



**SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GAZİOSMANPAŞA TAKSİM
SAğLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ**

**KRONİK ÜRTİKERLİ HASTALARDA UYKU KALİTESİNİN
DEğERLENDİRİLMESİ**

Dr. Sibel HACIALİOğLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2018



**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GAZİOSMANPAŞA TAKSİM
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**KRONİK ÜRTİKERLİ HASTALARDA UYKU KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Sibel HACIALİOĞLU

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Okcan BASAT
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

İSTANBUL 2018

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
KISALTMALAR	ii
TABLO LİSTESİ.....	iii
ŞEKİL LİSTESİ.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vii
I.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
II. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. KRONİK ÜRTİKER	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Sınıflandırma	3
2.1.3. Etiyoloji	4
2.1.4. Patofizyoloji.....	7
2.1.5. Klinik Özellikler	7
2.1.6. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	8
2.1.7. Hastalık Şiddetinin Değerlendirilmesi.....	8
2.1.8. Hastalık Kontrolünün Değerlendirilmesi.....	9
2.1.9. Tanısal Yaklaşım	10
2.1.10. Ayırıcı Tanı.....	11
2.1.11. Kronik Ürtiker Tedavisi.....	13
2.1.12. Prognoz	16
2.2. UYKU	17
2.2.1. Uykunun Fazları	17
2.2.2. Uykunun İşlevi.....	18
2.2.3. Uyku Kalitesi	18
2.2.4. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler	18

III. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Etik Kurul İzni	22
3.2. Çalışmanın Özellikleri	22
3.3. Çalışmaya dahil edilme kriterleri:	23
3.4. Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri:	23
3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi	24
IV. BULGULAR	25
V. TARTIŞMA	30
VI. SONUÇ VE ÖNERİLER	35
VII. KAYNAKLAR	36
VIII. EKLER	42
EK 1. ÜRTİKER AKTİVİTE SKORU	42
EK 2. ÜRTİKER KONTROL TESTİ	43
EK 3. PITTSBURG UYKU KALİTE İNDEKSİ	44
EK 4. ETİK KURUL ONAYI	45
EK 5. ÖZGEÇMİŞ	46

TEŞEKKÜR

Öncelikle uzmanlık eğitimim süresince bilgisi ve deneyimi ile bana yol gösteren, bu tezin planlanmasından sonlanmasına kadar her aşamasında büyük emeği olan ve desteğini her zaman arkamda hissettiğim, kişiliği ile örnek aldığım saygıdeğer hocam, Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Klinik Şefi Doç. Dr. Okcan BASAT'a,

Teze başlama ve yapım sürecinde güler yüzlülüğüyle her zaman bana yardımcı olan, kliniğinden hasta toplamama izin veren, tez ile ilgili her konuda bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Klinik Şefi Sayın Doç. Dr. Özgür Emek KOCATÜRK GÖNCÜ'ye,

Rotasyonlarımız sırasında bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen ve eğitimime katkıda bulunan emeği geçen tüm öğretim görevlilerine, uzman meslektaşlarıma,

Üç yıllık eğitimimi birlikte geçirmiş olduğum, kendileriyle çalışmaktan büyük onur ve mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca bana hep destek olan aileme, sevgili eşim Mehmet İzzet'e, hayatımıza renk katan kızım Zehra Nur'a ve oğlum Köksal'a,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Sibel HACIALIOĞLU

KISALTMALAR

ACE	: Anjiotensin Dönüştürücü Enzim
AÖ	: Anjioödem
AÜ	: Akut Ürtiker
CRP	: C-Reaktif Protein
CU-Q2oL	: Kronik Ürtiker Yaşam Kalite Anketi
ESH	: Eritrosit Sedimentasyon Hızı
KSÜ	: Kronik Spontan Ürtiker
KÜ	: Kronik Ürtiker
LTRA	: Lökotrien Reseptör Antagonisti
Non REM	: Non Rapid Eye Movement
NSAİİ	: Non Steroid Antiinflamatuvar İlaçlar
PUKİ	: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi
REM	: Rapid Eye Movement
UAS	: Ürtiker Aktivite Skoru
UCT	: Ürtiker Kontrol Testi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Ürtikerin Sınıflandırılması.....	3
Tablo 2: Ürtikerle İlişkili İlaçlar	5
Tablo 3: Ürtiker Aktivite Skoru	9
Tablo 4: Kronik Ürtikerli Hastaya Tanısal Yaklaşım	11
Tablo 5: Ürtiker Ayırıcı Tanısı	12
Tablo 6: Genel Özelliklerin Değerlendirilmesi.....	25
Tablo 7: UCT, UAS Ve PUKİ İndeksine İlişkin Değerlendirmeler	25
Tablo 8: Ürtiker Klinik Tiplerine İlişkin Değerlendirmeler	26
Tablo 9: PUKİ Gruplarına Göre Çalışma Parametrelerinin Değerlendirilmesi	26
Tablo 10: PUKİ Gruplarına Göre Ürtiker Klinik Tiplerinin Değerlendirilmesi	28
Tablo 11: PUKİ İle UCT Ve UAS Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesi	28
Tablo 12: PUKİ İle Ürtiker Tedavisinde Kullanılan İlaçlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	29

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Kronik Ürtiker İçin Tedavi Algoritması	13
Şekil 2: PUKİ İle UCT Ve UAS Arasındaki Korelasyon	29



ÖZET

Giriş ve Amaç: Çalışmamızda kronik ürtikerli hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi ve hastalık aktivitesi ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız etik kurul onayı alındıktan sonra 15.06.2017-15.07.2017 tarihleri arasında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ürtiker Takip Polikliniği'ne başvuran 18-75 yaş arası 100 hasta ile yürütülmüştür. Hastaların yaşı, cinsiyeti, hastalık süreleri, kronik hastalık durumları, anjioödem varlığı, kullandığı ilaçlar ve ürtiker tipi kaydedilmiştir. Hastalar gönüllülük esasına göre Ürtiker Aktivite Skoru (UAS), Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKİ), Ürtiker Kontrol Testi'ne tabi tutulmuştur. Uyku kalitesini değerlendirmek için PUKİ, hastalık şiddetini değerlendirmek için ise UAS kullanılmıştır. Sayısal verileri içeren analizlerde ortalama, standart sapma, frekans metodları ve bu verilerin karşılaştırılmasında StudentT Test ve Mann WhitneyU Test kullanılmıştır. Nitel verilerin karşılaştırılmasında Fisher's Exact Test kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada hastaların %77'si kadın, yaş ortalaması 41.25 ± 12.62 yıl, hastalık süreleri ortalama 46.27 ± 56.19 aydır. Uyku kalitesi kötü olanların oranı %59'dur. Yaş, cinsiyet, hastalık süresi, anjioödem varlığı, ek hastalık varlığının uyku kalitesiyle ilişkisi saptanmamıştır. Ürtiker aktivite skoru (UAS) ile uyku kalitesi (PUKİ) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Ürtiker kontrol testi (UCT) ile uyku kalitesi (PUKİ) arasında ters yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. İyi uyku kalitesi olanlarla kötü uyku kalitesi olanlar arasında UCT skoru değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Sonuç: Kronik ürtikerli hastaları değerlendirmede ve tedaviyi belirlemede özellikle kadın hastalar başta olmak üzere tüm hastalarda anksiyete, depresyon gibi psikolojik problemlerin yanı sıra hastanın uyku durumunun sorgulanmasının gerekli

olduğu düşünölmektedir. Kronik ürtikerin etkin tedavisi ile hastalık şiddetindeki azalma hastanın uyku ve yaşam kalitesini de olumlu yönde etkileyecektir.

Anahtar Kelimeler: kronik ürtiker, uyku kalitesi, hastalık şiddeti



ABSTRACT

Introduction and Aim: The aim of this study is to evaluate sleep quality in patients with chronic urticaria and to investigate the relationship between disease activity and sleep quality.

Materials and Methods: The study was carried out with 100 patients aged 18-75 years who applied to the Urticaria Follow-Up Policlinic of Okmeydani Education and Research Hospital between 15.06.2017-15.07.2017 after the approval of the ethics committee. Age, gender, disease duration, chronic disease status, presence of angioedema, drugs and urticaria were recorded. The patients were subjected to the Urticaria Activity Score (UAS), the Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI), and the Urticaria Control Test on a voluntary basis. PSQI was used to evaluate sleep quality and UAS was used to assess disease severity. The mean, standard deviation, frequency methods were used for the analysis of numerical data and StudentT Test and Mann WhitneyU Test were used for comparison of these data. Fisher's Exact Test was used to compare the qualitative data.

Results: In the study, 77% of the patients were female, the mean age was 41.25 ± 12.62 years, and the mean duration of disease was 46.27 ± 56.19 months. The rate of patients with poor sleep quality is 59%. Age, gender, duration of disease, presence of angioedema and presence of additional disease were not correlated with sleep quality. A statistically significant relationship was found between urticaria activity score (UAS) and sleep quality (PSQI). There is a statistically significant inverse relationship between urticaria control test (UCT) and sleep quality (PSQI). In terms of UCT scores, no statistically significant difference was found between those with poor sleep quality and those with poor sleep quality.

Conclusions: In evaluating the patients with chronic urticaria and determining the treatment, it is thought that all patients, especially female patients, should be questioned as well as psychological problems such as anxiety and depression, as well as

questioning the patient's sleep status. With the effective treatment of chronic urticaria, the decrease in the severity of the disease will positively affect the patient's sleep and quality of life.

Keywords: chronic urticaria, sleep quality, disease severity



I.GİRİŞ VE AMAÇ

Ürtiker, kaşıntılı, ödemli papül plaklarla derin dermis veya subkutis tutulumuna bağlı anjioödem ile ya da her ikisinin birden gelişimiyle kendini gösteren bir cilt hastalığıdır (1). Hastalık semptomları altı haftadan daha kısa sürerse akut ürtiker (AÜ), uzun sürerse kronik ürtiker (KÜ) olarak isimlendirilir. Altı haftadan uzun süren fakat haftada ikiden daha az atak gelişen durumlar için epizodik kronik ürtiker tanımı kullanılabilir (2).

Hayatlarının belli bir döneminde insanların yaklaşık %15-20' sinin bir akut ürtiker atağı geçirdiği saptanmıştır (3,4). Kronik ürtikerin en sık 20-40 yaşlarında ve kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha sık görüldüğü gösterilmiştir (3,5). Hastalık süresi genelde 1-5 yıl arasındadır, fakat şiddetli vakalarda bu süre daha da uzayabilir (4).

Uyku kişinin uygun duyuşsal ya da başka uyarınlarla geri döndürülebilien bir bilinçsizlik hali olmasının yanında, sadece vücudun dinlenmesini sağlayan bir hareketsizlik hali değil, tüm vücudu yaşama yeniden hazırlayan aktif bir yenilenme dönemidir (6). Uykü bozuklukları immün sistem fonksiyonlarında birtakım değişikliklere neden olabilir. Sitokinler, konak immün sistem fonksiyonu ve uykü uyanıklık siklusu arasındaki bağlantılar yoluyla uykü bozukluğu, immünoenflamatuar yolakta kronik enflamatuar durumlarla sonuçlanabilien bir rol oynayabilir (7).

Kronik enflamatuar durumlarda uykünün rolü tam anlamıyla aydınlatılamamıştır. Uykü bozuklukları kronik enflamatuar süreci kötüleştirir, ağrı ve bitkinlik gibi hastalık semptomlarını da alevlendirerek hastalık aktivitesini artırır ve yaşam kalitesini düşürür. Bu etkilerin mekanizması altta yatan immün sistem regülasyonunun bozulmasına bağlı olabilir. Tüm bu noktaların ışığında kronik enflamatuar durumların yönetiminde uykü bozukluklarının tedavisi göz ardı edilmemelidir (7).

Kronik enflamatuar sürecin rol oynadığı kronik ürtiker için kullanılan yaşam kalite ölçeklerinde uyküyle ilgili semptomlar sorgulanmasına rağmen bu konudaki

alışmalar sınırlı sayıdadır. Bu çalışmada kronik ürtikerli hastaların uyku kalitesi ve uyku kalitesinin hastalık aktivitesi ile olan ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.



II. GENEL BİLGİLER

2.1. KRONİK ÜRTİKER

2.1.1. Tanım

Ürtiker, Hipokrat döneminden beri bilinen bir hastalıktır. Isırgan otu ile temas sonrası oluşan lezyonlara benzetildiği için Latince ısırgan otu anlamına gelen ‘urtica dioica’ adı ile anılmıştır. Ürtiker lezyonları, yüzeysel dermal ödem ve vazodilatasyon ile oluşan eritemli, kaşıntılı, değişik boyutlarda olabilen, genellikle 24 saatten kısa süren kabarıklıklardır. Anjioödem ise deri ve mukozalardaki derin dermal ve subkutan/submukozal ödem sonucu gelişen, ürtiker lezyonlarına göre sınırları belirsiz, ağrılı olabilen, deri renginde olan ve daha uzun süreli olan kabarıklıklardır. Hastalığın altı haftadan kısa sürmesi akut ürtiker, uzun sürmesi ise kronik ürtiker olarak isimlendirilir (8).

2.1.2. Sınıflandırma

Kronik ürtikerin güncel sınıflamasında kronik ürtiker; kronik spontan ürtiker ve indüklenbilir ürtiker başlıkları altında incelenmiştir. İndüklenbilir ürtiker, fiziksel ürtiker, kolinerjik ürtiker, akuajenik ürtiker ve kontakt ürtiker olmak üzere 4 alt guruba ayrılır. Fiziksel ürtikerler ise semptomatik dermografizm, soğukla indüklenen ürtiker, basınç ürtikeri, solar ürtiker, sıcakla indüklenen ürtiker ve vibrasyonla indüklenen anjioödem olarak sınıflandırılır (Tablo 1) (8). Bu sınıflandırmada iki ya da daha fazla alt tip aynı hastada mevcut olabilir. Fiziksel ürtiker genellikle kronik seyrederek fakat kolaylaştırıcı özel fiziksel faktörlerin bulunması nedeni ile farklı bir başlık altında değerlendirilmiştir (8,9).

Tablo 1: Ürtikerin Sınıflandırılması

1.Akut Ürtiker (<6 hafta)	
2.Kronik Ürtiker (≥6 hafta)	<ul style="list-style-type: none">• Kronik Spontan Ürtiker

	<ul style="list-style-type: none">• İndüklenebilir Ürtiker<ul style="list-style-type: none">1.Fiziksel Ürtikerler<ul style="list-style-type: none">➤ Semptomatik Dermografizm➤ Soğukla indüklenen ürtiker➤ Basınç ürtikeri➤ Solar ürtiker➤ Sıcakla indüklenen ürtiker➤ Vibrasyonla indüklenen anjiödem2.Kolinerjik ürtiker3.Akuajenik ürtiker4.Kontakt ürtiker
--	--

2.1.3. Etiyoloji

Ürtiker etiyolojisi günümüzde halen tam olarak aydınlatılmamakla birlikte, etiyolojide sorumlu tutulan birçok etken vardır. Bunlardan bazıları birincil neden iken, bazıları ise lezyonların oluşumunu tetikleyen ve alevlenmesine neden olan faktörlerdir. Etiyolojik faktörler lezyonların oluşum mekanizması, süresi ve hangi yaş grubunda görüldüğüne göre çeşitlilik göstermektedir. Akut ürtikerde çocuklarda en sık neden enfeksiyonlar, erişkinlerde ise ilaçlardır. Kronik spontan ürtikerli olguların %50 sinde neden bulunamamaktadır. Uyarılabilir ürtikerde ise neden çoğunlukla bellidir. Bu hastalarda önemli olan ürtikerin oluşmasına neden olan eşik değeri belirlemektir (2,3). Spontan ürtiker etiyolojisinde ilaçlar, gıdalar, gıda katkı maddeleri, enfeksiyonlar (bakteriyel, viral ve fungal), paratizer enfeksiyonlar, allerjenler, iç hastalıkları, maligniteler ve diğer dermatolojik hastalıklar sorumlu tutulmaktadır (10).

Akut ürtikerde ilaçlar immunolojik [immunoglobülin E(IgE) aracılı, allerjik] ya da non-immünolojik mekanizma ile lezyonların meydana gelmesine neden olmaktadır. Kronik ürtikerde ise non-immünolojik mekanizma rol oynamaktadır. İlaçlar akut

ürtikerde primer neden olabilirken, Kronik ürtikerde lezyonların oluşumunu tetikleyen ya da alevlendiren bir neden olarak kalmaktadır. Nonsteroid anti-inflamatuar ilaçları (NSAİİ) kullanan olguların %0,1 ile %0,3' ünde ürtiker lezyonlarının meydana geldiği tahmin edilmektedir. NSAİİ ler kronik ürtikerde akut atakların meydana gelmesini tetikleyebilir ve lezyonların şiddetini arttırabilir. Aspirine bağlı akut ürtiker veya anjioödem varlığı %1 olarak bildirilmiştir. Aspirin, olguların %30'unda kronik ürtikeri agra ve edebilir. Özellikle kronik ürtikerli hastalarda NSAİİ ve aspirin kullanımı önerilmemektedir (11,12). Anjiotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri, ürtikerden bağımsız olarak anjioödeme neden olabilir (2,13). Ürtikerle ilişkili olabilecek ilaçlar Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2: Ürtikerle İlişkili İlaçlar

Antiinflatuar ilaçlar (Aspirin, NSAİİ)
Antibiyotikler Penisilinler, Sefalosporinler, Sulfonamidler, Aminoglikozidler, Tetrasiklinler
ACE inhibitörleri
Radyokontrast maddeler
Narkotik analjezikler (opiadlar, morfin, kodein)
Kas gevşeticiler
Antifungaller (flukonazol, ketokonazol)
İntravenöz sıvılar ve kan ürünleri Dekstan, sorbitol, mannitol, Tam kan, eritrosit süspansiyonu, plazma
Polipeptit hormonlar İnsülin, kortikotropin, vazopresin
Anestezik ajanlar
Hipnotikler
Kontraseptifler
Monoklonal antikolarlar
Vitaminler
Aşılar

Diğerleri:

Kinin,
Hidralazin,
Amfetamin

NSAİİ: Nonsteroid anti-enflamatuvar ilaçlar, ACE: Anjiotensin dönüştürücü enzim

Yetişkin ve çocuklarda gıda ile ilişkili kronik spontan ürtiker vakalarının çoğunluğunun psödoallerjik reaksiyon olduğu kabul edilmektedir (2). Kronik ürtikerde gıda içeriklerine karşı alerjik reaksiyon prevalansı oldukça değişkendir. Bu reaksiyonun gelişmesi için önceden maruziyet gerekmemekte ve genetik zeminde eğilimli bireylerde oluşmaktadır. Psödoallerjik reaksiyonlar hem doğal gıda içeriklerine hem de katkı maddelerine karşı meydana gelebilmektedir (14,15).

Kronik ürtikerde enfeksiyonların birincil neden olmaktan çok hastalığın seyrinde tetikleyici ve alevlendirici olarak rol oynadığı düşünülmektedir (2). Helikobakter Piloni'nin (H.Piloni) ürtiker etiolojisindeki rolü araştırılmış ve H.Piloni enfeksiyonunun KÜ oluşumu için bir risk faktörü olabileceği bildirilmiştir (16,17). Bakteri yoğunluğu ve gastrik enflamasyonun ürtiker şiddeti ile doğru orantılı olduğu gözlemlenmiştir. Bunun dışında lokal bakteriyel enfeksiyonlar (ürogenital, dental vs.), paraziter enfeksiyonlar, onikomikoz, tinea pedis, mukokutanöz kandidiyazis kronik ürtiker ataklarını tetikleyebilmektedir (2).

Kronik spontan ürtiker hastalarında normal popülasyona göre 2-3 kat daha fazla tiroid patolojisi saptanmaktadır. Yapılan çalışmalar otoimmün ürtiker ile otoimmün tiroidit arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Enfeksiyöz olmayan kronik enflamatuvar süreçlerin ürtikerin bir nedeni olabileceği bildirilmektedir. Gastrit, reflü özofajit, safra yolları ya da safra kesesi iltihabı ve nadiren bağ dokusu hastalıkları ürtiker nedeni olarak belirlenen enfeksiyöz olmayan enflamatuvar hastalıklardır (18).

Lösemi, lenfoma, myelom, tiroid, testis, over, mesane, kolon ve akciğer kanseri kronik ürtiker ile birlikte bildirilmiş malignitelere örnektir. Malignitelerin ürtikerdeki etiyolojik rolü tam olarak aydınlatılamamıştır (19).

Çayır polenleri, maya sporları, ev tozu akarları, sigara, ortopedik ve dental implant ve protezler ile amalgam diş dolgusunun kronik ürtikeri tetikleyebileceği ya da alevlendirebileceği saptanmıştır (2,20). Psikolojik stres, depresyon ve anksiyete ürtiker etiolojisinde özellikle de akut atakların tetiklenmesinde ve alevlenmesinde rol oynayabilir (2).

2.1.4. Patofizyoloji

Ürtiker patofizyolojisinde vazodilatasyon, vasküler permeabilite artışı, çeşitli mediatörlerin oluşumu, salınımı ve inflamatuvar hücrelerin göçü yer almaktadır. Bu süreçte esas sorumlu hücre mast hücreleri, esas sorumlu mediatör ise histamindir. Mast hücre aktivasyonuna yol açan sinyaller çeşitlilik gösterir ve net olarak ortaya konulamamıştır. Mast hücrelerinin uyarılması sonrası salınan histamin ve trombosit aktive edici faktör gibi mediyatörler ve sitokinler duyuşal sinir aktivasyonu, vazodilatasyon ve plazma ekstravazasyonu ile ürtiker lezyonlarını meydana getirirler (1,21). Ürtiker plaklarında endotelial hücre adezyon moleküllerinde upregülasyon, mast hücre sayısında hafif-orta derecede artış ve değişen yoğunlukta mikst enflamatuvar perivasküler infiltrat bulunur. Bazı ürtiker tiplerinde bu değişiklikler lezyonsuz deride de ortaya çıkmaktadır (22).

2.1.5. Klinik Özellikler

Ürtiker lezyonları, ortasında kabarıklık, çevresinde refleks eritem olan, çeşitli çaplarda olabilen papül ve plaklardan meydana gelir. Çoğunlukla kaşıntı bazen yanma hissinin bulunduğu plaklar 24 saatten kısa sürede iz bırakmadan kaybolur. Anjioödemde ise sıklıkla mukozalar tutulur, kaşıntıdan çok yanma, gerginlik ve ağrı hissedilir. Bulgular ürtikere göre daha geç (72 saate kadar) kaybolur. Hastaların yarısında sadece ürtiker görülürken, %40'ında ürtiker ve anjioödem ile beraber, %10'unda ise anjioödem tek başına görülür (2).

Kronik spontan ürtiker hastalarının yaklaşık %20 kadarında eşlik eden fiziksel ürtiker bulunur (2). Fiziksel ürtikerler mekanik (basınç ve vibrasyon), termal (soğuk, sıcak) uyarılar ve elektromanyetik radyasyon (solar radyasyon) gibi harici fiziksel

etkenlerle indüklenen ürtikeryal lezyonlar ve/veya anjioödemle karakterizedir (23). Tetikleyen faktöre bağlı olarak fiziksel ürtikerler; semptomatik dermatografizm, geç basınç ürtikeri, titreşim anjioödem, soğuk ürtikeri, sıcak ürtikeri ve solar ürtiker olarak sınıflandırılırlar. Kolinerjik ürtiker ise vücut sıcaklığında artışa sekonder olarak ortaya çıkan bir yanıt olduğundan fiziksel ürtiker olarak sınıflandırılmaz, diğer uyarılabilir ürtikerler sınıfına dahil edilir; belirtiler tipik olarak sıcak banyo veya egzersizle tetiklenir (24). Uyarılabilir ürtikerlerde ürtikeryal lezyonlar tipik olarak kısa ömürlüdür (birkaç dakika ile saat) ve uyarın ile temastan birkaç dakika sonra meydana gelirler. Geç basınç ürtikerinde ise diğer uyarılabilir ürtikerlerden farklı olarak lezyonlar basınç temasından 4-8 saat sonra ortaya çıkar. Uyarılabilir ürtikerlere yaygın ürtiker, anjioödem ve anafilaksin de eşlik edebileceği unutulmamalıdır (25).

2.1.6. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Kronik Spontan Ürtiker hastaların sosyal hayatını etkileyen, uyku bozukluğu ve iş gücü kaybına sebep olan bir hastalıktır (26). Ürtikerin hayat kalitesine olan olumsuz etkisi koroner bypass operasyonu bekleyen hastalarla benzer bulunmuştur (27,28). Uluslararası kılavuzlar ürtiker tanılı hastalarda yaşam kalitesindeki bozukluğu değerlendirmek için sağlığa dayalı yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanılmasını önermektedir (1,29). Kronik Ürtiker Yaşam Kalite Anketi (CU-Q2oL), kronik ürtikerin son iki haftada hastaların hayatı üzerindeki fiziksel, psikososyal ve gündelik etkilerini değerlendirmek için geliştirilmiş ve Türkçe geçerliliği kanıtlanmış olan bir ölçektir (30,31).

2.1.7. Hastalık Şiddetinin Değerlendirilmesi

Hastalık şiddetini değerlendirmek için yaygın olarak Ürtiker Aktivite Skoru kullanılmaktadır (32). UAS, hasta tarafından her gün doldurulan, kabarıklık sayısını ve kaşıntı şiddetini içeren bir ölçektir. Hasta son 24 saatini göz önünde bulundurarak 7 gün boyunca her gün hastalığın temel semptomları olan ürtiker lezyonlarını ve kaşıntıyı 0 (hiç yok) ve 3 (şiddetli) aralığında skorlar, klinisyen günlük UAS skorunu oluşturmak için iki skoru (kaşıntı ve kabarıklık skoru) toplar ve böylelikle 0-6 arasında değişen

günlük puan elde edilir. UAS günlük değişim gösterdiği için 7 gün üst üste puanların toplanması (UAS) önerilmektedir. Toplamda 0-42 arasında bir skor elde edilir. Hastanın vizitler arasında nasıl olduğunu değerlendirebilmek için son 7 günü içeren UAS skorlamasının kullanılması önerilmektedir. UAS 'nin maksimum skoru 42'dir (Tablo 3) (1). UAS, yedi günlük ürtiker aktivite skoru; toplamı minimum 0-maksimum 42 olabilir, UAS skorunun ≤ 6 olması iyi kontrollü, 7-15 arası hafif, 16-27 arası orta ve 28-42 olması şiddetli ürtiker olarak değerlendirilebilir (1).

Tablo 3: Ürtiker Aktivite Skoru

Skor	Kabarıklık	Skor	Kaşıntı
0	Yok	0	Yok
1	Hafif (<20/24 saat)	1	Hafif (var ama rahatsız edici değil)
2	Orta (20-50 saat/24 saat)	2	Orta (rahatsız edici ama günlük aktivite ya da uykuyu bozmuyor.)
3	Şiddetli	3	Şiddetli (şiddetli kaşıntı, günlük aktivite veya uykuyu bozuyor.)

2.1.8. Hastalık Kontrolünün Değerlendirilmesi

Ürtiker kontrol testi (UCT) son zamanlarda ürtiker aktivite ölçeği olarak geliştirilen ve kabul gören başka bir skorlama sistemidir. Hastalık aktivitesi, hayat kalitesi, tedavi ve hastalık kontrolünü kapsayan 4 adet soru içermektedir ve pratik kullanımı ile günlük takip için kullanışlı bir ölçektir (33). Her cevap 0'dan 4'e kadar skorlanır; en düşük skor 0'dır; skorun ≥ 12 olması iyi kontrollü hastalığı; ≤ 11 olması ise kontrolün sağlanamadığını gösterir. Ürtiker kontrol testini oluşturan sorular aşağıdadır:

- Son 4 haftada ürtikere dayalı fiziksel belirtileri(kaşıntı, kabarıklık ve/veya şişlik) hangi şiddette yaşadınız? (çok fazla/fazla/orta/az/hiç)

- Son 4 haftada yaşam kaliteniz ürtikerden dolayı ne kadar etkilendi? (çok fazla/fazla/orta/az/hiç)
- Son 4 haftada ürtikerden kaynaklanan rahatsızlıkları baskılamada ürtiker tedavisi ne kadar başarılı olmuştur? (hiç/az/biraz/iyi/çok iyi)
- Son 4 haftada ürtikeriniz genel olarak ne kadar iyi baskılandı? (hiç/az/biraz/iyi/tamamen)

2.1.9. Tanısal Yaklaşım

Akut ve kronik ürtiker hastasının yönetimi hastalığı tetikleyen faktörlerin saptanması, klinik belirtilerin ve etiyojinin doğru anlaşılması ile mümkündür. Ürtiker tanısında ayrıntılı anamnez tanı için en önemli basamaktır. Hastalık süresi, lezyonların kalış süresi, atak sıklığı, tetikleyici faktörler, ek hastalık varlığı ve ilaç kullanım öyküsü sorgulanmalıdır. Kronik ürtiker alevlenmelerinde sık görülen tetikleyici faktörler viral enfeksiyonlar ve psikolojik faktörlerdir. Nadir bir neden olan gıda allerjisi tipik olarak hastanın anamnezi ile dışlanabilir. Etiyolojik farklılıklar lokal enfeksiyonlar ve allerjenler gibi çevresel maruziyet sıklığı ile de ilişkili olabilir (8,34).

Kronik ürtiker ile başvuran hastada semptomların şiddeti, anjioödemle birlikteliği, kişinin yaşam kalitesini ne kadar etkilediği, değişik ürtiker tiplerinin birlikteliği, eşlik eden diğer hastalıklar ve önceki tedaviler sorgulanmalıdır (35).

Kronik ürtikerli hastalarda yapılan tetkiklerle altta yatan etiyojik neden nadiren saptanabilmektedir. Bu nedenle rehberler ayrıntılı tetkiklerin yapılmaması konusunda uzlaşmışlardır. Kronik ürtikerde rutin tanı amaçlı hemogram, c-reaktif protein (CRP), eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) bakılması, şüpheli ilaç ve gıdaların eliminasyonu önerilmiştir (8,36,37). Bazı yazarlar bu rutin tetkiklerle birlikte tiroid stimulan hormon, tiroid otoantiklorları ve karaciğer fonksiyon testlerinin de yapılmasını önermektedir (36). İyi bir anamnezle, şüphelenilen durumlarda ve özellikle tedaviye yanıtız ya da şiddetli olgularda Helikobakter pilori ve benzeri kronik enfeksiyon odaklarının, tiroid hastalığı

ile ilişkili testlerin ve otoantikörlerin, diğer fonksiyonel otoantikörlerin, otolog serum deri testinin, deri biyopsisinin ve üç haftalık psödoallerjensiz diyetin denenmesi gibi ileri tetkikler yapılabilir (Tablo 4) (8).

Tablo 4: Kronik Ürtikerli Hastaya Tanısal Yaklaşım

	Rutin tanısal tetkik	İleri tanısal tetkikler
Kronik Ürtiker	Tam kan, ESH, CRP, şüpheli ilaçların kesilmesi	<ul style="list-style-type: none">• Enfeksiyon hastalıkları (Helikobakter pilori vs.)• Tiroid hormon ve otoantikörleri• Uyarılabilir ürtikerler için deri testleri• Üç hafta süre ile psödoallerjensiz diyet• Otolog serum deri testi• Lezyonel deri biyopsisi

2.1.10. Ayırıcı Tanı

Ürtikerin ayırıcı tanısında ürtiker ve anjioödem ile seyreden diğer hastalıklar düşünülmelidir (Tablo 5). Ürtikeryal vaskülit ayırıcı tanıda ilk akla gelmesi 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 mevcuttur (38,39).

Ürtiker sadece anjioödem ile seyrediyor ve beraberinde karın ağrısı da eşlik ediyorsa mutlaka herediter veya kazanılmış anjioödem dışlanmalıdır. Ürtikerin ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken diğer önemli bir grup hastalık otoenflamatuvar hastalıklardır. Otoenflamatuvar hastalıkları düşündüren bulgular şu şekilde sıralanır;

- 24 kadar süren ürtikeryal ve/veya makülopapüler döküntüler
- Yirmi yaş öncesi başlangıç,
- Ateş, eklem ağrısı, halsizlik gibi sistemik semptomlar,
- Histopatolojide nötrofil baskınlığı, Sistemik amiloidoz eğilimi (38,40).

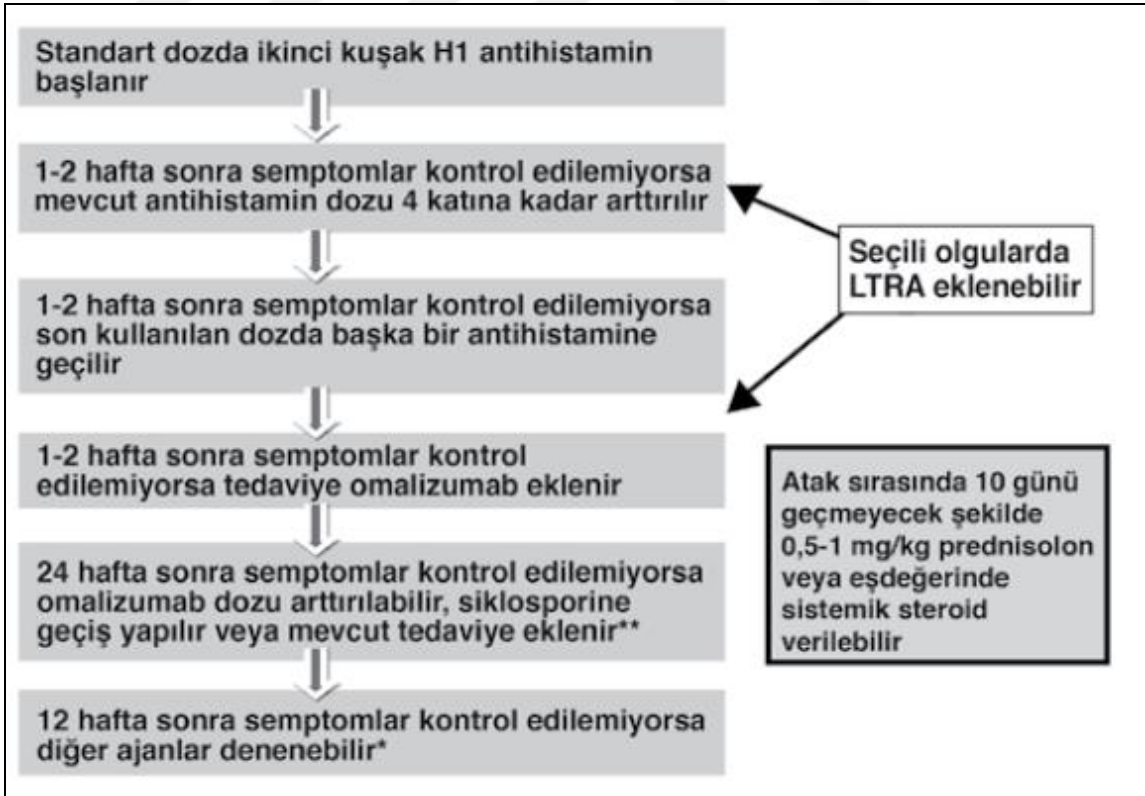
Tablo 5: Ürtiker Ayırıcı Tanısı

<p>Dermatolojik Hastalıklar</p> <ul style="list-style-type: none">• Ürtikeryal vaskülit• Herediter/kazanılmış anjioödem ve bradikinin aracılı diğer anjioödem tabloları• Mastositozlar• Hipereozinofilik sendrom• Figüre eritemler• Büllöz pemfigoid• Eritema multiforme• Anafilaksi• Kutanöz ve sistemik lupus eritematozus• Dermatitis herpetiformis• Böcek ısırıkları• Polimorf ışık erüpsiyonu• Wells sendromu• Otoimmün progesteron dermatiti• PUPPP
<p>Oto-enflamatuvar hastalıklar grubunda bulunan ürtikeryal sendromlar</p> <p>Kalıtsal</p> <ul style="list-style-type: none">• Ailevi Akdeniz Ateşi• Hiper IgD sendromu• TRAPS• Kriyopirinopatiler• FCAS• Muckle-Wells sendromu• NOMID <p>Edinsel</p> <ul style="list-style-type: none">• Schnitzler sendromu
<p>Sitokinlerle ilişkili anjioödem sendromları</p> <ul style="list-style-type: none">• Eozinofilili epizodik anjioödem (Gleich sendromu)• Eozinofilili epizodik olmayan anjioödem• NERDS• İdiyopatik kapiller sızıntı sendromu (Clarkson sendromu)

IgD: İmmüoglobülin D, PUPPP: Gebeliğin polimorfik erüpsiyonu, TRAPS: Tümör nekroz faktörü reseptörü ile ilişkili periyodik sendrom, FCAS: Ailevi soğuk otoenflamatuvar sendrom, NOMİD: Yenidoğan başlangıçlı multi sistem enflamatuvar hastalık, NERDS: Nodüller, eozinofili, romatizma, dermatit,şişme

2.1.11. Kronik Ürtiker Tedavisi

Ürtiker tedavisinin temelini nedenin ortadan kaldırılması ve semptomların giderilmesi oluşturur. Akut ürtikerde dermatozu tetikleyen neden sıklıkla bellidir. Kronik ürtikerde ise hem nedenin bulunması hem de bir neden bulunursa bulunan nedenin ortadan kaldırılması güç olabilir. Tedavinin ilk basamağını hastaya iyileşinceye kadar destek olunacağı ifade edilmesi ve hastanın hekime güven duymasının sağlanması oluşturur (2,41). Türkiye Ürtiker Tanı ve Tedavi Kılavuzu tarafından önerilen tedavi algoritması şekilde gösterilmektedir:



Şekil 1: Kronik Ürtiker İçin Tedavi Algoritması

Ürtiker tedavisinde kullanılan ilaçlar ise aşağıda belirtilmiştir:

Antihistaminikler: Antihistaminikler 1950 yılında tedaviye girmiş ilaçlardır. Ürtikerin birçok semptomu endotel hücrelerde ve sinirlerde bulunan H1 reseptörleri aracılığı ile ortaya çıkmaktadır. Bu açıdan H1 reseptör blokerleri tedavinin başlıca ilaçlarını oluşturmaktadır (42,43).



İkinci kuşak H1 antihistaminler önce standart dozunda başlanır. Kronik ürtikerde ikinci kuşak H1 antihistaminlerin yüksek dozda daha etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Desloratadin, setirizin, levosetirizinin önerilenden daha yüksek dozlarda etkinliklerinin arttığı gösterilmiştir (1,44,45,46). Son kılavuzlarda standart dozun yetersiz olduğu hastalarda, dozun dört katına kadar artırılması önerilmektedir (1). Antihistaminler ihtiyaç olduğunda değil her gün düzenli olarak kullanılmalıdır (2,47).

Birinci kuşak H1 antihistaminlerin antipruritik etkileri 4-6 saat sürmektedir (2,48). İkinci kuşak H1 antihistaminlerin etkisi 24 saat devam etmektedir. Ayrıca antihistaminik etkilerinin yanı sıra anti-enflamatuvar etkileri ile ürtiker patogenezinde rol oynayan diğer sitokinleri de baskırlar (49).

Birinci kuşak H1 antihistaminikler H1 reseptörlerine non-spesifik olarak bağlandığı için çoğu kolinerjik, alfa-adrenerjik ve serotoninerjik 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 gösterilmiştir (2,46,49) . Birinci kuşak H1 antihistaminler analjezikler, hipnotikler, sedatifler ve alkolle etkileşime girebilirler (2,48). İkinci kuşak H1 antihistaminler, H1 reseptörlerine yüksek oranda özgüllük göstermeleri ve düşük lipofilik özellikleri nedeniyle, daha az oranda kolinerjik, alfa-adrenerjik veya serotoninerjik reseptörlere bağlanmakta ve merkezi sinir sistemine daha düşük oranda geçmektedirler. Bu açıdan antikolinerjik ve sedatif etkileri de daha az oranda görülmektedir (2,47). Bu grupta sedasyon yapma ihtimali en düşük olan feksofenadin, en yüksek olanlar ise setirizin ve levosetirizindir(2,48).

- Lökotrien Reseptör Antagonistleri (LTRA): Kronik spontan ürtiker, dermografik ürtiker, soğuk ürtikeri, solar ürtiker ve geç basınç ürtikerinde, ikinci kuşak antihistaminiklerle kombinasyon tedavilerinde etkili bulunduğu gösterilmiştir. (50,51).
- Siklosporin: Siklosporin kronik spontan ürtiker tedavisinde oldukça etkili bir ilaç olmasına rağmen özellikle uzun süre kullanımda gelişebilecek yan etki riski nedeniyle yüksek doz antihistaminler ve omalizumab tedavisine dirençli kronik ürtiker olgularında tercih edilmelidir (2).

- Omalizumab: Omalizumab, IgE'ye karşı geliştirilmiş rekombinan humanize monoklonal IgG antikorudur. Kan ve interstisyel boşluktaki serbest IgE'yi bağlar, mast hücre fonksiyonlarını azaltır ve eozinofil apoptozisini tetikler. Bazofillerden sitokin salınımını ve immün hücrelerin dokuya göçünü azaltır (52).

Omalizumab, yüksek doz antihistamin tedavisine rağmen semptomları devam eden KSÜ hastalarında onaylı, etkin ve güvenilir tek tedavi seçeneğidir. Altı aylık kullanımlar sonrasında nüks gelişmesi halinde tekrar etkinlik kaybı olmadan kullanılabilir (2).

Omalizumabın etkinliği sadece otoimmün ürtikerde değil, fiziksel, kolinerjik ve diğer ürtiker formlarında da gösterilmiştir. Hastaların %80'inden fazlasında etkilidir. Küratif bir tedavi ajanı değildir, tedavi kesildikten sonra 10 hafta içinde relaps sık görülür. Bundan dolayı hastalık devam ettiği sürece verilmelidir. Tedavi kesilmesi ile akut alevlenmelere rastlanmaz, klinik semptomların geri dönüşü yavaştır. Bu durumda tekrar omalizumab başlanan hastaların %90'ında ilk 4 hafta içinde kontrol sağlanabilmektedir(2,53).

- Sistemik Steroidler: Sistemik steroidler hem akut, hem de KÜ'de kısa sürede semptom kontrolü sağlamakla birlikte bu uygulamanın bilimsel kanıt değeri düşüktür. Sistemik steroidlerin akut alevlenme dönemlerinde maksimum 10 gün olacak şekilde kullanılması uygundur (1).

2.1.12. Prognoz

Ürtiker, akut ve kendiliğinden iyileşen veya kronik ve haftalar, aylar, hatta yıllarca devam eden bir seyir izleyebilir (2). Kronik ürtikerin doğal seyri önceden tahmin edilemez. Çoğu vakada hastalık kendiliğinden düzelir. Semptomların başlangıcından sonraki 1-3 yıl içerisinde erişkin hastaların %30 ile %50'sinde remisyon görülmektedir (2,54). Olguların %11 kadarında ürtiker semptomları 5 yıldan daha uzun süre devam etmektedir. Kronik ürtikerde tedavi yanıtını ve hastalık şiddetini belirleyen faktörler sınırlı sayıdadır. Şiddetli seyreden vakalarda hastalığın daha uzun sürmesi olasıdır (55). Hastalık şiddeti ve süresi, anjioödem, fiziksel ürtikerlerle birliktelik, ileri yaş ve pozitif tiroid otoantikörleri olması ile de ilişkili olduğu bildirilmiştir (55,61).

2.2. UYKU

Uyku, organizmanın çevre ile iletişiminin geri döndürülebilir biçimde geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolması durumudur (62). Uyku kişinin uygun duyuşsal ya da başka uyarınlarla geri döndürülebilir bir bilinçsizlik hali olmasının yanında, sadece organizmanın dinlenmesini sağlayan bir hareketsizlik hali değil, tüm vücudu yaşıma yeniden hazırlayan aktif bir yenilenme dönemidir. Sirkadiyen ritme uygun olarak düzenli bir şekilde günün belirli saatlerinde yaşanan, ses, ısı, ışık, koku, açlık, ağrı, temas gibi değişik uyarınlarla geri döndürülebilir bu bilinçsizlik hali, doğumdan itibaren insanların büyüme, gelişme, öğrenme ve dinlenmesini sağlamakta, bir sonraki güne sağlıklı hazırlanması için vücudu yenilemektedir. Uyku sağlıklı bir hayatın en önemli ihtiyaçlarındandır (6).

Deri, termoregülasyon ve uyku başlangıcı gibi normal uyku fizyolojisinde rol oynamaktadır. Pruritus, hiperhidroz, ve termoregülasyon gibi problemlerin uyku ve uyku ile ilişkili yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır. Ayrıca dermatolojik hastalıklarla ilgili psikolojik stres uyku kalitesini etkileyebilmektedir (63).

2.2.1. Uykunun Fazları

Uykuda birbirini periyodik olarak takip eden iki dönem bulunmaktadır. Bunlar REM (Rapid Eye Movement) ve Non-REM dönemleridir. REM hızlı göz hareketlerinin bulunduğu dönemi tanımlamaktadır. Uyumak üzere gözlerini kapatıp uykuya dalıncaya kadar geçen süre latent dönem olarak isimlendirilmektedir (6). Non-REM de yüzeysel uyku (1.dönem ve 2. dönem) ve derin uyku (3. ve 4. dönem) olarak iki ana bölüme ayrılabilir. Non-REM ve REM uyku aşamaları gece boyunca 90 dakikalık periyotlarla değişmektedir (64). Non-REM uyku büyüme ve hücre onarımında, REM uyku ise hafıza ve öğrenme sürecinde rol oynamaktadır.

2.2.2. Uykunun İşlevi

Çalışmalar, uykunun vücudu dinlendirme ve ertesi güne hazırlama işlevinin yanında enerji tasarrufu (enerji biriktirme), büyüme (büyüme hormonu en fazla uykuda salınır ve çocuklarda büyümeyi sağlar), hücrelerin yenilenmesi, vücudun onarımı, hafıza, türe has özelliklerin öğrenilmesini sağlayan genetik hafızanın programlanması, yeni bilgilerin öğrenilmesi-kalıcı hale getirilmesi ve özellikle bazı canlılarda ortama uyum sağlanması ve tehlikelerden korunma işlevlerinin bulunduğunu göstermektedir (62,65).

2.2.3. Uyku Kalitesi

Günümüzde uyku kalitesi, klinik uygulamalarda ve uykuyla ilgili araştırmalarda üzerinde önemle durulan bir kavramdır. Uyku kalitesi bireyin uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni bir güne hazır hissetmesidir. Uyku kalitesinin, tanımlanması ve nesnel olarak ölçülmesi güçtür. Uyku kalitesi; uyku latensi, uyku süresi ve bir gecede uyanma sayısı gibi uykunun niceliksel yönlerini ve uykunun derinliği, dinlendiriciliği gibi daha öznel yönleri de içermektedir. Toplumda erişkin bireylerin % 15-35''inde uykuya dalma ve uykuyu sürdürme güçlüğü gibi uyku kalitesini ilgilendiren bozukluklar bulunmaktadır. Uyku kalitesi iki önemli nedenden dolayı önemlidir. Birincisi uyku kalitesi ile ilgili yakınmaların yaygın olmasıdır. İkincisi ise, kötü uyku kalitesinin birçok tıbbi hastalığın bir belirtisi olabileceğidir. Hem toplum hem de klinik örneklerde yapılmış çalışmalarda uyku kalitesi ile ilgili şikâyetler yaygın olduğu için uyku kalitesinin oldukça önemli bir kavram olduğu belirtilmiştir (62).

2.2.4. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler

- Yaş: Yaşamın erken dönemlerinde zamanın çoğu uykuda geçmektedir. Ancak yaşın ilerlemesiyle birlikte uyku gereksinimi de azalmaktadır. Yaşlılar gençlere göre uykuya dalmada daha fazla zamana gereksinim duyarken, gece daha çabuk ve sık uyanmaktadırlar. Normalde yetişkinlerde ortalama 10-30 dakika olan uykuya dalma süresinin yaşlılarda 1 saat ya da daha uzun sürdüğü bilinmektedir (62,65,66).

- Cinsiyet: Sağlıklı erişkinlerin uyku yapısı konusunda yapılan çalışmalarda dikkate değer farklılıklar saptanmamıştır. Genel olarak kadınların uykusunda erkeklere göre daha fazla delta uykusu bulunduğu bilinmektedir (62). Yapılan çalışmalar kadınların erkeklere göre daha fazla uyku sorunu yaşadıklarını göstermektedir. Kadınların daha fazla uyku sorunu yaşamalarına rağmen erkeklerden daha fazla uyudukları belirlenmiştir (62,65).
- Hastalıklar: Hastalıkların fizyolojik ve psikolojik etkileri uyku ritminin kalitesini ve miktarını bozmaktadır. Hasta bireyler sağlıklı bireylere göre daha fazla uykuya ihtiyaç duymaktadır. Genellikle ağrıya neden olan, fiziksel rahatsızlıklar yaratan ya da morali etkileyen ve anksiyete, depresyon gibi problemlere yol açan çoğu hastalık uyku problemlerine neden olmaktadır (62,65).
- Alkol Ve Diğer Uyarıcılar: Az veya orta miktarda alkol alınması başlangıçta uyku verici bir etki yaparak; özellikle uykuya dalmayı kolaylaştırmaktadır. Ancak zamanla uykunun bölünmesine, uyku evreleri arasındaki geçişlerin artmasına, Non-REM 4 ve REM uykusunda azalmaya neden olmaktadır. Geceleri sürekli uyanma ve uykuya dalmada güçlük yaşama durumları oluşturmaktadır. Bu nedenle bireyler fiziksel ve ruhsal olarak yeterince dinlenemedikleri için ertesi gün sinirlilik, yorgunluk gibi durumlardan şikayet etmektedir. Sigara içme, çay, kahve ve kakao, çikolata gibi kafein içeren içeceklerin fazla miktarda alınması uykuya dalmayı zorlaştırmakta ve bireyin gece uyanmasına neden olabilmektedir (62,65).
- İlaç Kullanımı: Bazı ilaçların kullanılması uykunun kalitesini bozduğu gibi uyku için önerilen bazı ilaçlar da yararlarından çok yeni problemlere neden olabilmektedir. Hipnotikler derin uyku fazlarına ulaşmada bölünme, gün içinde aşırı uyuşukluk, enerji azalmasına; diüretikler nokturiye; beta blokerler gece kâbuslarına; benzodiazepinler uyku zamanının artmasına, gün içinde

uyumaların artmasına neden olabilmektedir. Narkotikler REM uykusunu bastırabilmekte ve gün boyu uykulu olmaya neden olabilmektedir (62,65).

Hidroksizin ve difenhidramin en sık kullanılan birinci kuşak H1 antihistaminiklerdir. H1 antihistaminikler orta derecede sedatif özelliğe sahiptirler. Yarılanma ömürleri göreceli olarak uzundur. Etki süreleride ortalama 6-8 saattir. Hidroksizinin yarılanma ömrü ortalama 6-24 saattir. Bu yüzden geç saatlerde kullanıldığında sabah sersemlik gibi artık etkiler gösterebilmektedir. Ancak bu ilaçların sedatizan etkilerine tolerans gelişmektedir (2,48).

- Yaşam Biçimi: Bireylerin yaşam biçimi uyku düzenini ve uyku kalitesini etkilemektedir. Kişilerin vardiya şeklinde çalışması, alışılmamış ağır bir iş performansı ile çalışması, gece saatlerindeki aktivitelere katılması uyku düzenini bozabilmekte ve değişen uyku programına uyum sağlamasını zorlaştırmaktadır. Yapılan çalışmalar gece çalışan bireylerin uyku öncesi ve sonrası performanslarının ve uyku kalitelerinin bozuk olduğunu göstermiştir (62,65).
- Egzersiz Ve Yorgunluk: Çalışmalar aerobik egzersizin uykuya geçiş süresini kısalttığını, uykunun toplam miktarını ve derin uykuyu artırdığını göstermektedir. Harcanan enerji miktarı artıkça uyku yapısında olumlu değişiklikler olmakla beraber maraton gibi aşırı enerji harcayan egzersizler uykuyu bozmaktadır. Gece yatma saatlerine yakın yapılan egzersizlerin stres etkisi oluşturduğu ve otonomik aktiviteyi artırarak huzursuz bir uykuya, uyanıklıklara, dönem 1 uykusunda artmaya, derin uykuda azalmaya neden olduğu görülmektedir. Sabah yapılan fiziksel egzersizlerin uykuya az bir etkisi olurken, akşam saatlerine yakın, öğleden sonra yapılan egzersizler uyku kalitesini daha olumlu etkilemektedir. Düzenli spor alışkanlığı olan ve fiziksel formu kazanmış kişilerde egzersiz uyku kalitesini artırmaktadır (2,48).

- Anksiyete Ve Stres: Günlük yaşamdaki anksiyete ve stres uykusuzluğun en sık rastlanan sebebidir. Stres bireyin gergin olmasına neden olmakta, uykuya dalmasını güçleştirmekte ve çabuk uyanmasına da neden olabilmektedir (62,65).
- Diyet: Klinik gözlemler yüksek karbonhidratlı yemeklerin uykululuğu artırdığı, yüksek proteinli yemeklerin ise uyanıklığı artırdığı yönündedir. Ancak yatma saatinde ağır yemek yemek ise sindirim sistemini aktive ederek uykuyu bozmaktadır. Araştırmacılar, gıda alımının kendi başına gerek zamanlaması gerekse kalori miktarı ile ilişkili olarak uykuyu uyarıcı etkisi olabileceğini düşünmektedir. Özellikle oğleden sonra yaşanan uykululuk halinin gıda alımından çok, sirkadiyen faktörlerle ilişkili (vücut ısısında hafif düşme) olduğu kabul edilmiştir (2,48).
- Çevresel Faktörler: Gürültü, oda ısısı, aydınlatma ve yatağın özellikleri uykuyu etkileyen faktörlerdir. Her ne kadar bu faktörlere bireylerin duyarlığı değişsede, bu faktörler uykuyu paralayabilmekte ve uyku kalitesini bozabilmektedir. Bebek ağlaması, eşin horlaması, sokaktaki araba sesleri gibi gürültüler uykuyu geciktirmekte ve sık uyanıklıklara neden olmaktadır. Uyanma eşiği yaşa göre değişir. Yaşlılar bu uyanarlara karşı daha çabuk uyanırken, gençlerde eşiık daha yüksektir. Uykunun dönemlerine göre de eşiık değişir. Herkes için ideal bir oda ısısı olmamasına rağmen, aşırı sıcak bir oda normal uykuyu bozar. 24C°'nin üzerinde uyanıklık sayısı, beden hareketleri artar, dönem geçiş sayısı artar, derin uyku ve REM uykusu azalır. Düşük oda ısısı daha az etkilemekle beraber 12C°'nin altında rahatsız bir uyku ve daha fazla emosyonel rüyalar görülür. Oda ısısının yaklaşık 18C° olması tavsiye edilir (2,48).

III. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Etik Kurul İzni

Bu çalışma Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 07.06.2017 tarih ve 50 sayılı izni ile yapılmıştır.

3.2. Çalışmanın Özellikleri

Bu çalışma tek merkezli, prospektif kesitsel nitelikte bir çalışma olarak planlanmıştır. Çalışmaya 15.06.2017-15.07.2017 tarihleri arasında Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi Kronik Ürtiker Takip Polikliniği'ne başvuran kronik ürtiker tanılı 18 – 75 yaş arası 100 hasta alınmıştır. Hastalara Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) uygulanarak uyku kalitesi değerlendirilmiştir. Hastaların yaşı, cinsiyeti ve hastalık süreleri, kronik hastalık durumları, anjiödem varlığı, kullandığı ilaçlar ve ürtiker tipi kaydedilmiştir. Hastalık şiddeti ürtiker aktivite skoru (UAS) ile hastalık kontrolü ise ürtiker kontrol testi (UCT) ile değerlendirilmiştir. Her birey araştırmaya dahil edilmeden önce bilgilendirilerek çalışmanın amacı anlatılmıştır ve gönüllü olur formu imzalatılmıştır. Çalışma süresi 1 ay olarak belirlenmiştir.

Hastaların uyku kalitesini değerlendirmek için Pittsburgh uyku kalite indeksi (PUKİ) kullanılmıştır. PUKİ, Buysse ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilmiş bir ölçektir. PUKİ iyi ve kötü uykunun tanımlanmasına yarayan uyku kalitesinin niceliksel bir ölçümünü vermektedir. Kendi içinde tutarlılığı olan ve tekrar edilebilen, güvenilir bir testtir (67). Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1996 yılında Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (68). PUKİ toplam 24 soru içermektedir. Bu soruların 19' u kendini değerlendirme sorusudur. 5 soru ise bireyin eşi veya bir arkadaşı tarafından cevaplandırılmaktadır. Bu 5 soru yalnız klinik bilgi için kullanılmakta, değerlendirmeye katılmamaktadır. Kendini değerlendirme soruları uyku kalitesi ile ilgili değişik etkenleri içermektedir. Bunlar uyku süresini, uyku latensini (uykuya dalış süresini) ve uyku ile ilgili özel problemlerin sıklık ve şiddetini tespit etmektedir.

Puanlanan on sekiz madde yedi bileşen puanı şeklinde gruplanmıştır. Yedi bileşen puanının toplamı toplam PUKİ değerini vermektedir. PUKİ'nin bileşenleri aşağıdaki gibidir:

1. Öznel uyku kalitesi (bileşen 1)
2. Uyku latensi (bileşen 2)
3. Uyku süresi (bileşen 3)
4. Alışılmış uyku etkinliği (bileşen 4)
5. Uyku bozukluğu (bileşen 5)
6. Uyku ilacı kullanımı (bileşen 6)
7. Gündüz işlev bozukluğu (bileşen 7)

PUKİ toplam puan 0-21 arasında değere sahip olabilmektedir. Toplam ölçek puanının yüksek oluşu, uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir. Toplam PUKİ puanının 5 ve üzerinde olması kötü uyku kalitesini göstermektedir.

3.3. Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- Kronik ürtiker tanısı olan 18-75 yaş arası hastalar
- İletişim problemi olmayanlar

3.4. Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri:

- 18 yaş altı olanlar
- Sözel iletişim kurulamayanlar
- Bilinen psikiyatrik hastalığı olanlar
- Bilinen uyku bozukluğu olanlar

3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Fisher's Exact Test, Fisher Freeman Halton Test ve Continuity (Yates) Düzeltmesi kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk gösteren parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

IV. BULGULAR

Çalışma 15.06.2017-15.07.2017 tarihleri arasında yaşları 18 ile 75 arasında değişmekte olan, 77'si (%77) kadın ve 23'ü (%23) erkek olmak üzere toplam 100 olgu ile yapılmıştır. Olguların yaşları ortalaması 41.26 ± 12.62 'dir.

Tablo 6: Genel Özelliklerin Değerlendirilmesi

		Min-Max	Ort±SS
Yaş		18-75	41,26±12,62
Hastalık süresi (ay)		3-360	46,27±56,19
Cinsiyet <i>n, %</i>	Erkek	23	23
	Kadın	77	77
Ek Hastalık <i>n, %</i>	Var	33	33
	Yok	67	67
Anjioödem <i>n, %</i>	Var	49	49
	Yok	51	51

Hastalık süreleri 3 ile 360 ay arasında değişmekte olup, ortalaması 46.27 ± 56.19 'dur. Olguların %33'ünün ek hastalığı varken, %67'sinin yoktur. %49'unun anjioödemli varken, %51'inin yoktur.

Tablo 7: UCT, UAS Ve PUKİ İndeksine İlişkin Değerlendirmeler

		Min-Max	Ort±SS
UCT		1-16	10,76±3,67
UAS		0-34	13,75±8,15
PUKİ		2-16	6,76±4,1
UCT gr <i>n, %</i>	Hastalık kontrolü sağlanamadı	45	45
	İyi kontrollü hastalık	55	55
UAS gr <i>n, %</i>	İyi kontrollü	24	24
	Hafif	35	35
	Orta	33	33
	Şiddetli ürtiker	8	8

UAS gr2 n,%	İyi kontrollü+Hafif	59	59
	Orta+şiddetli	41	41
PUKİ gr n,%	İyi uyku kalitesi	41	41
	Kötü uyku kalitesi	59	59

UCT değerleri 1 ile 16 arasında değişmekte olup, ortalaması 10.76 ± 3.67 'dir. UAS7 değerleri 0 ile 34 arasında değişmekte olup, ortalaması 13.75 ± 8.15 'dir. PUKİ değerleri 2 ile 16 arasında değişmekte olup, ortalaması 6.76 ± 4.1 'dir. UCT skoru %45'i hastalık kontrolü sağlanamayan ve %55'i iyi kontrollü hastalığı olan şekilde iki gruba ayrılmıştır. UAS skoru %35'i hafif kontrollü, %33'ü orta kontrollü, %24'ü iyi kontrollü ve %8'i şiddetli ürtiker olarak 4 gruba ayrılmıştır. UAS grupları %59 iyi kontrollü+hafif ve %41 orta+şiddetli olarak iki grup haline getirilmiştir. PUKİ indeksi %41'i iyi uyku kalitesi ve %59'u kötü uyku kalitesi olarak iki gruba ayrılmıştır.

Tablo 8: Ürtiker Klinik Tiplerine İlişkin Değerlendirmeler

		n	%
Ürtiker Klinik tipi	Basınç ürtikeri	2	2
	Dermografizm	9	9
	İlaç ve gıda intoleransı	5	5
	Ksü	70	70
	Sıcak ürtikeri	8	8
	Soğuk ürtikeri	6	6

Olguların %70'inde ksü, %9'unda dermografizm, %8'inde sıcak ürtikeri, %6'sında soğuk ürtikeri, %5'inde ilaç ve gıda intoleransı ve %2'sinde basınç ürtikeri bulunmaktadır.

Tablo 9: PUKİ Gruplarına Göre Çalışma Parametrelerinin Değerlendirilmesi

	PUKİ		p
	İyi uyku kalitesi	Kötü uyku kalitesi	
	Ort±SS	Ort±SS	
Yaş	42,85±13,15	40,14±12,27	¹ 0,293
Hastalık süresi (ay) <i>(medyan)</i>	45,66±43,24 (30)	46,69±64,03 (24)	² 0,373
UCT	11,12±3,85	10,51±3,54	¹ 0,414

UAS		9,76±6,61	16,53±8	¹ 0,001*
Cinsiyet <i>n</i> (%)	Erkek	10 (%24,4)	13 (%22)	³ 0,973
	Kadın	31 (%75,6)	46 (%78)	
Ek Hastalık <i>n</i> (%)	Var	12 (%29,3)	21 (%35,6)	³ 0,656
	Yok	29 (%70,7)	38 (%64,4)	
Anjioödem <i>n</i> (%)	Var	18 (%43,9)	31 (%52,5)	³ 0,518
	Yok	23 (%56,1)	28 (%47,5)	
UCT <i>n</i> (%)	Hastalık kontrolü sağlanamadı	15 (%36,6)	30 (%50,8)	³ 0,228
	İyi kontrollü hastalık	26 (%63,4)	29 (%49,2)	
UAS <i>n</i> (%)	İyi kontrollü+Hafif	32 (%78)	27 (%45,8)	³ 0,003*
	Orta+Şiddetli	9 (%22)	32 (%54,2)	

¹Student t Test ²Mann Whitney U Test ³Continuity (Yates) Düzeltmesi **p*<0.05

İyi uyku kalitesi olanların UAS değerleri, Kötü uyku kalitesi olanların değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (*p*:0.001; *p*<0.05).

İyi uyku kalitesi ve Kötü uyku kalitesi olanlar arasında cinsiyet dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (*p*>0.05).

İyi uyku kalitesi (%29.3) ve Kötü uyku kalitesi (%35.6) olanlar arasında ek hastalık görülme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (*p*>0.05).

İyi uyku kalitesi (%43.9) ve Kötü uyku kalitesi (%52.5) olanlar arasında anjioödem görülme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (*p*>0.05).

İyi uyku kalitesi ve Kötü uyku kalitesi olanlar arasında UCT skoru grupları dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır

($p>0.05$). İyi uyku kalitesi olan olgularda iyi kontrollü hastalık oranı %63.4, kötü uyku kalitesi olanlarda %49.2'dir.

İyi uyku kalitesi olanların UAS grubu iyi kontrollü+hafif olma oranı (%78) Kötü uyku kalitesi olanların oranından (%45.8) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0.003$; $p<0.05$).

Tablo 10: PUKİ Gruplarına Göre Ürtiker Klinik Tiplerinin Değerlendirilmesi

Ürtiker klinik tipi		PUKİ		p
		İyi uyku kalitesi	Kötü uyku kalitesi	
		Ort±SS	Ort±SS	
Basınç ürtikeri		0 (%0)	2 (%3,4)	1,956
Dermografizm		4 (%9,8)	5 (%8,5)	
İlaç ve gıda intoleransı		2 (%4,9)	3 (%5,1)	
Ksü		29 (%70,7)	41 (%69,5)	
Sıcak ürtikeri		3 (%7,3)	5 (%8,5)	
Soğuk ürtikeri		3 (%7,3)	3 (%5,1)	

¹Fisher Freeman Halton Test

²Fisher's Exact Test

* $p<0.05$

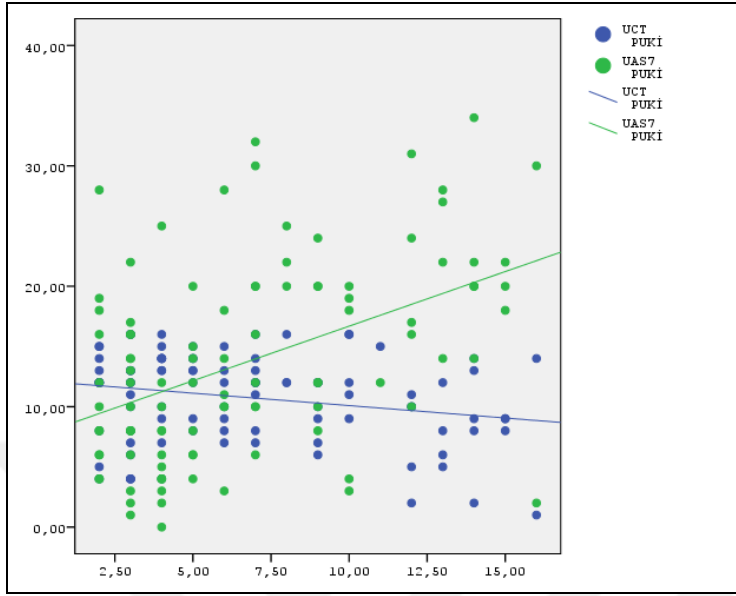
İyi uyku kalitesi ve Kötü uyku kalitesi olanlar arasında ürtiker klinik tipleri dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 11: PUKİ İle UCT Ve UAS Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesi

		PUKİ
UCT	r	-0,231
	p	0,021*
UAS	r	0,457
	p	0,001*

Pearson Korelasyon Analizi

* $p<0.05$



Şekil 2: PUKİ İle UCT Ve UAS Arasındaki Korelasyon

PUKİ uyku indeksi ile UCT skoru arasında ters yönlü, %23.1 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p:0.021$; $p<0.05$).

PUKİ uyku indeksi ile UAS skoru arasında pozitif yönlü, %45.7 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p:0.001$; $p<0.05$).

Tablo 12: PUKİ İle Ürtiker Tedavisinde Kullanılan İlaçlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tek İlaç Kullananlar	PUKİ		p
	İyi uyku kalitesi	Kötü uyku kalitesi	
	Ort±SS	Ort±SS	
2.kuşak antihistaminik	15 (%39,5)	23 (%60,5)	0,618
Omalizumab	15 (%48,4)	16 (%51,6)	

Continuity (yates) düzeltmesi

2.kuşak antihistaminik kullananların %60.5'inde, omalizumab kullananların %51.6'sında kötü uyku kalitesi görülmekte olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

V. TARTIŞMA

Kronik spontan ürtiker toplumda oldukça sık karşılaşılan ve hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen dermatolojik bir hastalıktır. Yaşam kalitesindeki etkilenme farklı alanlarda farklı derecelerde olmakta; hastalık aktivitesi arttıkça bu etkilenme oranları da artmaktadır.

Ürtiker fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak bireyleri etkilemektedir. Ürtikerin yaşam kalitesine olan etkileri ayrıntılı olarak incelenmiştir. Uyku tüm insanların fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarının önemli bir parçasıdır ve uyku kalitesi kişinin yaşam kalitesini belirleyen başlıca faktörlerden biridir. Uyku kalitesindeki bozukluk kişinin duygu durumunda, düşünce ve motivasyonunda büyük etkiye sahiptir. Uyku kalitesindeki bozulma, yorgunluk, konsantrasyon kaybı, bitkinlik, ağrı eşliğinde düşme, kazalara yatkınlık ve sinirlilik gibi pek çok olumsuz durumla ilişkilendirilmiştir. Uyku kalitesi iki nedenden dolayı önemlidir. Birincisi uyku kalitesi ile ilgili yakınmaların yaygın olmasıdır. İkincisi ise kötü uyku kalitesinin birçok tıbbi hastalığın belirtisi olabileceği gibi hastalıklar nedeniyle oluşan psikolojik stres sonrası da gelişebileceğidir.

Ürtikerli hastalarda uyku kalitesini değerlendirmeye yönelik yapılmış çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bugüne kadar ürtikerin yaşam kalitesi üzerine etkilerini değerlendirmeye yönelik yapılan yaşam kalitesi ölçümlerinde uyku ile ilgili tek bir madde halinde değerlendirmeler yapılmıştır (31,69). Kocatürk Göncü ve arkadaşlarının CU-Q2ol kullanarak yaptığı çalışmanın verilerine göre en fazla etkilenen alt başlık uyku olarak bildirilmiştir (31).

Çalışmamızda kronik ürtikerli hastalarda saptanan 3.3/1 (%77) şeklindeki kadın/erkek oranı, daha önce yapılan çalışmalarla kronik ürtikerin kadınlarda yaklaşık iki kat daha sık görüldüğü genel görüşüyle uygunluk göstermemektedir (2,5,9). Bunun sebebi olarak çalışmaya alınan popülasyonun farklılığı düşünülebilir. Kulthanan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde kadın erkek oranı

3.7/1(%79) olarak saptanmıştır (54). Kocatürk Göncü ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada olguların %70 i kadın olarak saptanmıştır (31).

Genel yaş ortalaması (41.26 yaş), önceki yayınlarla benzer şekilde kronik ürtikerin orta yaşta özellikle 40 yaş civarında sık görülmesi ile uyumlu bulunmuştur (31,70). Hasta grubumuzun ortalama hastalık süresi de (46.27 ay) daha önceki çalışmalarda bildirilen 2 - 4 yıllık ortalama hastalık süresi ile paralellik göstermektedir (31,71). Çalışmaya alınan hastalarda % 49 oranında anjioödem eşlik etmektedir. Literatürde de, kronik ürtikerli olguların yaklaşık %40'ında anjioödem de eşlik ettiği bildirilmektedir (72).

Çalışmamızda yaşam kalite anketleri kullanılarak yapılan çalışmalarda olduğu gibi uyku kalitesi ile yaş ve hastalık süreleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (8,31). Ancak uyku kalitesinin yaş ve hastalık süresiyle ilişkili olduğunu gösteren çalışmalarda mevcuttur. Yun ve arkadaşlarının kronik ürtikerin yaşam kalitesine etkisi ile ilgili yaptıkları çalışmada hastalık süresi 1 yıldan uzun olanlarda kaşıntı ve uyku sorunlarının daha fazla olduğu ve 40 yaş üstünde gece uyku sorunlarının daha fazla olduğu belirtilmiştir. Kaşıntı gibi rahatsızlık verici semptomlara hastaların bir süre sonra alışıp kabullenemediğini, hastalık süresi arttıkça semptomlara bağlı yorgunlukta artış meydana geldiğini belirtmişlerdir (69). Bunun çalışmalardaki hasta gruplarının antihistaminik kullanma sıklık ve dağılımından, hastalıktan ziyade ilaç yan etkisine bağlı yorgunluktan kaynaklandığı söylenebilir. Belki de kaşıntı hem uyku hem de duygudurum kalitesini etkilediğinden iki çalışma arasındaki hastalardaki hastalık şiddetinin farkına bağlı olduğu düşünülebilir.

Kocatürk Göncü ve arkadaşları ile Yun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda kadınlarda uyku problemlerinin erkeklere göre daha fazla olduğu bildirilmiştir(31,69). Bizim çalışmamızda ise uyku kalitesi ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde kadın cinsiyetin ürtikerden daha çok etkilendiğini gösteren çalışmalar daha çok yaşam kalite anketleriyle yapılmış, uykunun cinsiyetle ilişkisi birebir karşılaştırılmamıştır. Aynı zamanda cinsiyet dağılım oranı, katılanların

hastalık şiddeti ve uyku kalitesini etkileyen sigara alkol gibi başka faktörlerin varlığı da çalışmalardaki farkı meydana getirmiş olabilir. Biçici ve ark.'nın psöriasisli hastalarda uyku kalitesini değerlendirdiği çalışmada cinsiyet, yaş, hastalık süresi ve eşlik eden kronik hastalık varlığının bizim çalışmamızla uyumlu olarak uyku kalitesini etkilemediği saptanmıştır (62). Bu benzerlik benzer toplum yapısı, çevresel faktörler ve hasta dağılımındaki homojenlikle açıklanabilir. Kronik ürtikerli hastalarda hastalık şiddeti ile yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada yaş ve cinsiyet ile UAS ve CU-Q2oL total skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (8).

Daha önce yapılan çalışmalarda bizim çalışmamızda olduğu gibi kronik ürtikerli bireylerin 3/4'ünde (bazı kaynaklara göre %66-93'ünde) KSÜ, yaklaşık 1/3'ünde ise fiziksel (uyarılabilir) ürtiker varlığının saptandığı bildirilmiştir (2,4,5).

Çalışmamıza katılan hastaların %59 unun uyku kalitesi kötü olarak saptanmıştır. Grob ve ark.'nın kronik ürtiker, psöriasis ve atopik dermatitli hastalardan oluşam toplam 1356 hastayla yaptıkları çalışmada kronik ürtikerli hastaların %50 den fazlası uyku sorunlarını çoğunlukla veya her gece olarak belirtmiştir. Uyku bozukluğu kronik ürtikeri ve psöriasis i olanlarda atopik dermatiti olanlardan daha fazla saptanmıştır (28). Pruritus uyku kalitesini bozan ve yaşam kalitesini oldukça düşüren şiddetli rahatsızlık verici bir semptomdur. Dermatolojik hastalıklardaki uyku bozuklukları sadece kaşıntı gibi semptomlara ya da uykuyu sürdürmeye bağlı değil, aynı zamanda cildin termoregülatör fonksiyonunun bozulması gibi diğer fizyolojik mekanizmalar yoluyla da ortaya çıkabilmektedir (4,62).

Çalışmamızda hastalık şiddetini gösteren UAS skoru arttıkça hastaların uyku kalitesinin bozulduğu saptanmıştır. Uyku, yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Daha önce yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalarda UAS skoru ile CU-Q2oL total skoru arasında anlamlı korelasyon bulunmuştur (8,31,73). CU-Q2oL Türkçe validasyonunun yapıldığı çalışmada UAS ile CU-Q2oL korele bulunmuş, uyku problemleri uykuya dalmada güçlük, gece uykunun bölünmesi, gün içinde yorgunluk hissi, konsantrasyon güçlüğü, sinirlilik olarak ifade edilmiştir (31). Psöriasisli hastalarda

uyku kalitesiyle ilgili yapılan bir çalışmada ise hastalık şiddeti ile uyku kalitesi arasında düşük düzeyde korelasyon saptanmıştır. PUKİ toplam puanı ile pruritus şiddeti değerlendirildiğinde aralarında orta düzeyde bir korelasyon saptanmıştır. Hastalık şiddetinin sadece lezyonların şiddetini belirleyip hastanın psikososyal yönünü değerlendirmede için sonucun böyle çıktığı düşünülmüştür. Aynı zamanda bu çalışmada hastalık şiddetini değerlendiren psöriasis alan ve şiddet indeksi, hastalığın şiddeti ile yaygınlığının birlikte değerlendirildiği; baş, üst ekstremiteler, gövde, alt ekstremiteler olmak üzere dört bölgede lezyonların kapladığı vücut yüzey alanının eritem, endürasyon, deskuamasyon şiddetinin skorlandığı bir sistemdir (62). Pruritusun uyku kalitesine olan etkisi düşünüldüğünde hastalık şiddetini belirleyen skora sisteminde pruritusun değerlendirilmemesi, hastalık şiddeti ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki çıkmamasını açıklayabilir.

Ürtikerin kontrol altına alınma düzeyinin hasta tarafından değerlendirildiği ürtiker kontrol testi (UCT) ile uyku kalitesi iyi ve kötü olanlarda UCT skoru dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. İyi uyku kalitesi olanların hastalıkları %63.4 daha iyi kontrollüken, kötü uyku kalitesi olanların hastalıkları %49.2 oranında iyi kontrollü olarak bulunmuştur. Ürtiker semptomları günden güne önemli ölçüde dalgalanmalar gösterebilmektedir. Bu nedenle bir hastanın o andaki kliniği mevcut hastalık durumunu nadiren yansıtır. Hastalık aktivitesini göstermek için UAS altın standart haline gelmiştir ancak hastalık kontrolünü göstermez. Hastalık kontrolünü göstermek için ürtiker kontrol testi geliştirilmiş, UAS ve CU-Q2oL ile korelasyonu gösterilmiştir (33). UCT hastalık aktivitesi, hayat kalitesi, tedavi ve hastalık kontrolünü kapsayan sorulardan oluşan kullanımı pratik bir skora olmakla birlikte, hastanın mevcut durumu hakkında UAS kadar ayrıntılı ve genişletilmiş bilgi vermediğinden uyku kalitesiyle istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi bulunmadığı düşünülebilir.

Çalışmamızda bazı hastalar iki ve/veya daha fazla ilaç kullanmaktadır. Sadece tek ilaç kullanan 69 hastanın %45'i omalizumab, %55'i ise 2. Kuşak antihistaminik kullanmaktadır. Omalizumab kullananların %48.4'ünün uyku kalitesi iyi

iken %51.6'sının uyku kalitesi kötü olarak bulunmuştur. 2. Kuşak antihistaminik kullanan hastaların %60.5'inin uyku kalitesi kötü olarak bulunmuştur. Omalizumab ve 2. Kuşak antihistaminik kullanımı ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bizim çalışmamız kesitsel bir çalışma olduğundan hastanın değerlendirilen uyku kalitesi, ilacı ne zamandır kullandığı, kullanım öncesi ve sonrası uyku kalitesinin değerlendirilememesi, hastalık şiddetinin de uyku kalitesine etkisi düşünüldüğünde ilaçların uyku kalitesi üzerine olan etkisi net olarak değerlendirilememiştir. Çalışmamızda ilaç kullanımı ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamasının, hastaların homojen dağılımını göstermesi bakımından anlamlı olduğu düşünülebilir. 12 haftada omalizumab dozu için yapılan üç büyük faz çalışmasında; omalizumab tedavisi alanlarda uyku problemlerinde istatistiksel olarak anlamlı azalma olduğu, bu azalmanın özellikle tedavinin ilk dört haftasında olduğu, aktif tedavi devam ettiği sürede uyku sorunlarındaki azalmanın korunduğu bildirilmiştir. Tedavi kesildikten sonra uyku kalitesi kötüleşmiştir. Uyku skorlarındaki değişim ile kaşıntı ve kabarıklık skorlarındaki değişim arasında orta ile güçlü korelasyon gösterilmiştir (74). Bu da hastalık şiddetinin uyku kalitesi üzerine etkisini göstermektedir.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ürtiker Takip Polikliniğine başvuran kronik ürtiker tanılı hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yaptığımız bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Yaş, cinsiyet ve hastalık süresi ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.
- Uyku kalitesi Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) ile değerlendirilmiş olup, katılanların %59'unun uyku kalitesi kötü olarak bulunmuştur. Ortalama PUKİ değeri 6.76 ± 4.1 'dir.
- Uyku kalitesi iyi olanların UAS değerleri, kötü uyku kalitesi olanların UAS değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.
- Uyku kalitesi iyi olanlar ve kötü olanlar arasında ürtiker kontrol testi (UCT) skoru dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.
- PUKİ ile UCT skoru arasında ters yönlü, %23.1 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu saptanmıştır.
- PUKİ ile UAS skoru arasında pozitif yönlü, %45.7 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu tespit edilmiştir.
- Ürtiker semptomları objektif olarak tespit edilemediğinde ve hastalık aktivitesini gösteren güvenilir bir biyomarker bulunmadığından UAS skoru hastalık aktivitesini değerlendirmede yararlı bir araçtır.

Literatürde kronik ürtikerin psikolojik problemlerle ve uyku sorunları ile sık birlikteliği ile ilgili çok sayıda çalışma mevcuttur. Kronik ürtikerli hastaları değerlendirmede ve tedaviyi belirlemede özellikle kadın hastalar başta olmak üzere tüm hastalarda anksiyete, depresyon gibi psikolojik problemlerin yanı sıra hastanın uyku durumunun sorgulanmasının gerekli olduğu düşünülmektedir. Kronik ürtikerin etkin tedavisi ile hastalık şiddetindeki azalma hastanın uyku ve yaşam kalitesini de olumlu yönde etkileyecektir.

VII. KAYNAKLAR

1. Zuberbier, T., Aberer, W., Asero, R., Bindslev-Jensen, C., Brzoza, Z., Canonica, G. W., ... & Gonçalo, M. (2014). The EAACI/GA 2 LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy*, 69(7), 868-887.
2. Göncü, E. K., Aktan, Ş., Atakan, N., Başkan, E. B., Erdem, T., Koca, R., ... & Utaş, S. (2016). Türkiye Ürtiker Tanı ve Tedavi Kılavuzu-2016. *Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm*, 50(3).
3. Zuberbier, T., & Maurer, M. (2007). Urticaria: current opinions about etiology, diagnosis and therapy. *Acta dermato-venereologica*, 87(3), 196-205.
4. Maurer, M., Weller, K., Bindslev-Jensen, C., Giménez-Arnau, A., Bousquet, P. J., Bousquet, J., ... & Greaves, M. W. (2011). Unmet clinical needs in chronic spontaneous urticaria. A GA2LEN task force report 1. *Allergy*, 66(3), 317-330.
5. Sánchez-Borges, M., Asero, R., Ansotegui, I. J., Baiardini, I., Bernstein, J. A., Canonica, G. W., ... & Maurer, M. (2012). Diagnosis and treatment of urticaria and angioedema: a worldwide perspective. *World Allergy Organization Journal*, 5(11), 125.
6. Karadağ M: Classification of sleep disorders (ICSD-2). *Akciğer Arşivi* 2007;8:88-91.
7. Ranjbaran, Z., Keefer, L., Stepanski, E., Farhadi, A., & Keshavarzian, A. (2007). The relevance of sleep abnormalities to chronic inflammatory conditions. *Inflammation Research*, 56(2), 51-57.
8. Erünel Düğer E. Kronik Ürtiker ve/veya Anjioödemli Hastalarda Hastalık Şiddeti ile Yaşam Kalitesinin UAS7, AAS7, CU-Q2oL Anketleri ile Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Bursa; 2017
9. Zuberbier, T., & Maurer, M. (2007). Urticaria: current opinions about etiology, diagnosis and therapy. *Acta dermato-venereologica*, 87(3), 196-205.
10. Mathelier-Fusade, P. (2006). Drug-induced urticarias. *Clinical reviews in allergy & immunology*, 30(1), 19-23.
11. Brockow, K. (2013). Time for more clinical research on non-steroidal anti-inflammatory drug-induced urticaria/angioedema and anaphylaxis. *Clinical & Experimental Allergy*, 43(1), 5-7.
12. Kowalski, M. L., Woessner, K., & Sanak, M. (2015). Approaches to the diagnosis and management of patients with a history of nonsteroidal anti-inflammatory drug-related urticaria and angioedema. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 136(2), 245-251.
13. Kostis, J. B., Kim, H. J., Rusnak, J., Casale, T., Kaplan, A., Corren, J., & Levy, E. (2005). Incidence and characteristics of angioedema associated with enalapril. *Archives of internal medicine*, 165(14), 1637-1642.
14. Magerl, M., Pisarevskaja, D., Scheufele, R., Zuberbier, T., & Maurer, M. (2010). Effects of a pseudoallergen-free diet on chronic spontaneous urticaria: a prospective trial. *Allergy*, 65(1), 78-83.

15. Rajan, J. P., Simon, R. A., & Bosso, J. V. (2014). Prevalence of sensitivity to food and drug additives in patients with chronic idiopathic urticaria. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 2(2), 168-171.
16. Magen, E., & Mishal, J. (2013). Possible benefit from treatment of *Helicobacter pylori* in antihistamine-resistant chronic urticaria. *Clinical and Experimental Dermatology: Clinical dermatology*, 38(1), 7-12.
17. Gaig, P., Garcia-Ortega, P., Enrique, E., Papo, M., Quer, J. C., & Richard, C. (2002). Efficacy of the eradication of *Helicobacter pylori* infection in patients with chronic urticaria. A placebo-controlled double blind study. *Allergologia et immunopathologia*, 30(5), 255-258.
18. Darlenski, R., Kazandjieva, J., Zuberbier, T., & Tsankov, N. (2014). Chronic urticaria as a systemic disease. *Clinics in dermatology*, 32(3), 420-423.
19. Confino-Cohen, R., Chodick, G., Shalev, V., Leshno, M., Kimhi, O., & Goldberg, A. (2012). Chronic urticaria and autoimmunity: associations found in a large population study. *Journal of allergy and clinical immunology*, 129(5), 1307-1313.
20. Hallab, N., Merritt, K., & Jacobs, J. J. (2001). Metal sensitivity in patients with orthopaedic implants. *JBJS*, 83(3), 428-436.
21. Tedeschi, A., Kolkhir, P., Asero, R., Pogorelov, D., Olisova, O., Kochergin, N., & Cugno, M. (2014). Chronic urticaria and coagulation: pathophysiological and clinical aspects. *Allergy*, 69(6), 683-691.
22. Hermes, B., Prochazka, A. K., Haas, N., Jurgovsky, K., Sticherling, M., & Henz, B. M. (1999). Upregulation of TNF- α and IL-3 expression in lesional and uninvolved skin in different types of urticaria. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 103(2), 307-314.
23. Abajian, M., Mlynek, A., & Maurer, M. (2012). Physical urticaria. *Current allergy and asthma reports*, 12(4), 281-287.
24. Magerl, M., Borzova, E., Giménez-Arnau, A., Grattan, C. E. H., Lawlor, F., Mathelier-Fusade, P., ... & Maurer, M. (2009). The definition and diagnostic testing of physical and cholinergic urticarias—EAACI/GA2LEN/EDF/UNEV consensus panel recommendations. *Allergy*, 64(12), 1715-1721.
25. Abajian, M., Schoepke, N., Altrichter, S., Zuberbier, T., & Maurer, M. (2014). Physical urticarias and cholinergic urticaria. *Immunology and Allergy Clinics*, 34(1), 73-88.
26. Baiardini, I., Giardini, A., Pasquali, M., Dignetti, P., Guerra, L., Specchia, C., ... & Canonica, G. W. (2003). Quality of life and patients' satisfaction in chronic urticaria and respiratory allergy. *Allergy*, 58(7), 621-623.
27. O'donnell, B. F., Lawlor, F., Simpson, J., Morgan, M., & Greaves, M. W. (1997). The impact of chronic urticaria on the quality of life. *British Journal of Dermatology*, 136(2), 197-201.
28. Grob, J. J., Revuz, J., Ortonne, J. P., Auquier, P., & Lorette, G. (2005). Comparative study of the impact of chronic urticaria, psoriasis and atopic dermatitis on the quality of life. *British Journal of Dermatology*, 152(2), 289-295.

29. Baiardini, I., Bousquet, P. J., Brzoza, Z., Canonica, G. W., Compalati, E., Fiocchi, A., ... & Maurer, M. (2010). Recommendations for assessing Patient-Reported Outcomes and Health-Related quality of life in clinical trials on allergy: a GA2LEN taskforce position paper. *Allergy*, 65(3), 290-295.
30. Baiardini, I., Pasquali, M., Braido, F., Fumagalli, F., Guerra, L., Compalati, E., ... & Canonica, G. W. (2005). A new tool to evaluate the impact of chronic urticaria on quality of life: chronic urticaria quality of life questionnaire (CU-Q2oL). *Allergy*, 60(8), 1073-1078.
31. 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.
32. Mlynek, A., Zalewska-Janowska, A., Martus, P., Staubach, P., Zuberbier, T., & Maurer, M. (2008). How to assess disease activity in patients with chronic urticaria?. *Allergy*, 63(6), 777-780.
33. Weller, K., Groffik, A., Church, M. K., Hawro, T., Krause, K., Metz, M., ... & Maurer, M. (2014). Development and validation of the Urticaria Control Test: a patient-reported outcome instrument for assessing urticaria control. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 133(5), 1365-1372.
34. Powell, R., Leech, S. C., Till, S., Huber, P. A. J., Nasser, S. M., & Clark, A. T. (2015). BSACI guideline for the management of chronic urticaria and angioedema. *Clinical & Experimental Allergy*, 45(3), 547-565.
35. Giménez-Arnau, A. M., Alejo, J. V., & Ramirez, D. M. (2015). Diagnostic and therapeutic management of chronic urticaria by dermatologists and the role of dermatology departments. *Actas Dermosifiliogr*, 106(7).
36. Bernstein, J. A., Lang, D. M., Khan, D. A., Craig, T., Dreyfus, D., Hsieh, F., ... & Blessing-Moore, J. (2014). The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 133(5), 1270-1277.
37. Fine, L. M., & Bernstein, J. A. (2015). Urticaria guidelines: consensus and controversies in the European and American guidelines. *Current allergy and asthma reports*, 15(6), 30.
38. Marzano, A. V., Tavecchio, S., Venturini, M., Sala, R., Calzavara-Pinton, P., & Gattorno, M. (2015). Urticarial vasculitis and urticarial autoinflammatory syndromes. *Giornale italiano di dermatologia e venereologia: organo ufficiale, Societa italiana di dermatologia e sifilografia*, 150(1), 41-50.
39. Zuberbier, T., & Maurer, M. (2014). Urticarial vasculitis and Schnitzler syndrome. *Immunology and allergy clinics of North America*, 34(1), 141.
40. Maurer, M., Magerl, M., Metz, M., Siebenhaar, F., Weller, K., & Krause, K. (2013). Practical algorithm for diagnosing patients with recurrent wheals or angioedema. *Allergy*, 68(6), 816-819.
41. Ortonne, J. P. (2011). Chronic urticaria: a comparison of management guidelines. *Expert opinion on pharmacotherapy*, 12(17), 2683-2693.

42. Sharma, M., Bennett, C., Carter, B., & Cohen, S. N. (2015). H1-antihistamines for chronic spontaneous urticaria: an abridged Cochrane Systematic Review. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 73(4), 710-716.
43. Erdem, T. (2014). Ürtikerli Hastaya Yaklasim/An Approach to the Patient of Urticaria. *Turk Dermatoloji Dergisi*, 8(3), 178.
44. Zuberbier, T., Münzberger, C., Hausteiner, U., Trippas, E., Burtin, B., Mariz, S. D., & Henz, B. M. (1996). Double-blind crossover study of high-dose cetirizine in cholinergic urticaria. *Dermatology*, 193(4), 324-327.
45. Staevska, M., Popov, T. A., Kralimarkova, T., Lazarova, C., Kraeva, S., Popova, D., ... & Church, M. K. (2010). The effectiveness of levocetirizine and desloratadine in up to 4 times conventional doses in difficult-to-treat urticaria. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 125(3), 676-682.
46. Kameyoshi, Y., Tanaka, T., Mihara, S., Takahagi, S., Niimi, N., & Hide, M. (2007). Increasing the dose of cetirizine may lead to better control of chronic idiopathic urticaria: an open study of 21 patients. *British Journal of Dermatology*, 157(4), 803-804.
47. Grob, J. J., Auquier, P., Dreyfus, I., & Ortonne, J. P. (2009). How to prescribe antihistamines for chronic idiopathic urticaria: desloratadine daily vs PRN and quality of life. *Allergy*, 64(4), 605-612.
48. Simon, F. E. R., & Simons, K. J. (2008). H 1 antihistamines: current status and future directions. *World Allergy Organization Journal*, 1(9), 145.
49. Makris, M., Maurer, M., & Zuberbier, T. (2013). Pharmacotherapy of chronic spontaneous urticaria. *Expert opinion on pharmacotherapy*, 14(18), 2511-2519.
50. de Silva, N. L., Damayanthi, H., Rajapakse, A. C., Rodrigo, C., & Rajapakse, S. (2014). Leukotriene receptor antagonists for chronic urticaria: a systematic review. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*, 10(1), 24.
51. Di Lorenzo, G., Pacor, M. L., Mansueto, P., Esposito-Pellitteri, M., Ditta, V., Lo Bianco, C., ... & Rini, G. B. (2006). Is there a role for antileukotrienes in urticaria?. *Clinical and Experimental Dermatology: Clinical dermatology*, 31(3), 327-334.
52. Chang, T. W., Chen, C., Lin, C. J., Metz, M., Church, M. K., & Maurer, M. (2015). The potential pharmacologic mechanisms of omalizumab in patients with chronic spontaneous urticaria. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 135(2), 337-342.
53. Metz, M., Ohanian, T., Church, M. K., & Maurer, M. (2014). Retreatment with omalizumab results in rapid remission in chronic spontaneous and inducible urticaria. *JAMA dermatology*, 150(3), 288-290.
54. Kulthanan, K., Jiamton, S., Thumpimukvatana, N., & Pinkaew, S. (2007). Chronic idiopathic urticaria: prevalence and clinical course. *The Journal of dermatology*, 34(5), 294-301.

55. Hiragun, M., Hiragun, T., Mihara, S., Akita, T., Tanaka, J., & Hide, M. (2013). Prognosis of chronic spontaneous urticaria in 117 patients not controlled by a standard dose of antihistamine. *Allergy*, 68(2), 229-235.
56. Toubi, E., Kessel, A., Avshovich, N., Bamberger, E., Sabo, E., Nusem, D., & Panasoff, J. (2004). Clinical and laboratory parameters in predicting chronic urticaria duration: a prospective study of 139 patients. *Allergy*, 59(8), 869-873.
57. Engstrom, J., Neher, J. O., & St Anna, L. (2011). What is the prognosis for patients with chronic urticaria?. *Clinical Inquiries*, 2011 (MU).
58. Kapp, A., & Wedi, B. (2004). Chronic urticaria: clinical aspects and focus on a new antihistamine, levocetirizine. *Journal of drugs in dermatology: JDD*, 3(6), 632-639.
59. Khan, D. A. (2008, September). Chronic urticaria: diagnosis and management. In *Allergy and asthma proceedings* (Vol. 29, No. 5, pp. 439-446). OceanSide Publications, Inc.
60. Sabroe, R. A., Seed, P. T., Francis, D. M., Barr, R. M., Black, A. K., & Greaves, M. W. (1999). Chronic idiopathic urticaria: Comparison of the clinical features of patients with and without anti-FcεRI or anti-IgE autoantibodies. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 40(3), 443-450.
61. Sabroe, R. A., Fiebiger, E., Francis, D. M., Maurer, D., Seed, P. T., Grattan, C. E., ... & Barr, R. M. (2002). Classification of anti-FcεRI and anti-IgE autoantibodies in chronic idiopathic urticaria and correlation with disease severity. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 110(3), 492-499.
62. Biçici F. Psöriasis Hastalarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakóltesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Sivas; 2010
63. Singareddy, R., Moin, A., Spurlock, L., Merritt-Davis, O., & Uhde, T. W. (2003). Skin picking and sleep disturbances: Relationship to anxiety and need for research. *Depression and anxiety*, 18(4), 228-232.
64. Arck, P. C., Slominski, A., Theoharides, T. C., Peters, E. M., & Paus, R. (2006). Neuroimmunology of stress: skin takes center stage. *Journal of Investigative Dermatology*, 126(8), 1697-1704.
65. Ölmez, S., Ketten, H. S., Kardaş, S., Avcı, F., Dalgacı, A. F., Serin, S., & Kardaş, F. (2015). Factors affecting general sleep pattern and quality of sleep in pregnant women. *Turkish journal of obstetrics and gynecology*, 12(1), 1.
66. ERTUĞRUL, A., & REZAKİ, M. (2004). Uykunun Nörobiyolojisi ve Bellek Üzerine Etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4), 300-308.
67. Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28(2), 193-213.
68. Agargun, M. Y. (1996). Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7, 107-115.

69. Yun, J., Katelaris, C. H., Weerasinghe, A., Adikari, D. B., & Ratnayake, C. (2011). Impact of chronic urticaria on the quality of life in Australian and Sri Lankan populations. *Asia Pacific Allergy*, 1(1), 25-29.
70. Grattan, C. E., Sabroe, R. A., & Greaves, M. W. (2002). Chronic urticaria. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 46(5), 645-660.
71. Humphreys, F., & Hunter, J. A. A. (1998). The characteristics of urticaria in 390 patients. *The British journal of dermatology*, 138(4), 635-638.
72. Saini, S. S. (2014). Chronic spontaneous urticaria: etiology and pathogenesis. *Immunology and Allergy Clinics*, 34(1), 33-52.
73. Tavakol, M., Mohammadinejad, P., Baiardini, I., Braido, F., Gharagozlou, M., Aghamohammadi, A., ... & Rezaei, N. (2014). The persian version of the chronic urticaria quality of life questionnaire: factor analysis, validation, and initial clinical findings. *Iranian Journal of Allergy, Asthma and Immunology*, 13(4), 278-285.
74. Giménez-Arnau, A. M., Spector, S., Antonova, E., Trzaskoma, B., Rosén, K., Omachi, T. A., ... & Murphy, T. (2016). Improvement of sleep in patients with chronic idiopathic/spontaneous urticaria treated with omalizumab: results of three randomized, double-blind, placebo-controlled studies. *Clinical and translational allergy*, 6(1), 32.

VIII. EKLER

EK 1.ÜRTİKER AKTİVİTE SKORU

ÜRTİKER AKTİVİTE SKORU

Adı Soyadı:

Tarih:

Hasta No:

Telefon No:

Aşağıda yapılan tabloda hastanın, ürtikerin seyri, ürtikeri başlatan veya hafifleten faktörleri takip etmesi sağlanmıştır. Hastanın her gün 1)kaç tane ürtiker plağı oluştuğunu 2)

Kaşıntının şiddetini 3) Eşlik eden diğer semptomları 4) Ne zaman ilaç kullandığını belirtmesi gerekmektedir.

Gün	Tarih	Kabarıklık				Kaşıntı				Allerji hapi			Tetikleyici
		Yok	20'den az	20-50 arası	20'den çok	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Sabah	Ögle	Akşam	Stres, gıda, egzersiz
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
31													

EK 2.ÜRTİKER KONTROL TESTİ

Ad:

Tarih:

Doğum tarihi:

Talimatlar: Siz bir cilt hastalığı olan kurdeşenden (ürtiker) muzdaripsiniz. Aşağıdaki sorularla hastalığınızın mevcut durumu kaydedilecektir. Lütfen her soruyu dikkatli bir şekilde okuyunuz ve bu beş cevap seçeneğinden size en yakın hangisi ise, onu seçiniz. Bunu yaparken lütfen son 4 hafta içindeki durumunuzu göz önünde bulundurunuz. Lütfen çok uzun düşünmeyiniz ve tüm soruları cevaplamayı ve her bir soru için tek bir cevabı seçmeyi unutmayınız.

1. Son 4 haftada ürtikere dayalı fiziksel belirtileri(kaşınıtı, kabarıklık ve/veya şişlik) hangi şiddette yaşadınız?

- çok fazla fazla orta az hiç

2. Son 4 haftada yaşam kaliteniz ürtikerden dolayı ne kadar etkilendi?

- çok fazla fazla orta az hiç

3. Son 4 haftada ürtikerden kaynaklanan rahatsızlıkları baskılamada ürtiker tedavisi ne kadar başarılı olmuştur?

- hiç az biraz iyi
- çok iyi

4. Son 4 haftada ürtikeriniz genel olarak ne kadar iyi baskılandı?

- hiç az biraz iyi
- tamamen

EK 3. PITTSBURG UYKU KALİTE İNDEKSİ

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar için son bir ayı göz önünde bulundurun.
Lütfen tüm soruları cevaplandırın.

- 1 Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız? _____
- 2 Geçen ay geceleri uykuya dalmamız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı? _____ dakika
- 3 Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız? _____
- 4 Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir) _____ saat
- 5 Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

	Haftada	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'den Çok
a	30 dakika içinde uykuya dalamadınız	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Gece yarısı veya sabah erkenden uyanıyorsunuz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Tuvalete gittiniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Aşırı derecede üşüdünüz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	Kötü rüyalar gördünüz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	Ağrı duyduunuz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	Diğer nedenler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 6 Geçen hafta uyku kalitenizi butünü ile nasıl değerlendirirsiniz.

<input type="checkbox"/>	Çok iyi	<input type="checkbox"/>	Oldukça iyi	<input type="checkbox"/>	Oldukça kötü	<input type="checkbox"/>	Çok kötü
--------------------------	---------	--------------------------	-------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------
- 7 Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

<input type="checkbox"/>	Hiç	<input type="checkbox"/>	1'den az	<input type="checkbox"/>	1 - 2 kez	<input type="checkbox"/>	3'den Çok
--------------------------	-----	--------------------------	----------	--------------------------	-----------	--------------------------	-----------
- 8 Geçen hafta araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

<input type="checkbox"/>	Hiç	<input type="checkbox"/>	1'den az	<input type="checkbox"/>	1 - 2 kez	<input type="checkbox"/>	3'den Çok
--------------------------	-----	--------------------------	----------	--------------------------	-----------	--------------------------	-----------
- 9 Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

<input type="checkbox"/>	Hiç problem oluşturmadı	<input type="checkbox"/>	Bir dereceye kadar problem oluşturdu
<input type="checkbox"/>	Yalnızca çok az bir problem oluşturdu	<input type="checkbox"/>	Çok büyük bir problem oluşturdu
- 10 Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

<input type="checkbox"/>	Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok	<input type="checkbox"/>	Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil
<input type="checkbox"/>	Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var	<input type="checkbox"/>	Partner aynı yatakta
- 11 Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun.

	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'den Çok	
a	Gürültülü horlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Diğer huzursuzluklarınız:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bayson DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH (1989) Psychiatry Res. 1989 May;28(2):193-213



www.frontline.com

Skorlama yönergesine
frontline.com 'dan
ulaşabilirsiniz.

Tasarım ve düzenleme: Dr. Ender Selbaş 2018

EK 4. ETİK KURUL ONAYI

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı: 50

Tarih: 07.06.2017

Konu: Onay yazısı

Sayın Okcan BASAT

“Kronik Ürtikerli Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi” isimli çalışmanızın gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.

Uzm.Dr. Nilhan NURLUAYAN

Etik Kurul Başkanı

Yardımcısı


EK 5. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Sibel HACIALIOĞLU

Doğum yeri ve tarihi: Perşembe 31.03.1986

Uyruğu: T.C

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi: Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

E-posta adresi: sakbas86@gmail.com

Tel: 0530 552 5969

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi

Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Asistanlığı (2015-)

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi (2004-2010)

Ankara Abidinpaşa Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi (2000-2004)

Ankara Şehitlik İlköğretim Okulu

Ordu Ortatepe Köyü İlkokulu

III- Ünvanları

IV- Mesleki Deneyimi

Ordu İl Sağlık Müdürlüğü (2010-2012)

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği (2013-2015)

Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği (2015-)

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) (2016-)

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Yayımları (poster ve bildiri)

Sibel Tunç Karaman, Arzu Sancaklı, Sonay Özdemir, **Sibel Hacıoğlu**, Okcan Basat. Sigara Bıraktırma Polikliniğine Başvuran ve Bilinen Solunum Sistemi Hastalığı Olmayan Hastalarda Solunum Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi 15. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Konuşma Metinleri ve Bildiri Özetleri Kitabı s-020 (2016)

Sibel Hacıoğlu, Arzu Sancaklı, Okcan Basat, Yavuz Tahsin Ayanoğlu. Postpartum Dönemde Anksiyete Düzeyi ve Anksiyeteyi Etkileyen Faktörler 15. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Konuşma Metinleri ve Bildiri Özetleri Kitabı p-007 (2016)

VII- Bilimsel Etkinlikleri

VIII- Diğer Bilgiler