



Tülin Ergun

# Psoriasisli Hastaya Yaklaşım

## Management of Psoriasis

### Özet

Güncel araştırma bulguları, psoriasisin yaşam kalitesine etkisini, fiziksel ve psiko-sosyal komorbiditelerini anlamamıza olanak tanımıştır. Bunun doğal sonucu, tüm hastaların bütüncül olarak değerlendirilmesinin gerekliliğidir. Dermatoloji uzmanları, dermatolojik tedavinin yanısıra, hastaları komorbiditeler açısından değerlendirme, bilgilendirme ve saptanan bir komorbidite varsa tedavisini koordine etme konularında aktif rol oynamalıdır. Bu derlemede, psoriasisli hastaya bütüncül yaklaşımın ana hatları çizilmekte ve günlük pratikte bu konuda yapılması gerekenler basitçe özetlenmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Psoriasis, yaklaşım, komorbidite taraması

### Abstract

Current data has led to better understanding of impact of psoriasis on quality of life as well as its physical and psychosocial co-morbidities. Consequently, holistic approach is mandatory in appropriate management of patients with psoriasis. Dermatologists should not only treat dermatological findings and symptoms but also screen patients regularly for co-morbidities and be active in coordinating the treatment if co-morbidities exist. Current review highlights main steps in management of psoriasis with a special emphasis on important practical points.

**Key words:** Psoriasis, management, co-morbidity screening

### Giriş

Psoriasis her yaşta görülebilen, hemen her zaman yaşam boyu süren, fiziksel ve psiko-sosyal sağlığı önemli boyutta bozarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir hastalıktır (1-3). Bu özellikleri nedeniyle, dermatoloji alanında, melanomla birlikte en çok araştırılan ve tedavisinde sürekli yeni seçeneklerin geliştirildiği bir hastalık haline gelmiştir. Bilimsel araştırmalar, bir yandan hastalığın derinin ötesinde, önemli komorbiditelerini anlamamıza, diğer yandan da immünpatogenezdeki önemli molekülleri hedefleyen çok sayıda yeni tedavi ajanının geliştirilmesine olanak tanımıştır. Gerçekten de günümüzde psoriasis tedavisi, hiçbir deri hastalığında olmadığı kadar çok tedavi seçeneğini kapsamakta, dahası yeni ajanlar geliştirilmeye devam etmektedir (4-7). Bütün bunların sonucunda, psoriasis hastasına yaklaşım karmaşıklaşmıştır. Bu karmaşıklık, düzenli olarak güncellenen kılavuzlar aracılığıyla kısmen aşılabilmekte ve özellikle

S3 kılavuz bilgileri, hastaya yaklaşım, tedavi seçimi ve izlem konusunda son derece yardımcı olmaktadır. Ancak dermatologlar, yalnızca dermatolojik tedaviyle yakınma ve bulguları giderme konusunda değil, buna ek olarak, fiziksel ve ruhsal komorbiditelerin önlenmesi, geliştirse erken tanı ve tedavisinin koordine edilmesi konularında da aktif rol oynamaktadırlar.

Bu derlemenin amacı, psoriasisli hastada koruyucu hekimlik ve genel yaklaşımın bütüncül olarak nasıl planlanması gerektiği konusunda pratik ve kolay anlaşılır bir çerçeve sunmaktır. Tedavi yöntemlerine yer verilmeyeceğinden, okurlara, güncel kılavuzları bilgi kaynağı olarak kullanmaları ve ufuktaki tedaviler konusunda da fikir sahibi olabilmek açısından güncel literatürü izlemeleri önerilir. Derleme sırasıyla, psoriasisli hastanın genel özelliklerini tanıma, tüm yönleriyle değerlendirme, hastanın gereksinimlerinin belirlenmesi, yaklaşım stratejisinin oluşturulması basamaklarından oluşmaktadır.

Marmara Üniversitesi Tıp  
Fakültesi, Dermatoloji  
Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

### Yazışma Adresi/ Correspondence:

Tülin Ergun,  
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Dermatoloji Anabilim Dalı,  
İstanbul, Türkiye  
E-posta: tuliner@yaho.com  
Geliş Tarihi/Submitted: 07.08.2015  
Kabul Tarihi/Accepted: 07.08.2015

@Telif Hakkı 2015 Türk Dermatoloji  
Derneği Makale metnine www.  
turkdermatolojidergisi.com web  
sayfasından ulaşılabilir.

@Copyright 2015 by Turkish Society  
of Dermatology - Available on-line  
at www.turkdermatolojidergisi.com

## Psoriasisli Hastanın Genel Özellikleri

Psoriasis, toplumda %1,5-3 oranında görülen, her yaşta ortaya çıkabilen bir hastalıktır. Görülme sıklığının tepe yaptığı yaş grupları, 16-22 ve 57-60 olmakla birlikte olguların %30'unda ilk bulgular 15 yaşından önce başlamaktadır (1,2,8). Bu durum, çocuğun tüm eğitim dönemi ve sonraki yaşamını psoriasisle sürdürmesine ve erişkinine kıyasla çok daha yoğun psiko-sosyal sorunları göğüslemesine neden olmaktadır (9,10). Birinci dereceden akrabalarda psoriasis, yaklaşık %40 oranında saptanmakta olduğundan, çocuklarında da psoriasisin gelişebilme olasılığı, ebeveynlerin kaygı düzeyini arttırmaktadır (1-3).

Çok değişken görünüm sergileyebilen ve en sık plak formda görülebilen hastalık olguların yaklaşık %85'inde hafif seyretmekte ve uygun deri bakımı, yerel tedaviler, doğal güneş maruziyeti ile kontrol altına alınabilmektedir. Buna karşın %15 oranında, sürekli izlem ve tedaviyi gerektiren, komorbiditelerin daha sık ortaya çıktığı, orta/şiddetli psoriasis görülmektedir. Deri lezyonlarının pullanması, kaşınma, yanma, kuruma ve gerilme, özellikle el-ayaktaki kalın plaklarda fissür-kanama-acı, yaşam kalitesini bozan yakınmalar olarak öne çıkmaktadır (1-3).

Psoriasisin en iyi bilinen komorbiditesi, %10-30 sıklıkta görülen artrit (11,12). Ancak son yıllarda, obezite, metabolik sendrom, nonalkolik yağlı karaciğer hastalığı ve kardiyovasküler hastalık (KVH) riskinin de artmış olduğu ve bunun hastalık şiddetiyle ilişkili olduğunu destekleyen veriler mevcuttur (13-20).

Psoriasis çok eski çağlardan beri hastaların damgalanması ve itelenmesine neden olmuştur. Günümüzde de benzer durum sürmektedir. Psoriasis olgularında depresyon, kaygı, özgüven eksikliği, değersiz hissetme, intihar düşüncesi sıklığı artmıştır. Hastaların alkol ve sigara bağımlılıklarının da topluma kıyasla daha sık olduğu bilinmektedir (21-26).

Sonuç olarak psoriasisli hasta, deri lezyonları, pullanma, kaşıntı, acı gibi semptomları, komorbiditeleri, hastalığın yarattığı psikolojik, sosyal, ekonomik sorunları olan ve bu sorunları yaşam boyu göğüslemek zorunda olan bir bireydir.

## Psoriasisli Hastanın Değerlendirilmesi

Tedavi planına temel oluşturacak en önemli basamak, hastanın sağlığıyla ilgili tüm parametrelerin eksiksiz ve doğru biçimde belirlenmesidir. Bu nedenle, deri lezyonlarının yanısıra komorbiditelerin, yaşam kalitesinin ne boyutta etkilendiğinin ve hastanın sıkıntı ve beklentilerinin de değerlendirilmesi gereklidir.

## Deri Tutulumunun Değerlendirilmesi

Planlanacak tedavi açısından en önemli belirleyicilerden biri psoriasisin şiddetidir. Bu bağlamda, deri lezyonlarının ve semptomların şiddeti, farklı ölçeklerle

değerlendirilebilmektedir. Ancak, uluslararası ilaç çalışmalarında standart haline gelmiş ve kılavuzlarda kullanılması önerilen ölçekler, Psoriasis alan şiddet indeksi (PAŞİ=PASI), vücut tutulum alanı (VTA=BSA) ve Dermatolojik Yaşam Kalite Ölçeği'dir (DYKÖ=DLQI). Ayrıca global değerlendirme de (IGA) basit, her hekimin hızla uygulayabileceği bir değerlendirme gerecidir (27,29).

Her ölçeğin kendine özgü zayıflıkları ile güçlü yönleri vardır ve mükemmel bir ölçek yoktur. Buna rağmen öznel olmaları, tekrarlanabilirlikleri ve iç tutarlılıkları nedeniyle pratikte bu ölçekler kullanılır. Bunlara göre PAŞİ, VTA veya DYKÖ'den 10 ve üzeri puan alınması hastalığın orta-şiddetli kategorisine girmesini ve sistemik tedavi adayı olmasının tanımlar. Rutinde, her vizitte bu ölçeklerin kullanımı pratik olmayabilir. Ancak global değerlendirme her dermatoloğun hızlıca yapabileceği bir ölçektir. PAŞİ değerinin değişimi ise iyileşmenin ölçülebilmesi açısından oldukça yararlıdır. Sayısal olarak PAŞİ değerindeki gerilemeyi hastayla paylaşmak da, motivasyon ve tedavi uyumu açısından yararlı olmaktadır.

## Komorbiditelerin Değerlendirilmesi

### Psoriatik Artrit

Psoriasis hastalarının %5-30'unda, seronegatif bir artrit olan psoriatik artrit görülebilmekte, şiddeti ve tutulum paterni açısından büyük değişkenlik göstermektedir. Hastalığı hafif olan ve non steroid antiinflamatuvar ilaçlarla idare edebilen olguların yanısıra, biyolojik ve geleneksel ilaç kombinasyonunu gerektiren, kalıcı eklem deformitelerinin oluşmasıyla sonlanan ağır hastalar da vardır (11,12).

Artritle uyumlu yakınmaları olan hastaların romatoloji uzmanınca değerlendirilmesi gereklidir. Hastalar eklem yakınmaları açısından sorgulandıklarında birçoğu farklı bölgelerinde ağrılardan yakınabilmektedir. Bu nedenle, inflamatuvar ağrıya işaret edebilecek; bel ağrısı ve bel tutukluğu, hareket ettikçe açılan sabah tutukluğunun eşlik ettiği eklem ağrısı, eklemlerde şişmenin varlığı sorulmalı, bunların varlığı halinde romatoloji uzmanına danışılmalıdır.

## Metabolik Sendrom ve Kardiyovasküler Hastalıklar

Psoriasis, artrit yanısıra çok sayıda komorbiditeye neden olabilmektedir. Bunlar arasında en önemlisi kardiyovasküler hastalıktır. Psoriasisli olgularda kardiyovasküler hastalık için bilinen, obezite, dislipidemi, sigara kullanımı gibi risk faktörleri artmış sıklıkta görülmektedir. Ancak psoriatik inflamasyonunun da, bağımsız bir risk faktörü olarak kardiyovasküler riski arttırabileceği ileri sürülmüştür. Bu varsayımı doğrulamaya yönelik, çok sayıda, farklı yöntemlerle gerçekleştirilmiş araştırma vardır. Araştırmalardan elde edilen veriler çelişkili olup, bazılarında psoriatik inflamasyonun bağımsız bir risk faktörü oluşturarak KVH riskini arttırdığı, kalp krizine bağlı ölümün özellikle genç sedef hastalarında daha fazla olduğu ve yaşam beklentisinin, şiddetli sedefli

bireylerde daha kısa (erkeklerde 4,4, kadınlarda 3,5 yıl) olduğu saptanmıştır (13-15,30-32). Bazı çalışmalarda ise tüm risk faktörleri eşleştirilerek analiz yapıldığında kardiyovasküler riskin toplumla eş olduğu görülmüştür (33). Ülkemizden yapılan, az sayıda hastayı içeren çalışmalarda da, metabolik sendrom ve kardiyovasküler hastalık göstergelerinin psoriasisli bireylerde daha sık görüldüğüne ilişkin veriler elde edilmiştir (34,35). Bu nedenle, konu halen tartışmalı olmakla birlikte ağırlıklı görüş, psoriatik inflamasyonun dolaşım hastalığı görülme sıklığını arttırdığı yönündedir. Nitekim Avrupa Kardiyoloji Derneği, güncel kılavuzunda, psoriasis, romatoid artrit, lupus, influenza gibi kardiyovasküler riski arttıran hastalıklar arasında belirtmekte ve hastaların kardiyovasküler açıdan değerlendirilmesini önermektedir (36). Benzer biçimde ulusal psoriasis kuruluşları ve otörler de hastaların bu açıdan değerlendirilmesini önermektedirler (36-39).

Kardiyovasküler hastalık açısından değerlendirme, öncelikle hastanın bu konuda ayrıntılı olarak bilgilendirilmesi ve ardından bilinen klasik risk faktörleri olan, diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, obezite, depresyon ve beslenme-egzersiz alışkanlıkları, sigara-alkol kullanımı açısından incelenmesini gerektirir. Güncel geniş tabanlı epidemiyolojik araştırmalar toplumumuzda diyabete %13,7, prediabetes %28,7, obeziteye %31,2, fazla kilolu olma durumuna %37,5, hipertansiyona %25,6 sıklıkta rastlandığını, obezite ve diyabet sıklığının hızla arttığını göstermektedir (40). Ayrıca 2014 sağlık istatistiklerinde, kalp-damar hastalıklarının ülkemizde en sık ölüm nedeni olduğu ve tüm ölümlerin %40,4'ünden sorumlu olduğu raporlanmıştır (41). Psoriatik bireylerde bu oranların daha da yüksek olabileceği düşünüldüğünde, dermatologların konuyla ilgili duyarlı olmasının gerekliliği açıktır.

İlk vizitte hastalar, öncelikle, risk faktörleri açısından sorgulanmalıdır. Fizik muayenede, dermatolojik muayeneye ek olarak, metabolik sendrom varlığının anlaşılabilmesine yönelik, kan basıncı, bel çevresi, boy ve vücut ağırlığı ölçümleri yapılmalıdır. Açlık kan şekeri, toplam kolesterol, HDL kolesterol, LDL kolesterol, trigliserid düzeyleri ölçülmelidir.

Metabolik sendromun bir komponenti olan ve psoriasis

hastalarında daha sık görülen nonalkolik hepatosteatozun ise her hastada değil, metabolik sendrom bulguları olanlarda, tedavi sırasında Karaciğer fonksiyon testleri (KCFT) değerleri iki kattan fazla yükselenlerde ve metotreksat kullananlarda araştırılması önerilmektedir (20).

### Psikolojik Komorbidite

Psoriasisli bireylerde kaygı, depresyon, özgüven eksikliği, kendini suçlu ve değersiz hissetme, utanma, damgalanma hissi, sosyal izolasyon, cinsel sorunlar ve intihar düşüncesi sıklığı anlamlı biçimde artmıştır (23-26,42). Psoriasis sık görülmesine karşın, toplumda hastalıkla ilgili bilgi eksikliği ve çarpık algı mevcuttur. Fransa'da yapılan yeni bir araştırmada, toplumdaki bireylerin %16,5'inin psoriasis bulaşıcı olduğunu, %6,8'inin kişisel hijyen eksikliğinden kaynaklandığını düşündükleri görülmüştür. Bu araştırmada kişilerin %50'sinin psoriatik bireyleri dışladığı, %17,9'unun görülebilir bölgelerde lezyonları olan hastalarla birlikte yemek yemeyi, %28,8'inin toklaşmayı, %44,1'inin de cinsel ilişkiyi reddettiği saptanmıştır. Bu algının, cinsiyet, eğitim düzeyi, kentli-kırsal kökenli olmakla ilişkili olmadığı da saptanmıştır (43).

Ülkemizin de içerisinde olduğu, 13 farklı Avrupa ülkesinde gerçekleştirilen bir araştırmada psoriasis hastalarında depresyon riskinin (OR: 3,02) ve intihar düşüncesinin (OR: 1,94) artmış olduğu görülmüştür (44).

Avrupa Kardiyoloji Derneği, depresyon, kaygı, sosyal desteğin az olması, ev veya işyerindeki stresi, kardiyovasküler hastalık riskini arttıran faktörler arasında belirtmektedir. Ayrıca kaygı düzeyi yüksek ve depresif bireylerin kardiyovasküler hastalık geliştirmeleri halinde iyileşme oranlarının daha düşük olduğu görülmüştür (36).

Psikolojik komorbiditenin nasıl araştırılacağına dair kabul görmüş bir yöntem yoktur ve pratikte en sık dermatolojik yaşam kalitesi indeksi kullanılarak sadece yaşam kalitesi incelenmektedir. Araştırmalarda, depresyon-kaygı, damgalanma, özgüven eksikliği, yaşam kalitesi sorunlarının her biri için farklı ölçekler kullanılmaktadır. Ancak psikolojik komorbiditenin tüm boyutlarını değerlendirecek, kısa, kolay uygulanabilir ve rutine girmiş bir ölçek yoktur. Tüm hastaların psikiyatri muayenesine gönderilemeyeceği gerçeği göz önünde bulundurulduğunda, dermatoloji uzmanına büyük iş düştüğü açıktır. Almanya'da, psoriasisli komorbiditelerinin erken saptanmasına yönelik konferans raporunda, hastalara iki temel sorunun sorulması ve bunlara evet yanıtının alınması halinde hastaların psikiyatrik açıdan değerlendirilmek üzere yönlendirilmesi önerilmektedir. Bu iki soru; son bir ay içerisinde üzgün, neşesiz, mutsuz ve umutsuz hissedip hissetmedikleri ve daha önceden zevk aldıkları şeyleri yapmaktan hiç/daha az zevk alıp almadıkları yönündeki sorulardır (39). Ayrıca Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin psiko-sosyal riskin değerlendirilmesi için öne sürdüğü 15 soruluk gereçte bu amaçla kullanılabilir (36).

**Tablo 1. Metabolik sendrom açısından değerlendirme**

Kan basıncı	≥140/90 mmHg
Açlık kan şekeri	≥126 mg/dl veya HbA1c≥6,5
LDL kolesterol (düşük risk)	≥160 mg/dl
LDL kolesterol (orta-yüksek risk)	≥100, 130 mg/dl
Trigliserid	≥200 mg/dl
Bel çevresi	≥80 cm (kadın), 94 cm (erkek)
Beden kitle indeksi	≥30 kg/m <sup>2</sup>

## Sigara/Tütün-Alkol Kullanımı

Psoriasis hastalarının, kontrollere göre artmış sıklıkta tütün/alkol kullandıkları saptanmıştır (45). Ülkemizdeki duruma ilgili, psoriatik hastalarda yapılan çalışmalar sınırlı sayıda hasta içermektedir. Toplumdaki sigara/tütün kullanımıyla ilgili araştırmalarda, 2012 yılında, ülkemiz 15 yaş üzeri nüfusunun %27,1'inin sigara kullandığı saptanmıştır (46). Psoriasisite bu oranın artması beklendiğinden, sigara/tütün alışkanlığının tüm hastalarda sorgulanması toplumumuz için önemlidir.

## Gereksinimlerin Belirlenmesi

Öykü, fizik muayene bulguları ve laboratuvar tetkikleri sonuçlarına göre hastanın genel sağlığı konusunda bilgi sahibi olan dermatoloji uzmanı bir tedavi stratejisi geliştirebilir. Ancak hastanın yaşam kalitesinin ağırlıklı olarak hangi boyutlarıyla etkilendiği, psiko-sosyal sorunları, hastalıkla baş edebilme konusunda becerisi, öncelikli beklentileri, tedavi merkezine erişimi, ayırabileceği zaman, ekonomik koşulları gibi önemli parametrelerin hesaba katılmadığı tedavi stratejisinin başarılı olabilmesi güçtür. Bu nedenle gereksinimler saptanırken hasta bakışı ve hekimin değerlendirmesi dengelenmeli, ancak sonuç olarak belirleyici hekim olmalıdır.

Son yıllarda hastalar, görsel ve sosyal medya aracılığıyla eriştikleri bilgiler doğrultusunda bir terapötik ajanı talep ederek başvurabilmekte, hekimi bu yönde yönlendirme konusunda ısrarcı davranabilmektedir. Bu durumda hekim tedavi kararını belirlerken kullandığı ölçütler ve seçilen tedavinin avantajları-beklenen yararlar konusunda bilgilendirme yapmalıdır.

## Yaklaşım

### Hasta Eğitimi

Günümüz koşullarında sağlık sistemi, hekimi hastaya ayırması gereken zaman konusunda kısıtlamaktadır. Ancak yaşam boyu süren bir hastalık olan psoriasisite hasta uyumunu arttırmak, tıbbi hataları önlemek ve tedavi başarısını arttırmak açısından yeterli ve doğru bilgilendirme önemlidir. Bu nedenle, hastanın kaygı ve sıkıntılarını dinleme ve çözümler önerme, hastalık ve tedavi konusunda bilgilendirme, yaşam tarzı değişikliklerinin önemini hekimin anlatması önemlidir. Dermatolog, zamanını olabildiğince verimli kullanarak ilk ziyarette, hastalığı, tetikleyicileri, arttıran-azaltan etkenleri, doğal seyri, komorbiditeleri, tedavi seçeneklerini ve yaşam tarzı değişiklikleri konusunda bilgilendirme yapmalıdır. Yaklaşım stratejisi belirlendikten sonra da tedaviden beklenen yararlar, alınması gereken önlemler ve potansiyel yan etkiler anlatılmalı, hastanın sorusunun olup olmadığı öğrenilmelidir (47). Hastanın anlayabileceği bir dil kullanmak, kendisini ifade etmesine fırsat tanımak ve tedavi sonuçları/ ihtiyaçları konusunda sürekli geri bildirim almak önemlidir. Tedavi memnuniyetsizliğinin çok yüksek oranda görüldüğü,

psiko-sosyal komorbiditenin eşlik ettiği psoriasisite, iyi hasta-hekim iletişimi anahtar rol oynamaktadır (48).

## Genel Sağlık Açısından Yaklaşım

Yukarıda komorbiditelerin değerlendirilmesi konusunda önerilen basamakların gerçekleştirilmesi sonrasında veriler toplanmalı ve bir yaklaşım stratejisi belirlenmelidir. Buna göre Tablo 1'de belirtilen sonuçların alınması halinde iç hastalıkları bölümlerinden görüş alınmalıdır;

Ayrıca obez ve fazla kilolu hastalara, obezitenin yol açabileceği hastalıklar, tedavi yanıtının obezlerde daha kötü olabileceği, ilaç yan etkilerine daha sık rastlanacağı anlatılmalıdır (49,50). Metotreksata bağlı karaciğer toksisitesi, siklosporine bağlı hipertansiyon/nefropati ortaya çıkmasında obezitenin önemli bir risk faktörü olduğu, psoriasis tedavisinin kilo veren hastalarda daha başarılı olduğu gösterilmiştir (50,51).

Düzenli beslenme ve egzersizin önemi vurgulanmalı, özellikle asitretin, siklosporin gibi hiperlipidemi, anti-TNF'ler gibi kilo alımına neden olan ilaçları kullanan bireylerde bu konunun daha da önemli olduğu vurgulanmalıdır (37-39).

Sosyal desteği ve hastalıkla başedebilme becerileri iyi olan hastalarda hastalık daha iyi seyretmekte ve psikolojik morbidite daha az olmaktadır. Psoriasisli olgularda, dermatolojik tedaviye ek olarak davranışçı bilişsel tedavinin uygulanmasının deri belirtilerinde daha yüksek oranda iyileşmeye neden olduğu gösterilmiştir (52).

Sigara kullanımının kardiyovasküler hastalık, kronik akciğer hastalığı ve farklı kanser türleri başta olmak üzere çok sayıda hastalığa neden olması, önlenebilir ölümlerin %50'sinden sorumlu olması, ayrıca aynı ortamı paylaşan diğer bireylerde de pasif içicilik nedeniyle benzer riskleri oluşturması nedeniyle hastalara sigara/tütün kullanmamaları salık verilmelidir (53).

Sigaranın bırakılması birçok birey için güç olabilmektedir. Bu nedenle sigara bırakma polikliniklerinden profesyonel destek alınabilir. Ayrıca her ziyarette sigara kullanımı sorgulanmalı ve somut hedefler tekrar vurgulanmalıdır.

Alkol bağımlılığı da ilaçların karaciğer toksisitesini arttırması, kardiyovasküler riski arttırması vb. nedenlerde engellenmelidir (36,38).

## Psoriasisin Tedavisi

Bu derlemenin amacı tedavi yaklaşımlarının anlatılması değildir. Ancak hastanın tedavi uyumunu arttıran, fiziksel ve psiko-sosyal komorbiditesini anlamlı biçimde azaltan en önemli etkenlerden başarılı bir tedavidir. Ayrıca, metotreksat ve anti-TNF gibi ajanların sistemik inflamasyonu baskılayarak komorbiditelerin gelişimini azaltabileceklerini destekleyen veriler mevcuttur (54,55). Bu nedenlerle dermatologların, güncel kılavuz bilgilerine ek olarak, hastanın genel sağlığı, eşlik eden hastalıkları, komorbiditeleri, kullanmakta olduğu ilaçlar, sosyo-ekonomik durumu, tedavi uyumu, ilaç geri ödenmesi



gibi parametreleri, kendi deneyimleriyle birleştirerek mevcut tedavi seçeneklerini akılcı olarak kullanarak tedaviyi şekillendirmesi gerekir.

**Hakem Değerlendirmesi:** Editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir, **Finansal Destek:** Hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

## Kaynaklar

- van de Kerkhof PCM, Nestlé FO. Psoriasis. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, Editors. *Dermatology*. 3rd Ed. Elsevier Saunders: New York, USA; 2012. p.135-56.
- Griffiths CEM, Camp RDR, Barker JNWN. Psoriasis. Rook's textbook of dermatology. 7th ed. In: Burns T, Cox N, Griffiths CEM. 2005.
- Nestlé FO, Kaplan DH, Barker J. Psoriasis. *N Engl J Med* 2009;361:496-509.
- Kim J, Krueger JG. The Immunopathogenesis of psoriasis. *Dermatol Clin* 2015;13-23.
- Nast A, Boehncke W, Mrowietz U, et al. S3-Guidelines on the treatment of psoriasis vulgaris (English version). Update. *J Dtsch Dermatol Ges* 2012;10 Suppl 2: 1-95
- Gaspari AA, Tying S. New and emerging biologic therapies for moderate-to-severe plaque psoriasis: mechanistic rationales and recent clinical data for IL-17 and IL-23 inhibitors. *Dermatol Ther* 2015;28:179-93.
- DePeralta DK, Boland GM. Melanoma: Advances in targeted therapy and molecular markers. *Ann Surg Oncol* 2015.
- Benoit S, Hamm H. Childhood psoriasis. *Clin Dermatol* 2007;25:555-62.
- Mattei PL, Corey KC, Kimball AB. Cumulative life course impairment: evidence for psoriasis. *Curr Probl Dermatol* 2013;44:82-90.
- Kimball AB, Wu EQ, Guérin A, et al. Risks of developing psychiatric disorders in pediatric patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2012;67:651-7.
- Boehncke WH, Qureshi A, Merola JF, et al. Diagnosing and treating psoriatic arthritis: an update. *Br J Dermatol* 2014;170:772-86.
- Radtke MA, Reich K, Blome C, et al. Prevalence and clinical features of psoriatic arthritis and joint complaints in 2009 patients with psoriasis: results of a German national survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009;23:683-91.
- Parisi R, Rutter MK, Lunt M, et al. Psoriasis and the risk of major cardiovascular events: cohort study using the clinical practice research datalink. *J Invest Dermatol* 2015;135:2189-97.
- Samarasekera EJ, Neilson JM, Warren RB, et al. Incidence of cardiovascular disease in individuals with psoriasis: a systematic review and meta-analysis. *J Invest Dermatol* 2013;133:2340-6.
- Armstrong EJ, Harskamp CT, Armstrong AW. Psoriasis and major adverse cardiovascular events: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Am Heart Assoc* 2013;2:e000062.
- Love TJ, Qureshi AA, Karlson EW, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in psoriasis: results from the national health and nutrition examination survey, 2003-2006. *Arch Dermatol* 2011;147:419-24.
- Alsufyani MA, Golant AK, Lebowitz M. Psoriasis and the metabolic syndrome. *Dermatol Ther* 2010;23:137-43.
- Herron MD, Hinckley M, Hoffman MS, et al. Impact of obesity and smoking on psoriasis presentation and management. *Arch Dermatol* 2005;141:1527-34.
- Gisondi P, Tessari G, Conti A, et al. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: a hospital-based case-control study. *Br J Dermatol* 2007;157:68-73.
- Wenk KS, Arrington KC, Ehrlich A. Psoriasis and non-alcoholic fatty liver disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011;25:383-91.
- Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, et al. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol* 1999;41:401-7.
- Hrehorow E, Salomon J, Matusiak L, et al. Patients with psoriasis feel stigmatized. *Acta Derm Venereol* 2012;92: 67-72.
- Evers AW, Lu Y, Duller P, et al. Common burden of chronic skin diseases? Contributors to psychological distress in adults with psoriasis and atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 2005;152:1275-81.
- Gupta MA, Gupta AK. Quality of life of psoriasis patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000;14:241-2.
- Fortune DG, Richards HL, Griffiths C. Psychologic factors in psoriasis: consequences, mechanisms and interventions. *Dermatol Clin* 2005;23:681-94.
- Ramsay B, O'Reagan M. A survey of social and psychological effects of psoriasis. *Br J Dermatol* 1988;118:195-201.
- Chow C, Simpson MJ, Luger TA, et al. Comparison of three methods for measuring psoriasis severity in clinical studies (Part 1 of 2): change during therapy in psoriasis area and severity index, static physician's global assessment and lattice system physician's global assessment. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015;29:1406-14.
- Simpson MJ, Chow C, Morgenstern H, et al. Comparison of three methods for measuring psoriasis severity in clinical studies (Part 2 of 2): use of quality of life to assess construct validity of the lattice system physician's global assessment, psoriasis area and severity index and static physician's global assessment. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015;29:1415-20.
- Lubrano E, Cantini F, Costanzo A, et al. Measuring psoriatic disease in clinical practice. An expert opinion position paper. *Autoimmun Rev* 2015;1568-9972.
- Prey S, Paul C, Bronsard V, et al. Cardiovascular risk factors in patients with plaque psoriasis: a systematic review of epidemiological studies. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010;24 Suppl 2:23-30.
- Sunbul M, Seckin D, Durmus E, et al. Assessment of arterial stiffness and cardiovascular hemodynamics by oscillometric method in psoriasis patients with normal cardiac functions. *Heart Vessels* 2015;30:347-54.
- Samarasekera EJ, Neilson JM, Warren RB, et al. Incidence of Cardiovascular Disease in individuals with psoriasis: a systematic review and meta-analysis. *J Invest Dermatol* 2013;133:2340-6.
- Parisi R, Rutter MK, Lunt M, et al. Psoriasis and the risk of major cardiovascular events: cohort study using the clinical practice research datalink. *J Invest Dermatol* 2015;135:2189-97.
- Onsun N, Su Ö, Eriş Z, ve ark. Psoriasisli hastalarda diyabet görülme sıklığına karşılık diyabetli hastalarda psoriasis görülme sıklığı. *Turkderm* 2010;44:12-4.
- Günaydın A, Aytımur D, Özdemir F. Psoriasis ve metabolik sendrom. *Türkderm* 2014;48:95-9.
- Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The fifth joint task force of the european society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J* 2012;33:1635-701.
- Wohlrab J, Fiedler G, Gerdes S, et al. Recommendations for detection of individual risk for comorbidities in patients with psoriasis. *Arch Dermatol Res* 2013;305:91-8.
- Kimball AB, Gladman D, Gelfand JM, et al. National psoriasis foundation clinical consensus on psoriasis comorbidities and recommendations for screening. *J Am Acad Dermatol* 2008;58:1031-42.
- Radtke MA, Mrowietz U, Feuerhahn J, Härter M, Kiedrowski RV, Nast A, Reich K. Early detection of comorbidity in psoriasis: recommendations of the national conference on healthcare in psoriasis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2015;13:674-89.
- <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855>
- [http://diyabet.gov.tr/content/files/bilimsel\\_arastirmalar/turdep\\_1\\_turdep\\_2.pdf](http://diyabet.gov.tr/content/files/bilimsel_arastirmalar/turdep_1_turdep_2.pdf)
- Kimball AB, Gieler U, Linder D, et al. Psoriasis: is the impairment to a patient's life cumulative? *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010;24:989-1004.
- Halioua B, Sid-Mohand D, Roussel ME, et al. Extent of misconceptions, negative prejudices and discriminatory behaviour to psoriasis patients in France. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015.

44. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, et al. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Invest Dermatol* 2015;135:984-91.
45. Armstrong AW, Harskamp CT, Dhillon JS, et al. Psoriasis and smoking: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol* 2014;170:304-14.
46. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15787/turkiyede-tutun-kontrolu-calismalari.html>
47. Van de Kerkhof PC. How to individualize treatments? *J DermatologTreat* 2009;20:253.
48. Fauéré S, Adjadj L, Pawin H. How patients experience psoriasis: results from a European survey. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2005;19 Suppl 3:2-6.
49. Gisondi P, Del Giglio M, Di Francesco V, et al. Weight loss improves the response of obese patients with moderate-to-severe chronic plaque psoriasis to low-dose cyclosporine therapy; a randomized, controlled, investigator-blinded clinical trial. *Am J Clin Nutr* 2008;88:1242-7.
50. Zweegers J, de Jong EM, Nijsten TE, et al. Summary of the Dutch S3-guidelines on the treatment of psoriasis 2011. Dutch society of dermatology and venereology. *Dermatol Online J* 2014;20.
51. Upala S, Sanguankeo A. Effect of lifestyle weight loss intervention on disease severity in patients with psoriasis: a systematic review and meta-analysis. *Int J Obes (Lond)* 2015;39:1197-202.
52. Fordham B, Griffiths CE, Bundy C. A pilot study examining mindfulness-based cognitive therapy in psoriasis. *Psychol Health Med* 2015;20:121-7.
53. Wilson PB, Bohjanen KA, Ingraham SJ, et al. Psoriasis and physical activity: a review. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2012;26:1345-53.
54. Micha R, Imamura F, Wylers von Ballmoos M, et al. Systematic review and meta-analysis of methotrexate Use and risk of cardiovascular disease. *Am J Cardiol* 2011;108:1362-70.
55. Popa C, Netea MG, Radstake T, et al. Influence of anti-tumour necrosis factor therapy on cardiovascular risk factors in patients with active rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2005;64:303-5.