesi
- H<sub>2</sub> antagonist eklenmesi
- Lökotrien reseptör antagonisti eklenmesi
- Gece yatmadan önce 1. kuşak antihistaminik eklenmesi

#### Adım 3

Potent antihistaminikte (hidroksizin, doksepin) tolere edebildiği doza kadar doz artışı yapılması

#### Adım 4

Alternatif bir ajan eklenmesi

- Omalizumab veya siklosporin
- Diğer antiinflamatuvar ajanlar (immünsüpresanlar veya biyolojikler)

**Şekil-2:** Kronik ürtikerde tedavi algoritması

## **Dermatolojide Yaşam Kalitesi**

Deri, insan vücudunun görülebilen tek organı olması nedeniyle kişinin dış dünya ile iletişimini ve sosyal hayatını doğrudan etkilemektedir. Deri hastalıkları diğer organ hastalıklarından farklı olarak çoğu zaman yaşamı tehdit etmemesine rağmen, kişinin görünüşünü dolayısıyla; psikososyal durumunu, kişisel ilişkilerini ve günlük aktivitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (39-41).

Dermatolojik hastalıkların çoğu kronik seyirli olduğundan yaşam kalitesi dermatolojide gittikçe önemli bir konu haline gelmiştir. Son 10 yıl içinde dermatolojide yaşam kalitesi ile ilgili metodolojiye ilgi artmış ve çok sayıda genel ve hastalıklara özgü testler geliştirilmiş olup, tamamı anket formu şeklindedir (39,41,42).

Sıklıkla hekimin deri hastalıklarının şiddetiyle ilgili düşüncesi ile, hastanın yaşam kalitesindeki etkilenim paralellik göstermez. Bu yüzden klinisyenin tedavi hakkındaki görüşüne ek olarak hasta açısından tedavinin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini de ölçmek gerekir (39).

## **Kronik Ürtikerde Yaşam Kalitesi**

Kronik ürtiker ve anjioödem semptomları (kaşıntı, kabarıklıklar, şişmeler) dinlenmeyi, iş performansını, sosyal ilişkileri, kişisel bakımdan uykuya, günlük aktiviteleri geniş bir yelpazede etkiler. Atakların ne zaman gelişeceğini belirsizliği, tedavi yan etkileri, gereksiz diyet uygulamaları, eşlik eden psikiyatrik hastalıklar (depresyon, anksiyete gibi) kişinin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler (5,43,44).

Kronik ürtikerin yaşam kalitesinde neden olduğu bozulmayı, yaşam kalitesini belirgin şekilde etkilediği bilinen bazı dermatolojik hastalıklarla ve hayatı tehdit eden bazı diğer sistemik hastalıklarla kıyaslayan çalışmalar yapılmıştır. O'Donell ve arkadaşları (45) yaptıkları çalışmada, kronik ürtiker hastalarının bypass greft operasyonu bekleyen koroner arter hastalarına oranla daha fazla uyku problemi yaşadığını ve benzer oranlarda enerji kaybı,

sosyal izolasyon ve emosyonel problemler yaşadığını ve yaşam kalitesindeki bozulmanın benzer oranlarda olduğunu göstermişlerdir. Poon ve arkadaşları (46) kronik ürtikerdeki yaşam kalitesindeki bozulmanın psoriasis, akne, Behçet hastalığı, Hailey-Hailey hastalığı, vitiligo hastalarına göre daha fazla şiddetli, atopik dermatitli hastalarla benzer oranlarda bulduklarını açıklamıştır. Gürel ve arkadaşları (47) psoriasis, kronik ürtiker ve aknenin atopik dermatite göre daha fazla yaşam kalitesinde bozulmaya neden olduğunu bildirmiştir.

## **Yaşam Kalite Ölçüm Yöntemleri**

Yaşam kalitesine yönelik geliştirilmiş yöntemler 3 grupta toplanabilir (41, 48).

1. Genel sağlığa özgü testler
2. Dermatolojiye özgü testler
3. Dermatolojik hastalıklara özgü testler

### **1. Genel Sağlığa Özgü Testler**

Genel sağlık anketleri içinde en sık kullanılan "Hastalık Etki Profili" (SIP=Sickness Impact Profile) olup, psoriasis, atopik dermatit, akne, bazal hücreli karsinom için kullanılmaktadır (39,41,42). SF-36 (Short form-36) klinik pratikte ve araştırmalarda akne kullanılmıştır (41,42). Genel sağlık anketi (GSA) (GHQ=General Health Questionnaire) psikiyatrik hastalıklar ile ilgili bir ankettir ve psoriasis ve porto şarabı lekesinde kullanılmıştır (42). Nottingham Sağlık Profili (NHP=Nottingham Health Profile) medikal ve sosyal müdahalelerin genel popülasyon üzerine etkilerini araştırmak için kullanılır. Bacak ülserli hastalarda ve ürtikerde kullanılmıştır (42).

### **2. Dermatolojiye Özgü Testler**

Dermatolojide yaşam kalite indeksi (DYKİ) (DLQI=Dermatology Life Quality Index) dermatolojiye özgü testler içinde en önemli ve yaygın olarak kullanılan testtir. Kolay anlaşılır, basit, kısa, günlük rutin klinikte kullanılabilen, son 1 hafta içindeki etkilenmeyi ölçen bir testtir (40). Son zamanlarda bacak ülserleri, vitiligo, psoriasis, pemfigus, ürtiker, alopesi, atopik dermatit, Behçet

Hastalığı, Darier Hastalığı, hidradenitis süpürativa, iktiyoz hastalıklarında kullanılmıştır (41,42,48).

Deri İndeksi (SKINDEX), hasta grupları arasındaki farklılıkları kıyaslayabilen, deri hastalıkları ile değişiklikleri saptayabilen dermatolojiye özgü bir testtir (39,49). Dermatolojide yaşam kalitesi anketi (VQ-Dermato) farklı kültürel ortamlarda kullanılabilmeyi amaçlayan, ikinci yarısında klinisyenin kendi görüşlerinin de değerlendirildiği bir testtir (50). Dermatoloji Spesifik Yaşam Kalitesi (DSYK) (DSQL=Dermatology Specific Quality Of Life) akne ve kontakt dermatitte kullanılan günlük pratik bir testtir (51).

### **3. Dermatolojik Hastalıklara Özgü Testler**

Şimdiye kadar psoriasis, atopik dermatit, ekzema, akne, androjenetik alopesi için hastalığa özgü anketler geliştirilmiş olup kronik ürtikerde hastalığa özgü geliştirilmiş tek anket CU-Q2oL' dir (39).

Kronik ürtikerde de yaşam kalitesini ölçmek için genel sağlık, dermatoloji özgü ve hastalık özgü anketler kullanılmıştır (Tablo 5). Genel anketler ürtiker ile diğer hastalıkları karşılaştırmaya olanak sağlarken, yaşam kalitesindeki değişimleri ölçmede hassas değildirler. Dermatolojiye özgü anketler farklı dermatolojik hastalıkları karşılaştırmaya imkan verir fakat sadece ürtikere özgü anket olan CU-Q2oL (kronik ürtiker yaşam kalite anketi) kadar değişimleri saptamada hassas değildir (29, 31, 43). CU-Q2oL ürtikere özgü geliştirilmiş, kronik ürtikerde kullanımı üzerine geniş bir görüşbirliği bulunan, Türkçe validasyonu yayınlanmış, iyi tanımlanmış bir ankettir (EK-2) (3, 52, 53). Kronik ürtikere anjioödem eşlik eden hastalarda kullanılmak üzere AE-Q2oL (anjioödem yaşam kalite anketi) geliştirilmiş ve geçerliliği gösterilmiştir. (EK-3) (54).

CU-Q2oL İspanya'dan Baiardini ve ark.'ları (52) tarafından 2005 yılında kronik ürtikere spesifik bir anket olarak tasarlanmıştır. Bu ölçek bir çok dilde ve ülkede kullanılabilir olması, yaşam kalitesini değerlendirmede pratik, hassas ve güvenilir bir test olarak kabul görmüş olması ve ürtikere spesifik tek anket olması nedeniyle Zuberbier ve ark.'ları (3) tarafından kronik ürtiker tedavi planı ve takibinde kriter olarak önerilmiştir. Biz de bu nedenle kronik

ürtikerli hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek için bu ölçeği kullanmayı uygun gördük.

AE-Q2oL geçerliliğini almış tek anjioödem spesifik anket olup, Weller ve ark.'ları tarafından geliştirilmiştir. Biz de çalışmamızda bu anketi kullandık.(54)

CU-Q2oL anketi, toplamda 23 sorudan oluşan; kaşıntı, şişmeler, günlük aktiviteler, uyku problemleri, kısıtlamalar, dış görünüm gibi 6 temel başlık altında tasarlanmış bir ankettir. Cevapların beş aşamalı Likert tip skalada (1:hiç, 2:az, 3:orta, 4:çok, 5:aşırı derecede) skorlanması istenir (52).

AE-Q2oL anketi toplamda 17 sorudan oluşan; fonksiyonlar, yorgunluk/mod, endişeler/utançlar, gıda gibi 4 temel başlık altında tasarlanmış bir ankettir. Cevapların beş aşamalı Likert tip skalada (1:hiçbir zaman, 2:nadiren, 3:ara sıra, 4:sık sık, 5:çok sık) skorlanması istenir (54).

**Tablo-5:** Kronik spontan ürtikerde kullanılan yaşam kalite anketleri

| Kategori                    | Anket                                       |
|-----------------------------|---|
| <b>Genel</b>                | Medikal sonuçlar çalışması (MOS) SF-36      |
|                             | Nottingham sağlık profili (NHP)             |
|                             | Dünya sağlık organizasyonu QOL(WHOQOL-BREF) |
| <b>Dermatoloji spesifik</b> | Dermatolojik yaşam kalite indeksi (DLQI)    |
|                             | Skindex-29                                  |
|                             | VQ Dermato                                  |
| <b>Hastalık spesifik</b>    | Kronik ürtiker yaşam kalite anketi(CU-Q2oL) |

Bilimsel araştırmalar, hasta değerlendirme, klinik denetleme, sağlık ekonomisi ile ilgili harcamaların değerlendirilmesi gibi pek çok konuda da veri sağlayan hastanın gözüyle yaşam kalite değerlendirmesi ile ilgili çalışmalar ülkemizde de yaygınlaşmaktadır. Çalışmamızda yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri bilinen kronik ürtikerde UAS7 ve AAS7 ile belirlenen hastalık şiddetinin yaşam kalitesi üzerine etkilerini CU-Q2oL, AE-Q2oL anketlerini kullanarak araştırmayı amaçladık.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma prospektif bir anket çalışması olarak tasarlanmış olup Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 30.06.2015 tarihli ve 2015-13/15 no'lu karar ile onaylanmıştır. Çalışma Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi esaslarına uyularak yapılmıştır.

### Hasta Grubunun Tanımlanması

Çalışmaya Temmuz 2015 - Haziran 2016 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı allerji polikliniğine başvuran 50 kronik ürtiker ve/veya anjioödem hastası alındı. 18-85 yaş aralığı dışında olan, okuma-yazma bilmeyen, günlük tutamayacak olan, hastalığı 6 haftadan daha kısa süren, intermittan ürtikeri olan hastalar dışlandı.

Hastaların ayrıntılı öyküleri alınarak dermatolojik muayeneleri yapıldı. Yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim düzeyi, ürtikere anjioödem eşlik edip etmemesi, hastalık süresi, eşlik eden hastalıklar ve enfeksiyonlar, kullandığı ilaçlar, aldıkları tedaviler kaydedildi. Hastaların dosyalarından daha önce bakılmış olan OSDT, Total IgE ve C1 esteraz seviyeleri sonuçları taranarak kaydedildi.

Hastalığın şiddetini değerlendirmek amacı ile sadece ürtikeri olan hastalarda UAS7 skoru, ürtiker ve anjioödemi olan hastalarda UAS7 ve AAS7 skorları kullanıldı. Hastalık şiddet skorları ilaç kullanmadan önce ve 3 ay ilaç kullandıktan sonra olmak üzere iki kez oluşturuldu. Yaşam kalitesini değerlendirmek amacı ile sadece ürtikeri olan hastalar tarafından CU-Q2oL ürtiker ve anjioödemi olan hastalar tarafından CU-Q2oL ve AE-Q2oL anketleri dolduruldu.

## İstatistik Yöntemi

Verilerin analizi SPSS 21.0 İstatistik paket programı ile gerçekleştirilmiştir. Sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler normal dağılıma uygunluk gösterenlerde ortalama ve standart sapma, normal dağılıma uygunluk göstermeyenlerde ise medyan, minimum ve maksimum değerler ile birlikte raporlanmıştır. Kategorik değişkenler için tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde değerler olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Shapiro Wilk testiyle incelenmiştir. Normal dağılan bağımsız gruplar için Bağımsız İki Örneklem t-testi, normal dağılmayan bağımsız gruplar için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Normal dağılan bağımlı gruplar için Eşleştirilmiş t-testi, normal dağılmayan bağımlı gruplar için ise Wilcoxon İşaret Sıra Testi uygulanmıştır. Değişkenler arası ilişkiler normal dağılım gözlenen değişkenler için Pearson korelasyon katsayısı, normal dağılım gözlenmeyen değişkenler için Spearman korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Normal dağılmayan değişkenler için ikiden fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Zamana bağlı ölçümlerin bağımsız gruplar arasında karşılaştırılması yüzde değişim değerleri (son değer-ilk değer)/ilk değer ve fark skorları (son değer-ilk değer) hesaplanarak yapılmıştır. Yapılan analizlerde anlamlılık düzeyi  $p=0,05$  olarak belirlenmiştir.



## BULGULAR

Çalışmaya katılan 50 hastanın 34'ü kadın, 16'sı erkek olup kadın/erkek oranı 2.12 idi. Olguların yaşları 21-72 arasında değişmekteydi (ort.  $39.84 \pm 14.03$ ). Hastalık süresi 0.25-20 yıl arasında (ort.  $1.80 \pm 0.80$  yıl) değişen hastalar, hastalık süresine göre 6 hafta-1 yıl arası, 1-5 yıl arası ve 5 yıldan uzun süreli olacak şekilde gruplandırıldı.

Onsekizi sadece ürtiker, 32'si ürtiker ve anjioödem olan hastaların klinik ve demografik özellikleri Tablo 6'da sunulmaktadır. Hastaların 28'ine OSDT testi daha önce uygulanmıştı. Bunlardan 23'ü pozitif, 5'i negatifti. Hastaların 39'u (%78) antihistamin, 11'i (%22) omalizumab kullanıyordu. Total IgE düzeyi 35 hastada bakılmıştı. 22'si yüksek, 13'ü normaldi. Hastaların 8'inde (%16) kardiyovasküler hastalık ve hipertansiyon, 6'sında (%12) otoimmün hastalık, 2'sinde (%4) psikiyatrik hastalık, 4'ünde (%8) diğer hastalıklar saptandı. Hastaların 8'i (%16) antihipertansif, 10'u (%20) NSAİİ, 2'si (%4) antidepresan, 2'si (%4) insülin, 2'si (%4) tiroksin kullanıyordu.

**Tablo-6:** Kronik ürtiker ve/veya anjioödemli hastaların demografik ve klinik bulguları

| Değişkenler   | Hastalar =n (%)                              |
|---|--|
| Cinsiyet<br>Erkek/Kadın   | 34/16 (68/32)                                |
| Medeni hal<br>Evli/Bekar  | 38/12 (76/24)                                |
| Eğitim düzeyi<br>İlköğretim/Lise/Üniversite   | 17/20/13 (34/40/26)                          |
| Anjioödem varlığı<br>Sadece ürtiker<br>Ürtiker ve anjioödem   | 18 (36)<br>32 (64)                           |
| Total IgE<br>Yüksek/Normal  | 22/13 (44/76)                                |
| OSDT<br>Pozitif/Negatif   | 23/5 (46/10)                                 |
| Aldığı tedavi<br>Antihistaminik<br>Omalizumab   | 39 (78)<br>11 (22)                           |
| Hastalık süresi<br>6 hafta-1 yıl<br>1-5 yıl<br>>5 yıl   | 22 (44)<br>16 (32)<br>12 (24)                |
| Kullandığı ilaçlar<br>Antihipertansif<br>NSAİİ<br>İnsülin<br>Antidepresan<br>Tiroksin sodyum                      | 8 (16)<br>10 (20)<br>2 (4)<br>2 (4)<br>2 (4) |
| Eşlik eden hastalıklar<br>Kardiyovasküler hastalıklar<br>Otoimmün hastalıklar<br>Psikiyatrik hastalıklar<br>Diğer | 8 (16)<br>6 (12)<br>2 (4)<br>4 (8)           |

OSDT: Otolog serum deri testi

CU-Q2oL anketinde yer alan 23 soru Türkçe validasyon çalışması sonuçlarına uygun olarak 7 alt başlıkta gruplandırıldı. Uyku ve mental durum skalasına 11, 12, 13, 14, 15, 16. sorular, günlük aktiviteler skalasına 5, 6, 7, 8. sorular, utanma skalasına 18 ve 19. sorular, kaşıntı/sosyal ilişkiler skalasına 1, 2, 9. sorular, şişme skalasına 3 ve 4. sorular, yeme/spor skalasına 10, 17, 22, 23. sorular, kısıtlamalar/dış görünüm skalasına 20 ve 21. sorular dahil edildi.

UAS7 ile CU-Q2oL total skoru arasında korelasyon saptanırken, AAS7 ile AE-Q2oL total skoru arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Kronik ürtiker yaşam kalite anketi alt başlıklarından en fazla uyku ve mental durumun, en az ise şişliklerin etkilendiği saptandı. Anjioödem yaşam kalite anket alt başlıklarından en fazla utançlar/korkuların, en az fonksiyonelliğin etkilendiği saptandı (Tablo 7a ve 7b).

**Tablo-7a:** Kronik ürtikerli hastaların yaşam kalite anket skorları

| CU-Q2oL alt başlıkları   | Minimum | Maksimum | Median      |
|--------------------------|---------|----------|-------------|
| Uyku ve mental durum     | 1.00    | 5.00     | <b>2.39</b> |
| Günlük aktiviteler       | 1.00    | 5.00     | 1.93        |
| Utanma                   | 1.00    | 5.00     | 1.83        |
| Kaşıntı/sosyal ilişkiler | 1.00    | 4.67     | 2.25        |
| Şişme                    | 1.00    | 4.00     | 1.40        |
| Yeme/spor                | 1.00    | 4.50     | 1.66        |
| Kısıtlamalar/dış görünüm | 1.00    | 5.00     | 1.77        |

**Tablo-7b:** Anjioödemli hastaların yaşam kalite anket skorları

| AE-Q2oL alt başlıkları | Minimum | Maksimum | Median      |
|------------------------|---------|----------|-------------|
| Fonksiyonellik         | 1.00    | 3.75     | 1.85        |
| Yorgunluk/ruh hali     | 1.00    | 4.60     | 2.23        |
| Utançlar/korkular      | 1.00    | 5.00     | <b>2.44</b> |
| Beslenme               | 1.00    | 5.00     | 1.85        |

Cinsiyet ile UAS7, CU-Q2oL total skoru ve AE-Q2oL total skoru arasında anlamlı ilişki saptanmazken; AAS7, CU-Q2oL alt başlıklarından kısıtlamalar/dış görünüm, AE-Q2oL alt başlıklarından yorgunluk/ruh hali, utançlar/korkular ve fonksiyonellik arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Belirtilen başlıkların hepsinde kadınlarda erkeklere göre daha fazla etkilenme görüldü (Tablo-8 ).(AAS7 için p değeri: 0.022<0.05)

**Tablo-8:** Cinsiyete göre yaşam kalite skorlarının anlamlılık değerleri

| CU-Q2oL alt başlıkları   | P değeri     | AE-Q2oL alt başlıkları | P değeri     |
|--------------------------|--------------|------------------------|--------------|
| Uyku ve mental durum     | 0.209        | Fonksiyonellik         | <b>0.004</b> |
| Günlük aktiviteler       | 0.331        | Beslenme               | 0.084        |
| Utanma                   | 0.308        | Yorgunluk/ruh hali     | <b>0.034</b> |
| Kaşıntı/sosyal ilişkiler | 0.174        | Utançlar/korkular      | <b>0.036</b> |
| Şişme                    | 0.113        |                        |              |
| Yeme/spor                | 0.890        |                        |              |
| Dış görünüm/kısıtlamalar | <b>0.003</b> |                        |              |

Hastalık süresi ile AAS7, CU-Q2oL ve AE-Q2oL total skorları ve alt başlıkları arasında anlamlı ilişki bulunmadı. UAS7 skoru ile anlamlı ilişki saptandı, 6 hafta-1 yıl arası hastalık süresine sahip olanların UAS7 skorları diğer iki gruba göre daha yüksek bulundu (Tablo-9 ve 10).

**Tablo-9:** Hastalık süresine göre yaşam kalite skorlarının anlamlılık değerleri

| CU-Q2oL alt başlıkları   | P değeri | AE-Q2oL alt başlıkları | P değeri |
|--------------------------|----------|------------------------|----------|
| Uyku ve mental durum     | 0.804    | Fonksiyonellik         | 0.183    |
| Günlük aktiviteler       | 0.647    | Beslenme               | 0.973    |
| Utanma                   | 0.292    | Yorgunluk/ruh hali     | 0.520    |
| Kaşıntı/sosyal ilişkiler | 0.713    | Utançlar/korkular      | 0.250    |
| Şişme                    | 0.163    |                        |          |
| Yeme/spor                | 0.251    |                        |          |
| Dış görünüm/kısıtlamalar | 0.624    |                        |          |

**Tablo-10:** Hastalık süresine göre UAS7 skoru

| Hastalık süresi | Skor ortalaması  | P değeri     |
|-----------------|------------------|--------------|
| 6 hafta-1 yıl   | 19 (4-34.5)      | <b>0.001</b> |
| 1 yıl-5 yıl     | 5.5 (1-25.5)     |              |
| >5 yıl          | 17.25 (4.5-29.5) |              |

Değerler median (minimum-maksimum) olarak verilmiştir.

Medeni hal ile UAS7, AAS7, CU-Q2oL total skorları ve alt başlıkları arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Medeni hal ile AE-Q2oL alt başlıklarından yorgunluk/ruh hali arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Evlilerde bekarlara göre anjioödemde yaşam kalite anketindeki yorgunluk/ruh hali başlığının daha çok etkilendiği görüldü (Tablo-11 ve 12).

**Tablo-11:** Hastaların medeni haline göre yaşam kalite skorları

| CU-Q2oL alt başlıkları   | P değeri | AE-Q2oL alt başlıkları | P değeri     |
|--------------------------|----------|------------------------|--------------|
| Uyku ve mental durum     | 0.064    | Fonksiyonellik         | 0.796        |
| Günlük aktiviteler       | 0.640    | Beslenme               | 0.356        |
| Utanma                   | 0.148    | Yorgunluk/ruh hali     | <b>0.038</b> |
| Kaşıntı/sosyal ilişkiler | 0.265    | Utançlar/korkular      | 0.098        |
| Şişme                    | 0.266    | UAS skor ortalaması    | 0.497        |
| Yeme/spor                | 0.923    | AAS skor ortalaması    | 0.655        |
| Dış görünüm/kısıtlamalar | 0.218    |                        |              |

**Tablo-12:** Medeni hal durumuna göre yorgunluk/ruh hali skorları

| Medeni hal | Yorgunluk/ruh hali skoru | P değeri     |
|------------|--------------------------|--------------|
| Evli       | 7 (0-18)                 | <b>0.038</b> |
| Bekar      | 3.5 (0-4)                |              |

Değerler median (minimum-maksimum) olarak verilmiştir.

Yaş, eğitim düzeyi, OSDT pozitifliği, anjioödem eşlik etmesi parametreleri ile UAS7, AAS7, CU-Q2oL ve AE-Q2oL total skorları ve alt başlıkları arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

3 ay ilaç kullanımı sonrası UAS7 ve AAS7 skorlarındaki iyileşme oranları antihistaminik alan grupta ve omalizumab kullanan grupta benzer bulundu.

Antihistamin kullanımı ile UAS7 skoru %47 azalırken, omalizumab kullanımı ile %37 azaldı, İki tedavi arasında anlamlı fark bulunmadı ( $p=0,356$ ).

Antihistamin kullanımı ile AAS7 skoru %57 azalırken, omalizumab kullanımı ile %49 azaldı, İki tedavi arasında anlamlı fark bulunmadı ( $p=0,830$ ).

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Kronik ürtikerde hastalık şiddetini değerlendirmek ve kronik ürtikerin yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırma amaçlı çok sayıda çalışma mevcuttur. Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda çok çeşitli hastalık şiddet ölçekleri ve yaşam kalite anketleri kullanıldığı için klinik ve epidemiyolojik çalışmaların sonuçlarını karşılaştırmak zordur.

Kronik ürtikerde yaşam kalitesi üzerine yapılan çalışmalar ile kişinin günlük hayatında hangi alanlarda daha fazla etkilendiği saptanmaya çalışılmıştır. CU-Q2oL ile ilgili farklı ülkelerden validasyon çalışmaları yapılmış olup, bu çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer şekilde hastaların demografik özellikleri ve hastalık şiddetinin CU-Q2oL anketi alt başlıkları üzerine etkileri karşılaştırmalı olarak verilmiştir (Tablo 13).

CU-Q2oL orijinal İtalyan versiyonunda CU-Q2oL anketi kaşıntı, şişme, günlük aktiviteler, uyku problemleri, dış görünüş ve kısıtlanmalar olmak üzere 6 altı başlıktan oluşmaktadır (52).

Mlynek ve ark. (55) tarafından Almanya'dan yapılan validasyon çalışmasında CU-Q2oL anketini fonksiyonellik, uyku problemleri, utanma/kaşıntı, mental durum, şişmeler/yeme, kısıtlanmalar/dış görünüş olarak 6 farklı alt grup şeklinde Alman diline çevirmişlerdir.

Yunanistan'dan Koti ve ark. (56) CU-Q2oL anketini semptomlar, fonksiyonellik, uyku problemleri, utanma, yeme/kısıtlanmalar, mental durum 6 alt başlığı şeklinde Yunan diline uyarlamışlardır. Kore'den Ye ve ark. (57) CU-Q2oL anketinde yer alan 23 sorunun 17'sini emosyonel stres, damgalanma, ürtiker semptomları, besinler ve çevresel stres şeklinde 4 başlık altında kullandıkları bir CU-Q2oL anketi ile beraber hastalığı etkileyen bazı faktörlerle (otoantikörler, UAS skoru gibi) birlikte yaşam kalitesini elektronik ortamda değerlendiren bir sistem geliştirmişlerdir.

Polonya'dan Brzoza ve ark. (58) tarafından yapılan validasyon çalışmasında 23 soru kaşıntı, şişme/mental durum, fonksiyonellik, uyku, yeme/kısıtlanmalar, utanma şeklinde 6 alt başlık altında sınıflandırılmıştır.

Singapur'dan Heng ve ark. (59) 18 sorudan oluşan pratik problemler, aktiviteler, ruh hali şeklinde 3 başlıktan oluşan bir CU-Q2oL anketi tanımlamışlardır.

İran'dan Movahedi ve ark. (60) 23 sorudan oluşan fonksiyonellik/mental durum, uyku/yeme/utanma, kaşıntı/mental durum, kısıtlamalar/fonksiyonellik, dış görünüş/utanma ve dış görünüş/ilaçlar 6 alt başlığı olan CU-Q2oL İran versiyonunu geliştirmişlerdir. İspanya'dan Valero ve ark. (61) orijinal İtalyan versiyonda olduğu gibi kaşıntı, şişme, günlük aktiviteler, uyku problemleri, dış görünüş ve kısıtlanmalar şeklinde 6 alt başlık kullanılmıştır.

Yun ve ark. (62) Avusturyalı ve Sri-Lanka'lı hastaları dahil ettikleri çalışmalarında aktiviteler, pratik problemler, ruh hali şeklinde 3 alt başlıktan oluşan 15 soruluk modifiye CU-Q2oL anketi kullanmışlardır. Brezilya-Portekiz'den Dias ve ark. (63) 23 soruyu uyku/mental durum/yeme kaşıntı/günlük aktiviteler, şişmeler/kısıtlanmalar/dış görünüş şeklinde 3 grupta sınıflamışlardır.

Kocatürk ve ark. (53) tarafından yapılan Türkçe validasyon çalışmasında da 23 soru, uyku/mental durum, günlük aktiviteler, utanma, kaşıntı/sosyal ilişkiler, şişme, yeme/spor, kısıtlamalar/dış görünüm şeklinde 7 alt başlık altında sınıflandırılmıştır. Biz de çalışmamızda CU-Q2oL anketinin Türkçe diline uyarlanmış halini kullandık. Çalışmamızın sonuçlarını literatürdeki tüm bu alt grup sonuçları ile birlikte değerlendirdik.

Çalışmamızda Kocatürk ve ark. (53), Mlynek ve ark. (55) ve Heng ve ark.'nın (59) çalışmalarına benzer şekilde en fazla etkilenen alt grup uyku olarak bulundu. Kocatürk ve ark., Mlynek ve ark. (55), Brzoza ve ark.(58), Valero ve ark. (61) ve Yun ve ark. (62) kaşıntıyı da en fazla etkilenen alt grup şeklinde bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda kaşıntı, uyku ve mental durumdan sonra en fazla etkilenen ikinci alt grup olarak saptandı.

Çalışmamızda uyku ile beraber en fazla etkilenen alt başlık olarak saptadığımız mental durum Koti ve ark.'nın (56) çalışmasında da en fazla etkilenen alt grup olarak bildirilmektedir.



Metz ve ark. (64) da bu verilere benzer şekilde 660 hastada CU-Q2OL ile rupaadinin etkinliğini araştırdıkları bir çalışmada kronik ürtikerden en fazla uyku, kaşıntı/utanma ve mental durumun etkilendiği bildirilmiştir.

Ye ve ark. (57) Kore toplumunun kronik ürtikere bağlı yaşam kalitesindeki bozulmanın en fazla emosyonel stresin ve sosyal fonksiyonlar alanlarında olduğunu bildirdiler. Sosyal fonksiyonlardaki etkilenmenin sadece ürtiker semptomlarına bağlı değil, semptomların ne zaman gelişeceğinin belirsizliği ile de ilişkili olduğunu belirtilmiştir. Emosyonel stresin, psikiyatrik komorbiditelerden bağımsız olarak arttığını belirtilmiştir.

Kaşıntı ve kabarıklıkların gelişmesi Alman toplumunda en fazla toplum içinde utanmaya neden olurken, İnan toplumunda bu iki fiziksel semptomun daha depresif hissetmelerine neden olduğu bildirilmiştir (55,60). Biz alışmamızda kaşıntı ile diğer yaşam kalite alt başlıkları arasında anlamlı ilişki saptamadık.

Skindex 29 anket bazlı bir çalışmada eř zamanlı psikiyatrik bozukluğu (anksiyete, depresyon ve somatizasyon bozukluğu) olan kronik ürtikerli hastalarda düşük yaşam kalite skorları görülmüştür (44). Çalışmamızda psikiyatrik komorbiditeleri analiz etmedik fakat mental durumun en fazla etkilenen alt grup olarak saptanması nedeni ile hastalığın oluşturduğu emosyonel stresin ve kaşıntının kronik ürtiker hastalarında uyku problemlerine yol açtığını düşündük.

Çalışmamızda Kocatürk ve ark. (53), Mlynek ve ark. (55), Valero ve ark.'nın (61) sonuçlarına benzer şekilde şişmeler alt grubunun en az etkilendiği saptandı. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Mlynek ve ark. (55), Brzoza ve ark. (58) ve Valero ve ark. (61) kısıtlanmalar başlığının en az etkilendiğini bildirmektedirler. Heng ve ark. (59) ise ilaç yan etkilerine bağlı etkilenmenin en az olduğunu bildirmişlerdir ve günde tek doz ilaç kullanımı ile daha fazla doz kullanılması arasında yaşam kalitesine etki açısından fark bulunmadığını belirtmişlerdir. Yun ve ark. (62) da benzer şekilde kronik ürtikerli hastalarda en az etkilenmenin ilaç yan etkilerine bağlı olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda ilaç kullanımı ile ilgili verileri retrospektif olarak

değerlendirip anket çalışmasına dahil etmediğimiz için ilaç kullanımını sonrası yaşam kalite skorlarındaki iyileşmeyi değerlendiremedik.

Brzoza ve ark. (58) yeme/kısıtlamalar başlığının en az etkilendiğini bildirmişlerdir. Kronik ürtikerli hastalarda kıyafet seçimi ve gıda ile ilgili kısıtlanmanın her zaman olmadığını, erkeklerin ve yaşlıların kozmetik kullanmamasının kısıtlanmalar başlığının az etkilenmiş olması ile ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir.

**Tablo-13:** Kronik ürtikerde CU-Q2oL anket çalışmaları (53,55-59,61)

| CU-Q2oL kullanan çalışmalar,<br>Alt başlıklar, hasta sayısı (n) | En fazla etkilenen alt başlık           | En az etkilenen alt başlık                  |
|---|---|---|
| Çalışmamız<br>7 alt başlık, n=50                                | Uyku ve mental durum                    | Şişmeler                                    |
| Kocatürk ve ark. (Türkiye), 2012<br>7 alt başlık, n=140         | Kaşıntı/uyku                            | Şişmeler                                    |
| Mlynek ve ark. (Almanya), 2009<br>6 alt başlık, n=157           | Kaşıntı/utanma, mental<br>durum ve uyku | Şişmeler/yeme, dış<br>görünüş/kısıtlanmalar |
| Koti ve ark. (Yunanistan), 2013<br>6 alt başlık, n=110          | Mental durum ve<br>semptomlar           | Fonksiyonellik                              |
| Brozoza ve ark. (Polonya, 2011<br>6 alt başlık, n=126           | Kaşıntı/utanma                          | Yeme/kısıtlanmalar                          |
| Heng ve ark. (Singapur), 2015<br>3 alt başlık, n=103            | Uyku problemleri                        | İlaçlar                                     |
| Ye ve ark. (Kore), 2012<br>4 alt başlık, n=249                  | Emosyonel stres                         | *   |
| Valero ve ark. (İspanya), 2008<br>6 alt başlık, n=695           | Kaşıntı                                 | Şişmeler, kısıtlanmalar ve<br>dış görünüm   |

\*Çalışmada belirtilmemiştir.

Movahedi ve ark. (60), Ye ve ark. (57), Mlynek ve ark. (55) UAS7 skoru ile CU-Q2OL total skoru arasında anlamlı korelasyon bulduklarını açıklamışlardır. Biz de çalışmamızda literatüre benzer şekilde hastalık şiddeti ile yaşam kalitesindeki etkilenme arasında korelasyon saptadık. Farklı olarak Koti ve ark. (56) ve Dias ve ark. (63) UAS7 skoru ile CU-Q2oL total skoru arasında zayıf bir korelasyon bulmuşlardır. Kronik ürtikerli bazı hastalarda

hastalık şiddetli olmasa bile yaşam kalitesindeki etkilenmenin fazla olabileceğini ve hastalık şiddetinden farklı psikolojik hastalıkların eşlik etmesi gibi başka faktörlerin de yaşam kalitesini etkileyebileceğini bildirmişlerdir.

Mlynek ve ark. (55) yaşlılarda uyku ve şişme/yeme alt başlıklarının, gençlerde ise fonksiyonellik ve kaşıntı/utanma alt başlıklarının daha fazla etkilendiğini bildirmişlerdir. Kocatürk ve ark. (53) yaşlılarda benzer şekilde kaşıntının gençlere göre daha fazla etkilendiğini bulmuşlardır. Heng ve ark. (59) ve Yun ve ark. (62) 40 yaş üstünde gece uyku sorunlarının daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Yun ve ark. (62) ilaç kullanımına bağlı etkilenmenin 40 yaş üstü hastalarda daha fazla olduğunu saptamışlardır. Dias ve ark. (63), Movahedi ve ark. (60) ve Valero ve ark. (61) bizim çalışmamıza benzer şekilde yaş ile yaşam kalitesindeki etkilenme arasında anlamlı bir ilişki bulmadıklarını bildirmişlerdir.

Mlynek ve ark. (55) kadınlarda kaşıntı/utanma ve kısıtlanmalar/dış görünüş başlıklarındaki etkilenmenin erkeklere göre daha fazla olduğunu, Kocatürk ve ark. (53) ve Yun ve ark. (62) ise kadınlarda uyku problemlerinin erkeklere göre daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Heng ve ark. (59) kadınlarda erkeklere göre daha fazla uyku problemleri, utanma ve halka açık alanlara çıkmada kısıtlanma, ruh halinde değişiklikler ve giyinme konusunda kısıtlanmalar yaşadıklarını bildirmişlerdir. Koti ve ark.'ları (56) kadınlarda mental durumun daha fazla etkilendiğini saptamışlardır. Movahedi ve ark. (60) ile Dias ve ark. (63) cinsiyeti yaşam kalitesi üzerine etkili bulmadıklarını açıklamışlardır.

Bizim çalışmamızda literatüre benzer şekilde kronik ürtikerden etkilenme kadınlarda erkeklere göre daha fazla bulundu. Mlynek ve ark.'nın (55) çalışmasına benzer şekilde kadınlarda dış görünüm/kısıtlamalar alt başlığının daha fazla etkilendiğini saptadık. Silvaes ve ark. (65) DYKİ ile yaptıkları başka bir çalışmada kadınların kıyafet seçimi, iş hayatı ve tedavi konularında daha fazla zorluk yaşadıklarını ortaya koymuştur.

Mlynek ve ark. (55) kadınların erkeklerden daha fazla etkilenmesi ile ilişkili olabilecek 3 görüş öne sürmüşlerdir. Kadınlarda hastalığın daha farklı etyolojiye ve patogeneze sahip olması ve bunun sonucunda daha şiddetli

ataklar yaşıyor olmaları veya kadınların kronik ürtikere bağlı meydana gelen rahatsızlığı daha şiddetli algılıyor olması veya hastalığın kadınlarda erkeklere göre daha hassas anatomik bölgelerde kendini gösteriyor olması şeklinde yorumlamışlardır (66,67). Biz de bunlara ek olarak Türk toplum yapısı ile ilgili olarak kadın cinsiyetin kronik ürtikerden daha fazla etkilendiğini düşünmekteyiz.

Literatürde hastalık süresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olmadığına dair çok sayıda çalışma mevcuttur (53,55,58). Biz de çalışmamızda hastalık süresinin yaşam kalitesi üzerine etkisini saptamadık. Bizim çalışmamızda 6 hafta-1 yıl arasında hastalık süresine sahip olanlarda, daha uzun hastalık süresine sahip olanlara göre hastalık daha şiddetliydi, fakat yaşam kalitesindeki bozulmalar arasında anlamlı farklılık bulunmadı.

Hastalık süresinin yaşam kalitesine etkisi ile ilgili Yun ve ark. (62) tarafından yapılan çalışmada hastalık süresi 1 yıldan uzun olanlarda kaşıntı ve uyku sorunlarının daha fazla olduğu belirtilmiştir. Kaşıntı gibi rahatsızlık verici semptomlara hastaların bir süre sonra alışıp kabullenemediğini, hastalık süresi arttıkça semptomlara bağlı yorgunlukta artış meydana geleceğini belirtmişlerdir. Silvaes ve ark. (65) utanma ve iş hayatındaki etkilenmenin hastalık süresi uzadıkça arttığını bildirmişlerdir.

Çalışmamızda anjioödem eşlik etmesini yaşam kalitesi üzerine etkili bulmadık. Kocatürk ve ark. (53) anjioödem eşlik etmesinin şişmeler ve kısıtlanmalar başlıklarını etkilediğini belirtmişlerdir. Movahedi ve ark. (60) ile Ye ve ark. (57) anjioödem eşlik etmesini düşük yaşam kalitesi ile ilişkili bulduklarını açıklamışlardır. Movahedi ve ark. (60) anjioödem eşlik etmesinin hastalarda toplum içinde utanma ve uyku sorunlarında artışa neden olduğunu bildirmişlerdir. Silvaes ve ark. (65) 100 hastada DYKİ kullanarak yaptıkları çalışmada anjioödem eşlik etmesinin kötü yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir.

Literatürde OSDT pozitifliğinin yaşam kalitesi üzerine etkisini inceleyen çok sayıda çalışmaya rastlamadık. Kocatürk ve ark. (53) OSDT pozitifliğini yaşam kalitesi üzerine etkili bulmadıklarını açıklamışlardır. Biz de benzer şekilde anlamlı ilişki saptamadık.

AE-Q2oL yeni geliştirilmiş bir anket olduğu için literatürde henüz bu anketle ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. Weller ve ark.'nın (54) 110 hasta üzerinde AE-QoL anketini tasarladıkları çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde anjioödem bağlı etkilenmenin en fazla utançlar/korkular ve en az fonksiyonellik ve yeme olduğu saptanmıştır.

Bizim çalışmamızda AE-Q2oL yaşam kalite anketi alt başlıklarından yorgunluk/ruh hali, utançlar/korkular ve fonksiyonellik alt başlıkları kadınlarda erkeklere göre daha fazla etkilenmiştir. Weller ve ark. (54) uyku/ruh hali alt başlıklarının kadınlarda daha fazla etkilendiğini bildirmiştir. Weller ve ark. (54) kadınlarda ve diğer hastalık şiddeti fazla olan hastalarda yaşam kalitesindeki etkilenmeyi daha fazla bulmuşlardır. Biz çalışmamızda kadın cinsiyette hastalığın daha şiddetli olduğunu saptadık fakat hastalık şiddeti ile yaşam kalitesindeki etkilenme arasında anlamlı korelasyon saptamadık. Yorgunluk/ruh hali evlilerde bekarlara göre daha fazla etkilenirken Weller ve ark. (54) medeni hal ve yaşın yaşam kalitesi üzerine etkisini saptamadıklarını belirtmişlerdir. Diğer parametrelerde anlamlı farklılık saptamadık.

Çalışmamızda eğitim seviyesi ile kronik ürtiker ve anjioödem yaşam kalite skorlarının hiçbir başlığı arasında anlamlı ilişki saptamadık. Literatür incelendiğinde CU-Q2oL ve AE-Q2oL kullanan çalışmalarda eğitim seviyesinin yaşam kalitesi üzerinde etkisini inceleyen çalışmaya rastlamadık. Silvaes ve ark. (65) DYKİ ile yaptıkları çalışmada eğitim seviyesi daha yüksek olan hastaların sosyal hayatlarında daha fazla utandıklarını ve spor faaliyetlerinden daha fazla etkilendiğini bildirmişlerdir.

Sonuç olarak, uyku ve mental durum kronik ürtikerde kaşıntıdan sonra en fazla etkilenen iki alt grup olarak bildirilmiştir. Literatürde kronik ürtikerin psikolojik problemlerle ve uyku sorunları ile sık birlikteliği ile ilgili çok sayıda çalışma mevcuttur. Kronik ürtikerli hastaları değerlendirmede ve tedaviyi belirlemede özellikle kadın hastalar başta olmak üzere tüm hastalarda anksiyete, depresyon gibi psikolojik problemlerin ve hastanın uyku durumunun sorgulanmasının gerekli olduğunu düşünüyoruz. Hastalık şiddetini değerlendirmede yaşam kalitesindeki etkilenmenin de ölçülmesinin önemli olduğunu düşünüyoruz.

## KAYNAKLAR

1. Grattan CE, Black AB. Urticaria and angioedema. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP (eds). *Dermatology*. 1st edition. Mosby, 2003;261-76.
2. Powell RJ, Leech SC, Till S, et al. BSACI Guideline for the management of chronic urticaria and angioedema. *Clinical Experimental Allergy*, 2015;45:547-65.
3. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, et al. The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria; the 2013 revision and update. *Allergy* 2014;69:868-87.
4. Zuberbier T, Maurer M. Urticaria: Current Opinions about Etiology, Diagnosis and Therapy. *Acta Derm Venereol* 2007;87:196-205.
5. Maurer M, Weller K, Brindslev-Jensen C, et al. Unmet clinical needs in chronic spontaneous urticaria. A GA2LEN task force report. *Allergy* 2011;66:317-30.
6. Jain S. Pathogenesis of chronic urticaria: an overview. *Dermatology Research and Practice* 2014;674-709.
7. Kaplan AP, Greaves M. Pathogenesis of chronic urticaria. *Clinical Experimental Allergy* 2009;39:777-87.
8. Black AK. The pathogenesis of urticaria. *Keio J Med* 1997;46(1):37-9.
9. Kaplan AP. Chronic urticaria: Pathogenesis and treatment. *J Allergy Clin Immunol* 2014;114:465-74.
10. Schocket AL. Chronic urticaria: Pathophysiology and etiology, or the what and why. *Allergy Asthma Proc* 2006;27:90-5.
11. Saini SS. Chronic spontaneous urticaria: etiology and pathogenesis. *Immunology and Allergy Clinics of North America* 2014;34:33-52.
12. Amara U, Flierl MA. Molecular intercommunication between the complement and coagulation systems. *The Journal of Immunology*, 2010;185:5628-36.
13. Grattan CEH. Autoimmune urticaria. *Immunol Allergy Clin North Am* 2004;163:81.
14. Najib U, Sheikh J. The spectrum of chronic urticaria. *Allergy Asthma Proc* 2009;30:1-10.
15. Gimenez-Arnau AM, Vilar Alejo J, Moreno Ramirez D. Diagnostic and therapeutic management of chronic urticaria by dermatologists and the role of dermatology departments. *Actas Dermo-Sifiliograficas* 2015;106:528-32.
16. Maurer M, Magerl M, Metz M, et al. Practical algorithm for diagnosing patients with recurrent wheals or angioedema. *Allergy* 2013;68:816-9.
17. Maurer M, Magerl M, Metz M et al. to the international guidelines on the diagnosis and therapy of chronic urticaria. *J Dtsch Dermatol Ges* 2013;10:121-94.
18. Bernstein JA, Lang DM, Kahn DA, et al. The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update. *J Allergy Clin Immunol US Am Acad Allergy Asthma Immunol* 2014;133:1270-7.

19. Fine LM, Bernstein JA. Urticaria Guidelines: Consensus and Controversy in the European and American Guidelines. *Curr Allergy Asthma Rep* 2015;15:30.
20. Zuberbier T, The role of allergens and pseudoallergens in urticaria. *J Investig Dermatol Symp Proc* 2001;6:132-4.
21. Reese I, Zuberbier T, Bunselmeyer B, et al. Diagnostic approach for suspected pseudoallergic reaction to food ingredients. *Dtsch Dermatol Ges* 2009;7:70-7.
22. Grattan C. Chronic urticaria: General Principles and Management. In: Greaves MW, Kaplan AP (eds). *Urticaria and Angioedema*. 2nd edition. New York: Marcel Dekker, 2004;343-68.
23. Criado PR, Maruta CW. Chronic urticaria in adults: state-of-the-art in the new millenium. *An Bras Dermatol*. 2015;90:74-89.
24. Brzewski PL, Spalkowska M, Podbielska M, et al. The role focal infections in the pathogenesis of psoriasis and chronic urticaria. *Postep Derm Alergol* 2013;2:77-84.
25. Peroni A, Colato C, Schena D, et al. Urticarial lesions: If not urticaria, what else? The differential diagnosis of urticaria Part I.cutaneous diseases. *J Am Acad Dermatol* 2010;62:541-55.
26. Peroni A, Colato C, Zanoni G, et al. Urticarial lesions: If not urticaria, what else? The differential diagnosis of urticaria. Part II.systemic diseases.*J Am Acad Dermatol* 2010;62:557-70.
27. Zuberbier T. Classification of Urticaria. *Indian Journal of Dermatology*. 2013;58:208-10.
28. Termeer C, Staubach P, Kurzen H, et al. Chronic spontaneous urticaria-a management pathway for patients with chronic spontaneous urticaria. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2015;13:419-28.
29. Baiardini I, Braidò F, Bindsvlev-Jensen C, et al. Recommendations for assesing patient-reported outcomes and health-related quality of life in patients with urticaria: a GA2LEN taskforce position paper. *Allergy* 2011;66:840-44.
30. Mlynek A, Zalewska-Janowska A, Martus P, et al. How to asses disease acitivity in patients with chronic urticaria?*Allergy* 2008;63:777-80.
31. Jáuregui I, Ortiz de Frutos FJ, Ferrer M, et al. Assesment of severity and quality of life in chronic urticaria. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2014;24:80-6.
32. Weller K, Groffik A, Magerl M, et al. Development, validation and inital results of the angioedem activity score. *Allergy* 2013;68:1185-92.
33. Weller K, Church MK, Kalogeromitros D, et al. Chronic Spontaneous Urticaria: How to asses quality of life in patients receiving treatment. *Arch Dermatol* 2011;147:1221-3.
34. Mathias SD, Crosby RD, Zazzali JL, et al. Evaluating the minimally important difference of the urticaria activity score and other measures of disease activitiy in patients with chronic idiopathic urticaria. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2012;108:20-4.
35. Toubi E, Kessel A, Avshovich N, et al. Clinical and laboratory parameters in predicting chronic urticaria duration: a prospective study of 139 patients. *Allergy* 2004;59:869-73.

36. Maurer M, Ortonne JP, Zuberbier T. Chronic urticaria: a patient survey on quality of life, treatment usage and doctor patient relationship. *Allergy* 2009;64:581-88.
37. Weller K, Groffik A, Church MK, et al. Development and validation of the urticaria control test: a patient-reported outcome instrument for assessing. *J Allergy Clin Immunol* 2014;133:1365-72.
38. Maurer M, Church MK, Gonçalo M, et al. Management and treatment of chronic urticaria. *JEADV* 2015;29:16-32.
39. Acıöz E, Gökdemir G, Köşlü A. Dermatolojide Yaşam Kalitesi. *TÜRKDERM.* 2003;37:1.
40. Morgan M, McCreedy R, Simpson J. Dermatology quality of life scales-a measure of impact of skin diseases. *Br J Dermatol* 1997;136:202-6.
41. Köse O, Gür AR. Dermatolojide yaşam kalitesi ve ölçümü. *T Klin Dermatoloji* 2000;10:270-4.
42. Finlay AY. Quality of life measurements in dermatology. *Br J Dermatol* 1996;136:305-14.
43. Bilaç C, Öztürkcan S. Ürtikerde yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Dermatol* 2009;19:193-200.
44. Staubach P, Eckhardt-Henn A, Dechene M, et al. Quality of life in patients with chronic urticaria is differentially impaired and determined by psychiatric comorbidity. *British Journal of Dermatology* 2006;154:294-8.
45. O'Donnell BF, Lawlor F, Simpson J, Morgan M, Greaves MW. The impact of chronic urticaria on the quality of life. *British Journal of Dermatology* 1997;136:197-201.
46. Poon E, Seed PT, Greaves MW, Kobza-Black A. The extent and nature of disability in different urticarial conditions. *Br J Dermatol* 1999;140:667-71.
47. Gurel MS, Yanik M, Simsek Z, Kati M, Karaman A. Quality of life instrument for Turkish people with skin diseases. *Int J Dermatol* 2005;44:993-8.
48. Anderson RT, Rajagopalan R, Winston S. Development and validation of a quality of life instrument for cutaneous diseases. *J Am Acad Dermatol* 1997;37:41-50.
49. Chren M, Lasek RJ, Quinn RM. Skindex, a quality of life measure for patients with skin diseases: Reliability, validity, responsiveness. *J Invest Dermatol* 1996;107:707-13.
50. Grob JJ, Auguier P, Martin S. Development and validation of a quality of life measurements for chronic skin diseases in French: VQ Dermato. *Dermatology* 1999;199:213-22.
51. Halioua B, Beumont MG, Lunel F. Quality of life in dermatology. *Int J Dermatol* 2000;39:801-6.
52. Baiardini I, Pasquali M, Braidò F, et al. A new tool to evaluate the impact of chronic urticaria on quality of life: chronic urticaria quality of life questionnaire (CU-Q2oL). *Allergy* 2005;60:1073-8.
53. Kocatürk E, Weller K, Martus P, et al. Turkish Version of the Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire: Cultural Adaptation, Assessment of Reliability and Validity 2012;92:419-25.



54. Weller K, Groffik A, Magerl M, et al. Development and construct validation of the angioedema quality of life questionnaire. *Allergy* 2012;67:1289-98.
55. Mlynek A, Magerl M, Hanna M, et al. The German version of the chronic urticaria quality of life questionnaire: factor analysis, validation and initial clinical findings. *Allergy* 2009;64:927-36.
56. Koti I, Weller K, Makris M, et al. Disease Activity Only Moderately Correlates with Quality of Life Impairment in Patients with Chronic Spontaneous Urticaria. *Dermatology* 2013;226:371-9.
57. Ye YM, Park JW, Kim SH, et al. Clinical evaluation of the computerized Chronic Urticaria-Specific Quality of Life questionnaire in Korean patients with chronic urticaria. *Clin Exp Dermatol* 2012;37:722-8
58. Brzoza Z, Badura-Brozoza K, Mlynek A, et al. Adaptation and initial results of the Polish version of the GA2LEN Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire (CU-Q2oL). *Journal of Dermatological Science* 2011;62;36-41.
59. Heng JK, Koh LJ, Toh MPHS, Aw DCW. A study of treatment adherence and quality of life among adults with chronic urticaria in Singapore. *Asia Pac Allergy* 2015;5;197-202.
60. Movahedi M, Tavakol M, Mohammedinejad P, et al. The Persian Version of the Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire: Factor Analysis, Validation and Initial Clinical Findings. *Iran J Allergy Asthma Immunol* 2014;13;278-85.
61. Valero A, Herdman M, Bartra J, et al. Adaptation and the Validation of the Spanish version of the Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire (CU-Q2oL). *J Investig Allergol Clin Immunol* 2008;18;426-32.
62. Yun J, Katelaris CH, Weerasinghe A, Adikari DB, Ratnayake C. Impact of chronic urticaria on the quality of life in Australian and Sri Lanka populations. *Asia Pac Allergy* 2011;1;25-9.
63. Dias GAC, Pires GV, Valle SOR, et al. Cross-cultural adaptation of the Brazilian-Portuguese version of the chronic urticaria quality-of-life questionnaire CU-Q2oL. *Allergy* 2011;66;1487-93.
64. Metz M, Weller K, Neumeister C, Izquierdo I. Rupatadin in Established Treatment Schemes Improves Chronic Spontaneous Urticaria Symptoms and patients quality of life: a prospective, non-interventional trial. *Dermatol Ther(Heidelb)*2015;5;217-30.
65. Silveiras MRC, Fortes MRP, Miot HA. Quality of life in chronic urticaria: a survey at a public university outpatient clinic, Botucatu (Brazil). *Rev Assoc Med Bras* 2011; 57:565-9.
66. Asero R. Sex differences in the pathogenesis of chronic urticaria. *J Allergy Clin Immunol* 2003;111;425-6.
67. Maurer M, Ortonne JP, Zuberbier T. Chronic urticaria: an internet patient survey on health behaviors, symptom patterns and treatment needs in European adults. *Br J Dermatol* 2009;160;633-41.

## EKLER

### EK-1: Anjiyoödem Aktivite Skoru (AAS)

Tekrarlayan şişmelerin bildirilmesi

Adı: \_\_\_\_\_ Soyadı: \_\_\_\_\_

Doğum tarihi (GG.AA.YYYY): \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Doldurma tarihi (GG.AA.YYYY): \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

1.Hafta:

Talimatlar: Lütfen şikayetlerinizi günde bir kez geçmişe dönük olarak belirtiniz. Bunu yaparken geçen son 24 saate bakınız. Tüm soruları tam olarak cevaplayınız.

|  |   | Gün |   |   |   |   |   |   |
|--|---|-----|---|---|---|---|---|---|
|  |   | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Son 24 saat içinde şişme oldu mu?  | Hayır                                     |     |   |   |   |   |   |   |
|  | Evet                                      |     |   |   |   |   |   |   |
| <br>Lütfen aşağıdaki satırları yalnızca eğer son 24 saat içerisinde bir şişme oluşmuş ise doldurunuz! |   |     |   |   |   |   |   |   |
| Şişme(ler) hangi zaman diliminde/dilimlerinde bulunmaktadır? (lütfen tüm ilgili zaman dilimlerini seçiniz)   | S a a t 0 - 8                             |     |   |   |   |   |   |   |
|  | S a a t 8 - 1 6                           |     |   |   |   |   |   |   |
|  | S a a t 1 6 - 2 4                         |     |   |   |   |   |   |   |
| Şişme(ler)in neden olduğu bedensel şikayet(ler) (yanma, kaşıntı ağrı gibi) ne kadar güçlü (idi)?   | Yok                                       |     |   |   |   |   |   |   |
|  | Hafif                                     |     |   |   |   |   |   |   |
|  | Orta şiddette                             |     |   |   |   |   |   |   |
|  | Şiddetli                                  |     |   |   |   |   |   |   |
| Şişme(ler)den dolayı günlük faaliyetlerinizi gerçekleştirebiliyor musunuz/gerçekleştirebildiniz mi?  | Kısıtlama yok                             |     |   |   |   |   |   |   |
|  | Hafif oranda kısıtlama                    |     |   |   |   |   |   |   |
|  | Ciddi kısıtlama                           |     |   |   |   |   |   |   |
|  | Faaliyetleri gerçekleştirmek mümkün değil |     |   |   |   |   |   |   |
| Mevcut şişme(ler)den dolayı dış görünüşünüzün kötü etkilenmiş olduğunu hissediyor musunuz/ettiniz mi?  | Yok                                       |     |   |   |   |   |   |   |
|  | Hafif                                     |     |   |   |   |   |   |   |
|  | Orta derecede                             |     |   |   |   |   |   |   |
|  | Şiddetli                                  |     |   |   |   |   |   |   |
| Mevcut şişme atağının toplam şiddetini nasıl derecelendirirsiniz?  | Önemsiz                                   |     |   |   |   |   |   |   |
|  | Hafif                                     |     |   |   |   |   |   |   |
|  | Orta derecede                             |     |   |   |   |   |   |   |
|  | Şiddetli                                  |     |   |   |   |   |   |   |

**EK-2: Kronik ürtiker yaşam kalitesi anketi (CU-Q2oL)**

İsim:

Tarih:

Cinsiyet: erkek kadın

Doğum tarihi:

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

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

Kronik ürtiker yaşam kalitesi anketi -devamı-

|  |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Gece iyi uyuyamadığınız için gün içinde yorgun oluyor musunuz?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Konsantre olmakta güçlük çekiyor musunuz?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Kendinizi sinirli hissediyor musunuz?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Moral bozukluğu yaşıyor musunuz?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Yemek seçiminde kendinize sinir koymak zorunda mısınız?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Ürtiker nedeniyle vücudunuzda oluşan belirtilerden utanıyor musunuz?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Umumi mekanlara gitmekten çekiniyor musunuz?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Kozmetik ürünler kullanmakta problem yaşıyor musunuz (ör; parfümler, kremler, losyonlar, banyo şampuanları, makyaj malzemeleri)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Giydiğiniz kıyafetlerde kısıtlama yapmanız gerekiyor mu?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Ürtikeriniz nedeniyle spor faaliyetlerinizi kısıtlamanız gerekti mi?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Ürtiker sebebiyle kullanılan ilaçların yan etkilerinden rahatsızlık duydunuz mu?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## DEĞERLENDİRİLMESİ

Hiç (1), az (2), orta (3), çok (4), aşırı derece (5) olarak skorlanır

Toplam skor:

(Tüm cevapların toplamı – 23) x 100

115-23

### Skalalar:

Uyku ve mental durum (Sleep characteristics, mental status): 11, 12, 13, 14, 15, 16

Günlük aktiviteler (functioning): 5, 6, 7, 8

Utanma (embarrassment) : 18, 19

Kaşıntı/sosyal ilişkiler (Itching/social relations): 1, 2, 9

Şişme (Swelling): 3, 4

Yeme, spor (Eating,sports): 10, 17, 22, 23

Kısıtlamalar, dış görünüm (limits looks): 20, 21

**EK-3: Anjioödem Yaşam Kalitesi Anketi (AEQoL)**

Tekrarlayan Şişmeleri Olan Hastalar için Yaşam Kalitesi Anketi

Adı: \_\_\_\_\_ Soyadı: \_\_\_\_\_

Doğum tarihi (GG.AA.YYYY): \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Doldurma tarihi (GG.AA.YYYY): \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Talimatlar: Aşağıdaki ankette bir dizi soru bulacaksınız. Lütfen her soruyu tamamen okuyunuz ve verilen beş cevaptan size en uygun olanını seçiniz. Lütfen uzun süre düşünmeyin ve tüm soruları yanıtlayın. Her soruya tek bir cevap vermeye, yani her soru için yalnızca bir kutucuk işaretlemeye dikkat ediniz.

| Son 4 hafta içinde günlük hayatınızın aşağıdaki alanlarında tekrarlayan şişmelerden (anjiyoödem) dolayı ne sıklıkta kısıtlandığınızı belirtiniz. (Bunun için gerçekten şişmelerin bu dönemde ortaya çıkmış olması gerekmez.) | Hiçbir zaman             | Nadiren                  | Ara sıra                 | Sık sık                  | Çok sık                  |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Çalışma   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Fiziksel aktivite   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Boş zaman   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sosyal ilişkiler  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Beslenme  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aşağıdaki sorularla tekrarlayan şişmelerinizle (anjiyoödem) bağlantılı olabilecek zorluklar ve yinelenen (son 4 hafta ile ilgili) sorunları daha yakından incelemek istiyoruz.   | Hiçbir zaman             | Nadiren                  | Ara sıra                 | Sık sık                  | Çok sık                  |
| 6. Uykuya dalmada zorluk çekiyor musunuz?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Geceleri uyanır mısınız?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Geceleri düzgün bir şekilde uyumadığınız için gün boyunca yorgun musunuz?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Bir şeye yoğunlaşma konusunda zorluk yaşıyor musunuz?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Kendinizi umutsuz hissediyor musunuz?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Yiyecek veya içecek seçimlerinizi kısıtlamak zorunda mısınız?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



|  |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12. Hastalık nedeniyle vücudunuzda meydana gelen şişmeler size yük veriyor mu?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Aniden şişmenin ortaya çıkacağından korkuyor musunuz?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Şişmelerin sıklığının artmasından korkuyor musunuz?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Tekrarlayan şişmelerden dolayı halka açık yerlere çıkmaktan utanıyor musunuz?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Tekrarlayan şişmeler sizi utandırıyor ya da mahcup olmanıza neden oluyor mu?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Tekrarlayan şişmelerin tedavisinin uzun vadede sizin için olumsuz etkileri olabileceğinden korkuyor musunuz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## TEŞEKKÜR

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimime katkıda bulunan, tecrübe ve bilgilerini aktaran ve tezimin konusunun belirlenmesinden, basılmasına kadar her aşamada bilgi ve deneyimi ile yol gösteren, ilgisini ve desteğini esirgemeyen Anabilim Dalı başkanımız Prof. Dr. Emel Bülbül Başkan' a teşekkür ederim.

Tezimi oluşturmamda ve uzmanlık eğitimimde çok değerli katkıları olan ve beni uzmanlığa hazırlayan sayın hocalarım Prof. Dr. Hayriye Sarıcaoğlu ve Prof. Dr. Kenan Aydoğan'a teşekkür ederim.

Tıp eğitimimi sayelerinde tamamladığım, tüm hayatım boyunca her zaman desteklerini arkamda hissettiğim sevgili annem Sevim Erünal ve babam Hakkı Erünal'a ve son olarak biricik kızım Azra'ya ve sevgili eşim, hayat arkadaşım Hakan'a, tezimi hazırladığım tüm aşamalarda yanımda olduğu ve bana destek verdiği için teşekkür ederim.

**Dr. Emel ERÜNAL DÜĞER**

**Bursa – 2017**

## ÖZGEÇMİŞ

1986 yılında Erzurum'un Aşkale ilçesinde dünyaya geldim. İlköğrenimi Kırıkkale'de Mustafa Necati İlköğretim Okulu'nda, orta öğrenimimi Fatih İlköğretim Okulu'nda, liseyi Fırat Lisesi'nde tamamladım. 2004 senesinde Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tıp eğitimime başladım ve 30 Haziran 2010'da tıp fakültesinden başarı ile mezun oldum. 2010-2012 yılları arasında Balıkesir Kepsut İlçe Hastanesinde mecburi hizmetimi tamamladım. Temmuz 2012'den itibaren Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi hekim olarak ihtisasıma devam etmekteyim.