



T.C.

**SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA ÇOCUK SAğLIğI VE HASTALIKLARI
HEMATOLOJİ ONKOLOJİ SAğLIK UYGULAMA
ARAşTIRMA MERKEZİ**

**KRONİK ÜRTİKERLİ ÇOCUKLARDA YAşAM
KALİTESİ VE YAşAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

Dr. Burcu YÜKSEL TUFAN



T.C.

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
HEMATOLOJİ ONKOLOJİ SAĞLIK UYGULAMA
ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**KRONİK ÜRTİKERLİ ÇOCUKLARDA YAŞAM
KALİTESİ VE YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

Dr. Burcu YÜKSEL TUFAN

TEZ DANIŞMANI: Doç. Dr. Müge TOYRAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA 2019



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca tüm tecrübe ve birikimleriyle bana yol gösteren, başarılı olmam için sabır ve hoşgörüsüyle desteğini hiçbir zaman esirgemeyen , örnek bir insan olan değerli hocam ***Doç.Dr.Müge TOYRAN'a***,

Sevgi ve desteklerini her zaman hissettiğim, zorlu hekimlik sürecinin her anında yanımda olan sevgili annem ***Semra YÜKSEL'e ve canım aileme***,

Hayattaki en büyük şansım, yol arkadaşım, çalışmalarım sırasında sabır ve desteğini hiç esirgmeden beni cesaretlendiren değerli eşim ***Emrah TUFAN'a***,

Hayatımı anlamlandıran, beni bambaşka bir insan yapan, en güzel armağanım, biricik oğlum ***Ege'ye***,

Uzmanlık eğitimimin bana kazandırdığı canım dostum ***Günay KAPLAN'a***

Çocuk hekimi olarak yetişmemde katkısı olan tüm kıymetli hocalarıma, uzmanlarıma ve asistan arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**Dr. Burcu YÜKSEL
TUFAN**

Ankara, 2019

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR	v
TABLO LİSTESİ	vi
ŞEKİL LİSTESİ	vii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. ÜRTİKER	2
2.1.1.Ürtiker Tanım	2
2.1.2.Sınıflama	2
2.1.3.Epidemiyoloji	4
2.1.4.Etyoloji	5
2.1.5.Patogenez	8
2.1.6.Tanı.....	9
2.1.6.1.Öykü ve fizik muayene	9
2.1.6.2.Ayırıcı Tanı	12
2.1.6.3. Hastalık Aktivitesi ve Kontrolünün Değerlendirilmesi.....	15
2.1.7.Tedavi.....	17
2.2. ÜRTİKER VE YAŞAM KALİTESİ.....	24
2.2.1. Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (CDLQI).....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. HASTA SEÇİMİ.....	26
3.2. ÇALIŞMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER VE DEĞERLENDİRİLMESİ.....	27
3.3. LABORATUAR BULGULARI VE TESTLER.....	26
3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	30
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA	59
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	60
KAYNAKLAR	63
EKLER.....	71

KISALTMALAR DİZİNİ

ACE	Anjiyotensin konverting enzim
AE-QoL	Anjiyoödem Yaşam Kalite Anketi
AÜ	Akut Ürtiker
AÖ	Anjiyoödem
BAT	Bazofil Aktivasyon Testi
CRP	C-Reaktif protein
CAPS	Kriyoprin İlişkili Periyodik Sendrom
CDLQI	Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi
CU-Q2oL	Kronik Ürtiker Yaşam Kalitesi Anketi
DLQI	Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi
DRESS	Drug Allergy, Rash, Eosinophilia, Systemic Symptoms
EAACI	Avrupa Allerji ve Klinik İmmünoloji Akademisi
FCAS	Ailevi Soğuk Otoenflamatuvar Sendrom
GA²LEN	Küresel Allerji ve Astım Avrupa Ağı
HAE	Hereditör Anjiyoödem
HIDS	Hiper-IgD Sendromu
HRQOL	Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi
IVIG	İntravenöz İmmunglobulin
KÜ	Kronik Ürtiker
KSÜ	Kronik Spontan Ürtiker
KİÜ	Kronik İndüklenebilir Ürtiker
MWS	Muckle-Wells sendromu
MIP-1	Makrofaj Enflamasyon Peptit-1
NERDS	Nodüller, Eozinofili, Romatizma, Dermatit, Şişme
NOMID	Yenidoğan Başlangıçlı Multi Sistem Enflamatuvar Hastalık
NSAİİ	Non-steroidal Anti-İnflamatuvar İlaç
OSDT	Otolog Serum Deri Testi
PUPPP	Gebeliğin Polimorfik Erüpsiyonu
RANTES	Regulated On Activation, Normal T Cell Expressed and Secreted
sJIA	Sistemik başlangıçlı juvenilidyopatikartrit
UV-A	Ultraviyole-A
UV-B	Ultraviyole-B
ÜAS	Ürtiker Aktivite Skoru
ÜKT	Ürtiker Kontrol Testi
TRAPS	Tümör Nekroz Faktörü Reseptörü İle İlişkili Periyodik Sendrom
WAO	Dünya Allerji Organizasyonu

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 1. Kronik ürtiker sınıflaması	3
Tablo 2. Ürtiker ile tarihsel olarak ilişkilendirilen ve ürtiker/anjiyoödem ile birlikte görülebilen hastalıklar	4
Tablo 3. Ürtikere en sık neden olan ilaçlar.....	6
Tablo 4. Sık görülen ürtiker alt tipleri için önerilen tanı testleri	11
Tablo 5. Ürtiker ayırıcı tanısı	13
Tablo 6. Ürtiker Aktivite Skoru	16
Tablo 7. Ülkemizde bulunan pediatrik antihistaminikler ve dozları	21
Tablo 8. Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi puanının yorumlanması.....	25
Tablo 9a. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri Ve Dağılımı	31
Tablo 9b. Hastaların Ebeveynlerine ve Yaşanılan Haneye Ait Tanımlayıcı Özellikleri Ve Dağılımı.....	32
Tablo 10a. Hastaların Şikâyeti ve Özelliklerinin Dağılımı	33
Tablo 10b. Hastaların Eşlik Eden Semptom Dağılımı	34
Tablo 11. Öyküye Göre Tetikleyici Özellikteki Faktörlerin Dağılımı	35
Tablo 12. Hastaların Laboratuvar Sonuçları Dağılımı	39
Tablo 13. Ürtiker Aktivite Skor Dağılımı	40
Tablo 14. Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi Skoru Dağılımı.....	41
Tablo 15. Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi Cevap Dağılımı.....	42
Tablo 16a. Yaşam Kalite İndeksi Soru Cevapları İle Cinsiyet Yaş Ve Hastalık Süresi Karşılaştırmaları	44
Tablo 16b. Yaşam Kalite İndeksi Soru Cevapları İle Cinsiyet Yaş Ve Hastalık Süresi Karşılaştırmaları.....	45
Tablo 17. Hasta ve Hastalık Özelliklerinin Yaşam Kalitesine Etkisi.....	46
Tablo 18. Aile ve Yaşınlan Ev Özelliklerinin Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi.....	47
Tablo 19. Laboratuvar Bulgularının Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi	48
Tablo 20. Hastaların Ürtiker Aktivite Skorlarının Bazı Parametrelerle İlişkisi	48

Tablo 21. Hastaların Yaşam Kalitesi Etkilenim Skorlarının Bazı Parametrelerle Korelasyon İlişkisi	49
--	----

Tablo 22. Hastalığa bağlı Yaşam kalitesi etkilenme durumunun(orta düzey ve üzerinde etkilenme) üzerine etkili faktörlerin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi ile değerlendirilmesi	49
--	----



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Ürtikerde tanısal algoritma	14
Şekil 2. Ürtikerde önerilen tedavi algoritması	23
Şekil 3. Öyküye Göre Tetikleyici Gıdaların Dağılımı	36
Şekil 4. Hastaların Tanıya Göre Ürtiker Sınıflaması	37
Şekil 5. Kronik ürtikerli hastaların etiyolojik dağılımı.....	37
Şekil 6. Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi Skoru Dağılım Histogramı	41



ÖZET

Giriş: Ürtiker her yaşta görülebilen deride kaşıntılı kızarıklıklar ve kabartılarla ve/veya anjiyo ödem ile seyreden bir hastalıktır. Çocuklarda kronik ürtiker, ciddiyeti ve yaşam kalitesi üzerine etkisi hafife alınan hastalıklardan biridir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alerji Kliniği'nde kronik ürtiker tanısı almış ve halen şikayetleri devam eden 4-16 yaş arasındaki 47 hasta dahil edilmiştir. Hastaların poliklinik kontrolleri sırasında hastalık aktivitesini gösteren ÜAS ve CDLQI (çocuk dermatoloji yaşam kalite indeksi) skorları kaydedilmiştir. Hastaların tıbbi hikayelerini, demografik özelliklerini, laboratuvar bulgularını, deri prick testleri, otolog serum deri testleri, provokasyon test sonuçlarını ve ürtikerde yaşam kalitesini etkileyebilecek faktörleri içeren anket doldurulmuştur. Bu verilerle yaşam kalitesine etki eden faktörlerinmesi amaçlanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya dahil edilen kronik ürtiker ile takipli hastaların yaş ortalaması $11,83 \pm 3,39$ [ortalanca 12,00 (4-16)] yılıdır. Hastaların %34'ünde kronik indüklenabilir ürtiker, %66'sında kronik spontan ürtiker tespit edildi. ÜAS'a göre hastalık şiddeti hastaların %57,8'sinde ağır, %42,2'sinde hafifti. Yaşam kalitesi etkilenme skoruna göre yaşam kalitesi hiç etkilenmemiş ya da az etkilenmiş 24(%51,1) hasta, orta düzey ve üzerinde etkilenmiş 23(%48,9) hasta vardı. CDLQI anketinde kaşıntıdan etkilenme, uyku problemleri ve cilt sorunları nedeni ile utanç hissi en çok verilen cevaplardı. Otolog serum deri testi yapılan hastaların %41,6'sında test pozitif bulundu. Otolog serum deri testi pozitifliğinin yaşam kalitesine anlamlı etkisi saptanmadı. Hastaların %37,2'sine anjiyoödem eşlik etmekteyken; ürtiker/anjiyoödem birlikteliğinin yaşam kalitesine anlamlı etkisi saptanmadı. Hastaların yaşam kalite etkilenim skorları ile ürtiker aktivite skoru arasında kuvvetli düzeyde pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Ürtiker Aktivite skorundaki her 1 birimlik artış yaşam kalite indeksinin orta düzey ve üzerinde etkilenme riskini 1,83 (1,08-3,013) kat arttırmaktadır ($P=0,025$).

Sonuç: Çocuklarda kronik ürtiker erişkinlere göre daha az görülmesine rağmen, yaşam kalitesine olan olumsuz etkisi göz ardı edilemeyecek kadar büyüktür. Yetişkinlerde uygulanabilen CU-Q2oL testi gibi , çocuklarda yaşam kalitesini değerlendiren güvenilirliği ve geçerliliği kanıtlanmış ölçeklerin geliştirilmesi, pediatrik grupta kronik ürtikerli hastaların hastalık yüküne ve yönetimine daha farklı bir bakış açısı getirmesi açısından faydalı olacaktır.

Anahtar kelimeler: Kronik ürtiker, yaşam kalitesi, hastalık şiddeti

ABSTRACT

Introduction: Urticaria is a disease that can be seen at any age with itchy rashes and blisters and/or angio edema. Chronic urticaria in children is one of the underestimated diseases with respect to its severity and impact on quality of life.

Materials and Methods: The study included 47 patients aged 4-16 years who were diagnosed as chronic urticaria in the Allergy Clinic of Health Sciences University Ankara Pediatric Hematology Oncology Training and Research Hospital. UAS(urticaria activity score) and CDLQI (pediatric dermatology quality of life index) scores were recorded during the outpatient controls. A questionnaire including medical history, demographic characteristics, laboratory findings, skin prick tests, autologous serum skin tests, provocation test results and factors affecting quality of life in urticaria was completed. With this dataset, it is opted to reveal the factors affecting quality of life.

Results: The mean age of the patients with chronic urticaria was 11.83 ± 3.39 [median 12.00 (4-16)] years. Chronic inducible urticaria was detected in 34% of the patients and chronic spontaneous urticaria was detected in 66%. According to UAS, disease severity was severe in 57.8% and mild in 42.2% of patients. According to the quality of life impact score, there were 24 (51.1%) patients who had little or no impact on quality of life, and 23 (48.9%) patients who were affected by moderate and above. The CDLQI questionnaire was the most frequently used answer to be affected by itching, sleep problems and skin problems. Autologous serum made from skin test was positive in 41.6% of the patients. There was no significant effect of autologous serum skin test positivity on quality of life. 37.2% of the patients were accompanied by angioedema; There was no significant effect of urticaria/angioedema comorbidity on quality of life. There was a strong positive and statistically significant relationship between CDLQI and UAS. Each 1-unit increase in UAS was associated with an increased risk of life quality index of 1.83 (1.08-3,013) ($P = 0.025$).

Conclusion: Although chronic urticaria is less common in children than in adults, its negative impact on quality of life is considerable. The development of reliable and validated scales that assess the quality of life in children, such as the CU-Q2oL test, which can be administered in adults, would be useful in bringing a different perspective to the burden and management of chronic urticaria patients in the pediatric group.

Key words: Chronic urticaria, quality of life, disease severity

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ürtiker, çocukluk döneminde acil servislere ve genel polikliniklere en sık başvuru nedenlerinden biridir. Altı haftadan kısa süren klinik tablolar “akut ürtiker” (AÜ), altı hafta ya da daha uzun süren klinik tablolar ise “kronik Ürtiker” (KÜ) olarak adlandırılır(1). Ürtiker, özellikle kronik formlarında hastaların yaşam kalitesini belirgin olarak olumsuz etkilemekte ve sosyo-ekonomik sorunlara yol açabilmektedir.

KÜ’nün en sık 20-40 yaşlarında ve kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha sık görüldüğü, insanların neredeyse %1’ini etkilediği (%0,5-5) bildirilmektedir(2). Çocuklarda kronik ürtiker erişkinlerden daha az görülür (çocukların% 0.1 -% 3’ü), ve bu yaş grubunda hastalığın yaşam kalitesine etkisine dair az sayıda çalışma vardır(3). Ürtiker tanısı genellikle detaylı hikaye ve klinik bulgularla konulabilirken, ürtikere neden olan etiyolojik faktörleri tespit etmek zordur. Kronik ürtikerli olguların %50’sinde etiyoloji bulunamamaktadır; tanımlanabilen etiyoloji oranı çocuklarda %21 ile %51 arasında değişmektedir(4).

Ürtiker tedavisinde temel iki hedef; nedenin ortadan kaldırılması ve semptomların giderilmesidir(1). Tedavi kılavuzlarının tümünde çocuklarda ürtiker tedavisi için öneriler yetişkin verilerinin mevcut bilimsel verilerden yola çıkarak tahmini şeklindedir.

Ürtiker nadir olarak hayatı tehdit edici boyutta olabilir ancak yaşam kalitesine olan olumsuz etkisi göz ardı edilemeyecek kadar büyüktür. İnatçı kaşıntı ve süregelen deri lezyonları önemli sorunlara neden olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada ürtikerin yaşam kalitesini epilepsi ve diyabet gibi kronik hastalıklardan daha fazla etkilediği görülmüştür(5).

Yaşam kalitesini ileri derecede olumsuz yönde etkileyen bir hastalık olan ürtikerde, hastalığın klinik şiddetini gösteren ürtiker aktivite skorlaması yanında, yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanılması hastanın hastalık yüküne daha iyi bir bakış açısı sağlamanın yanı sıra tedavi kararlarını yönlendirmek için de klinik açıdan faydalı olacaktır.

Bu çalışmada Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alerji Kliniği’nde takip edilen kronik ürtikerli çocukların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, yaşam kalitesine etki eden faktörlerin belirlenmesi ve yaşam kalitesini arttıracak yöntemler geliştirilmesine ışık tutulması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ÜRTİKER

2.1.1.Tanım

Ürtiker; vazodilatasyon, kan akımı ve vasküler geçirgenlik artışı nedeni ile oluşan deriden kabarık, kırmızı ve kaşıntılı, anjiyoödemle eşlik edebildiği deri döküntüsüdür(6). Ürtiker lezyonları, ortasında kabarıklık, çevresinde refleks eritem olan, değişken çaplarda papül ve plaklardan oluşur. Çoğunlukla kaşıntı, bazen yanma hissinin bulunduğu plaklar genellikle 30 dakika ile 24 saatten kısa sürede iz bırakmadan kaybolur. Anjiyoödem (AÖ) ise subkutan dermis veya muköz membranların ani başlangıçlı ödemi olarak tanımlanır. Kaşıntıdan çok yanma, gerginlik ve ağrı hissedilir. Bulgular ürtikere göre daha geç (72 saate kadar) düzelir(1).

2.1.2. Sınıflama

Ürtiker sınıflaması, ürtikerin süresi ve tetikleyici faktörler ile ilişkisi olup olmadığı göz önüne alınarak yapılmıştır. Farklı ürtiker alt tiplerinin klinik tablo spektrumu çok geniştir. Ek olarak, herhangi bir hastada iki veya daha fazla farklı ürtiker alt tipi var olabilir. Altı haftadan kısa süren klinik tablolar akut ürtiker (AÜ), altı hafta ya da daha uzun süren klinik tablolar ise kronik ürtiker (KÜ) olarak adlandırılır. Belirlenebilir fiziksel veya diğer uyarıcıların varlığında ortaya çıkan ürtikerler uyarılabilir ürtiker olarak, bu faktörlerin yokluğunda olan ürtikerler ise spontan ürtiker olarak tanımlanmıştır(tablo1).

Tablo 1.Kronik ürtiker sınıflaması(1)

Kronik ürtiker alt tipleri	
Kronik spontan ürtiker (KSU)	İndüklenebilir ürtiker
Bilinen veya bilinmeyen nedenlerden dolayı 6 haftadan daha uzun süre ürtiker, anjiyoödem veya her ikisinin kendiliğinden belirmesi	-Semptomatik dermografizm -Soğuk ürtiker -Gecikmiş basınç ürtikeri -Solar ürtiker -Sıcak ürtikeri -Vibratuar anjiyoödem -Kolinergic ürtiker -Temas ürtikeri -Akuajenik ürtiker

Ürtiker veya anjiyoödemle birlikte görülebildiği bazı hastalıklar, özellikle sendromlar, patofizyolojik mekanizmaların çok ayrı olması nedeni ile ürtiker alt tiplendirmesinde yer almamıştır. Ürtiker ve/veya anjiyoödem ile birlikte seyreden hastalıklar ve sendromlar tablo 2’de özetlenmiştir.

Tablo 2. Ürtiker ile tarihsel olarak ilişkilendirilen ve ürtiker/anjiyoödem ile birlikte görülebilen hastalıklar(1)

- Makülopapüler kutanöz mastositoz (ürtikerya pigmentoza)
- Ürtikeryal vaskülit
- Bradikinin aracılı anjiyoödem (örneğin; hereditör anjiyoödem)
- Egzersiz ilişkili anafilaksi
- Kriyoprin ilişkili periyodik sendromlar (CAPS; ürtiker, tekrarlayan ateş atakları, artralji veya artrit, göz inflamasyonu, yorgunluk ve baş ağrısı)
 - Familial soğuk otoinflamatuar sendrom
 - Muckle-Wells sendromu
 - Neonatal başlangıçlı multisistemik inflamatuvar hastalık
- Schnitzler's Sendromu (monoklonal gamopati, tekrarlayan ateş, artrit)
- Gleich's sendromu (epizodik anjiyoödem, eozinofili, IgM gamopati)
- Well's sendromu (granülomatöz dermatit ve eozinofili)
- Bülloz pemfigoid (prebülloz evre)

2.1.3.Epidemiyoloji

Toplumdaki kişilerin %15-20'sinin yaşamları boyunca en az bir kez ürtiker atağı geçirdiği düşünülmektedir, çoğu atak akut ürtiker şeklinde olmaktadır(7,8). Kronik ürtikerin çocuklardaki sıklığı ile ilgili veriler kısıtlıdır(7). Henz and Zuberier, çocukluk çağındaki tüm ürtikerlerin sıklığını %2.1 ile 6.7% arasında bildirmektedir(8). Kaplan'ın yapmış olduğu çalışmada , çocukların % 0.1 ila% 3'üne kronik ürtiker teşhisi konduğunu bildirmiştir(9). Kore'de yapılan bir çalışmada ise çocuklarda kronik ürtiker sıklığı %1.8 olarak bulunmuştur(10).

Çocuklarda ürtiker ve anjiyoödemın hangi oranda birlikte olduğu konusu tartışmalıdır. Kronik ürtikeri olan 94 Taylandlı çocukta yapılan prospektif bir çalışmada ürtiker ve anjiyoödemın birlikte görülme sıklığı %51 olarak bulunmuşken(11), Volonakis ve ark. çalışmasında hastaların %78,4'ünde sadece ürtiker, %6,6'sında sadece anjiyoödem ve %15'inde her ikisinin birlikte olduğu rapor edilmiştir(12). Liu ve ark.'nın akut ürtiker

geçiren 1120 hastayı kapsayan geniş serisinde hastaların sadece %8,8'inde ürtiker ve anjiyoödem birlikte görülmüştür(13).

2.1.4.Etiyoloji

Ürtiker etiyolojisinde sorumlu tutulan birçok faktör vardır. Bunlardan bazıları birincil neden iken, bazıları ise lezyonların oluşumunu tetikleyen ve alevlenmesine neden olan faktörlerdir. KSÜ'lü olguların %50'sinde etiyoloji bulunamamaktadır. Uyarılabilir ürtikerde ise neden çoğunlukla bellidir(3,14).

Spontan ürtiker etiyolojisinde ilaçlar, gıdalar, gıda katkı maddeleri, enfeksiyonlar (bakteriyel, viral, fungal ve parazitik enfestasyonlar), allerjenler, iç hastalıkları, maligniteler ve diğer dermatolojik hastalıklar yer almaktadır(15).

İlaçlar: İlaçlar AÜ'de birincil sebep olabilirken, KÜ'de lezyonların oluşumunu tetikleyen veya alevlendiren bir sebep olarak kalmaktadır(18). Çocukluk çağı ürtikerinde etken olarak gösterilen en önemli ilaçlar antibiyotikler ve non-steroidal anti-inflamatuarlar(NSAİİ)'dir. Ancak her iki ajan da çoğunlukta enfeksiyon sırasında verildiğinden ürtikerin gerçek etiyolojisini saptamak zordur(16,17). NSAİİ'ler KÜ'de akut atakların oluşumunu tetikleyebilir veya lezyonların şiddetini arttırabilir. Aspirine bağlı AÜ veya AÖ sıklığı %1 olarak bildirilmiştir. Aspirin, olguların %30'unda KÜ şiddetlendirebilir(18). Özellikle KÜ'li olgularda NSAİİ ve aspirin kullanımı önerilmemektedir(19). Anjiyotensin dönüştürücü enzim(ACE) inhibitörleri ürtikerden bağımsız olarak AÖ'ye neden olabilir(20,21). Bu nedenle AÖ'nün eşlik ettiği ürtiker olgularında ACE inhibitörlerinin kullanılması uygun değildir. Ürtiker ile ilişkili ilaçlar tablo 3'te gösterilmiştir(18).

Tablo 3.Ürtikere en sık neden olan ilaçlar(18)

Anti-enflamatuvarlar Aspirin NSAİİ	Anestezik ajanlar	Kontraseptifler
Antimikrobiyaller Penisilinler Sefalosporinler Sulfonamid Aminoglikozidler Tetrasiklinler	Radyokontrast maddeler	İntravenöz sıvılar ve kan ürünleri Dekstran, sorbitol, mannitol, Tam kan, eritrosit süspansiyonu, plazma
	Vitaminler	
	Aşılar	
	Kas gevşeticiler	
Antifungaller Flukonazol, ketokonazol	Monoklonal antikorlar	Diğerleri Kinin Hidralazin Pentamidin Atropin Polimiksin B Amfetamin
ACE inhibitörleri Enalapril, kaptopril	Hipnotikler	
Narkotik analjezikler Opiatlar, kodein, morfin	Polipeptit hormonlar İnsülin, kortikotropin, vazopressin	

Enfeksiyonlar: Enfeksiyon etkenleri daha çok akut ürtikere neden olmakla birlikte kronik ürtikere de yol açabilmektedir. KÜ’de enfeksiyonların birincil neden olmaktan çok, hastalığın seyrinde tetikleyici ve alevlendirici olarak rol oynadığı ileri sürülmektedir(22).

Hepatit A, B, C, EBV, enterovirus, streptokoklar, *Mycoplasma pneumoniae*’ya bağlı enfeksiyonlar ve paraziter enfeksiyonlar başlıcalarıdır. Diş absesi, idrar yolu enfeksiyonu ve *Helicobacter pylori* varlığında kronik ürtiker gelişebilmektedir (23).

Gıda ve gıda katkı maddeleri: Besinler akut ürtikerin sık nedenlerindendir ancak nadir olarak kronik ürtiker ve anjiyoödeme neden olurlar(18). Birçok çalışma, kronik ürtiker nedenleri arasında besin allerjisi sıklığının %7’nin altında olduğunu göstermektedir(14,24,25).

Yetişkin ve çocuklarda gıda ile ilişkili KSÜ olgularının çoğunluğunun psödoallerjik reaksiyon olduğu kabul edilmektedir(26). Non-allerjik (psödo alerjik) hipersensivite reaksiyonları, semptomların tamamen alerjik mekanizmaları düşündürdüğü ancak immünolojik bir nedenin gösterilemediği reaksiyonlardır. IgE'den bağımsız olarak, mast hücrelerinden mediatör salınımı ile karakterize, yaygın erken tipte gelişen reaksiyonlardır. KÜ'de gıda içeriklerine karşı psödoallerjik reaksiyon prevelansı oldukça değişkendir. Bu reaksiyonu gelişmesi için önceden maruziyet gerekmemekte ve genetik zeminde eğilimli kişilerde ortaya çıkmaktadır. Psödoallerjik reaksiyonlar hem doğal gıda içeriklerine hem de katkı maddelerine karşı oluşabilmektedir(27).

Besin katkı maddelerinin bazı hastalarda ürtikeri tetiklediği ve/ veya şiddetlendirdiği bilinmektedir(28). Kronik spontan ürtikerli hastaların katkı maddesi içermeyen diyetten fayda görmesi, gastrik mukozal permeabilitenin azalması gibi bir kolaylaştırıcı faktörün beraberinde olması ile açıklanmaktadır. Bu bozulan permeabilitenin 3 haftalık bir diyet ile düzeldiği gösterilmiştir(29,30). Ehlers ve arkadaşlarının kronik ürtikerli 16 Alman çocuk üzerinde yaptığı çalışmada 3 haftalık düşük psödoalerjen diyet ile 12 hastada semptomların düzeldiğini; psödoalerjen bakımından zengin gıdalar yeniden sunulduğunda ise semptomların tekrar ortaya çıktığını bildirmişlerdir. Çift kör plasebo kontrollü çalışmalarda reaksiyonların esas olarak renklendirici ajanlar ve koruyucular ile gerçekleştiği gösterilmiştir(31).

Otoimmunité: Sistemik vaskülitler ve otoimmün hastalıklar kronik ürtikere neden olabilmektedir. Sistemik lupus eritematozus(SLE), juvenil idiyopatik artrit, inflamatuvar barsak hastalıkları, otoimmün tiroidit,, çölyak hastalığı ve Henoch-Schönlein purpurası gibi vaskülitlerin ürtikere neden olduğu rapor edilmiştir(32).

Otoimmün tiroidit erişkinde ürtiker ile ilişkili en sık otoimmün hastalıktır ve çocuklarda da sıklığı artmaktadır. Kılıç ve ark.'nın çalışmasında kronik ürtikerli çocukların %14,8'inde anti-tiroid antikörleri saptanmıştır(33).

Ürtiker IgE'nin kendisine veya yüksek afiniteli IgE reseptörünün α -zincirine karşı gelişen otoantikörler nedeniyle de gelişebilir. Anti-IgE otoantikörleri daha çok erişkin yaş

grubundaki kronik ürtiker ile ilişkilendirilmiş ve sıklığı %45 oranında bulunmuştur. Çocukluk çağında otoimmün kronik ürtiker kavramı konusunda çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda kronik otoimmün ürtiker görülme sıklığının %31-40 arasında değiştiği vurgulanmıştır. Olguların %70'i otolog serum deri testi (OSDT) ile tanı alabilir(34). Ülkemizde 99 KSÜ'li çocuk üzerinde yapılan bir çalışmada ise %53,5 oranında OSDT pozitifliği bulunmuştur(75).

Malig niteler: Hematolojik sistem malignansileri, paraproteinemiler, akciğer ve renal hücreli karsinom gibi çeşitli solid organ karsinomları KÜ ile birlikteliği bildirilmiştir. Ancak malig nitelerin ürtikerdeki etiyolojik rolü kanıtlanamamıştır(35).

Diğerleri: Çayır polenleri, maya sporları, ev tozu akarları, sigara, ortopedik ve dental implant ve protezler ve amalgam diş dolgusunun KSÜ'yü tetiklediği ve/veya alevlendirdiği bildirilmiştir. Psikolojik stres, depresyon ve anksiyete ürtiker etiyolojisinde özellikle de akut atakların tetiklenmesinde ve alevlenmesinde rol oynayabilir(36,37).

2.1.5.Patogenez

Ürtiker mast hücre aracılı bir hastalıktır ancak mast hücre aktivasyonuna yol açan sinyaller çeşitlilik gösterir ve net olarak ortaya konulamamıştır. Uyarım sonucu mast hücresi tarafından salınan histamin ve trombosit aktive edici faktör gibi mediyatörler ve sitokinler duyu sal sinir aktivasyonu, vazodilatasyon ve plazma ekstrasvazasyonu ile ürtiker lezyonlarına yol açar(1,38).

Mast hücrelerinin aktive olmasıyla salınan moleküllere cevaben vasküler dilatasyon sonucu cilt altına sıvı ekstrasvazasyonu olur. Ürtiker üst ve orta dermisin ödemi iken, anjiyoödemde benzer değişiklikler alt dermis ve subkutan dokuda meydana gelir(1).

Ayrıca bulguların oluşmasında prostaglandin D, lökotrien C ve D, kompleman sistem elemanları(C3a, 4a, 5a), bradikinin gibi kemokinler rol oynamaktadır. IgE aracılı olmayan ve daha çok kronik ürtikerde etkili olan diğer bir mekanizma ise histamin salgılatıcı etmenlerin mononükleer hücrelerden salgılanmasına bağlıdır. Bu etmenler arasında monosit kemotaktik peptit-1, RANTES, makrofaj enflamasyon peptit(MIP-1) yer almaktadır. Bu yol ile kronik evrede bazofil, eozinofil ve T lenfositlerin deride toplanması

gerçekleşmektedir. Kronik ürtikerli bazı olgularda kan bazofil sayısında azalma saptanmış ve bunun hastalığın etkinliği ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır(1,912,39,40). Son yıllarda otoimmün etiolojide önemli rol oynayan Th17 hücreleri ve IL-17 sitokin ailesi ile Treg hücreler de KÜ etiolojisinde araştırılmaktadır(41).

KÜ immünpatogenezi kısaca şöyle özetlenebilir: Yüksek afiniteli IgE reseptörü (FcεRI) veya IgE'ye karşı oluşan fonksiyonel antikorlar damar içinde bazofil, dokuda mast hücreleri tarafından histamin salınımına yol açar. Aktif mast hücresi ve bazofiller birçok enflamatuvar mediyatör, kemokin ve sitokin salar. Aynı zamanda düşük afiniteli (FcεRII) reseptöre bağlanan antikorlar ile aktifleşen eozinofiller doku faktörü aracılığı ile koagülasyon yolağını başlatır. Trombinin ortaya çıkışı ile vazodilatasyon, vasküler permeabilitede artış ve doğrudan mast hücre degranülasyonu görülür. Deride birbirlerine yakın olarak konumlanan aktif T hücre-mast hücre teması, multifonksiyonel sitokin ve kemokin salınımı ile mast hücre aktivasyonuna katkıda bulunur(18).

2.1.6.Tanı

Kronik ürtikerde tanısal yaklaşımın üç ana amacı vardır:

1. Alevlenme tetikleyicilerini veya olası etyolojileri belirlemek
2. Ayırıcı tanıları dışlamak
3. Hastalık aktivitesini, etkisini ve kontrolünü değerlendirmek(1).

2.1.6.1.Öykü ve fizik muayene: Ürtiker olgularında ayrıntılı öykü önem taşımaktadır. Diğer tetkikler hastanın öyküsüne göre yapılmalıdır. Öyküde şu noktalara dikkat edilmelidir:

1. Bulguların başlangıç zamanı,
2. Ürtiker plaklarının şekli, büyüklüğü,sıklığı, gün içindeki değişkenliği, dağılımı,
3. Anjiyoödem varlığı,
4. Tetikleyici etmenlerin (soğuk, sıcak, basınç, titreşim, güneş, stres, su) varlığı,
4. Ailesel yatkınlık (ürtiker ve anjiyoödem ile aile öyküsü)

5. Önceki veya mevcut alerjiler, enfeksiyonlar
6. Sindirim sistemi ile ilgili sorunlar (gastrit, ülser, dispepsi),
7. Sistemik hastalıklar (ateş, artralji, karın ağrısı, ishal ve dizüri),
8. İlaç kullanımı (NSAİİ, antibiyotikler, ACE inhibitörleri),
9. Beslenme ile ilişki
10. Sosyal hayat ve boş zaman etkinlikleri ile ilişkisi,
11. İş günleri , haftasonları, seyahat ve menstrüel döngü ile ilişkisi,
12. Hareket ve stres ile ilişkisi,

Önceden uygulanan tedavilere verilen yanıt ve tedavi süresi ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır.

Sonraki basamak hastanın fizik muayenesidir. AÜ’de herhangi bir rutin tanısal tetkikin yapılması gerekli değildir. KÜ’de hasta öyküsüne göre sınırlı sayıda tetkik istenir. Öncelikle ürtiker alt tipi belirlenmelidir. Uyarılabilir ürtikerler için yapılabilecek provakasyon testleri de tabloda belirtilmiştir (tablo 4).

Tablo 4. Sık görülen ürtiker alt tipleri için önerilen tanı testleri(1).

Ürtiker tipi	Ürtiker alt tipi	Önerilen tanı testleri	Genişletilmiş tanı testleri (şüphe durumunda ve öyküye dayalı) Altta yatan nedenlerin belirlenmesi/faktörlerin ortaya çıkarılması ve olası ayırıcı tanıları dışlamak için
Spontan ürtiker	Akut spontan ürtiker	Test yok	Test yok (kuvvetli şüphe olmadıkça)
	Kronik spontan ürtiker	Tam kan sayımı, ESH, CRP	- Şüpheli ilaçların kesilmesi - Enfeksiyon hastalıkları için test (Örn: H. pilori) - Tiroid hormon ve otoantikorları - Uyarılabilir ürtikerler için testler ve deri testleri - Üç hafta süre ile psödoallerjensiz diyet - Otolog serum deri testi - Triptaz - Lezyonel deri biyopsisi
İndüklenebilir ürtiker	Soğuk ürtikeri	Soğuk provokasyonu ve eşik testi (Buz küp testi, soğuk su, soğuk hava)	Tam kan sayımı, ESH, CRP, diğer hastalıkların; özellikle enfeksiyonların dışlanması
	Geç basınç ürtikeri	Basınç testi (0.2-1.5 kg/cm2,10-20 dk)	Test yok
	Sıcak ürtikeri	Sıcak provokasyonu ve eşik testi (sıcak su)	Test yok
	Solar ürtiker	UV ve değişik dalga boylarında görünür ışık	Diğer ışık kaynaklı dermatozların dışlanması
	Semptomatik dermografizm	Derinin sert bir cisimle çizilmesi	Tam kan sayımı, ESH, CRP
	Titreşim anjiyoödem	Vorteks ile test	Test yok
	Akuajenik ürtiker	Vücut sıcaklığında ıslak elbise, 20 dk	Test yok
	Kolinerjik ürtiker	Egzersiz ve sıcak duş provokasyonu	Test yok
	Temas ürtikeri	Prik/Yama testi (lateks)	Test yok

2.1.6.2. Ayırıcı Tanı : Ürtikerin ayırıcı tanısında ürtiker ve AÖ ile seyreden diğer hastalıklar düşünülmelidir. Öncelikli düşünülmesi gereken hastalıklara dikkat edilmelidir:

Ürtikeryal vaskülit: İlk ayırt edilmesi gereken hastalıklardandır. Ürtikeryal vaskülitte lezyonlar 24 saatten daha uzun sürer ve iyileşirken yerlerinde purpura veya pigmentasyon bırakırlar. Hastalarda ateş, artralji, artrit, sedimantasyon artışı, hipokomplementemi, dolaşan immün kompleksler bulunabilir. Histopatolojide lökositoklastik vaskülit bulguları görülür. Ürtiker sadece AÖ ile seyrediyor, beraberinde karın ağrıları da eşlik ediyorsa mutlaka hereditör veya kazanılmış AÖ dışlanmalıdır.

Otoenflamatuvar hastalıklar: Ürtikerin ayırıcı tanısında düşünülecek diğer önemli bir grup hastalıktır. Otoenflamatuvar hastalıkları düşündüren bulgular şu şekilde sıralanır;

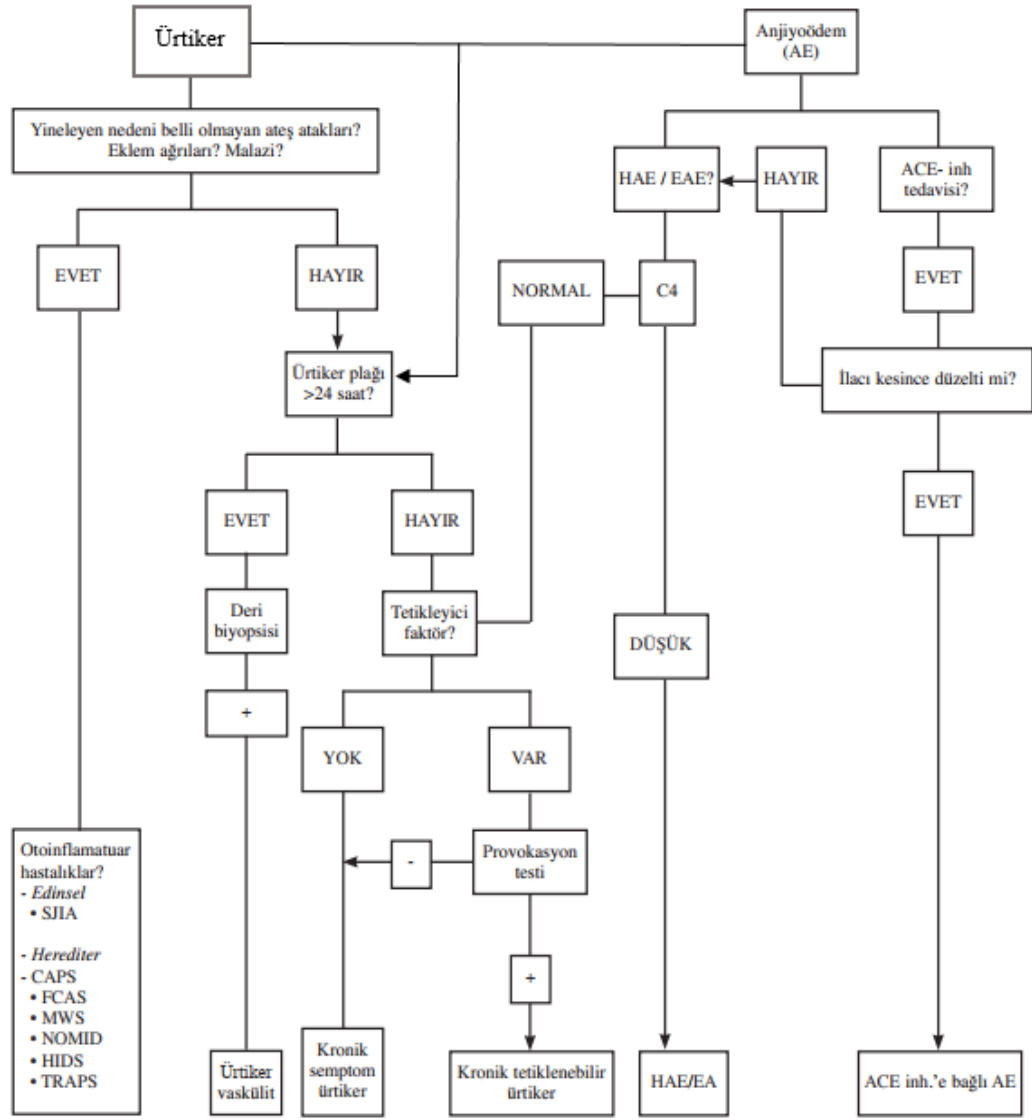
-Yirmi dört saate kadar süren ürtikeryal ve/veya makülopapüler döküntüler (kaşıntılı/kaşıntısız),

- Yirmi yaş öncesi başlangıç,
- Ateş, eklem ağrısı, halsizlik gibi sistemik semptomlar,
- Histopatolojide nötrofil baskınlığı,
- Sistemik amiloidoz eğilimi (42)

Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken diğer hastalıklar tablo 5’te özetlenmiştir. Ürtikerde tanısal algoritma şekil 1’de gösterilmektedir.

Tablo 5. Ürtiker ayırıcı tanısı (15).

1. Dermatolojik hastalıklar
a) Ürtikeryal vaskülit
b) Herediter/kazanılmış anjiyoödem ve bradikinin aracılı diğer anjiyoödem tabloları
c) Mastositozlar
d) Hipereozinofilik sendrom
e) Figüre eritemler
f) Büllöz pemfigoid/Herpes gestasyones
g) Eritema multiforme - Anafilaksi
h) Kutanöz ve sistemik lupus eritematozus
i) Dermatitis herpetiformis
j) Böcek ısırıkları
k) Polimorf ışık erüpsiyonu
l) Wells sendromu
m) Otoimmün progesteron dermatiti
n) PUPPP
2. Oto-enflamatuvar hastalıklar grubunda bulunan ürtikeryal sendromlar
a) Kalıtsal
- Ailevi Akdeniz ateşi
- Hiper IgD sendromu
- TRAPS
- Kriyopirinopatiler
- FCAS
- Muckle-Wells sendromu
- NOMID
b) Edinsel
- Schnitzler sendromu
3. Sitokinlerle ilişkili anjiyoödem sendromları
a) Eozinofilili epizodik anjiyoödem (Gleich sendromu)
b) Eozinofilili epizodik olmayan anjiyoödem
c) NERDS
a) İdiyopatik kapiller sızıntı sendromu (Clarkson sendromu)
IgD: İmmünoglobulin D, PUPPP: Gebeliğin polimorfik erüpsiyonu, TRAPS: Tümör nekroz faktörü reseptörü ile ilişkili periyodik sendrom, FCAS: Ailevi soğuk otoenflamatuvar sendrom, NOMID: Yenidoğan başlangıçlı multi sistem enflamatuvar hastalık, NERDS: Nodüller, eozinofili, romatizma, dermatit, şişme



Şekil 1. Ürtikerde tanısal algoritma (1).

sJIA: sistemik başlangıçlı juvenilidyopatikartrit; MWS: Muckle-Wells sendromu; HIDS: Hiper-IgD sendromu; HAE: Hereditör anjiyoödem; EAE: Edinsel anjiyoödem; ACE-inh: Angiotensin converting enzim inhibitörü

Ürtiker nedenleri için yoğun ve masraflı genel tarama programları uygulanması şiddetle önerilmemektedir. Ürtiker hastalarının laboratuvar testleri klinik tabloya ve hikayedeki ipuçlarına göre planlanmalıdır. Kronik uyarılabilir ürtiker şüphesi olan hastalarda provokasyon testlerinin kullanılması önerilmektedir. Altta yatan nedenlerin tanısında maligniteler için rutin tarama önerilmemektedir(1).

Otolog serum testi: Günümüzde, IgE veya FcγR1'e (yüksek afiniteli IgE reseptörü) karşı otoantikorların taranması için genellikle sadece mevcut olan testler; OSDT ve bazofil aktivasyon testleridir(BAT). OSDT, sadece histamin salgılayan otoantikorları değil, her türlü serum histamin salgılayan faktörlerin varlığını değerlendiren spesifik olmayan bir tarama testidir(41).

Bazofil aktivasyon testi: KSÜ hastalarının, stimülasyona yanıt olarak bazofillerinin histamin salınımını veya regülasyonunu değerlendirir. BAT, hastalık aktivitesinin değerlendirilmesine ve otoimmün ürtiker hastalarının teşhis edilmesine yardımcı olabilir. Ayrıca, BAT, siklosporin A veya omalizumab'a cevap verebilirlik için bir işaretleyici olarak kullanılabilir(40,43).

Aktif KSÜ'lü bazı hastalarda, bazopeni ve kan bazofillerinin, anti-IgE'ye, bastırılmış IgE reseptörü aracılı histamin salgıladığı gösterilmiştir. KSÜ remisyonu, kan bazofil sayısındaki artış ve IgE reseptörünün tetiklediği histamin yanıtı ile ilişkilidir. Kan bazofil sayısındaki artış, anti-IgE tedavisi sırasında da gözlenir. Ancak bu bulgunun gelecekteki araştırmalarda incelenmesi gerekmekte ve tanıda kullanılması önerilmemektedir(44). Ayrıca, aktif KSÜ'lü hastalarda D-dimer seviyelerinin anlamlı derecede yüksek olduğu ve hastalığın omalizumab'a verdiği klinik cevaba göre azaldığı bilinmektedir. Bu bulgunun klinik geçerliliği henüz net değildir ve D-dimer seviyesinin ölçülmesi önerilmemektedir(45).

2.1.6.3. Hastalık Aktivitesi ve Kontrolünün Değerlendirilmesi : Hastalık aktivitesinin (UAS), yaşam kalitesinin (CU-Q2oL, AE-QoL) ve hastalık kontrolünün(ÜKT) temel değerlendirmesi, hastanın hastalık yüküne daha iyi bir bakış açısı sağlamanın yanı sıra tedavi kararlarını yönlendirmek için de klinik açıdan önem arz etmektedir(1).

2.1.6.3.1. Hastalık Aktivitesinin Değerlendirilmesi

Hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde temel olarak Ürtiker Aktivite Skoru (ÜAS7) kullanılır(tablo6). Ürtikerin belirti ve semptomlarının (kabarıklık sayısı ve kaşıntı şiddeti) hasta tarafından değerlendirilmesine dayanılarak yapıldığından dolayı önemli bir araçtır. Ürtiker aktivitesi sıklıkla değiştiğinden, genel hastalık aktivitesi , hastaların günde bir kez son 24 saati içeren kişisel değerlendirme puanlarını kaydetmeleri ile ölçülür. Her bir semptomun değerlendirme puanı 0 ile 3 arasında olup günlük toplam puan 0 ile 6 arasında değişiklik gösterir. Art arda kaydedilen 7 günlük toplam puan, hastalık aktivitesini ve tedaviye yanıtı belirler. Yüksek değerler daha yüksek hastalık aktivitesini göstermektedir(46).

Tablo 6. Ürtiker Aktivite Skoru (1).

Skor	Ürtiker plakları	Kaşıntı
0	Yok	Yok
1	Hafif(< 20 adet/24 saat)	Hafif (mevcut ancak rahatsız etmez)
2	Orta (20-50 adet/24 saat)	Orta (rahatsızlık verir ancak günlük aktivitesini ve uykuyu engellemez)
3	Şiddetli (>50 adet/24saat veya çok geniş alanlarda ürtiker)	Şiddetli (günlük aktiviteyi ve uykuyu etkiler)

2.1.6.3.2. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Hastalık aktivitesine ve kontrolüne ek olarak, hastalığın yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini değerlendirmek önemlidir. Uluslararası kılavuzlar ürtikerli hastalarda yaşam kalitesindeki bozulmayı değerlendirmek için sağlığa dayalı yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanılmasını önermektedirler(1).

CU-QoL (kronik ürtiker yaşam kalitesi anketi), KÜ'in son iki haftada hastalar üzerindeki fiziksel, psikososyal ve gündelik etkilerini değerlendirmek üzere geliştirilmiş

ve Türkçe geçerliliği kanıtlanmış olan bir ölçektir(47,48). AÖ için geliştirilmiş olan AE-QoL (anjioödem yaşam kalite anketi) de bulunmaktadır(50).

Çocuklarda KÜ yaşam kalitesini değerlendirmek için geliştirilmiş mevcut bir test yoktur; ancak tüm dermatolojik hastalıklarda yaşam kalitesini ölçmek için kullanılabilen CDLQI (çocuk dermatoloji yaşam kalite indeksi), KÜ'li hastalarda yaşam kalitesini değerlendirmek için kullanılabilir(49).

2.1.6.3.3. Ürtiker kontrolünün değerlendirilmesi

Ürtiker Kontrol Testi (ÜKT) hastaların hastalık durumunun değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. ÜKT, tüm KÜ formlarında hastalık kontrol seviyesini belirlemek için geliştirilmiş ve onaylanmıştır. ÜKT, son 4 haftanın değerlendirildiği 4 basit sorudan oluşur. Her bir sorunun cevap seçenekleri 0 ile 4 arasında puanlanmıştır. 11 veya daha az puan kötü kontrollü ürtiker, 12 ya da daha yüksek puan iyi kontrol edilen hastalığı gösterir. Bu da tedavi kararlarını yönlendirmeye yardımcı olur. ÜKT'nin kronik ürtikerli hastalarda sadece ÜAS ile değil, aynı zamanda HR-QoL bozukluğu ile güçlü bir şekilde korele olduğu gösterilmiştir. Ancak ÜKT tarafından elde edilen bilgiler çok ayrıntılı değildir. Mevcut anda hangi semptomların tam olarak ortaya çıktığını ve hangi yaşam kalitesi alanlarının bozulmakta olduğunu tam olarak göstermez ve bu nedenle bu bilgiyi sağlamak için uygun bir araç değildir(51).

2.1.7.Tedavi

Tedavide amaç semptomların giderilmesi ve ürtikerin tam kontrolünün sağlanmasıdır. Tedavi prensipleri şu temel prensiplere dayanır:

- Altta yatan nedenin belirlenmesi ve ortadan kaldırılması,
- Tetikleyici faktörlerden korunma,
- Tolerans geliştirme

Mast hücrelerinden mediatör salınımı ya da salınan mediatörlerin etkisinin azaltılmasını amaçlayan semptomatik farmakolojik tedavinin uygulanmasıdır. Gerekliği

kadar ve mümkün olduğunca az tedavi hedeflenmelidir. Hastalığın seyrine göre, gerektiğinde verilen tedavi artırılıp gerek yok ise azaltılabilir(1).

2.1.7.1.Eğitim ve Destek

Hekimin tedavi yaklaşımının ilk basamağını hastaya iyileşinceye kadar destek olunacağını ifade edilmesi ve hastanın hekime güven duymasının sağlanması oluşturur. Ayrıca hastayı sözlü ve yazılı olarak kronik hastalığı ile ilgili bilgilendirmek, günlük yaşamında sakınması/dikkat etmesi gereken etmenler ile ilgili uyarıda bulunmak gereklidir(52).

2.1.7.2. Tetikleyici faktörlerden kaçınılması

Ürtikeri tetikleyebilecek ya da alevlendirebilecek etmenlerden sakınılması tüm ürtiker hastalarına önerilmelidir.

a) İlaçlar

Sakınılması gereken ilaçların başında aspirin ve diğer NSAİİ gelir. ACE inhibitörleri, kodein ve morfin gibi narkotikler ürtikeri tetikleyebileceğinden önerilmez(18).

b) Fiziksel tetikleyiciler

Vücut ısısında artış ürtikeri indükleyebileceğinden yoğun egzersizden ve yüksek ortam ısısısından kaçınılmalıdır. Dermografik ürtikerde hafif giysiler giyilmeli, keselenme ve kuvvetli kurulanma yasak olmalıdır. Soğuk ürtikerde serin esen rüzgara karşı önlem alınmalıdır. Güneş ürtikeri için, güneşten koruyucuların uygun seçimi önemlidir(1).

c) Enfeksiyon ajanları ve enflamatuvar süreçler

Helicobacter pylori, barsak parazitleri ve intestinal kandidiyazis KSÜ ile ilişkili bulunmuştur; bu nedenle eradike edilmelidir. Kronik enflamatuvar süreçlerden özellikle gastrit, reflü özofajit, safra kanalı veya safra kesesinin iltihaplanmasının potansiyel olarak KSÜ tetiklediği tespit edilmiştir(53).

d) Stres

Fiziksel ve emosyonel aşırı yorgunluk durumlarında ve stres ile hastalık aktivitesinde artış olabileceğinden hastanın farkında olduğu ve kaçınabileceği stresli ortamlardan uzak durması önerilir(54).

e) Fonksiyonel otoantikörlerin azaltılması.

Plazmaferez ile fonksiyonel otoantikörlerin doğrudan azalmasının, bazı, ciddi şekilde etkilenen hastalarda geçici yararı olduğu gösterilmiştir (89). Sınırlı tecrübe ve yüksek maliyetler nedeniyle, bu terapi diğer tüm tedavi biçimlerine yanıt vermeyen otoantikörpozitif KSÜ hastaları için önerilmektedir(55).

f) Diyet

Ürtikerde IgE aracılı gıda allerjisi nadiren gözlenmektedir. IgE aracılı ürtikerde sorumlu gıdanın diyetten elimine edilmesi halinde lezyonlar 24 saatten az süre içinde kaybolmaktadır. Psödoallerjenlerin etken olduğu olgularda ise 4 haftalık bir eliminasyon diyeti önerilir, aynı zamanda düşük histamin diyeti bu hastalarda semptomları iyileştirebilir. Yararları tartışılmakla birlikte faydalı etkiler gözlenmeden önce en az 2-3 hafta beklenmelidir(30).

g) Tolerans gelişimi

Tolerans geliştirilmesi genellikle soğuk ürtikeri, kolinerjik ürtiker ve solar ürtiker gibi sınırlı ürtiker alt tiplerinde denenmiştir. Tolerans etkisi çoğunlukla birkaç günle sınırlıdır ve uygulamadaki zorluklar nedeni ile genellikle hastalar tarafından kabul edilmez(1).

2.1.7.4.Farmakolojik tedavi

Farmakolojik tedavinin temel prensibi, semptomların tamamen giderilmesi ve mümkün olduğunca az ve gerektiği kadar tedavi uygulanmasıdır.Bu nedenle ilacın kapsamı ve seçimi hastalığın seyri boyunca değişebilir.

2.1.7.4.1. Antihistaminikler

Ürtikerde medikal tedavinin temel basamağı histamin ve trombosit aktive edici faktör gibi mast hücre mediatörlerinin hedef organlar üzerindeki etkisini azaltmaktır. Ürtiker belirtilerinin oluşumunda asıl rolü, endotel hücreleri (kabarıklık) ve duyuşal sinirler (kaşıntı) üzerinde bulunan H1 reseptörlere bağlanarak etki eden histamin oynamaktadır. Bu nedenle, H1-antihistaminikler ile sürekli tedavi, ürtiker tedavisinde belirgin bir öneme sahiptir.

İkinci kuşak H1 antihistaminlerin uzun dönem güvenlik profilleri daha iyi olduğundan ürtiker tedavisinde ilk seçenek olarak önerilmektedir. Birinci kuşak H1-antihistaminler sedasyon etkilerinin yüksek olması ve psikomotor yeti azalmasına yol açması nedeni ile kullanılmamalıdır(56,57). İkinci kuşak H1 antihistaminlerin etkisi 24 saat devam etmektedir. Ayrıca antihistamin etkilerinin yanı sıra anti-eşlamatuvar etkileri ile ürtiker patogeneğinde rol oynayan diğler sitokinleri de baskırlar. Bu gruptan setirizin, levosetirizin, loratadin, desloratadin, akrivastin, rupatadin ve ebastin ülkemizde bulunmaktadır. İkinci kuşak H1 antihistaminler, H1 reseptörlerine yüksek oranda özgülük göstermeleri ve düşük lipofilik özellikleri nedeniyle, daha az oranda kolinerjik, alfa-adrenerjik veya serotoninergik reseptörlere bağlanmakta ve merkezi sinir sistemine daha düşük oranda geçmektedirler. Bu açıdan antikolinerjik ve sedatif etkileri de daha az oranda görölmektedir(57,58). Bu grupta sedasyon yapma ihtimali en düşük olan feksofenadin, en yüksek olanlar ise setirizin ve levosetirizindir. İlaç etkileşimleri minimaldir(59,60).

Birinci kuşak H1 antihistaminler H1 reseptörlerine non-spesifik olarak bağlandığı için çoğu kolinerjik, alfa-adrenerjik ve serotoninergik reseptörleri de bloke edebilmekte; düşük molekül ağırlıkları ve lipofilik özellikleri nedeniyle kan-beyin bariyerini kolayca geçerek beyindeki H1 reseptörlerine bağlanmaları sonucunda, 12 saatten daha uzun sürebilen sedasyon, sensorimotor ve psikomotor işlevlerde bozukluk gibi yan etkilere yol açabilmektedirler. Ayrıca, bu ilaçların uyku hızlı göz hareketleri dönemini ve öğrenme

performansını etkilediği de bildirilmiştir(57,60,61). Birinci kuşak H1 antihistaminler analjezikler, hipnotikler, sedatifler ve alkolle etkileşime girebilirler. Çocuklarda önerilen ve ülkemizde onaylanmış antihistaminikler ve dozları tablo 7’ de verilmiştir(18).

Tablo 7. Ülkemizde bulunan pediatrik antihistaminikler ve dozları(18)

İkinci kuşak antihistaminikler ve dozları			
Setirizin	Şurup/ damla	2-12 yaş arası: 5 mg/gün	12 yaş ve üzeri: 10 mg/gün
Loratadin	Şurup	2-12 yaş arası: 5 mg/gün	12 yaş ve üzeri: 10 mg/gün
Levosetirizin	Şurup/ damla	2-6 yaş arası: 2x1,25 mg	6 yaş üzeri: 5 mg/gün
Desloratadin	Şurup	6-11 ay arası: 1 mg/gün 1-5 yaş arası: 1,25 mg/gün	6-11 yaş arası: 2,5 mg/gün 12 yaş ve üzeri: 5 mg/gün
Feksofenadin	Şurup	6 ay-2 yaş arası: 2x15 mg/gün	2-11 yaş arası: 2x30 mg/gün 12 yaş ve üzeri: 120-180 mg/gün
Rupatadin	Tablet	12 yaş ve üzeri: 10 mg/gün	

2.1.7.4.2. Antihistaminiklere Dirençli Hastalar İçin İleri Tedavi

a) Biyolojik Ajanlar

Anti-IgE antikoru omalizumab’ın KSÜ tedavisinde çok etkili ve güvenli olduğu gösterilmiştir(62). Aynı zamanda KİÜ tedavisinde de etkili olduğu bildirilmiştir. KSÜ’de, belirgin bir şekilde yaşam kalitesini artırır, anjiyoödem gelişimini önler(63). Omalizumab, 6 yaşın üzerindeki çocuklarda serum IgE’den bağımsız olarak ayda 150 - 300 mg dozunda kullanılabilir(64).

b) İmmün Düzenleyici Tedaviler

Siklosporin A, mast hücrelere direkt etki ile mediatör salınımını baskılamaktadır. Kronik ürtiker tedavisinde etkinliği gösterilmiştir ancak kullanımı endikasyon dışıdır. Yan etki potansiyelinden ötürü sadece antihistamin ve omalizumab kombinasyonuna dirençli ağır hastalığı olan hastalarda tavsiye edilir. Bununla birlikte, siklosporin A, uzun süreli steroid kullanımına kıyasla çok daha iyi bir risk / fayda oranına sahiptir(65).

c) Lökotrien Reseptör Antagonistleri

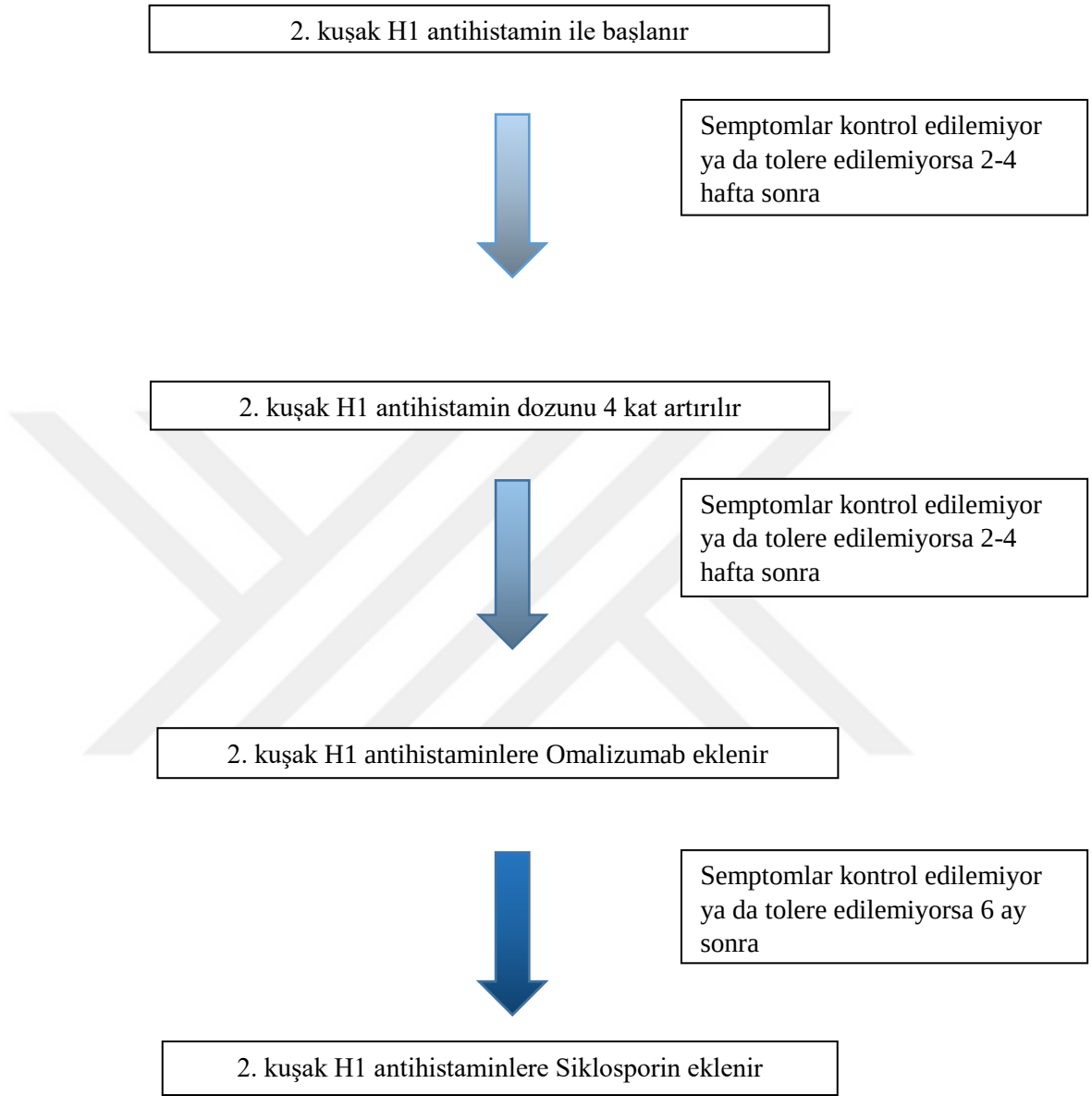
Lökotrien reseptör antagonistlerinin, KSÜ tedavisinde etkinliği bazı çalışmalarda gösterilmiştir. Çalışmaya alınan popülasyonlarda farklılıklar olması, örneğin sadece aspirin ve gıda katkı maddesi intoleransı olan hastaların dahil edilmesi veya OSDT-pozitif hastaların hariç tutulması sebebiyle araştırmaların karşılaştırılması zordur. Genel olarak kronik ürtikerdeki lökotrien reseptör antagonistlerinin etkinliği ile ilgili kanıt düzeyi montelukast dışında düşüktür. Avrupa Allerji ve Klinik İmmünoloji Akademisi ve Dünya Allerji Organizasyonu EAACI/GA²LEN/EDF/WAO 2018 rehberinde, H1-antihistaminiklere yanıt vermeyen kronik ürtikerli hastalarda H1-antihistaminiklere ek tedavi olarak montelukast ile ilgili öneride bulunmamaktadır (1).

d) Kortikosteroidler

Topikal kortikosteroidler birçok alerjik hastalıkta sıklıkla ve başarılı bir şekilde kullanılmaktadır, ancak ürtikerde topikal steroidler yardımcı olmamaktadır. Sistemik steroidlerin uzun dönem yan etkileri olması nedeni ile akut alevlenme dönemlerinde maksimum 10 gün olacak şekilde kullanılması uygundur(18).

e) Diğer tedaviler:

Sülfasalazin, dapson, hidroksiklorokin, kolşisin, metotreksat, interferon, TNF- α blokerleri, antikoagülan tedavi, H1 antihistamin ilaçlara H2-bloker ilaçların eklenmesi, fototerapi, plazmaferez, , intravenöz immünglobulin (İVİG) tedavileri kronik ürtikerde kullanılmış fakat kanıt düzeyi düşük ve yeterli veri olmayan, vaka bazında etkisi gösterilmiş tedavi yöntemleridir(66).



Şekil 2. Ürtikerde önerilen tedavi algoritması(1)

Standart dozda ikinci kuşak H1 antihistaminik ile tedaviye başlanır. Tedaviye yanıt alınamaması durumunda ikinci basamak tedavide antihistamin dozları hastanın yaş ve kilosu dikkate alınarak 4 katına kadar çıkılabilir. Hastaların büyük bir kısmında semptomları kontrol altına alırken, geri kalan yanıt vermeyen hastalar için alternatif tedavilere ihtiyaç duyulur. Alternatif bir tedaviye geçmeden önce, tam etkililiğe izin vermek için 1-4 hafta beklenmesi önerilir.

Yüksek maliyetlerinden dolayı kısıtlamaları olan omalizumab ve siklosporin A dışında, modern 2. nesil H1-antihistaminlerin lökotrien reseptör antagonistleri ile kombinasyonları gibi alternatif tedavi yöntemlerinin çoğu, düşük kanıt düzeylerine sahip klinik deneylere dayanmaktadır. Kanıt seviyesine dayanarak önerilen üçüncü ve dördüncü basamak tedavi seçenekleri sınırlıdır. Üçüncü basamak tedavide omalizumab, dördüncü basamak tedavide de siklosporin ikinci kuşak H1 anhistaminlere eklenebilir. Kısa süreli kullanmak koşulu ile kortikosteroidler önerilebilir(şekil 2).

2.2. ÜRTİKER VE YAŞAM KALİTESİ

KÜ, yaşam kalitesine olumsuz etki eden dermal ödem ve vazodilatasyona bağlı deri kabarıklıklarının görüldüğü kaşıntılı dermatolojik bir hastalıktır. Hastaların sosyal yaşamını, arkadaş ilişkilerini etkilemekte; uyku bozukluğuna sebep olmakta, okul hayatı ve tatil aktivitelerinde kısıtlılığa yol açmaktadır(4).

Kaşıntıya veya antihistaminiklerin yan etkilerine bağlı uykusuzluk ve yorgunluğun yaşam kalitesini etkilediği birçok çalışmada gösterilmiştir(67,68,69). KÜ'li hastalarda depresyon, histeri, hipokondri ve travma sonrası stres bozukluğu gibi psikiyatrik bozuklukların prevalansı yüksektir(70).

Çocukluk çağında kronik ürtikerde yaşam kalitesini değerlendirmek için özgün bir test yoktur ve yapılan çalışmalar çok kısıtlıdır.

2.2.1. Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (CDLQI)

Finlay ve Lewis-Jones tarafından 1993 yılında hazırlanan indeksin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Didar Balcı ve ark. tarafından yapılmıştır(49). CDLQI, son bir haftayı değerlendiren, toplam on sorudan oluşan, dörtlü Likert skalası ile yanıtlanan, 4-16 yaş arası çocuklarda kullanılabilen bir ölçektir(71). CDLQI, çocuk tarafından gerektiğinde ebeveynler tarafından verilen yardımla birlikte tek başına tamamlanabilir. CDLQI, semptom ve duygu, boş zaman, okul veya tatil, kişisel ilişki, uyku ve tedaviden oluşan günlük aktivitelerin altı alanını kapsar. Her sorunun dört cevap seçeneği vardır. Cevaba göre 0, 1, 2 veya 3 puan alır. İndeks minimum 0, maksimum 30 puan alabilir.

Yüksek skorlar yaşam kalitesindeki olumsuz etkilenmenin daha şiddetli olduğunu göstermektedir (tablo 8)(72).

Tablo 8. Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi puanının yorumlanması(72)

CDLQI seviye	Puan	Yaşam kalitesi ne kadar etkilenmiş
0	0-1	Hiç etkilenmemiş
1	2-6	Az etkilenmiş
2	7-12	Orta derecede etkilenmiş
3	13-18	Çok etkilenmiş
4	19-30	Çok fazla etkilenmiş

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamızda kronik ürtiker tanısı ile takip edilen çocuk hastaların yaşam kalitesinin nasıl etkilendiği incelenmiştir. Ayrıca yaşam kalitesine etki edebilecek faktörlerin araştırılması, hastalığın psikososyal etkileri akılda tutularak yaşam kalitesini artırmaya katkı sağlayacak yöntemlerin bulunması amaçlanmıştır. Çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırma Kurulu tarafından 22.05.2017 tarihinde onaylanmıştır (Karar No:2017-043).

3.1. HASTA SEÇİMİ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alerji Poliklinik'lerinde kronik ürtiker tanısı almış ve halen şikayetleri devam eden 4-16 yaş arasındaki 47 hasta dahil edilmiştir.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- Fizik bakı ve öykü ile kanıtlanmış kronik ürtiker hastası olmak
- Bilgilendirilmiş onam formunun tarafından imzalanmış olması
- Hastanın 4-16 yaş arasında olması

Çalışma Dışı Tutulma Kriterleri:

- Kronik ürtiker tanısı ile izlenmiş ancak remisyona girmiş olmak
- Hastanın 4 yaşından küçük ve 18 yaşından büyük olması
- Yaşam kalitesini etkileyebilecek ek kronik hastalığa sahip olmak

3.2. ÇALIŞMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER/FORMLAR VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Kronik ürtiker ile takipli hastanın doldurduğu ölçekler aşağıdaki gibidir:

- Bilgilendirme ve Onam Formu (Ek-1)
- Kronik Ürtiker Öykü Formu (Ek-2)
- Ürtiker Aktivite Skoru (ÜAS) (Ek-3)
- Kronik Ürtikerde Yaşam Kalitesine Etki Edebilecek Faktörlerin Değerlendirilmesi (Ek-4)
- Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (Ek-5)

Çalışmaya katılan hasta ve ailelerine verildi bilgi verildi, ebeveynler onam formunu imzaladı.

Çalışmaya katılan hastaların, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, atopi, allerjik hastalık ve anjioödem varlığı, tetikleyici faktörleri, ailede alerjik veya otoimmün hastalık varlığı, anne-baba eğitim durumu, gelir düzeyi, evde yaşayan birey sayısı, evin ısınma durumu, laboratuvar testleri, ailelerin doktor tarafından bilgilendirilme durumu, yaşam kalitesini artırmaya yönelik önerilen çözümlere bakış açısı değerlendirildi.

Çalışmamızda son bir haftadaki durumun bir kerede sorularak kaydedilen ÜAS değeri kullanıldı. ÜAS ≥ 4 olan hastalar, hastalık şiddeti ağır; ÜAS < 4 olan hastalar, hastalık şiddeti hafif olarak kabul edildi.

Çalışmamızda, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Doç. Dr. Didem Didar BALCI tarafından yapılan CDLQI ölçeği (4-16 yaş) kullanılabilmesi için kendisinden özel izin alındı. Yaşam kalitesi skoru < 6 olan hastalar yaşam kalitesi az ya da hiç etkilenmemiş; yaşam kalitesi skoru ≥ 6 olan hastalar yaşam kalitesi orta düzey ve üzerinde etkilenmiş olarak kabul edildi. Yaşam kalitesi etkilenim derecesi ve etkilenen alanlar bu ölçek kullanılarak belirlendi. Hastaların CDLQI cevaplarına göre her bir soru için oldukça fazla ve çok fazla cevabını veren hastalar, hastalık nedeni ile o durumdan etkilenmiş kabul edildi.

Kronik  rtikerde yaşam kalitesine etki edebilecek faktörlerin değerlendirilmesi ve yaşam kalitesini artırabilecek     mleri değerlendirmek için tamamı kapalı uçlu ve çoktan seçmeli toplam 11 sorudan oluşan bir anket formu hazırlandı ve uygulandı.

3.3. LABORATUAR BULGULARI VE TESTLER

Laboratuvar testleri olarak tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, sedimentasyon, tam idrar analizi, serum total IgE düzeyi, besin ve inhalan spesifik IgE düzeyleri, besin ve inhalan deri testleri, otolog serum deri testi, anti-nükleer antikor (ANA), tiroid fonksiyon testleri, anti-tiroglobulin ve antiroid peroksidaz otoantikoru, hepatit serolojisi, gaytada parazit, gaytada *Helikobakter pylori* antijeni, boğaz ve idrar kültürü tetkikleri gibi hastaların  y   ve fizik muayene bulgularına göre gerekli görülerek istenmiş olan test sonuçları kaydedildi.

3.3.1. Spesifik IgE , WBC ve Eosinofil yüzdesi

Hastaların başvuru anında bakılmış olan Spesifik IgE düzeyleri Siemens Immulite 2000  cihazı IMMULITE tekniği ile kU/L cinsinden ölçüldü. Besin ve inhalan spesifik IgE için ≥ 0.35 kU/l değerleri pozitif olarak kabul edildi. Total serum IgE bakılan hastaların sonuçları yaşa göre değerlendirildi(92). Hastaların wbc (beyaz kan hücresi) sayısı 10000/mm³ ve üzerinde, eosinofil yüzdesi %4 ve üzerinde olanlar yüksek kabul edildi.

3.3.2. Deri Prik Testi

Gerekli görülen hastalarda, deri testinde D.pteronysinus, D.farinae,  ayır ve tahıl polen miks, yabancı ot miks, ağaç polen miks, olea, alternaria, hamamböceği, kedi ve köpek epiteli, süt, yumurta, buğday, soya, yer fıstığı, fındık, balık miks (Stallargenes) antijenleri ile epidermal prik deri testi yapıldı. Test sonucu 15 dakika sonra değerlendirildi. Histamin reaksiyonu için eritemin eşlik ettiği >5 mm  dem olma şartı arandı. Deri testinde negatif kontrolden ≥ 3 mm ortalama endurasyon çapı olması ve beraberinde eritemin eşlik etmesi pozitif olarak kabul edildi.

3.3.3. Otolog Serum Testi

Negatif kontrol olarak 0.05 mL taze otolog serum ve % 0.9 steril salin çözeltisi ön kolun volar yönüne intradermal olarak enjekte edildi ve pozitif kontrol olarak histamin (10 mg / mL) uygulandı. Enjeksiyonlardan otuz dakika sonra, kontrole kıyasla ortalama 1,5 mm'lik bir kalınlık çapak çapı pozitif bir test reaksiyonu olarak kabul edildi.

3.3.4. Kronik Uyarılabilir Ürtiker Tanı Provokasyon Testleri

- **Semptomatik dermografizm:** Ön kolun iç kısmına bir dil basacağının künt kısmıyla veya kapalı tükenmez kalem ucu ile çizgi şeklinde basınç uygulandı. On dakika sonra ürtiker gelişimi pozitif olarak değerlendirildi.
- **Soğuk ürtiker:** Buz küp testi uygulandı. Ön kol volar yüzüne 5 dakika süreyle ince plastik bir torba ile sarılmış buz küpü uygulandı ve 10 dakika sonra ürtiker gelişimi pozitif olarak değerlendirildi.
- **Kolinerjik ürtiker:** Egzersiz provokasyon testi yapıldı. Terleme sırasında vücutta özellikle gövde üst kısmında papüler, eritemli, ödemli lezyonlar arandı.
- **Solar ürtiker:** Doğal güneş ışığına maruziyet sonrasında ürtiker plağı oluşumu takip edildi.

3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırma verilerinin istatistiksel analizleri için Statistical Package for Social Sciences (SPSS), Windows için sürüm 22.0 (SPSS Inc. Chicago, USA) bilgisayar paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler kısmında kategorik değişkenler sayı, yüzde verilerek, sürekli değişkenler ise ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca (en küçük-en büyük değer) ile sunulmuştur. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak değerlendirilmiştir. Yapılan normallik analizleri sonucu sürekli değişkenlere ait verilerin normal dağılmadığı saptanmıştır. Normal dağılıma uymayan verilerde, iki grup arasındaki karşılaştırma analizleri için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Bağımsız gruplar arasında kategorik değişkenler için yapılan karşılaştırma analizinde Ki-kare testi kullanılmıştır.

Bu çalışmada yaşam kalitesi etkilenim skoruna göre orta düzey ve daha fazla etkilenen çocuklar yaşam kalitesi Kronik Ürtiker nedeniyle etkilenmiş kabul edilmiştir. Skora göre hiç etkilenmemek/az etkilenmek hastalığa bağlı yaşam kalitesi henüz etkilenmemiş olarak değerlendirilmiştir. Önceki karşılaştırma analizlerinde belirlenen ve istatistiksel anlamlı olan bağımsız etkenler çok değişkenli logistik regresyon analizi ile kurulan modellere dahil edilmiştir. Bu çalışmada istatistik anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Bu çalışmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alerji Polikliniği'ne başvuran 4-16 yaş kronik ürtiker tanısıyla takipli 47 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaşı ortalama $11,83 \pm 3,39$ yıldır. Bu çalışmada 4-12 yaş aralığında 27(%48,9) hasta, 13-16 yaş aralığında 20(%42,6) hasta vardır. Olguların 23'ü(%48,9) erkek, 24'ü(%51,1) kızdı. Olguların 1'i(%2,1) okula gitmiyor; 4'ü (%8,5) kreş/anaokulu, 26'sı(%55,3) ilköğretim, 16'sı(%34,0) liseye gidiyordu (tablo 9a).

Tablo 9a. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri Ve Dağılımı

Yaş(Yıl)	
Ortalama $\pm$ ss	11,83 $\pm$ 3,39
Ortanca (min-maks)	12,00(4-6)
Yaş Aralığı, n(%)	
4-12 Yaş	27(48,9)
13-16 Yaş	20(42,6)
Cinsiyet, n(%)	
Erkek	23(48,9)
Kadın	24(51,1)
Okula Gitme Durumu, n(%)	
Gitmiyor	1(2,1)
Kreş/Anasınıfı	4(8,5)
İlköğretim	26(55,3)
Lise	16(34,0)

4.2. ÇEVRESEL VE AİLESEL ÖZELLİKLER

Anne yaşı ortalaması $35,23 \pm 6,28$ yıldır. Anne eğitim seviyesi 2'si (%4,3) okuryazar değil, 1'i (%2,1) sadece okuryazar, 25'i (%53,2) ilköğretim, 13'ü (%27,7) lise, 6'sı (%12,8) yüksekokul/üniversite mezunu idi. Baba yaşı ortalaması $40,47 \pm 6,22$ yıldır. Baba eğitim seviyesi 1'i (%2,1) sadece okuryazar, 25'i (%53,2) ilköğretim, 11'i (%23,4) lise, 10'u (%21,3) yüksekokul/üniversite mezunu idi. Olguların 11'inde (%23,4) anne-

baba arasında akrabalık vardı. Ailedeki birey sayısı 4'ün altında olanlar çekirdek aile, 4 ve 4'ün üzerinde olanları kalabalık aile olarak tanımlandı. Olguların 5'i (%10,6) çekirdek aile, 42'si(%89,4) kalabalık aileydi. Ailenin ortalama aylık geliri 2000 tl ve altı olanlar sosyoekonomik düzeyi düşük, 2000 tl üzeri olanlar orta-yüksek grup olarak tanımlandı. Olguların 13'ü(%27,7) sosyoekonomik düzeyi düşük grupta, 30'u (%63,8) sosyoekonomik düzeyi orta-yüksek gruptaydı, 4'ü(%8,5) gelir durumunu belirtmemişti (tablo 9b).

Tablo 9b. Hastaların Ebeveynlerine ve Yaşanılan Haneye Ait Tanımlayıcı Özellikleri

Anne Yaş (Yıl)	
Ortalama ± ss	35,23±6,28
Ortanca (min-maks)	36(23-47)
Anne Eğitim Düzeyi, n(%)	
Okuryazar Değil	2(4,3)
Okuryazar	1(2,1)
İlköğretim	25(53,2)
Lise	13(27,7)
Yüksekokul-Üniversite Mezunu	6(12,8)
Baba Eğitim Düzeyi, n(%)	
Okuryazar	1(2,1)
İlköğretim	25(53,2)
Lise	11(23,4)
Yüksekokul-Üniversite Mezunu	10(21,3)
Anne-Baba Akrabalık Durumu	
Var	11(23,4)
Yok	32(68,1)
Hanede Yaşayan Birey Sayısı	
<4 kişi	5(10,6)
≥4 kişi	42 (89,4)
Ailenin Ortalama Aylık Geliri	
2000 TL ve altı	13(27,7)
2001 TL ve üzeri	30(63,8)
Belirsiz	4(8,5)

4.3. HASTALARIN ŞİKAYET, SEMPTOM VE TEDAVİYE AİT ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hastaların ürtiker şikayetleri ve semptomları incelendiğinde ürtikerin başlama yaşı ortalama $8,94 \pm 3,57$ yıldır. Hastalığın başlangıç semptomlarını yaş aralığına göre değerlendirildiğinde 4-12 yaş grubunda 39(%83,0), 13-16 yaş grubunda 8(%17,0) hasta vardı. Ürtikerin süresi ortalama $4,25 \pm 3,00$ yıldır. Ürtikerin en sık görüldüğü bölge 26 (%57,8) hastada tüm vücutta idi. Olguların 16'sında ürtikere anjiyoödem eşlik etmekteydi. Anjiyoödem en sık görüldüğü yer ise 15(%34,9) hastada dudaklardı (tablo10a).

Tablo 10a. Hastaların Şikâyeti ve Özelliklerinin Dağılımı

Ürtikerin Başlama Yaşı (Yıl)	
Ortalama $\pm$ SS	8,94 $\pm$ 3,57
Ortanca (Min-Maks)	8(2-16)
Ürtiker Başlama Yaş Aralığı n=47 n(%)	
2-12 Yaş	39(83,0)
13-16 Yaş	8(17,0)
Ürtikerin Süresi (Yıl)	
Ortalama $\pm$ SS	4,25 $\pm$ 3,00
Ortanca (Min-Maks)	5(0,16-14)
Ürtiker Yerleşim Yeri n=45 n(%)	
Baş-boyun	8(17,8)
Gövde	14(31,1)
Ekstremiteler	15(33,3)
Tüm vücut	26(57,8)
Anjiyoödem n=43 n(%)	
Anjiyoödem Yer n=43 n(%)	
Dudaklar	15(34,9)
Dil	3(7,0)
Yüz	5(11,6)
Göz	11(25,6)
Ekstremiteler	8(18,6)
Diğer (Genital)	1(2,3)

Eşlik eden semptomlar sorgulandığında kaşıntı 45 hastada (%95,7) en çok görülen semptomdu. Semptomlar olguların 10'unda (%26,3) mevsimsel farklılık gösteriyordu(tablo 10b).

Tablo 10b. Hastaların Eşlik Eden Semptom Dağılımı

Kaşıntı n=47 n(%)	45(95,7)
Yanma-Ağrı n=47n(%)	10(21,3)
Diğer n=47n(%)	
Baş ağrısı	1(2,1)
Bulantı – Kusma	1(2,1)
Ateş	1(2,1)
Yan ağrısı	4(8,5)
Artralji	1(2,1)

Olguların tedavi durumu değerlendirildiğinde 34'ü (%73,9) ilaç kullanıyor, 12'si(%26,1) ilaç kullanmıyordu. Tedavi alan hastaların ilaç kullanım durumu ise 20(%43,5) hasta 1 ilaç, 9(%19,5) hasta 2 ilaç, 5(%10,9) hasta 3 ilaç kullanmaktaydı.

4.4. EŞLİK EDEN ALLERJİK HASTALIKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Kronik ürtikere eşlik eden allerjik hastalıklar en çok astım ve allerjik rinitti. Bebeklikte tekrarlayan bronşiolit öyküsü 4 (%16) hastada, egzema 2 (%4,4) hastada, nonsteroidal anti-inflamatuvar ilaç (NSAİİ) allerjisi öyküsü 3 (%6,7) hastada, gıda alerjisi öyküsü 4(%9,1) hastada mevcuttu.

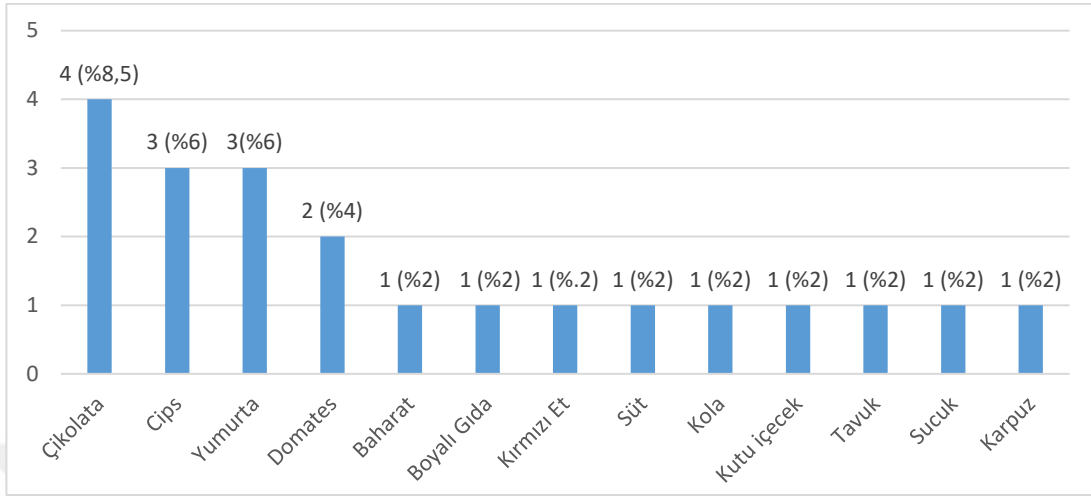
Ailede allerjik hastalık ve ailede kronik ürtiker görülme durumu sırasıyla %29,7 ve %10,6 idi. Annede en çok görülen allerjik hastalıklar allerjik rinit , astım ve egzema iken babada astım ve allerjik rinit, kardeşte astımdı.

4.5. ÖYKÜYE GÖRE TETİKLEYİCİ FAKTÖRLERİN DAĞILIMI

Hastaların 26'sının(%55) öyküsünde en az bir tetikleyici faktör vardı(tablo11). Gıdalar (%30,4), öyküde en çok belirtilen tetikleyici faktördü. (şekil3).

Tablo 11. Öyküye Göre Tetikleyici Özellikteki Faktörlerin Dağılımı

Gıda n=46 n(%)	14(30,4)
İlaç n=37 n(%)	5(13,5)
Hayvan Temas n=45 n(%)	3(6,6)
Soğuk Hava Temas n=44 n(%)	5(11,4)
Soğuk Su Temas n=45 n(%)	4(8,9)
Soğuk Cisim n=44 n(%)	3(6,8)
Soğuk Su İçme n=45 n(%)	2(4,4)
Egzersiz n=47 n(%)	1(2,1)
Sıcak Duş n=46 n(%)	4(8,7)
Terleme n=45 n(%)	7(15,6)
Güneş n=47 n(%)	6(12,8)
Yürüme Sonrası n=46 n(%)	2(4,3)
Uzun Süre Oturma n=46 n(%)	1(2,1)
Basınca Maruz Kalma n=46 n(%)	4(8,7)
Stres n=27 n(%)	1(3,7)



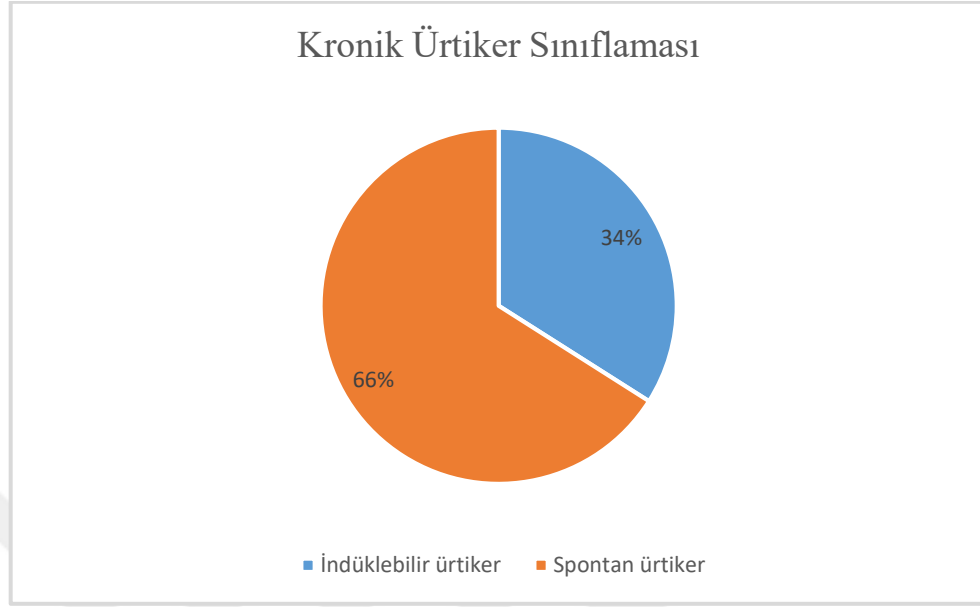
Şekil 3. Öyküye Göre Tetikleyici Gıdaların Dağılımı

4.6. HASTALARIN TANI TESTLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

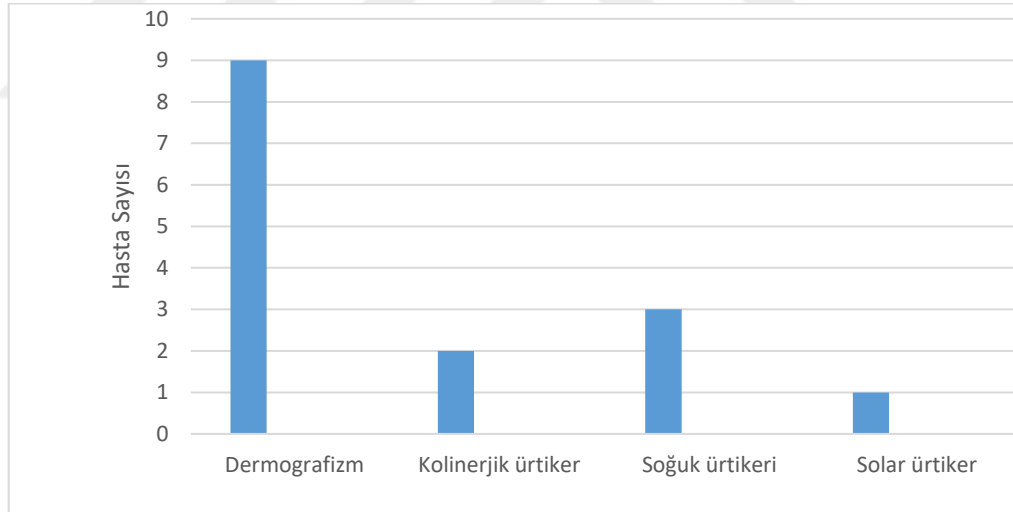
Hastaların 16'sında(%34) kronik indüklenabilir ürtiker, 31'inde(%66) kronik spontan ürtiker tespit edildi (şekil 4). Fiziksel tetikleyici saptanan hastalara provokasyon tesleri yapılarak ürtiker alt tipi belirlendi. Kronik indüklenebilir ürtikerler arasında en sık dermografizm 9(%56,2) hastada görülürken, 3'ünde(%18,8) soğuk ürtiker, 3'ünde(%12,5) kolinerjik ürtiker, 1'inde(%6,3) solar ürtiker tespit edildi(şekil5).

Deri testi yapılan 35 hastanın 8'inde (%22,9) atopi saptandı. Eşlik eden atopinin türüne bakıldığında; 2 hastada polen ve hayvan epiteli atopisi, 2 hastada polen ve akar atopisi, 2 hastada da sadece polen atopisi görüldü. Eşlik eden besin atopisi saptanmadı.

Otolog serum deri testi yapılan 12 hastanın 5'inde(%41,6) test pozitif.



Şekil 4. Hastaların Tanıya Göre Kronik Ürtiker Sınıflaması



Şekil 5 : Kronik İndüklenebilir Ürtikerli Hastaların Dağılımı

4.7.HASTALARIN LABORATUAR BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Hastaların laboratuvar sonuçlarına bakıldığında 21'inde(%44,7) normal değerler dışında bir sonuç vardı. Tam idrar tetkikinde anormallik saptanan 2 hastanın da kültürlerinde üreme olmadı. Gaitada Entamoeba coli parazitozu olan 1 hastanın tedavi sonrası ürtikeri devam etti. H. Pylori pozitifliği saptanan 2 hastanın eradikasyon tedavisine rağmen ürtiker semptomlarında gerileme olmadı. Tiroid fonksiyon testlerinde anormallik ve tiroid otoantikör pozitifliği saptanan 1 hasta endokrinoloji kontrolüne girdi. ANA ve RF pozitifliği olan hastaların takiplerinde romatolojik bir hastalık izlenmedi(tablo 12).

Tablo 12. Hastaların Laboratuvar Sonuçları Dağılımı

IgE Değeri (U/L)	
Ortanca (Min-Maks)	70,10(2,0-431,0)
IgE Değeri Yüksekliği n=44 n(%)	6(13,7)
Eozinofil Yüzdesi	
Ortanca (Min-Maks)	1,50(0,20-5,80)
Eozinofil Yüzdesi Yüksekliği n=47 n(%)	6(13,8)
Lökositoz n=47 n(%)	2(4,3)
Anemi n=47 n(%)	2(4,3)
ESR	
Ortanca (Min-Maks)	8,50 (2-32)
ESR>20 n=38 n(%)	4(10,5)
CRP	
Ortanca (Min-Maks)	0,22(0,10-3,15)
CRP Yüksekliği n=38 n(%)	4(10,5)
TİT Anormallliği n=42 n(%)	2(4,8)
Gaitada Parazit Varlığı n=28 n(%)	1(3,6)
H.pylori pozitifliği n=19 n(%)	2(10,5)
TSH Yüksekliği n=46 n(%)	1(2,2)
sT4 Düzeyi Yüksekliği n=45 n(%)	1(2,2)
AntiTgb yüksekliği n=44 n(%)	1(2,3)
C3 düşüklüğü n=39 n(%)	1(2,6)
C4 düşüklüğü n=40 n(%)	1(2,5)
ANA pozitifliği n=37 n(%)	2(5,4)
RF yüksekliği n=24 n(%)	1(4,2)
Atopi Varlığı n=35 n(%)	8(22,9)
Otolog Deri Testi pozitifliği n=12 (%)	5(41,6)

4.8. HASTALARIN HASTALIK ŞİDDETİ VE YAŞAM KALİTE SKORLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

4.8.1. Hastaların Ürtiker Aktivite Skorunun Değerlendirilmesi

Hastaların ürtiker aktivite skorunun ortalaması $3,60 \pm 1,47$ [ortanca 4(1-6)]'dir. ÜAS 4 ve 4'ün üzerinde olan hastalar, hastalık şiddeti ağır; altında olan hastalar hastalık şiddeti hafif olarak kabul edildi. Buna göre derecelendirildiğinde hastaların 26'sı(%57,8) ağır, 19'u(%42,2) hafifti (tablo 13).

Tablo 13. Ürtiker Aktivite Skor Dağılımı

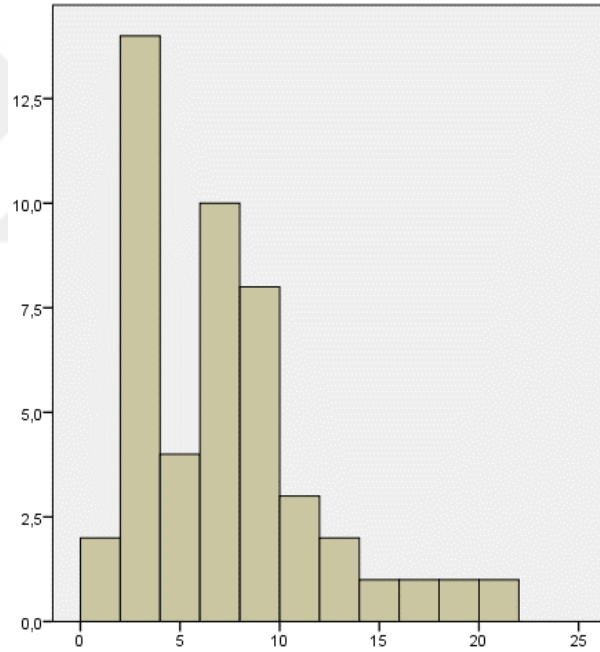
ÜAS	
Ortalama $\pm$ SS	3,60 $\pm$ 1,47
Ortanca (Min-Maks)	4(1-6)
Ürtiker Aktivite Skoru etkilenme n=45 n(%)	
Hafif	19(42,2)
Ağır (≥ 4)	26(57,8)

4.8.2. Hastaların Yaşam Kalite Skorlarının Değerlendirilmesi

Hastaların yaşam kalitesi etkilenme skoru ortalama $6,66 \pm 4,50$ [ortanca 6(1-20)]'dir. Yaşam kalitesi etkilenim skoru 6 ve altında olan hastalar yaşam kalitesi az yada hiç etkilenmemiş; 6'nın üzerinde olan hastalar yaşam kalitesi orta düzey ve üzerinde etkilenmiş olarak kabul edildi. Yaşam kalitesi etkilenme derecesine bakıldığında 2'si(%4,3) hiç etkilenmemiş, 22'si(%46,8) az etkilenmiş, 19'u(%40,4) orta derecede etkilenmiş, 3'ü(%6,4) çok etkilenmiş, 1'i(2,1) çok fazla etkilenmişti. Hiç etkilenmemiş ya da az etkilenmiş 24(%51,1) hasta, orta düzey ve üzerinde etkilenmiş 23(%48,9) hasta vardı (tablo14).

Tablo 14. Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi Skoru Dağılımı

Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi Skoru	
Ortalama $\pm$ SS	6,66 $\pm$ 4,50
Ortanca (Min-Maks)	6(1-20)
Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi Düzeyi n=47 n(%)	
Etkilenmemiş (0-1)	2(4,3)
Az Etkilenmiş (2-6)	22(46,8)
Orta Düzey Etkilenmiş (7-12)	19(40,4)
Çok Etkilenmiş (13-18)	3(6,4)
Çok Fazla Etkilenmiş (19 ve üzeri)	1(2,1)
Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi Düzeyi n=47 n(%)	
Hiç Etkilenmemiş ya da Az Etkilenmiş	24(51,1)
Orta Düzey ve Üzerinde Etkilenmiş	23(48,9)



Şekil 6. Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi Skoru Dağılım Histogramı

4.9. HASTALARIN ÇOCUK DERMATOLOJİ YAŞAM KALİTE İNDEKSİ CEVAP DAĞILIMI

Hastaların CDLQI cevaplarına göre her bir soru için oldukça fazla ve çok fazla cevabını veren hastalar, hastalık nedeni ile o durumdan etkilenmiş kabul edildi. Buna göre, en çok kaşıntı hastaların %57,4'ünü etkilemişti. En çok etkilenen ikinci alan uykuydu. Hastaların %29,8'inin uykusu etkilenmişti.

Tablo 15. Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi Cevap Dağılımı

ÇOCUK DERMATOLOJİ YAŞAM KALİTE İNDEKSİ	Çok fazla n (%)	Oldukça fazla n (%)	Sadece biraz n(%)	Hiç n(%)
1-Geçen hafta boyunca cildinizdeki kaşıntı, haSSasiyet, ağrı ve yırtarcasına kaşıntı ne şiddetteydi?	15(31,9)	12(25,5)	20(42,6)	-
2-Geçen hafta boyunca cilt sorununuz nedeni ile kendinizi ne kadar utangaç veya sıkılgan, hüzünlü veya üzgün hissettiniz?	9(19,1)	5(10,6)	13(27,7)	20(42,6)
3-Geçen hafta boyunca cilt sorununuz arkadaşlık ilişkilerinizi nasıl etkiledi?	1(2,1)	5(10,6)	6(12,8)	34(72,3)
4-Geçen hafta boyunca cilt hastalığınız nedeni ile, ne ıklıkta, farklı veya özel giysiler / ayakkabılar giydiniz ya da giysilerinizi değiştirdiniz?	1(2,1)	1(2,1)	9(19,1)	35(74,5)
5-Geçen hafta boyunca cilt sorununuz dışarı çıkmanızı, oynamanızı veya sevdiğiniz uğraşları yapmanızı ne ölçüde etkiledi?	3(6,4)	3(6,4)	12(25,5)	28(59,6)
6-Geçen hafta boyunca cilt sorunuzdan dolayı yüzme veya diğer sporlardan ne kadar kaçındınız?	2(4,3)	4(8,5)	8(17,0)	32(68,1)
Okul zamanı mı idi? _____ Eğer okul zamanı ise: Geçen hafta boyunca cilt sorununuz okul çalışmanızı ne ölçüde etkiledi?	5(10,6)	2(4,3)	11(23,4)	25(53,2)
Tatil zamanı mıydı? _____ Eğer tatil zamanı ise: Geçen hafta boyunca, cilt sorununuz tatil eğlencelerinizi ne ölçüde etkiledi?	-	-	1(2,1)	2(4,3)
8-Geçen hafta boyunca diğer kişilerin cilt sorunuzdan dolayı size isim takmaları, kızdırmaları, zorbalık yapmaları, sorular sormaları ya da sizden çekinmeleri gibi durumları ne ölçüde yaşadınız?	-	-	5(10,6)	39(83,0)
9-Geçen hafta boyunca cilt sorununuz dolayısıyla uykunuz ne ölçüde etkilendi?	6(12,8)	8(17,0)	13(27,7)	19(40,4)
10-Geçen hafta boyunca cildiniz için uyguladığınız tedavi sizin için ne ölçüde sorun oldu?	1(2,1)	1(2,1)	5(10,6)	36(76,6)

4.10. HASTALARIN YAŞAM KALİTE İNDEKSİ CEVAPLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Hastaların yaşam kalite indeksine verdiği cevaplar cinsiyete göre karşılaştırıldığında, kızlar tedaviden daha çok etkilenmişti. 4-12 yaş grubunda akran zorbalığı, 13-16 yaş grubuna göre daha fazlaydı. Hastalık süresi 5 yıl ve daha fazla olan hastaların uykusu, hastalık süresi 5 yıldan kısa olan hastalara göre daha çok etkilenmişti(tablo 16a).

Ürtiker ve anjiyoödemli olan hastaların uykusu, anjiyoödemli olmayan hastalara göre daha çok etkilenmişti. Eşlik eden allerjik hastalığı olanlar ya da olmayanlar arasında yaşam kalite indeksi cevaplarında anlamlı fark saptanmadı. Spontan ürtikerli ve indüklenabilir ürtikerli hastaların yaşam kalite indeksi cevapları arasında anlamlı fark yoktu(tablo 16b).

TABLO 16a. YAŞAM KALİTE İNDEKSİ SORU CEVAPLARI İLE CİNSİYET YAŞ VE HASTALIK SÜRESİ KARŞILAŞTIRMALARI

	Cinsiyet			Yaş			Hastalık Süresi		
ÇOCUK DERMATOLOJİ YAŞAM KALİTE İNDEKSİ	Erkek N=23	Kız N=24	P ¹	4-12 yaş N=27	13-16 yaş N=20	P ¹	5 Yıl ve Az N=12	5 Yıl üzeri N=35	P ¹
	Ort ±ss Ortanca	Ort.±ss Ortanca		Ort.±ss Ortanca	Ort.±ss Ortanca		Ort.±ss Ortanca	Ort.±ss Ortanca	
1-Geçen hafta boyunca cildinizdeki kaşıntı, haSSasiyet, ağrı ve yırtarcasına kaşıntı ne şiddetteydi?	1,96±0,825 2,00	2,25±0,897 3,00	0,223	2,07±0,91 2,00	2,15±0,81 2,00	0,809	2,00±0,85 2,00	2,14±0,87 2,00	0,602
2-Geçen hafta boyunca cilt sorununuz nedeni ile kendinizi ne kadar utangaç veya sıkılgan, hüznü veya üzgün hisSettiniz?	3,00±1,044 3,00	2,88±1,262 3,00	0,919	2,81±1,24 3,00	3,10±1,02 3,00	0,502	3,25±0,96 3,50	2,83±1,20 3,00	0,327
3-Geçen hafta boyunca cilt sorununuz arkadaşlık ilişkilerinizi nasıl etkiledi?	3,50±0,913 4,00	3,67±0,637 4,00	0,710	3,63±0,79 4,00	3,53±0,77 4,00	0,514	3,73±0,64 4,00	3,54±0,81 4,00	0,493
4-Geçen hafta boyunca cilt hastalığınız nedeni ile, ne sıklıkta, farklı veya özel giysiler / ayakkabılar giydiniz ya da giysilerinizi değiştirdiniz?	3,74±0,449 4,00	3,65±0,775 4,00	0,871	3,77±0,65 4,00	3,60±0,59 4,00	0,144	3,42±0,66 3,50	2,82±1,14 3,00	0,143
5-Geçen hafta boyunca cilt sorununuz dışarı çıkmanızı, oynamanızı veya sevdiğiniz uğraşları yapmanızı ne ölçüde etkiledi?	3,30±0,822 3,00	3,52±0,947 4,00	0,140	3,50±0,90 4,00	3,30±0,86 3,00	0,246	3,64±0,67 4,00	3,34±0,93 4,00	0,351
6-Geçen hafta boyunca cilt sorununuzdan dolayı yüzme veya diğer sporlardan ne kadar kaçındınız?	3,39±0,839 4,00	3,65±0,832 4,00	0,104	3,58±0,80 4,00	3,45±0,88 4,00	0,566	3,82±0,40 4,00	3,43±0,91 4,00	0,240
Okul zamanı mı idi?_____ Eğer okul zamanı ise: Geçen hafta boyunca cilt sorununuz okul çalışmanızı ne ölçüde etkiledi?	3,14±1,037 3,00	3,48±0,981 4,00	0,135	3,17±1,20 4,00	3,47±0,69 4,00	0,699	3,45±1,03 4,00	3,25±1,01 4,00	0,371
8-Geçen hafta boyunca diğer kişilerin cilt sorununuzdan dolayı size isim takmaları, kızdırmaları, zorbalık yapmaları, sorular sormaları ya da sizden çekinmeleri gibi durumları ne ölçüde yaşadınız?	3,95±0,21 4,00	3,83±0,38 4,00	0,192	3,96±0,192 4,00	3,76±0,437 4,00	0,046	3,90±0,31 4,00	3,88±0,32 4,00	0,879
9-Geçen hafta boyunca cilt sorununuz dolayısıyla uykunuz ne ölçüde etkilendi?	3,18±0,90 3,00	2,79±1,17 3,00	0,292	3,11±1,01 3,00	2,79±1,13 3,00	0,318	3,36±0,67 3,00	3,80±0,58 4,00	0,008
10-Geçen hafta boyunca cildiniz için uyguladığınız tedavi sizin için ne ölçüde sorun oldu?	3,67±0,57 4,00	3,86±0,64 4,00	0,047	3,91±0,28 4,00	3,60±0,82 4,00	0,134	3,80±0,63 4,00	3,76±0,61 4,00	0,606

TABLO 16b. YAŞAM KALİTE İNDEKSİ SORU CEVAPLARI İLE CİNSİYET YAŞ VE HASTALIK SÜRESİ KARŞILAŞTIRMALARI

	Alerjik Hastalık			Ürtiker Grubu			Anjioödem		
ÇOCUK DERMATOLOJİ YAŞAM KALİTE İNDEKSİ	Yok N=33	Var N=13	P ¹	Spontan N=31	İndüklenebilir N=16	P ¹	Yok N=16	Var N=27	P ¹
	Ort.±ss Ortanca	Ort.±ss Ortanca		Ort.±ss Ortanca	Ort.±ss Ortanca		Ort.±ss Ortanca	Ort.±ss Ortanca	
1-Geçen hafta boyunca cildinizdeki kaşıntı, haSSasiyet, ağrı ve yırtarcasına kaşıntı ne şiddetteydi?	2,12±0,86 2,00	2,0±0,91 2,00	0,677	2,23±0,85 2,00	1,88±0,89 2,00	0,191	2,15±0,86 2,00	2,06±0,93 2,00	0,777
2-Geçen hafta boyunca cilt sorununuz nedeni ile kendinizi ne kadar utangaç veya sıkılgan, hüzünlü veya üzgün hissettiniz?	2,88±1,12 3,00	3,0±1,15 3,00	0,728	2,84±1,21 3,00	3,13±1,03 3,00	0,529	2,89±1,19 3,00	3,13±1,09 3,50	0,522
3-Geçen hafta boyunca cilt sorununuz arkadaşlık ilişkilerinizi nasıl etkiledi?	3,63±0,79 4,00	3,46±0,78 4,00	0,325	3,60±0,77 4,00	3,56±0,81 4,00	0,988	3,58±0,86 4,00	3,63±0,62 4,00	0,750
4-Geçen hafta boyunca cilt hastalığınız nedeni ile, ne sıklıkta, farklı veya özel giysiler / ayakkabılar giydiniz ya da giysilerinizi değiştirdiniz?	3,72±0,63 4,00	3,62±0,65 4,00	0,514	3,70±0,65 4,00	3,69±0,60 4,00	0,877	3,62±0,70 4,00	3,75±0,58 4,00	0,437
5-Geçen hafta boyunca cilt sorununuz dışarı çıkmanızı, oynamanızı veya sevdiğiniz uğraşları yapmanızı ne ölçüde etkiledi?	3,38±0,9 4,00	3,46±0,66 4,00	0,830	3,27±1,02 4,00	3,69±0,48 4,00	0,243	3,31±0,97 4,00	3,50±0,82 4,00	0,595
6-Geçen hafta boyunca cilt sorununuzdan dolayı yüzme veya diğer sporlardan ne kadar kaçındınız?	3,50±0,880 4,00	3,54±0,78 4,00	0,976	3,40±0,97 4,00	3,75±0,45 4,00	0,363	3,42±0,86 4,00	3,69±0,79 4,00	0,198
7-Okul zamanı mı idi? _____ Eğer okul zamanı ise: Geçen hafta boyunca cilt sorununuz okul çalışmanızı ne ölçüde etkiledi?	3,38±1,02 4,00	3,31±0,86 4,00	0,438	3,15±1,10 4,00	3,56±0,81 4,00	0,212	3,20±1,12 4,00	3,36±0,93 4,00	0,806
8-Geçen hafta boyunca diğer kişilerin cilt sorununuzdan dolayı size isim takmaları, kızdırmaları, zorbalık yapmaları, sorular sormaları ya da sizden çekinmeleri gibi durumları ne ölçüde yaşadınız?	3,91±0,29 4,00	3,82±0,41 4,00	0,437	3,86±0,36 4,00	3,94±0,25 4,00	0,424	4,00±0 4,00	3,79±0,43 4,00	0,279
9-Geçen hafta boyunca cilt sorununuz dolayısıyla uykunuz ne ölçüde etkilendi?	3,03±1,09 3,00	2,85±1,07 3,00	0,517	2,87±1,11 3,00	3,19±0,98 3,50	0,343	2,38±1,20 2,00	3,38±0,80 4,00	0,007
10-Geçen hafta boyunca cildiniz için uyguladığınız tedavi sizin için ne ölçüde sorun oldu?	3,72±0,70 4,00	3,85±0,38 4,00	0,817	3,70±0,72 4,00	3,88±0,34 4,00	0,557	3,79±0,51 4,00	4,00±0 4,00	0,762

4.11. HASTA VE HASTALIK ÖZELLİKLERİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İlaç kullanan hastalar ile kullanmayan hastalar arasında anlamlı fark saptandı ($p=0,044$). İlaç kullanan hastaların yaşam kalitesi daha fazla etkilenmekteydi. Ürtiker aktivite skoru 4 ve 4'ün üzerinde olan hastaların yaşam kalitesi daha çok etkilenmişti ($p=0,013$). Ürtikerin başlangıç yaşı, ürtiker süresi, eşlik eden allerjik hastalık olması ve spontan ya da indüklenabilir ürtiker varlığının yaşam kalitesi üzerine anlamlı bir etkisi saptanmadı ($p>0,05$). (tablo15). KSÜ'lü ve KİÜ'lü hastaların yaşam kalite skorları arasında da anlamlı bir fark saptanmadı (tablo17).

Tablo 17. Hasta ve Hastalık Özelliklerinin Yaşam Kalitesine Etkisi

N=47	Yaşam Kalitesi Az Etkilenmiş yada Hiç Etkilenmemiş N=24(%51,1)	Yaşam Kalitesi Orta Düzey ve Üzerinde Etkilenmiş N=23(%48,9)	P
Cinsiyet n=47 n(%)			
Erkek	11(45,8)	12(52,2)	0,663 ¹
Kız	13(54,2)	11(47,8)	
Yaş Grup n=47 n(%)			
4-12 yaş	16(66,7)	11(47,8)	0,192 ¹
13-16 yaş	8(33,3)	12(52,2)	
Çocuk Eğitim Durumu n=47 n(%)			
Lise Altı	18(75,0)	13(56,5)	0,181 ¹
Lise ve Üzeri	6(25,0)	10(43,5)	
Ürtikerin Başlama Yaşı (Yıl)			
Ortanca (min-maks)	7(3-16)	8(2-15)	0,325
Ürtiker Süresi (Yıl)			
Ortanca (min-maks)	4,5(0,16-14,0)	5(0,5-9)	0,447
Ürtiker Sınıflaması n=47 n(%)			
Spontan ürtiker	16(66,7)	15(65,2)	0,917 ¹
İndüklenabilir ürtiker	8(33,3)	8(34,8)	
İlaç Kullanımı n=46 n(%)			
	14(60,9)	20(87,0)	0,044¹
Anjioödem Varlığı n=43 n(%)			
	8(36,4)	8(38,1)	0,907 ¹
Ürtiker Aktivite Skoru			
Ortalama $\pm$ ss	3,05 $\pm$ 1,43	4,13 $\pm$ 1,33	0,013¹
Ortanca (min-maks)	2,5(1-6)	1,76(1-6)	
Ürtiker Aktivite Skoru n=45 n(%)			
Ağır (4 ve üzeri)	9(40,9)	17(73,9)	0,025

4.12. EBEVEYN VE YAŞANILAN EV ÖZELLİKLERİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Annesinde allerjik hastalığı olanlar ile olmayan hastaları karşılaştırıldığında, annesinde allerjik hastalığı olanların yaşam kalitesi daha fazla etkilenmekteydi ($p=0,034$). Anne ve baba eğitim düzeylerinin, sosyoekonomik durum ve yaşanan ev özelliklerinin yaşam kalitesine anlamlı etkisi saptanmadı (tablo 18).

Tablo 18. Aile ve Yaşınlan Ev Özelliklerinin Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi

N=47	Yaşam Kalitesi Az Etkilenmiş ya da Hiç Etkilenmemiş N=24(%51,1)	Yaşam Kalitesi Orta Düzey ve Üzerinde Etkilenmiş N=23(%48,9)	P
Anne Eğitim Durumu n=47 n(%)			0,312 ¹
Lise Altı	16(66,7)	12(52,2)	
Lise ve Üzeri	8(33,3)	11(47,8)	
Baba Eğitim Durumu n=47 n(%)			0,454 ¹
Lise Altı	12(50)	14(60,9)	
Lise ve Üzeri	12(50)	9(39,1)	
Annede Alerjik Hastalık n=45 n(%)	1(4,3)	6(27,3)	0,034¹
Babada Alerjik Hastalık n=45 n(%)	0(0)	3(13,6)	0,067 ¹
Sosyoekonomik düzey n=43 n(%)			0,526 ¹
Düşük	6(26,1)	7(35,0)	
Orta-yüksek	17(73,9)	13(65,0)	
Hanede yaşayan kişi sayısı n=47 n(%)			0,317 ¹
4 kişi	21(87,5)	22(95,7)	
4 ve üzeri	3(12,5)	1(4,3)	
Hane Isınma durumu n=47 n(%)			0,054 ¹
Soba	0(0,0)	4(17,4)	
Kalorifer	13(54,2)	7(30,4)	
Doğalgaz	11(45,8)	12(52,2)	

4.13. HASTALARIN LABORATUAR BULGULARININ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hastalarımızın normal değerler dışında saptanan laboratuvar bulgularının yaşam kalitesine anlamlı bir etkisi saptanmadı($p>0,05$) (tablo19).

Tablo 19. Laboratuvar Bulgularının Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi

N=47	Yaşam Kalitesi Az Etkilenmiş yada Hiç Etkilenmemiş N=24(%51,1)	Yaşam Kalitesi Orta Düzey ve Üzerinde Etkilenmiş N=23(%48,9)	P
Eozinofili ($\geq\%4$) n=47 n(%)	1(4,2)	3(21,7)	0,097 ¹
IgE Düzeyi Yüksekliği n=44 n(%)	3(14,3)	3(13,0)	0,905 ¹
Otolog Deri Testi Pozitifliği n=12 n(%)	2(33,3)	3(50,0)	1,000 ¹
Anormal Laboratuvar Sonucu n=47 n(%)	9(37,5)	12(52,2)	0,473 ¹
CRP Yüksekliği n=4 n(%)	2(11,1)	2(10,0)	0,911

4.14. HASTALARIN ÜRTİKER AKTİVİTE SKORLARININ BAZI PARAMETRELERLE KORELASYON İLİŞKİSİ

Hastaların ürtiker aktivite skorları ile IgE düzeyleri arasında orta düzeyde pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır(tablo20).

Tablo 20. Hastaların Ürtiker Aktivite Skorlarının Bazı Parametrelerle İlişkisi

Değişkenler	Ürtiker Aktivite Skoru	
	r	P
IgE Düzeyi	0,338	0,026
CRP düzeyi	-0,034	0,846
Eozinofil Sayısı	-0,035	0,820
Eozinofil Yüzdesi	-0,068	0,658

4.15. HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ ETKİLENİM SKORLARININ BAZI PARAMETRELERLE KORELASYON İLİŞKİSİ

Hastaların yaşam kalite etkilenim skorları ile ürtiker aktivite skoru arasında kuvvetli düzeyde pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır(tablo20).

Tablo 21. Hastaların Yaşam Kalitesi Etkilenim Skorlarının Bazı Parametrelerle Korelasyon İlişkisi

Değişkenler	Yaşam Kalitesi Etkilenim Skoru	
	r	P
Ürtiker Süresi (Yıl)	0,089	0,552
Ürtiker Aktivite Skoru	0,537	0,001
Yaş (yıl)	0,062	0,679
Çocuk Sayısı	0,191	0,237
Eozinofil Sayısı	0,089	0,551
Eozinofil Yüzdesi	0,046	0,757

Tablo 22. Hastalığa bağlı Yaşam kalitesi etkilenme durumunun(orta düzey ve üzerinde etkilenme) üzerine etkili faktörlerin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi ile değerlendirilmesi

	Multivariate Logistic Regresyon Model		
	OR	95% GA	p
Yaş	1,12	0,89-1,41	0,321
Cinsiyet (ref: Erkek)	0,94	0,73-1,21	0,668
Ürtiker Süresi	1,39	0,30-6,39	0,652
Anne Alerjik hastalık (ref: yok)*	10,24	0,75-39,34	0,081
İlaç Kullanımı (ref:yok)*	5,84	0,73-46,85	0,097
Ürtiker Aktivite skoru*	1,83	1,08-3,13	0,025

* Karşılaştırma analizi ile belirlenen P <0,05 olan değişkenler çok değişkenli lojistik regresyon analizine alınmıştır.

Yapılan karşılaştırma analizleri sonucu yaşam kalitesi etkilenim skoru arasında istatistiksel fark bulunan durumlar (tablo 17) çok değişkenli (Multivariate) lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Yaşam kalitesi etkilenme düzeyi 6 ve altında olanların yaşam kalitesi az veya hiç etkilenmemiş, 7 ve üzerinde olanlar orta düzey ve üzerinde etkilenmiştir. Multivariate Lojistik regresyon analizi ile yaşam kalitesi orta düzey ve üzerinde etkilenme durumu üzerine etkili faktörlerin OR (Odds Ratio)

değerleri tablo 19’da sunulmuştur. Model incelendiğinde tek başına ürtiker aktivite skoru yaşam kalitesi üzerine etkili bulunmuştur ve Ürtiker Aktivite skorundaki her 1 birimlik artış yaşam kalite indeksinin orta düzey ve üzerinde etkilenme riskini 1,83 (1,08-3,013) kat arttırmaktadır ($P=0,025$).

4.16. HASTALIK YÜKÜ VE YÖNETİMİNDE ETKİLİ OLABİLECEK FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmamıza katılanların %55,3’ü hastalık hakkında doktordan yeterli bilgi aldığını; %62,2’si sosyal topluluğun hastalık sürecinde kendilerine faydalı olacağı düşünüyordu.



5.TARTIŞMA

Kronik ürtiker, deride kaşıntılı kızarıklıklar ve kabartıların 6 hafta ve daha uzun süre devam ettiği, beraberinde anjiyoödem görülebildiği bir hastalıktır. Çocuklarda yetişkinlere göre daha az görüldüğü bildirilmesine rağmen yakın zamanda yapılan bir çalışmada yetişkinlerle aynı oranda görüldüğü bulunmuştur(10). Çocuklarda kronik ürtiker, ciddiyeti ve yaşam kalitesi üzerine etkisi hafife alınan hastalıklardan biridir(4).

KÜ'in en sık 20-40 yaşlarında ve kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha sık görüldüğü bildirilmiştir(2). Yetişkinlerde 112 hasta ile yapılan bir çalışmada kadın/erkek oranı 96/16 ve ortalama yaş 46.1 ± 4.8 iken(69); 539 yetişkin ile yapılan bir başka çalışmada KÜ'in kadınlarda daha sık görüldüğü(%62) ve ortalama yaşın 35.75 ± 18.9 olduğu bulunmuştur(82). KÜ, pediatrik grupta cinsiyet farkı olmaksızın her iki grubu da etkilemekte ve 6-11 yaş aralığında daha sık görülmektedir(74). Ülkemizde yapılan bir çalışmada kız erkek oranı 44/56 ve ortalama yaş $13.6 \pm 9,7$ iken; bir diğer çalışmada kız erkek oranı 59/41 ve ortalama yaş 10.1 ± 4.5 yıl bulunmuştur(75,76). Bizim çalışmamızda da kız erkek oranı 24/23 olarak birbirine yakın bulundu ve ortalama yaş $11,83 \pm 3,39$ yıldır. Şahiner ve ark. KÜ'li 100 çocuk üzerinde yaptığı çalışmada semptomların başlangıç yaş ortancası 9.2 (0.7–17.2) yıl saptanmıştır.(86). Araştırmamızda yakın olarak ürtikerin başlangıç yaşı ortancası 8 (2-16) yıl bulundu.

Kronik ürtiker, tetiklenebilir ürtiker ve tetikleyicilerin belirlenemediği spontan ürtiker olarak sınıflandırılmaktadır(1). İspanya'da, 695 erişkin hasta üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların % 68'inde kronik spontan ürtiker,%60'ında fiziksel ürtiker saptanmıştır ve fiziksel ürtikerler arasında en çok geç basınç ürtikeri(%22) ve dermografizm(%21) görülmüştür(93). Azkur ve ark.'nın, 222 çocuk hasta ile yaptığı çalışmada, hastaların %59,9'unda kronik spontan ürtiker, %40,1'inde kronik indüklenabilir ürtiker bulunmuştur ve indüklenabilir ürtikerler arasında en çok semptomatik dermografizm ve soğuk ürtikeri saptanmıştır(75). Duman ve ark., 125 çocuk üzerinde yapmış olduğu çalışmada ise %33.3 oranında indüklenabilir ürtiker oranı bildirmiştir ve en sık olarak semptomatik dermografizm, ikinci sıklıkta soğuk

ürtikeri saptamışlardır(78). Çalışmamızda kronik ürtiker tanısı ile izlenen 47 hastanın 31'inde (%66) kronik spontan ürtiker, 16'sında(%34) indüklenabilir ürtiker tespit edildi. Benzer olarak indüklenabilir ürtikerler arasında en sık dermografizm (%56,2), ikinci sıklıkta soğuk ürtikeri (%18,8) saptandı.

KÜ'li hastalarda yaşam kalitesi, hastalığın öngörülemeyen semptomları ve uzun vadeli doğası nedeniyle büyük ölçüde bozulabilir. Kaşıntı ve süregelen deri lezyonları, farklı etkilerle yaşam kalitesinde değişikliklere neden olabilmektedir. Erişkinlerde yapılan bir çalışmada KÜ'in, yaşam kalitesine olan olumsuz etkisi koroner bypass operasyonu bekleyen hastalarla benzer bulunmuştur(67). Çocuklarda ise yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olmasına rağmen yapılan çalışmalar çok azdır. Bu nedenle, KÜ'nün hastalar üzerindeki etkisini anlamak için daha bütüncül bir yaklaşıma ihtiyaç vardır. Sağlık ile ilişkili yaşam kalitesi (HRQOL) ölçeklerinin yakın zamandaki gelişimi, KÜ'li hastalarda, hastalık yükü ve tedavi etkisinin değerlendirilmesini olanaklı kılmıştır. Yeni kılavuzlar da klinik uygulama ve araştırmalarda yaşam kalite ölçekleri ve ÜAS gibi hastalık şiddetini gösteren ölçeklerin kullanılmasını önermiştir(1). CU-Q2oL, geçerlik düzeyi yüksek, tutarlı ve güvenilir bir ölçektir; ancak çocuklarda kullanılmak için modifiye edilmemiştir(4). Bu nedenle çocuklarda CDLQI gibi ölçekler kullanılmaktadır. CDLQI, güvenilirliği ve geçerliği kanıtlanmış bir testtir. Erişkinlerde uygulanan CU-Q2oL testi ile ufak farklılıklar göstermekle birlikte ana başlıkları genellikle benzerdir. Testin cevapları ile semptomların şiddetinin etkisi, duygulara etkisi, boş zaman aktiviteleri, okul veya tatil zamanı aktiviteleri, arkadaşlık ilişkileri, uyku ve tedavinin etkisi değerlendirilebilmektedir(49).

Yaşları 5-16 arasında değişen 540 çocuğun yer aldığı bir araştırmada, altı aydan uzun süreli deri hastalığı bulunan çocuklarda (n=379) yaşam kalitesi CDLQI ölçeği ile değerlendirilmiştir.. Çocuklar tarafından yaşam kalitesini en çok etkileyen hastalıklar psoriasis (%30,6) ve atopik dermatit (%30,5) olarak belirtilirken bu hastalıkları ürtiker (%20) ve akne (%18) izlemiştir. Ebeveynler açısından ise çocuklarının yaşam kalitesini en olumsuz etkileyen deri hastalıkları atopik dermatit (%33), ürtiker (%28), psoriasis (%27) ve alopesi (%19) olarak sıralanmıştır(79). Bulabildiğimiz kadarıyla literatürde çocuklarda doğrudan KÜ ile yaşam kalitesini inceleyen bir çalışma yoktur. Çocuklarda genelde ihmal edilen bu durumu ele

aldığımız çalışmamızda, CDLQI skorlarına göre hastaların %48,9'unun yaşam kalitesinin orta düzey ve üzerinde etkilenmekte olduğu bulundu.

Kaşıntı; ürtikerin ana ve başa çıkılması zor, günlük hayatta kısıtlılıkla yol açan bir semptomudur. ABD'de, yetişkin hastalarda yapılan bir çalışmaya göre semptomların başlaması hastalar tarafından 'kriz anı' olarak değerlendirilmektedir(81). Dias ve ark.'nın yetişkinlerde KÜ'in yaşam kalitesine etkisi üzerine yaptığı çalışmada kaşıntının önemli derecede yaşam kalitesini etkilediği bulunmuştur(69). Kore'de erişkinlerde yapılan çalışmada da kaşıntı ve kabarıklığın yaşam kalitesine belirgin etki ettiği saptanmıştır(80). Benzer olarak, çalışmamızda yaşam kalite indeksinde hastaların en çok kaşıntıdan etkilendiği saptanmıştır. Hastaların %57,4'ü kaşıntı şiddeti ile ilgili soruda, oldukça fazla ve çok fazla etkilendiğini belirtmiştir.

KÜ, kişilerin psikolojik sağlığını da etkileyebilmektedir(83). Fransa, Almanya, İtalya, İspanya ve İngiltere'de ortak yürütülen bir çalışmada, depresyon, anksiyete ve uyku problemleri KÜ tedavisi alan erişkin hastalarda 2 kat daha yüksek saptanmıştır(84). Pasaoglu ve ark. Kronik spontan ürtiker hastalarının depresyon, histeri, hipokondri ve sosyal çevreleriyle çatışma oranının daha yüksek olduğunu göstermiştir(94). Dias ve ark. çalışmasında en çok hastalığa bağlı kaygı/sinirlilik ve cilt problemleri nedeni ile utanç hissi duyulmasının yaşam kalitesini etkilediği tespit edilmiştir(69). Çocuklarda ise, ülkemizde KÜ'li 27 çocuk, yaş ve cinsiyet yönünden eşit 27 sağlıklı çocuk ile karşılaştırıldığında, KÜ'li çocukların psikiyatrik tanı alma oranları daha yüksek bulunmuştur (çalışma grubu %70, kontrol grubu %30)(70). Bir başka çalışmada da KÜ'li 63 çocuk ve sağlıklı 82 çocuk karşılaştırıldığında, hasta grubunda kaygı ve depresyon daha fazla bulunmuştur(95). Çalışmamızda hastaların cilt sorunları nedeni ile %29,7'sinin utanç, sıkılgan, hüzünlü ve üzgün hissettikleri saptanmıştır. Çalışmamızda hastaların depresyon ve kaygı durumu değerlendirilmemiş olmakla birlikte, bu açıdan da izlenmelerinin faydalı olacağını düşünüyoruz.

KÜ, hastaların sosyal hayatını ve arkadaş ilişkilerini de etkileyebilmektedir. Çalışmamızda arkadaş ilişkileri oldukça fazla ve çok fazla etkilenen hasta oranı %12,7 idi. Etkilenme oranı çok yüksek gibi görünmese de, sosyal etkileşim, gelişimsel

dönemde önemlidir ve etkilenen hastaların saptanması ve hastaların desteklenmesi faydalı olabilecektir.

KÜ'in günlük uğraş ve aktiviteleri kısıtlayabilmektedir. Avustralyada erişkinlerde yapılan çalışmada, kronik ürtikerin günlük aktiviteleri olumsuz etkilediği bulunmuştur(97). Çalışmamızda, hastalık nedeni ile, dışarı çıkmasının, oyun oynamasının ve sevdiği uğraşları yapmasının oldukça fazla ve çok fazla etkilendiğini belirten hasta oranı %12,8'di. Dias ve ark.'ın çalışmasında, hastaların % 16'sı kronik ürtikeri nedeni ile spor yapmadığını, ürtiker nedeniyle spor yapmayan 13 hastanın % 69'u oldukça fazla veya çok fazla etkilendiğini bildirmiştir(67). Çalışmamızda hastalarımızın spor alışkanlıklarını detaylı sorgulamadık ancak cilt sorunları nedeni ile spor faaliyetlerinin çok fazla veya oldukça fazla aksadığını belirten hasta oranı %12,8 bulundu. Hastalık kontrolünün sağlanması, hastaları günlük aktivitelerinin kısıtlanmasını önleyecek, yaşam kalitelerine olumlu etki edebilecektir. Çocukların hastalıklarına rağmen yaşlılarıyla birlikte etkinliklere katılabilmeleri için gerekli düzenlemelerin yapılması önemlidir. Bunun yanında toplumda kronik ürtikerle ilgili farkındalık yaratılması da önem taşımaktadır. Kronik ürtikerli çocuğun çevresindekiler, hastalığının bulaşıcı olduğunu düşünerek uzak durmak isteyebilmektedir. Hastalığın toplum düzeyinde anlaşılması, çocuğun grup içinde yer alabilmesi ve etkinliklere katılabilmesine yardımcı olabilir.

KÜ'in, iş/okul hayatı üzerindeki olumsuz etkileri yaşam kalitesine etki etmektedir. Dias ve ark.'nın çalışmasında, hastalığın yetişkinlerin iş hayatını olumsuz yönde etkilediği ve üretkenliği azalttığı bulunmuştur(69). Erişkinlerde yapılan başka bir çalışmada, hastalığın iş yaşamında verimlilik kaybına neden olduğu bulunmuştur(96).Çocuklarda ise KÜ, okul ve eğitim hayatında aksamalara neden olabilmektedir. İspanyada yapılan bir çalışmada kronik ürtikerin çocukların eğitimi üzerindeki etkileri ele alınmıştır. Ürtikerli çocukların, hastalıkları nedeni ile %7,4'ünün ortalama 7.5 ± 18.5 gün devamsızlık yaptığı, ebeveynlerinin de % 3,3'ünün işten izin almak zorunda kaldığı bildirilmiştir. Aynı zamanda çocukların okul performansı, diğer çocuklara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur(82). Çalışmamızda yaşam kalite indeksi cevaplarına bakıldığında, okul çalışmalarının çok fazla ve oldukça fazla etkilendiğini belirten hastaların oranı %14,9'du. Çocukların

okulla ilgili sorun yaşama durumu açısından değerlendirilmesi ve desteklenmesi yaşam kalitelerinin artırılmasına yardımcı olabilir.

KÜ, uyku problemlerine neden olabilmektedir. Yetişkinlerde yapılan çalışmalarda hastalığın uyku kalitesini etkilediği, kronik yorgunluğa ve enerji kaybına yol açtığı bildirilmiştir(67,69,97). Çalışmamızda cilt sorunları nedeni ile hastaların %19,8'i uykusunun oldukça fazla ve çok fazla etkilendiğini ifade etmiştir. Sağlıklı uyku, büyüme, gelişme ve psikolojik etkileri nedeni ile çocuklar için önemlidir. Bu nedenle kronik ürtikerli çocukların uyku sorunları açısından değerlendirilmesi ve sorun yaşayan çocuklara yardımcı olunması önemlidir.

KÜ'de tedavi uygulamaları hastalar için sorun olabilmektedir. Tedavilerin uzun süre ve her gün kullanımına uyum zordur. Kullanılan ilaçların yan etkileri nedeni ile de yaşam kalitesi etkilenebilmektedir(69). Çalışmamızda hastaların %4,2'si tedaviden oldukça fazla ve çok fazla etkilendiğini ifade etmiştir.

Çalışmamızda kronik ürtiker ile takipli hastalarda yaşam kalitesine etki eden faktörlerin de belirlenmesi amaçlanmıştır. Böylece belirlenen faktörlerle ilgili gerekli önlemler alınarak yaşam kalitesinin iyileştirilmesi mümkün olabilecektir.

KÜ'in kadınlarda daha sık görüldüğü ve kadınların hastalıktan daha çok etkilendiği bilinmektedir. Avustralyada yetişkinlerde yapılan çalışmada, testin bazı alanlarına verilen cevaplarda kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur. Kadınlar, hastalık nedeni ile erkeklere göre uyku ile ilgili daha fazla sorun yaşamıştır. Dias ve ark.'ın çalışmasında ise istatistiksel olarak anlamlı olmasa da kadınların yaşam kalitesinin, testin her alanında erkeklere göre daha fazla etkilendiği saptanmıştır(69). Bizim çalışmamızda genel olarak kızlar ve erkekler arasında yaşam kalitesi düzeylerinde anlamlı fark saptanmadı. Ancak teste verilen cevaplar tek tek değerlendirildiğinde, kızların uygulanan tedavi nedeni ile erkeklere göre yaşam kalitelerinin daha çok etkilendiği bulundu. Tedavi sürecinde kız çocuklarının daha fazla desteklenmesi, sürecin yönetimine katkı sağlayabilir.

Yaş grupları arasında yaşam kalitesi etkilenme düzeyleri ve etkilenen alanlar arasında farklılıklar görülebilmektedir. Avustralyada yetişkinlerde yapılan çalışmada, 40 yaş üzerindeki kadınların yaşam kalitelerinin uykusuzluk ve verilen tedavinin yan

etkilerine bağı olarak daha çok etkilendiği bulunmuştur. Dias ve ark.'ın çalışmasında ise 41-60 yaş grubundaki hastaların en çok uyku ve iş hayatının etkilendiği bulunmuştur(69). Çalışmamızda testin genelinde 4-12 ve 13-16 yaş grupları arasında yaşam kalite etkilenme düzeyinde anlamlı fark saptanmadı. ancak verilen cevaplar yaş gruplarına göre tek tek değerlendirildiğinde, 4-12 yaş grubunda cilt sorunları nedeni yaşanan akran zorbalığının yaşam kalitesini daha çok etkilediği bulunmuştur. Çocukluk dönemindeki akran zorbalığı, kronik stresle ilişkili yaşam boyu sürecek etkilere sebep olabilir(98). Bu yaş grubundaki hastalara verilecek destek ve önerilerin bu açıdan yararlı olacağını olacağını düşünüyoruz.

Hastalık süresinin uzun olması yaşam kalitesini etkileyen bir faktördür. Avustralya'da yapılan bir çalışmada da hastalık süresi 1 yıldan uzun olan hastaların yaşam kalitesinin, 1 yıldan kısa süreli hastalığı olanlara göre daha fazla etkilendiği bulunmuştur(97). Dias ve ark.'nın çalışmasında, hastaların %61'inin hastalık süresi 5 yıldan uzun bulunmuştur; ancak hastalık süresinin yaşam kalitesine anlamlı etkisi gösterilememiştir(69). Kore'de yetişkinler üzerinde yapılan çalışmada ise hastalık süresinin yaşam kalitesine anlamlı etkisi saptanmamıştır(93). Çalışmamızda da hastalık süresi ortalama 5(0,16-14) yıl bulundu ve hastalık süresinin yaşam kalitesi üzerinde genel değerlendirmede anlamlı etkisi saptanmadı. Teste verilen cevaplar ayrı ayrı değerlendirildiğinde ise hastalık süresi 5 yıl ve daha uzun olan hastaların uyku problemleri nedeni ile yaşam kalitesinin daha çok etkilendiği saptandı.

KÜ'li hastalarda eşlik eden allerjik hastalıklar ve atopi durumları da yapılan çalışmalarda değerlendirilmiştir. Kore'de 249 yetişkin hasta üzerinde yapılan çalışmada, hastaların %63,3'ünde allerjik hastalık, %49,8'inde atopi öyküsü olduğu bildirilmiştir(83). Ülkemizde Arıkoğlu ve ark. yaptığı bir çalışmada kronik ürtikerli çocuklarda allerjik rinit, astım, atopik dermatit sıklığı sırasıyla %7.5, %2.5 ve %1.2 olarak bulunmuştur(87). Sackesen ve ark. ise kronik ürtikerli çocuklarda %23.5 oranında aeroallerjen duyarlılığı %12 oranında besin allerjen duyarlılığı saptamıştır(77). Bizim çalışmamızda kronik ürtikere eşlik eden allerjik hastalıklar en çok astım(%15,5) ve allerjik rinit(%15,2) olarak bulundu. Eşlik eden allerjik hastalık ve hastada atopi varlığının, testin genel değerlendirmesinde ve soru bazında yaşam kalitesi üzerine anlamlı bir etkisi saptanmamıştır. Bu bulgu literatür ile uyumludur(83).

Ürtikerli çocukların aile bireylerinde de atopi ve ürtiker oranları araştırılmıştır. Işık ve ark. kronik ürtikerde ailede atopi, ürtiker, anjiyoödem varlığını %2,9 olarak bildirmişlerdir(88). Jirapongsananuruk ve ark. ise kronik ürtikerli çocuklarda ailede atopi öyküsünü %45.7 olarak saptamıştır(11). Arıkoğlu ve ark. çalışmasında, ailede atopi-alerjik hastalık ve kronik ürtiker öyküsü sıklığı ise sırasıyla %33.7 ve %7.5 olarak tesbit edilmiştir(87). Kore’de, çocuk hastalarda yapılan bir çalışmada, akut ürtikerin, alerjik hastalıklar ve ebeveyn alerji öyküsü ile anlamlı olarak ilişkili olduğu fakat kronik ürtikerin bu klinik faktörlerle ilişkili olmadığı bildirilmiştir(10). İspanya’da erişkinlerde yapılan bir çalışmada da kronik ürtiker ile aile yada hastada alerjik hastalık arasında ilişki saptanmamıştır(82). Çalışmamızda ailede alerjik hastalık ve ailede kronik ürtiker görülme durumu sırasıyla %29,7 ve %10,6 olarak tespit edildi. Annesinde alerjik hastalık olanların yaşam kalitesi, olmayanlara göre daha çok etkilenmişti. Ancak kurulan regresyon modelinde bu durumun yaşam kalitesi üzerine etkili bir faktör olmadığı bulundu. Çalışmamızda, annesinde alerjik hastalık olan sadece 7 hasta vardı ve bu hastaların 6’sının yaşam kalitesi orta düzey ve üzerinde etkilenmişti. Daha geniş hasta grubuyla yapılacak olan çalışmalar bu konuda daha fazla bilgi verebilecektir.

KÜ’li hastaların yaklaşık yarısında anjiyoödem de görülmekte ve yaşam kalitesine olumsuz etki etmektedir(82). Kore’de, 390 yetişkin hasta üzerinde, KÜ’in yaşam kalitesine etkisi ile ilgili yapılan çalışmada, hastaların %39’unda anjiyoödem birlikteliği gösterilmiş ve bu hastalarda yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur(80). Polonya’da 79 yetişkin hasta ile yapılan bir çalışmada da KÜ’de eşlik eden anjiyoödem varlığının yaşam kalitesine olumsuz yönde etki ettiği gösterilmiştir(89). Azkur ve ark.’ın 222 çocuk ile yaptığı çalışmasında 89(%40.1) çocukta kronik ürtikere anjiyoödem eşlik ettiği gösterilmiştir(75). Çalışmamızda 16(%37,2) hastada kronik ürtiker ve anjiyoödem birlikte olduğu bulunmuştur. Genel olarak anjiyoödem varlığının yaşam kalitesine anlamlı etkisi saptanmamıştır. Ancak teste verilen cevaplara göre bakıldığında anjiyoödemli olan hastaların uykusunun daha çok etkilendiği bulunmuştur.

Kronik ürtiker alt tiplerinde, yaşam kalitesinin etkilendiği alanlar da farklı olabilmektedir. Kore’de 249 yetişkin üzerinde yapılan bir çalışmada, kronik indüklenebilir ürtikeri olan hastaların(%35)(geç basınç ürtikeri ve solar ürtiker) yaşam

kalitesinin testin her alanında daha çok etkilendiği bulunmuştur. Bizim çalışmamızda spontan ve indüklenabilir ürtikerli hastalar arasında, yaşam kalitesi etkilenim durumunda genel değerlendirmede ve teste verdikleri cevaplar arasında anlamlı fark saptanmadı(93).

Yaşam kalitesini etkileyen önemli etmenlerden biri hastalık şiddetidir. Hastalık şiddetini ölçmek için en sık kullanılan ölçeklerden biri ÜAS'tır. ÜAS'ın yüksek olması hastalık şiddetini göstermektedir. Dias ve ark. yaptığı çalışmada, yüksek ÜAS değerlerinin yaşam kalitesi üzerine belirleyici etkisi olduğu gösterilmiştir(69). Kore'de yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada da ÜAS ve CU-QOL skorları arasında güçlü bir korelasyon bulunmuştur(80). Japonya'da, ÜAS ve CDLQI skorları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, KÜ nedeni ile tedavi alan 42 çocuğun doldurdıkları ÜAS ve vizitler esnasında kaydedilen CDLQI skorları arasında korelasyon saptanmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre ÜAS değerleri kronik ürtiker hastalarının yaşam kalitesindeki bozulmayı , ÜAS değerlerinde meydana gelen değişiklik de kronik ürtikerli hastaların yaşam kalitesindeki değişiklikleri yansıtmaktadır(85). Bizim çalışmamızda da hastaların yaşam kalite etkilenim skorları ile ürtiker aktivite skoru arasında kuvvetli düzeyde pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r:0,537$ $p<0,001$). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde ise; ürtiker aktivite skorundaki her 1 birimlik artış yaşam kalite indeksinin orta düzey ve üzerinde etkilenme riskini 1,83 (1,08-3,013) kat arttırmaktadır ($P=0,025$).

KÜ'de laboratuvar bulguları etyolojik değerlendirmede ve yaşam kalitesine etkisi nedeni ile önemlidir. Kore'de yapılan çalışmada, serum total IgE düzeyi ile ÜAS ve CU-QOL arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Serum total IgE düzeyinin yaşam kalitesindeki bozulma ile korelasyon gösterdiği bulunmuştur ($r: -0.131$, $p< 0.05$)(80). Yapılan çalışmalarda, C-reaktif protein (CRP) düzeylerinin; şiddetli kronik ürtikerde, hafif ürtiker semptomları gösteren hastalara göre daha fazla arttığı gösterilmiştir(90,91). Rusya ve Almanya'da ortak yapılan bir çalışmada KSÜ'li hastaların CRP düzeyleri ile ÜAS ve CU-QOL arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Yüksek CRP düzeylerinin, hastalığın şiddetli olması ve yaşam kalitesindeki bozulma ile korelasyon gösterdiği bulunmuştur(91). Çalışmamızda hastaların laboratuvar sonuçlarına bakıldığında, serum total IgE düzeyi ile ÜAS arasında orta düzeyde pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r: 0,338$ $p<0,026$). Ancak

serum total İge yüksekliğinin yaşam kalitesi üzerine anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. CRP düzeylerine bakıldığında ise, CRP ile ÜAS arasında ilişki bulunmamış ve CRP yüksekliğinin yaşam kalitesi üzerine anlamlı etkisi saptanmamıştır. Yapılan diğer laboratuvar tetkiklerinin anormal sonuçları ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

KÜ’de yaşam kalitesine etki edebilecek önemli bir faktör de tedavidir. Çalışmamızda yaşam kalitesi skoru üzerine univariate analizde ilaç kullanımı tek başına anlamlı çıksa da kurulan regresyon modelinde ilaç kullanımının karıştırıcı faktör olduğu anlaşılmıştır. Hastalık aktivitesi fazla olan hastalar daha fazla ilaç kullanmakta, bu nedenle aslında hastalık aktivitesi daha fazla olduğu için bu grupta yaşam kalitesi düşük bulunmaktadır. Tedavi sürecinde yaşanan karşılanmayan ihtiyaçların farkındalığı, nihayetinde hasta desteğini artırabilir ve doktorların hastalık yükü anlayışını geliştirebilir.

Sonuç olarak, KÜ ile takipli çocuklarda hastalığın şiddeti arttıkça hayat kalitesinde etkilenme artmaktadır. Bu hastalara daha iyi hastalık kontrolü ve etkin tedavi hayat kalitesinde iyileşme sağlayabilir. Çocuklarda yaşam kalitesini değerlendiren güvenilirliği ve geçerliliği kanıtlanmış testlerin geliştirilmesi, pediatrik KÜ’li hastaların hastalık yüküne ve yönetimine daha farklı bir bakış açısı getirmesi açısından faydalı olacaktır.

5.1.Çalışmamızın Katkısı

Kronik ürtikerli çocukların yaşam kaliteleri ile ilgili veri azdır. Çalışmamızda kronik ürtikerli çocuklarda hastalığın yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediği saptanmıştır. En çok etkilenen alanın kaşıntıya bağlı rahatsızlık olduğu gözlenmiştir. Yaşam kalitesi üzerinde en belirgin etkisi olan faktör hastalık şiddeti olarak belirlenmiştir. Hastalığın etkin tedavisi hastanın yaşam kalitesini arttıracaktır.

5.2. Çalışmamızın Sınırlılıkları

Hasta sayımızın azdır. ÜAS değerlendirilirken 1 hafta anket doldurulması yerine son bir haftadaki durumun bir kerede sorularak kaydedilebilmiştir. Otolog serum testinin tüm hastalara yapılamamıştır, her hastanın standart olarak aynı tetkiklerle değerlendirilememiş olmasıdır. Hastaların kesitsel değerlendirilmiş olması ve tedavi süreci içinde tekrarlayan ölçümlerin (örn tanı anında, tedavi sürecinde belli aralıklarla) yapılmamış olmasıdır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

1. Hastaların %48,9'u erkek, %51,1' kız olup yaş ortancaları 12,00(4-16) yılıdır.
2. Ürtikerin Başlama Yaş ortancası 8(2-16)yıl, Ürtikerin Süresi ortanca 5(0,16-14)yıdır.
3. Hastaların 26'sının(%55) öyküsünde en az bir tetikleyici faktör vardı. Gıdalar (%30,4), öyküde en çok belirtilen tetikleyici faktördü.
4. Hastaların %34'ünde kronik indüklenabilir ürtiker, %66'sında kronik spontan ürtiker tespit edildi. Kronik indüklenebilir ürtikerler arasında en sık dermografizm (%56,2) saptanmıştır.
5. Kronik spontan ürtiker ve indüklenabilir ürtikerli hastaların yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır.
6. Otolog serum deri testi yapılan hastaların %41,6'sında test pozitif bulunmuştur. Otolog serum deri testi pozitifliğinin yaşam kalitesine anlamlı etkisi saptanmamıştır.
7. ÜAS'a göre hastalık şiddeti hastaların %57,8'sinde ağır, %42,2'sinde hafif bulunmuştur. ÜAS ≥ 4 olan hastaların yaşam kalitesi daha çok etkilenmiştir ($p=0,013$).
8. Yaşam kalitesi etkilenim skoru ≥ 6 hastaların yaşam kalitesi, orta düzey ve üzerinde etkilenmiştir. Yaşam kalitesi hiç etkilenmemiş ya da az etkilenmiş 24(%51,1)hasta, orta düzey ve üzerinde etkilenmiş 23(%48,9) hasta vardır.
9. Hastalarda en çok görülen semptom ve yaşam kalite indeksinde en çok verilen cevap kaşıntıdır.
10. Hastaların cilt sorunları nedeni ile %29,7'sinin utanç, sıkılgan, hüzünlü ve üzgün hissettikleri saptanmıştır.
11. Hastalık nedeni ile, dışarı çıkmasının, oyun oynamasının ve sevdiği uğraşları yapmasının oldukça fazla ve çok fazla etkilendiğini belirten hasta oranı %12,8'dir.
12. Yaşam kalite indeksi cevaplarına bakıldığında, okul çalışmalarının çok fazla ve oldukça fazla etkilendiğini belirten hastaların oranı %14,9'dur.

13. Cilt sorunları nedeni ile hastaların %19,8'i uykusunun oldukça fazla ve çok fazla etkilendiğini ifade etmiştir.
14. Çalışmamızda genel olarak kızlar ve erkekler arasında yaşam kalitesi düzeylerinde anlamlı fark saptanmadı. Ancak teste verilen cevaplar tek tek değerlendirildiğinde, kızların uygulanan tedavi nedeni ile erkeklere göre yaşam kalitelerinin daha çok etkilendiği bulunmuştur.
15. Çalışmamızda testin genelinde 4-12 ve 13-16 yaş grupları arasında yaşam kalite etkilenme düzeyinde anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak verilen cevaplar yaş gruplarına göre tek tek değerlendirildiğinde, 4-12 yaş grubunda cilt sorunları nedeni yaşanan akran zorbalığının yaşam kalitesini daha çok etkilediği bulunmuştur.
16. Hastalık süresinin yaşam kalitesi üzerinde genel değerlendirmede anlamlı etkisi saptanmadı. Hastaların yaşam kalite indeksi cevapları ayrı ayrı değerlendirildiğinde, hastalık süresi 5 yıl ve daha uzun olan hastaların uyku problemleri nedeni yaşam kalitesinin daha çok etkilendiği saptanmıştır.
17. Eşlik eden allerjik hastalık ve hastada atopi varlığının, testin genel değerlendirmesinde ve soru bazında yaşam kalitesi üzerine anlamlı bir etkisi saptanmamıştır.
18. Çalışmamızda 16(%37,2) hastada kronik ürtiker ve anjiyoödem birlikte olduğu bulunmuştur. Genel olarak anjiyoödem varlığının yaşam kalitesine anlamlı etkisi saptanmamıştır. Ancak teste verilen cevaplara göre bakıldığında anjiyoödemli olan hastaların uykusunun daha çok etkilendiği bulunmuştur.
19. Spontan ve indüklenabilir ürtikerli hastalar arasında, yaşam kalitesi etkilenim durumunda genel değerlendirmede ve teste verdikleri cevaplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.
20. Hastaların yaşam kalite etkilenim skorları ile ürtiker aktivite skoru arasında kuvvetli düzeyde pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır($r:0,537$ $p<0,001$).
21. Ürtiker Aktivite skorundaki her 1 birimlik artış yaşam kalite indeksinin orta düzey ve üzerinde etkilenme riskini 1,83 (1,08-3,013) kat arttırmaktadır ($P=0,025$).

22. Serum total IgE düzeyi ile ÜAS arasında orta düzeyde pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0,338 p<0,026). Ancak serum total Ige yüksekliğinin yaşam kalitesi üzerine anlamlı bir etkisi bulunmamıştır.
23. CRP ile ÜAS arasında ilişki bulunmamıştır ve CRP yüksekliğinin yaşam kalitesi üzerine anlamlı etkisi saptanmamıştır
24. Laboratuvar tetkiklerinin anormal sonuçları ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.
25. Annesinde allerjik hastalığı olan hastaların yaşam kalitesi anlamlı olarak daha çok etkilenmiştir (p=0,034). Ancak ileri analizlerde annede allerjik hastalık olmasının yaşam kalitesine anlamlı etkisi saptanmamıştır.
26. İlaç kullanan hastaların yaşam kalitesi, ilaç kullanmayan hastalara göre anlamlı derecede daha çok etkilenmiştir (p=0,0441). Ancak ileri analizlerde ilaç kullanımının yaşam kalitesine anlamlı etkisi saptanmamıştır.
27. Çalışmamıza katılanlar %62,2'si sosyal topluluğun hastalık sürecinde kendilerine faydalı olacağı düşünüyordu.
28. Yetişkinlerde uygulanabilen CU-Q2oL testi gibi çocuklarda yaşam kalitesini değerlendiren güvenilirliği ve geçerliliği kanıtlanmış testlerin geliştirilmesi, pediatrik KÜ'li hastaların hastalık yüküne ve yönetimine daha farklı bir bakış açısı getirmesi açısından faydalı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Abdul Latiff AH, Baker D, Ballmer-Weber B, et al. The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy Eur J Allergy Clin Immunol*. 2018;73(7):1393–414.
2. Bernstein JA, Lang DM, Khan DA, Craig T, Dreyfus D, Hsieh F, et al. The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update. *J Allergy Clin Immunol* [Internet]. 2014;133(5):1270-1277.e66.
3. O'Donnell BF. Urticaria. Impact on Quality of Life and Economic Cost. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2014;34(1):89–104.
4. Church MK, Weller K, Stock P, Maurer M. Chronic spontaneous urticaria in children: Itching for insight. *Pediatr Allergy Immunol*. 2011;22(1 PART 1):1–8.
5. Beattie PE. A comparative study of impairment of quality of life in children with skin disease and children with other chronic childhood diseases. 2006;145–51.
6. Gürkan Kılıç, Nermin Güler, Zeynep Tamay. Alerjinin Bilinmez Sorununa Tanısal Yaklaşım : Kronik Ürtiker ve Anjioödem. 2015; Çocuk Dergisi 9(2):68-75, 2009.
7. Balp MM, Weller K, Carboni V, Chirilov A, Papavassilis C, Severin T, et al. Prevalence and clinical characteristics of chronic spontaneous urticaria in pediatric patients. *Pediatr Allergy Immunol*. 2018;29(6):630–6.
8. Henz BM, Zuberbier T. Urticaria. New developments and perspectives. *Hautarzt* 2000; 51(5): 302–8 [in German].
9. Kaplan AP. Chronic urticaria : Pathogenesis and treatment. *J Allergy Clin Immunol*. 2004 Sep;114(3):465-74; quiz 475.
10. Lee SJ, Ha EK, Jee HM, Lee KS, Lee SW, Kim MA, et al. Prevalence and Risk Factors of Urticaria With a Focus on Chronic Urticaria in Children. 2017;9(3):212–9.
11. Jirapongsananuruk O, Pongpreuksa S, Sangacharoenkit P. Identification of the etiologies of chronic urticaria in children : A prospective study of 94 patients. 2010;508–14.
12. Volonakis M, Katsarou-Katsari A, Stratigos J. Etiologic factors in childhood chronic urticaria. *Ann Allergy* 1992; 69: 61–65
13. Liu TH, Lin YR, Yang KC, et al. Significant factors associated with severity and outcome of an initial episode of acute urticaria in children. 2010;(5):1043–51.

14. Ghaffari J. Chronic urticaria in children : Etiologies , Clinical Manifestations , Diagnosis
Chronic urticaria in children : Etiologies , Clinical Manifestations , Diagnosis and Treatment.
2014;(July 2013).
15. Mathelier-fusade P. Drug-Induced Urticarias. Clin Rev Allergy Immunol. 2006 Feb;30(1):19-
23.2006;30(2):19–23.
16. Liu T, Lin Y, Yang K, Chou C, Chang Y, Wu H. First Attack of Acute Urticaria in Pediatric
Emergency Department. Pediatr Neonatol [Internet]. 2008;49(3):58–64.
17. Balaban J. Medicaments as the possible cause of urticaria in children. Acta Derm Venereol
2002; 10(3): 155–159.
18. Göncü EK, Aktan Ş, Atakan N, Başkan EB, Erdem T, Koca R, et al. Türkiye ürtiker tanı ve
tedavi kılavuzu-2016. Turkderm Deri Hast ve Frengi Ars. 2016;50(3):82–98.
19. Kowalski ML, Woessner K, Sanak M: Approaches to the diagnosis and management of
patients with a history of nonsteroidal anti-inflammatory drug-related urticaria and
angioedema. J Allergy Clin Immunol 2015;136:245-51.
20. Kostis JB, Kim HJ, Rusnak J, et al: Incidence and characteristics of angioedema associated
with enalapril. Arch Intern Med 2005;165:163742.
21. Rasmussen ER, Mey K, Bygum A: Angiotensin-converting enzyme inhibitor-induced
angioedema-a dangerous new epidemic. Acta Derm Venereol 2014;94:260-4.
22. Wedi B, Raap U, Kapp A. Chronic urticaria and infections. Curr Opin Allergy Clin Immunol.
2004 Oct;4(5):387-96.
23. Wedi B, Raap U, Wiczorek D, Kapp A. Urticaria and infections. 2009;12:1–12.
24. Sahiner UM, Civelek E, Tuncer A, Yavuz ST, Karabulut E, Sackesen C, et al. Chronic
urticaria: Etiology and natural course in children. Int Arch Allergy Immunol.
2011;156(2):224–30.
25. Nwaru BI, Hickstein L, Panesar SS, Roberts G, Muraro A and Sheikh A on behalf of the
EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group. Prevalence of common food
allergies in Europe: a systematic review and meta-analysis. Allergy 2014; 69(8): 992-1007.
26. Zuberbier T, Pfrommer C, Specht K, Vieths S, Bastl-borrmann R, Worm M, et al.
Dermatologic and ocular diseases Aromatic components of food as novel eliciting factors of
pseudoallergic reactions in chronic urticaria. :343–8.
27. Özçeker D. Çocuklarda Ürtiker ve Anjiyoödeme Tanısal Yaklaşım. 2018;18(1):1–9.
28. Rajan JP, Simon RA, Bosso JV: Prevalence of sensitivity to food and drug additives in

- patients with chronic idiopathic urticaria. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2014;2:168-71.
29. Magerl M, Pisarevskaja D, Scheufele R, Zuberbier T, Maurer M: Effects of a pseudoallergen-free diet on chronic spontaneous urticaria: a prospective trial. *Allergy* 2010;65:78-83.
 30. Zuberbier T, Chantraine-Hess S, Hartmann K, et al: Pseudoallergen-free diet in the treatment of chronic urticaria. A prospective study. *Acta Derm Venereol* 1995;75:484-7.
 31. Ehlers I, Niggemann B, Binder C, et al. Role of nonallergic hypersensitivity reactions in children with chronic urticaria. *Allergy* 1998;53(11):1074-7
 32. Dalal I, Levine A, Somekh E, et al. Chronic urticaria in children: expanding the“autoimmune kaleidoscope”. *Pediatrics* 2000; 106(5): 1139–1141.
 33. Kilic G, Guler N, Suleyman A, et al. Chronic urticaria and autoimmunity in children *Pediatr Allergy Immunol* 2010; 21(5): 837–842
 34. Brunetti L, Francavilla, Miniello V. High prevalence of autoimmune urticaria in children with chronic urticaria. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 114: 922-7
 35. Confino-Cohen R, Chodick G, Shalev V, Leshno M, Kimhi O, Goldberg A: Chronic urticaria and autoimmunity: associations found in a large population study. *J Allergy Clin Immunol* 2012;129:1307-13.
 36. Stockli SS, Bircher AJ: Generalized pruritus in a patient sensitized to tobacco and cannabis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2007;5:303-4.
 37. Hallab N, Merritt K, Jacobs JJ: Metal sensitivity in patients with orthopaedic implants. *J Bone Joint Surg Am* 2001;83-A:428-36. 9;
 38. Tedeschi A, Kolkhir P, Asero R, et al: Chronic urticaria and coagulation: pathophysiological and clinical aspects. *Allergy* 2014;69:683-91.
 39. Karakök Güngör ve ark. Kronik Ürtiker Patogenezi. *Turk J Dermatol* 2014; 4: 223-6.
 40. Grattan CEH, Dawn G, Gibbs S, Francis DM. Blood basophil numbers in chronic ordinary urticaria and healthy controls: diurnal variation, influence of loratadine and prednisolone and relationship to disease activity. *Clin Exp Allergy* 2003;33:337-341
 41. Atwa MA, Emara AS, Youssef N, Bayoumy NM: Serum concentration of IL-17, IL-23 and TNF-alpha among patients with chronic spontaneous urticaria: association with disease activity and autologous serum skin test. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2014;28:469-74.
 42. Marzano AV, Tavecchio S, Venturini M, Sala R, Calzavara-Pinton P, Gattorno M: Urticarial vasculitis and urticarial autoinflammatory syndromes. *G Ital Dermatol Venereol* 2015;150:41-50

43. Eckman JA, Hamilton RG, Gober LM, Sterba PM, Saini SS. Basophil phenotypes in chronic idiopathic urticaria in relation to disease activity and autoantibodies. *J Invest Dermatol* 2008;128:1956-1963
44. Saini SS, Omachi TA, Trzaskoma B, et al. Effect of omalizumab on blood basophil counts in patients with chronic idiopathic/spontaneous urticaria. *J Invest Dermatol* 2017;137:958-961.
45. Asero R, Marzano AV, Ferrucci S, Cugno M. D-dimer plasma levels parallel the clinical response to omalizumab in patients with severe chronic spontaneous urticaria. *Int Arch Allergy Immunol* 2017;172:40-44.
46. Weller, K., Siebenhaar, F., Hawro, T., Altrichter, S., Schoepke, N., & Maurer, M. (2017). Clinical Measures of Chronic Urticaria. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, 37(1), 35–49. doi:10.1016/j.iac.2016.08.005
47. 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-QoL). *Allergy* 2005;60:1073-8.
48. Kocaturk E, Weller K, Martus P, et al: Turkish version of the chronic urticaria quality of life questionnaire: cultural adaptation, assessment of reliability and validity. *Acta Derm Venereol* 2012;92:419-25
49. Didar Balci D, Sangün Ö, İnandı T: Cross Validation of the Turkish Version of Children's Dermatology Life Quality Index. *J Turk Acad Dermatol* 2007;1:71402
50. Sanchez-Borges M, Asero R, Ansotegui IJ, et al: Diagnosis and treatment of urticaria and angioedema: a worldwide perspective. *World Allergy Organ J* 2012;5:125-47.
51. Weller K, Groffik A, Church MK, et al. Development and validation of the Urticaria Control Test: a patient-reported outcome instrument for assessing urticaria control. *J Allergy Clin Immunol* 2014;133:1365-137
52. Ortonne JP: Chronic urticaria: a comparison of management guidelines. *Expert Opin Pharmacother* 2011;12:2683-93.
53. Bruno G., Andreozzi P., U. G. Exercise-induced urticaria-angioedema syndrome: A role in gastroesophageal reflux. In: Vena G. A. PP, editor. *Proceedings of the international symposium on urticaria.*: Bari. Editrice CSH, Milan; 1998. p. 85-89
54. Varghese R, Rajappa M, Chandrashekar L, et al: Association among stress, hypocortisolism, systemic inflammation, and disease severity in chronic urticaria. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2016;116:344-8 e1.
55. Grattan CE, Francis DM, Slater NG, Barlow RJ, Greaves MW. Plasmapheresis for severe,

unremitting, chronic urticaria. *Lancet* 1992;339(8801):1078-1080

56. Church MK, Maurer M, Simons EF, et al. Should first-generation H1-antihistamines still be available as over-the-counter medications? A GA2LEN task force report. *Allergy* 2010; 65: 459–66
57. Cömert Erkılınç A: Ürtiker ve Antihistaminler. *Türkiye Klinikleri J DermatolSpecial Topics* 2015;8:67-75.
58. Grob JJ, Auquier P, Dreyfus I, Ortonne JP: How to prescribe antihistamines for chronic idiopathic urticaria: desloratadine daily vs PRN and quality of life. *Allergy* 2009;64:605-12.
59. Kaplan AP, Spector SL, Meeves S, Liao Y, Varghese ST, Georges G: Oncedaily fexofenadine treatment for chronic idiopathic urticaria: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2005;94:662-9.
60. Makris M, Maurer M, Zuberbier T: Pharmacotherapy of chronic spontaneous urticaria. *Expert Opin Pharmacother* 2013;14:2511-9
61. Gimenez-Arnau A, Izquierdo I, Maurer M: The use of a responder analysis to identify clinically meaningful differences in chronic urticaria patients following placebo- controlled treatment with rupatadine 10 and 20 mg. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009;23:1088-91.
62. Saini S, Rosen KE, Hsieh HJ, Wong DA, Conner E, Kaplan A, et al. A randomized, placebocontrolled, dose-ranging study of single-dose omalizumab in patients with H-1-antihistaminerefractory chronic idiopathic urticaria. *J Allergy Clin Immunol* 2011;128(3):567-U195
63. Staubach P, Metz M, Chapman-Rothe N, Sieder C, Brautigam M, Canvin J, et al. Effect of omalizumab on angioedema in H1 -antihistamine-resistant chronic spontaneous urticaria patients: results from X-ACT, a randomized controlled trial. *Allergy* 2016;71(8):1135-1144
64. Maurer M, Church MK, Goncalo M, Sussman G, Sanchez-Borges M: Management and treatment of chronic urticaria (CU). *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015;29 Suppl 3:16-32.
65. Vena GA, Cassano N, Colombo D, Peruzzi E, Pigatto P. Cyclosporine in chronic idiopathic urticaria: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *J Am Acad Dermatol* 2006;55(4):705709
66. Mahesh PA, Pudupakkam VK, Holla AD, Dande T: Effect of warfarin on chronic idiopathic urticaria. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2009;75:187-9. 133. Hannuksela M, Kokkonen EL: Ultraviolet light therapy in chronic urticaria. *Acta Derm Venereol* 1985;65:449-50
67. O'Donnell BF, Lawlor F, Simpson J, Morgan M, Greaves MW. The impact of chronic urticaria on the quality of life. *Br J Dermatol.* 1997;136:197-201.

68. Heng JK, Koh LJ, Toh MP, Aw DC. A study of treatment adherence and quality of life among adults with chronic urticaria in Singapore. *Asia Pac Allergy*. 2015;5:197-202.
69. Dias, G. A. C., Pires, G. V., Valle, S. O. R. do, Dortas Júnior, S. D., ... Levy, S. (2016). Impact of chronic urticaria on the quality of life of patients followed up at a university hospital. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 91(6), 754–759.
70. Hergüner, S., Kılıç, G., Karakoç, S., Tamay, Z., Tüzün, Ü., & Güler, N. (2011). Levels of depression, anxiety and behavioural problems and frequency of psychiatric disorders in children with chronic idiopathic urticaria. *British Journal of Dermatology*, 164(6), 1342–1347.
71. Bilaç C, Bilaç Ö, Öztürkcan S. Çocuklarda Dermatolojik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi. *Turkderm Deri Hast ve Frengi Ars*. 2014;48(2):60–6.
72. Salek MS, Jung S, Brincat-Ruffini LA, MacFarlane L, Lewis-Jones MS, Basra MKA, et al. Clinical experience and psychometric properties of the Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI), 1995-2012. *Br J Dermatol*. 2013;169(4):734–59.
73. Balp MM, Weller K, Carboni V, Chirilov A, Papavassilis C, Severin T, et al. Prevalence and clinical characteristics of chronic spontaneous urticaria in pediatric patients. *Pediatr Allergy Immunol*. 2018;29(6):630–6.
74. Del Pozzo-Magaña BR. Chronic Urticaria in Children: a Review. *Eur Med J*. 2017;5(November):74–82.
75. Azkur D, Civelek E, Toyran M, Misirlioğlu ED, Erkoçoğlu M, Kaya A, et al. Clinical and etiologic evaluation of the children with chronic urticaria. *Allergy Asthma Proc*. 2016;37(6):450–7.
76. Sahiner UM, Civelek E, Tuncer A, Yavuz ST, Karabulut E, Sackesen C, et al. Chronic urticaria: Etiology and natural course in children. *Int Arch Allergy Immunol*. 2011;156(2):224–30.
77. Sackesen C, Sekerel BE, Orhan F, Kocabas CN, Tuncer A, Adalioglu G. The etiology of different forms of urticaria in childhood. *Pediatr Dermatol* 2004;21:102-8
78. Çocukluk Çağındaki Ürtikerli Olguların Etiyolojik Açıdan Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. *The Journal of Pediatric Research* 2015;2(3):134-9.
79. Beattie PE. A comparative study of impairment of quality of life in children with skin disease and children with other chronic childhood diseases. 2006;145–51.
80. Choi WS, Lim ES, Ban GY, Kim JH, Shin YS, Park HS, et al. Disease-specific impairment of the quality of life in adult patients with chronic spontaneous urticaria. *Korean J Intern Med*. 2018;33(1):185–92.

81. Goldstein S, Eftekhari S, Mitchell L, Winders TA, Kaufman L, Dudas D, et al. Onset through Diagnosis and Disease Management in the US. 2019;1091–8.
82. Ferrer M. Epidemiology, healthcare, resources, use and clinical features of different types of urticaria. *Alergologica* 2005. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2009;19(SUPPL. 2):21–6.
83. Ye, Y.-M., Jeon Woo Park, S.-H. Kim, J.-H. Choi, G.-Y. Hur, H.-Y. Lee, E. - H. Lee and H-s Park Clinical evaluation of the computerized chronic urticaria-specific quality of life questionnaire in Korean patients with chronic urticaria. *Clinical and experimental dermatology* 37 7 (2012): 722-8 .
84. Jeffrey MB, Haijun V, Gina T. The Impact of Chronic Urticaria from the Patient ' s Perspective : A Survey in Five European Countries. *Patient - Patient-Centered Outcomes Res*. 2015;8(6):551–8.
85. Asaumi T, Iikura K, Yanagida N, Sato S, Ebisawa M. Assessment of Qol By Urticaria Activity Score In Pediatric Patients With Chronic Urticaria. *Arerugi*. 2016 Feb;65(1):41-7 (in Japanese).
86. Sahiner UM, Civelek E, Tuncer A, Yavuz ST, Karabulut E, Sackesen C, et al. Chronic urticaria: Etiology and natural course in children. *Int Arch Allergy Immunol*. 2011;156(2):224–30.
87. Arikoğlu T, Aydoğdu A, Batmaz SB, Tezol Ö, Kuyucu S. Çocukluk Çağındaki Kronik Ürtikerli Olguların Etiyolojik Açıdan Değerlendirilmesi Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi. 2017; .324
88. Işık S, Ayyıldız ZA, Sözmen ŞÇ, Fırıncı F, Uysal P, Karaman Ö ve ark. Kronik ürtikerli olgularımızın etyolojik değerlendirilmesi. *Türkderm* 2014;48:13-6.
89. Oles-Krykowska, A., Badura-Brzoza, K., & Brzoza, Z. (2019). Does angioedema influence the quality of life in chronic spontaneous urticaria patients? *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*.
90. Kasperska-Zajac, A., Sztylc, J., Machura, E., & Jop, G. (2011). Plasma IL-6 concentration correlates with clinical disease activity and serum C-reactive protein concentration in chronic urticaria patients. *Clinical & Experimental Allergy*, 41(10), 1386–1391.
91. Kolkhir, P., Altrichter, S., Hawro, T., & Maurer, M. (2017). C-reactive protein is linked to disease activity, impact, and response to treatment in patients with chronic spontaneous urticaria. *Allergy*, 73(4), 940–948.
92. BERG T, NILSSON BA. The Foetal Development of Serum Levels of IgG and IgM. *Acta Paediatr*, 1969;58(6):577–83

93. Valero A, Herdman M, Bartra J, Ferrer M, Jáuregui I, Dávila I, et al. Adaptation and validation of the Spanish version of the Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire (CU-Q2oL). *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2008;18:426-32
94. Pasaoglu G. Psychological status of patients with chronic urticaria. *J Dermatol*. 2006;33:765-71.
95. Karaman et al. The relationship of chronic spontaneous urticaria with anxiety and depression in children. *J Pediatr Res*. 2019.46548
96. Itakura A, Tani Y, Kaneko N, Hide M. Impact of chronic urticaria on quality of life and work in Japan: Results of a real-world study. *J Dermatol*. 2018;45(8):963–970.
97. Yun J1, Katelaris CH, Weerasinghe A, Adikari DB, Ratnayake C. Impact of chronic urticaria on the quality of life in Australian and Sri Lankan populations. *Asia Pac Allergy*. 2011 Apr;1(1):25-9.
98. Pablo Patricio Zarate-Garza, Bridget K. Biggs, Paul Croarkin, Brooke Morath, Jarrod Leffler, Alfredo Cuellar-Barboza, Susannah J. Tye. How Well Do We Understand the Long-Term Health Implications of Childhood Bullying? *Harvard Review of Psychiatry*, 2017; 25 (2): 89

EK 1.

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi tarafından yürütülen "Kronik ürtikerde yaşam kalitesi" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- Araştırmanın Amacı: Kronik ürtikerde yaşam kalitesine etki eden faktörleri incelemek ve etkilerinin azaltılması için yapılabilecekleri saptamak.
- Araştırmanın İçeriği: Kronik ürtiker ile izlenen hastalarda yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler değerlendirilecektir
Araştırmanın Nedeni: ☐ Bilimsel araştırma ☒ Tez çalışması
- Araştırmanın Öngörülen Süresi: 2 yıl
- Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 100
- Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:
İmzası:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:
İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:
İmzası:

EK 2.

KRONİK ÜRTİKER ÖYKÜ FORMU

Adı – Soyadı:

Muayene tarihi(ilk geliş):.....

Cinsiyet: • K • E

Tel:.....

Doğum Tarihi / Yaş(ay): /

Protokol No:.....

Dosya No:.....

Sikayeti ve Eşlik Eden Semptomlar:

Temel Yakınma:

• Ürtiker

• Anjiyoödem

• Hayır

• Evet

• Dudaklar

• Dil

• Yüz

• Göz

• Ekstremiteler

• Diğer

Eşlik eden semptomlar:

• Kaşıntı

• Yanma - Ağrı

Kolinerjik – Soğuk Ürtiker düşündüren semptomlar:

• Senkop

• Hırıltı-hışıltı

• Nefes darlığı

• Baş ağrısı

• Bulantı – Kusma

• İshal

Romatolojik semptomlar :

• Ateş

• Yan ağrısı

• Artrit – Artralji

• Karın ağrısı

• Kilo kaybı

Başlama Yaşı:.....

Ne kadar zamandır var?

Ortaya çıktığı bölgeler:.....

Tekrarlama Sıklığı:.....

Düzelme Süresi:.....(saat)

Düzeldikten sonra renk değişikliği kalıyor mu?

• Hayır

• Evet

Mevsimsel fark: • Yok • Var.....

Kronik Ürtiker İçin Kullandığı İlaçlar:

Şu ana kadar kullandığı ilaçlar:

1)..... Süre:..... (ay)

Ne kadar zamandan beri ilaç kullanıyor

(ay):.....

2)..... Süre:..... (ay)

Bir yılda kaç ay ilaç kullanma ihtiyacı

oluyor:.....

3).....Süre:..... (ay)

Bir ayda kaç gün ilaç kullanma ihtiyacı

oluyor:.....

4).....Süre:..... (ay)

İlaçsız geçirilen en uzun

süre:.....

ÖZGEÇMİŞİ

Doğum kilosu ve şekli:.....gr/ NSVY/ C/S Doğum zamanı: hafta • Prematür • Matür •

Postmatür

Bebeklikte tekrarlayan bronşiolit: • Yok • Var Egzema öyküsü (bebeklikte ya da ileri yaşta): •

Yok • Var

İlaç alerjisi öyküsü: • Yok • Var

Gıda alerjisi öyküsü: • Yok • Var

Astım: • Yok • Var

Alerjik rinit: • Yok • Var

Diğer

hastalıklar:.....

TETİKLEYİCİ FAKTÖRLER	
Belirli bir gıda ilişkisi var mı?	• Hayır • Evet • Açıklama.....
İlaç kullanımı ile ilişkisi var mı?	• Hayır • Evet • Açıklama.....
Sıcak ya da soğuk su ile temas edildiğinde ortaya çıkıyor mu?	• Hayır • Evet • Açıklama.....
Soğuk hava ile ortaya çıkıyor mu?	Soğuk cisimlere temasla oluyor mu?
Soğuk su ile ortaya çıkıyor mu?	Soğuk su içince şikayeti oluyor mu?
Egzersiz ile ortaya çıkıyor mu?	• Hayır • Evet • Açıklama.....
Sıcak duş ile ortaya çıkıyor mu?	• Hayır • Evet • Açıklama.....
Terleme sonrası ortaya çıkıyor mu?	• Hayır • Evet • Açıklama.....
Güneşe çıkınca ortaya çıkıyor mu?	• Hayır • Evet • Açıklama.....
Yürüme sonrası ayaklarda şişlik oluyor mu	• Hayır • Evet • Açıklama.....
Uzun süre oturduğunda kalçada şişlik oluyor mu?	• Hayır • Evet • Açıklama.....
Basınca maruz kalan bölgelerde (ör: kemer bölgesi) ortaya çıkıyor mu?	• Hayır • Evet • Açıklama.....
Hayvanlarla temas sonrası oluyor mu?	• Hayır • Evet • Açıklama.....

SOYGEÇMİŞİ

Anne yaşı:.....

Baba yaşı:.....

Akrabalık:.....

Toplam çocuk sayısı:.....

Hasta kaçınıcı çocuk:.....

	Astım	Egzema	Alerjik Rinit	İlaç alerjisi	Gıda alerjisi	Ürtiker	
						Akut	Kronik
Anne							
Baba							
Kardeş							

	Romatoid Artrit / JRA	Haşimato	SLE	Diğer
Anne				
Baba				
Kardeş				

FİZİK MUAYENE:

VA:.....kg(.....p)

TANSİYON:...../..... mmHg

BOY:.....cm(.....p)

CİLT:

Ürtiker: • Yok • Var

Anjiyoödem: • Yok • Var

Eritem : • Yok • Var

Ekimoz: • Yok • Var

Basmakla solma: • Yok • Var

Peteşi : • Yok • Var

Dermatografizm: • Yok • Var

Purpura: • Yok • Var

Açıklama:.....

.....

.....

.....

TANI:

Table 1. Classification of urticaria

Group	Subgroup	Definition
Spontaneous urticaria	Acute spontaneous urticaria Chronic spontaneous urticaria	Spontaneous weal and/or angioedema <6 weeks Spontaneous weal and/or angioedema ≥6 weeks
Physical urticarias	Cold contact urticaria Delayed pressure urticaria* Heat contact urticaria Solar urticaria Symptomatic* dermographism/Urticaria factitia Vibratory urticaria/angioedema	Eliciting factor: skin contact with cold air/water/solids Eliciting factor: vertical sustained pressure Eliciting factor: skin contact with hot air/water/solids Eliciting factor: UV and/or visible light Eliciting factor: mechanical stroking Eliciting factor: vibration (e.g. pneumatic hammer)
Other inducible urticarias	Aquagenic urticaria Contact urticaria Cholinergic urticaria Exercise induced urticaria/anaphylaxis	Eliciting factor: water contact at any temperature Eliciting factor: contact with an allergic or nonallergic stimulus Eliciting factors: increase of body core temperature Eliciting factor: physical exercise

*Urticaria of all types can present with an immediate weal and flare and/or angioedema, except for delayed pressure urticaria which is characterized by deep swellings arising with a 1/2 – 12 h latency and symptomatic dermographism, which does not present with angioedema.

EK 3.

Skor	Ürtiker plakları	Kaşıntı
0	Yok	Yok
1	Hafif(< 20 adet/24 saat)	Hafif (mevcut ancak rahatsız etmez)
2	Orta (20-50 adet/24 saat)	rahatsızlık verir ancak günlük aktivitesini ve uykuyu engellemez)
3	Şiddetli (>50 adet/24saat veya çok geniş alanlarda ürtiker)	Şiddetli (günlük aktiviteyi ve uykuyu etkiler)

EK 4.

KRONİK ÜRTİKERDE YAŞAM KALİTESİNE ETKİ DEBİLECEK FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

1) Evde birlikte yaşadığınız birey sayısı (siz dahil) :

1. 2-3 kişi 2. 4-5 kişi 3. 6-7 kişi 4. 8 ve yukarı

2) Çocugun eğitim düzeyi :

1. okula gitmiyor 2. kreş/anasınıfı 3. ilkokul 4. ortaokul 5. lise

3) Anne eğitim düzeyi :

1. Yok 2. Okuryazar 3. İlköğretim 4. Lise mezunu
5. Yüksekokul-üniversite mezunu

4) Baba eğitim düzeyi :

1. Yok 2. Okuryazar 3. İlköğretim 4. Lise mezunu
5. Yüksekokul-üniversite mezunu

5) Gelir durumunuz (ailenizin ortalama aylık geliri, evinize bir ayda giren para miktarı)

1. 2000 TL altı
2. 2001-3000 TL
3. 3001-5000 TL
4. 5001-8000 TL
5. 8000 TL üzeri

6) Oturduğunuz evin ısıtma düzeni nedir?

1. Soba 2. Kalorifer 3. Diğer

7) Doktorunuzun size hastalığınız ile ilgili yeterli ve açıklayıcı bilgi verdiğini düşünüyor musunuz ?

1. Evet 2. Hayır

8) Doktorunuz size hastalığınız ile ilgili yazılı bilgi verdi mi ?

1. Evet 2. Hayır

9) Kronik ürtiker tedavisinde kullanılan ilaçlara kolay ulaşabiliyor musunuz ?

1. Evet 2. Hayır

10) Kronik ürtiker tanısı ile izlenen hastaların ve ailelerin bilgilendirilmesi için etkinlikler düzenlenmesinin size faydalı olacağını düşünüyor musunuz ?

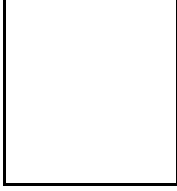
1. Evet 2. Hayır

11) Hastalığınız ile ilgili sorunların toplu olarak dile getirilip çözüm bulunabileceği sosyal bir topluluk olmasını ister misiniz ?

1. Evet 2. Hayır

EK 5.

ÇOCUK DERMATOLOJİ YAŞAM KALİTE İNDEKSİ



Hastane Adı:

Tanı:

ÇDYKİ SKORU:

İsim:

Tarih:

Yaş:

Adres:

Bu anketin amacı GEÇEN HAFTA BOYUNCA cilt sorununuzun sizi ne kadar etkilemiş olduğunu ölçmektir. Lütfen her soru için bir kutucuğu işaretleyiniz .

1-Geçen hafta boyunca cildinizdeki kaşıntı, hassasiyet, ağrı ve yırtarcasına kaşıntı ne şiddetteydi?

- Çok fazla ☐
Oldukça fazla ☐
Sadece biraz ☐
Hiç ☐

2-Geçen hafta boyunca cilt sorununuz nedeni ile kendinizi ne kadar utangaç veya sıkılgan, hüzünlü veya üzgün hissettiniz?

- Çok fazla ☐
Oldukça fazla ☐
Sadece biraz ☐
Hiç ☐

3-Geçen hafta boyunca cilt sorununuz arkadaşlık ilişkilerinizi nasıl etkiledi?

- Çok fazla ☐
Oldukça fazla ☐
Sadece biraz ☐
Hiç ☐

4-Geçen hafta boyunca cilt hastalığınız nedeni ile, ne sıklıkta, farklı veya özel giysiler / ayakkabılar giydiniz ya da giysilerinizi değiştirdiniz?

- Çok fazla ☐
Oldukça fazla ☐
Sadece biraz ☐
Hiç ☐

5-Geçen hafta boyunca cilt sorununuz dışarı çıkmamanızı, oynamanızı veya sevdiğiniz uğraşları yapmanızı ne ölçüde etkiledi?

- Çok fazla ☐
Oldukça fazla ☐
Sadece biraz ☐
Hiç ☐

6-Geçen hafta boyunca cilt sorununuzdan dolayı yüzme veya diğer sporlardan ne kadar kaçındınız?

- Çok fazla ☐
Oldukça fazla ☐
Sadece biraz ☐
Hiç ☐

**Okul zamanı mı idi? _____ Eğer okul zamanı ise:
Geçen hafta boyunca cilt sorununuz okul
çalışmanızı ne ölçüde etkiledi?**

- Çok fazla ☐
Oldukça fazla ☐
Sadece biraz ☐
Hiç ☐

Tatil zamanı mıydı? _____ Eğer tatil zamanı ise:
Geçen hafta boyunca, cilt sorununuz tatil
eğlencelerinizi ne ölçüde etkiledi?

- Çok fazla ☐
Oldukça fazla ☐
Sadece biraz ☐
Hiç ☐

8-Geçen hafta boyunca diğer kişilerin cilt sorunuzdan dolayı size isim takmaları,
kızdırmaları, zorbalık yapmaları, sorular sormaları ya da sizden çekinmeleri gibi
durumları ne ölçüde yaşadınız?

- Çok fazla ☐
Oldukça fazla ☐
Sadece biraz ☐
Hiç ☐

9-Geçen hafta boyunca cilt sorunuz dolayısıyla uykunuz ne ölçüde etkilendi?

- Çok fazla ☐
Oldukça fazla ☐
Sadece biraz ☐
Hiç ☐

10-Geçen hafta boyunca cildiniz için uyguladığınız tedavi sizin için ne ölçüde sorun
oldu?

- Çok fazla ☐
Oldukça fazla ☐
Sadece biraz ☐
Hiç ☐