

Spondiloartritlerde psikiyatrik komorbiditeler

Psychiatric comorbidities in spondyloarthritis

● Eylem Şahin Cankurtaran

Güven Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye

Öz

Ankilozan spondilit başta olmak üzere spondiloartritler hem kas-iskelet sisteminde ağrı, sertlik ve yorgunluk gibi belirtiler hem de kronik ve progresif seyir sebebiyle hastalarda fiziksel aktivite kısıtlılığına ve de doğrudan iş-sosyal yaşamda kısıtlılıklara yol açabilirler. Bu durumda hastalarda depresyon ve anksiyete başta olmak üzere psikiyatrik hastalıklar görülme riski artmaktadır. Spondiloartritlerde, genel toplumdaki daha fazla olmak üzere, hafif şiddette depresyon %38 oranında, orta şiddette depresyon ise %15 oranında saptanmaktadır. Psöriyatik artrit ise depresyon görülme oranı genel toplumda depresyon görülme oranlarından daha fazladır ve %15 ile %30 arasında bulunmuştur. Hastalık süresinin uzaması, kadın cinsiyet, ağrının varlığı depresyon görülme olasılığını artırmaktadır. Spondiloartrit hastalarında depresyon belirtileri yanında anksiyete belirtileri de benzer oranlarda saptanmaktadır. Hastalık şiddetinin artması, ağrı, yorgunluk ve fonksiyonellik kaybı nedeniyle spondiloartritlerde uyku bozukluğu da genel topluma göre daha fazla görülmektedir. Spondiloartritlerde özellikle ağrıya bağlı hareket zorluğu, yorgunluk ve uyku bozukluğu yaşam kalitesini de belirgin şekilde bozmaktadır. Bu gözden geçirme yazısında spondiloartritlerde görülen depresyon, anksiyete, uyku problemleri gibi psikiyatrik hastalıklardan ve yaşam kalitesine etkilerinden bahsedilecektir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, anksiyete, depresyon, spondiloartritler, uyku bozukluğu, yaşam kalitesi

Abstract

Spondyloarthritis (SpA) are associated with chronic pain, stiffness and fatigue. Also because of having chronic and progressive course, SpA cause greater physical disability and impact negatively health related quality of life in so many ways such as social life and working. And the patients are at increased risk of having psychiatric disorders such as depression and anxiety. The prevalence of mild depression is 38% and prevalence of moderate depression is 15% in the patients with SpA which are higher than the prevalence rates of depression in the general population. Patients with psoriatic arthritis have also a high risk for depression (15%-30%), which appears to be greater than for patients with psoriasis and general population. Being female, having pain, longer duration of disease are the risk factors for depression in SpA. Anxiety symptoms are also seen in SpA patients co-occurring with depression. Sleep problems are associated with SpA because of pain, fatigue and severity of disease. Physical disability, pain and sleep problems cause a vicious cycle and decrease the quality of life in SpA. This article will provide an overview of the psychiatric disorders such as depression, anxiety, sleep problems in SpA and negative effects on quality of life.

Keywords: Ankylosing spondylitis, anxiety, depression, spondyloarthritis, sleep problems, quality of life

Giriş

Spondiloartritler (SpA) öncelikle sakroiliak eklemleri ve omurgayı tutan, ortak klinik özellikleri, radyolojik bulguları ve HLA-B27 alelli pozitifliği ile ilişkili olan, kronik enflamatuvar romatolojik, heterojen bir hastalık grubudur.^[1] Bu hastalık grubunda ankilozan spondilit (AS), psöriyatik artrit, enflamatuvar barsak hastalıkları ile ilişkili artritler, reaktif artrit, belirlenemeyen SpA ve Juvenil SpA bulunmaktadır. Ama en sık görülen ve prototip sayılan hastalık AS'dir.

SpA sınıflandırılırken son dönemde aksiyal ve periferik form olarak 2'ye ayrılmaktadır.^[1,2] Aksiyal SpA (axSpA) ise

radyolojik olarak sakroiliak eklemden sakroilit tespit edilenler ve radyolojik olarak tespit edilemeyenler (nr-axSpA) olarak 2 alt gruba ayrılmaktadır. Radyolojik olarak sakroiliak eklemden sakroilit tespit edilenler AS tanılı hastalardır.

AS genellikle 30'lu yaşlarda erkeklerde görülür; temel olarak sakroiliak eklem ve aksiyal iskelet tutulumu ile gider.^[2] Galen tarafından ilk olarak tarif edilmiş olan bu hastalık 19. yüzyılda Vladimir Bekhterev, Adolph Strümpell ve Pierre Marie gibi araştırmacılar tarafından daha net tanımlanmaya başlamıştır. AS'nin karakteristik bulguları enflamatuvar bel ağrısı ve ilerleyici fonksiyonellikte kısıtlanmadır. Bunun yanında ekstra-artiküler belirtiler olarak üveit, psöriyazis,

İletişim / Correspondence:

Eylem Şahin Cankurtaran, Güven Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye
E-posta: eylemcanurtaran@yahoo.com ORCID ID: orcid.org/0000-0002-7337-6653

©Telif Hakkı 2020 Türkiye Romatoloji Derneği / Ulusal Romatoloji Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.

©Copyright 2020 by the Turkish Society for Rheumatology / Journal of Turkish Society for Rheumatology published by Galenos Publishing House.



enflamatuvar barsak hastalığı da görülebilir.^[2] Erkeklerde kadınlara göre 3 kat daha fazla görülmektedir.^[3] Kronik seyir gösteren ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bu hastalık grubunda, psikiyatrik belirtiler ve hastalığa karşı psikolojik tepkiler geliştirilmesi de kaçınılmazdır. Bu gözden geçirme yazısında başta AS olmak üzere SpA'da eşlik eden psikiyatrik hastalıklardan (depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları) ve yaşam kalitesine etkisinden bahsedilecektir.

Spondiloartritler ve Depresyon-anksiyete Birlikteliği

AS başta olmak üzere SpA'da kas-iskelet sisteminde ağrı, sertlik ve yorgunluk gibi belirtiler hem 30'lu yaşlar gibi hayatın en aktif yıllarında ortaya çıkması, hem kronik ve progresif seyirli olması sebebiyle hastalarda fiziksel aktivite kısıtlılığına ve de bu sebeplerle doğrudan iş-sosyal yaşamda kısıtlılıklara yol açar. Bu duruma tepkisel olarak hastalarda depresyon ve anksiyete başta olmak üzere psikiyatrik hastalıklar görülme riski artmaktadır.^[4-6] Romatoid artrit ile karşılaştırıldığında, AS gibi SpA'da, hastalık seyri ve depresyon ilişkisine dair veri ne yazık ki daha azdır.^[7] Romatoid artritte %25,1 depresyon saptanırken, AS'de %14,8 oranında depresyon saptanan çalışmalar bulunmaktadır.^[7]

AS'de hastalık yükü sebebiyle genel topluma göre depresyon görülme oranlarının belirgin arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır.^[4] Örneğin İsveç'te AS hastalarında, 13 yıllık izlemde, depresyon tanısı konulma oranları %10 oranında saptanmıştır. Tüm popülasyona göre, depresyon tanısı konulma oranları, kadınlarda %80, erkeklerde ise %40 daha fazla bulunmuştur.^[4] Kore'de yapılan bir çalışmada da yaş, cinsiyet gibi demografik verilerden bağımsız olarak, AS tanılı hastalarda, depresyon geliştirme riski genel topluma göre 2,21 kat daha fazla bulunmuştur.^[6] Özellikle kadınlar, ileri yaşta kişiler, düşük sosyo-ekonomik düzeyde ve komorbid hastalıkları olan AS tanılı hastalarda depresyon görülme riski daha fazla saptanmıştır.^[6] Aynı çalışmada, 40 yaş üstü AS'lilerde depresyon görülme oranı, 40 yaş altında olan AS tanılılardan daha fazla saptanmıştır. Aynı çalışmada tanı aldıktan sonra geçen süre uzadıkça depresyon görülme oranının arttığı saptanmıştır.^[6] AS'nin kronik ve ilerleyici bir hastalık olmasına bağlı olarak, hastalık süresi uzadıkça, hastalık yükünün artmasına bağlı olarak depresyon görülme oranı da artıyor olabilir.

SpA'da depresyon oranını araştıran bir meta-analizde hastanın doldurduğu bir ölçek olan hastane Depresyon-anksiyete ölçeği ile değerlendirildiğinde hafif şiddette depresyon %38 oranında, orta şiddette depresyon ise %15 oranında bulunmuştur.^[5] Yapılandırılmış görüşme ölçeği olan ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin tanı kılavuzu olan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders;

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-IV) tanı ölçütlerine göre puanlanan SCID ölçeği ile hastalar değerlendirildiğinde ise majör depresyon oranı %11 olarak saptanmıştır.^[5]

SpA'da depresyon saptanma oranları arasındaki farklılıkların pek çok sebebi bulunmaktadır. Örneğin depresyon tanısı için farklı ölçeklerin kullanılması depresyon görülme oranlarını değiştirebilmektedir. Psikiyatride hastalıkların ve bozuklukların sınıflandırılmasında en yaygın kullanılan sistem olan Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından ilan edilen ve belli aralıklarla yenilenen DSM'ye göre tanı ölçütleri kullanıldığında ve SCID gibi yapılandırılmış tanı koyucu ölçekler uygulandığında, araştırmalarda düşük depresyon oranları saptanmaktadır.^[8] Çünkü majör depresyon tanısı almak için kullanılan ölçütler katıdır. DSM-5'e göre majör depresyon tanısı alması için en az 2 haftadır hemen her gün ve tüm gün boyu süren belirtileri olmalı ve bu belirtilerden en az 5 tanesini karşılamalıdır (Tablo 1).^[8] Ancak SCID ile yapılan değerlendirmeler, eşik altı depresyon belirtilerini göz ardı etmektedir. Bu nedenle tanı ölçütleri dışında da hastalarda depresif belirtileri ölçmek için farklı ölçekler kullanılmaktadır. Türkiye'de kullanılan, güvenilirliği ve geçerliliği yapılmış depresyon değerlendirme ölçekleri Hamilton Depresyon Değerlendirme ölçeği, Beck Depresyon ölçeği, Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme ölçeği, Hastane Depresyon-anksiyete ölçeği, Zung Depresyon ölçeği ve Geriatrik Depresyon ölçeği'dir.^[9] Bu ölçekler arasında özellikle Hastane Depresyon-anksiyete ölçeği eşlik eden başka tıbbi hastalıkları olanlarda hem depresyon hem de anksiyete belirtilerini değerlendirmek için uygun bir ölçektir. Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme ölçeği ise eşlik eden başka tıbbi hastalıkları olanlarda,

Tablo 1. Majör depresif bozukluk tanı ölçütleri (DSM-V)

A. Aşağıdakilerden en az 5'inin en az 15 gün süre ile gün boyu bulunması (1. veya 2. ölçüt mutlaka bulunmalı).

Depresif duygudurum

Anhedoni, ilgi-istek azalması

İştah azalması ya da artması

Uyku azalması ya da artması

Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon

Enerji azalması, yorgunluk

Suçluluk, değersizlik hissi

Konsantrasyon güçlüğü

İntihar eğilimi

B. İşlev kaybı vardır.

C. Semptomatoloji bir madde kullanımına ya da genel tıbbi duruma bağlı değildir.

D. Başka ruhsal hastalıkla açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir manik ya da hipomanik nöbet yoktur.

Yas durumunun dışlanması gerekir: DSM-V'te kaldırılmıştır.

fiziksel belirtilerin etkisi yerine, doğrudan depresyonun bilişsel ve duygusal belirtilerini değerlendirmek için daha uygundur.^[9] Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından en son yayımlanan DSM-5'e göre depresyon tanısı koymak için önerilen Depresyon ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği de yapılmıştır.^[10]

SpA'da depresyon saptanma oranları arasındaki farklılıklar görülmesinin bir diğer sebebi ise farklı hasta gruplarının alınması olabilir. Hastalık süresinin uzaması, ağrının eşlik edip etmemesi gibi klinik özellikler depresyon görülme oranlarını etkileyebilmektedir. Örneğin hastalık süresi depresyon görülme oranlarını etkileyebilir; SpA tanısı süresi uzadıkça depresyon oranlarının arttığı gösterilmiştir.^[6] Örneklem grubunun cinsiyet farklılıkları da depresyon oranlarını etkileyebilmektedir. Çünkü genel toplumda kadınlarda, erkeklere göre daha fazla oranda depresyon görülmektedir.^[11] Çalışmalarda değerlendirilen örneklemde kadın oranı yüksekse, SpA'dan bağımsız olarak, depresyon görülme oranı da yükselebilir.

SpA'da depresyon görülme oranlarını etkileyen başka bir etmen ise ağrının varlığıdır. Kronik ağrıda depresyon belirtilerinin daha fazla görülmesi uzun yıllardır bilinen bir durumdur.^[12] AS başta olmak üzere SpA'da ağrı önemli bir belirtidir ve kronik hastalıklarda eşlik eden depresyon varsa, hissedilen ağrı ve fonksiyonelliğin daha da bozulduğu bilinmektedir.^[13] Ağrı-depresyon ilişkisi iki yönlü ve karmaşıktır. Pro-enflamatuvar sitokinler depresyon patofizyolojisinde yer almaktadır ve SpA'da sistemik enflamasyon ve pro-enflamatuvar sitokinlerin hastalık ve ağrı belirtileri yanında depresyon belirtileri ile de ilişkili olabilir.^[14,15] SpA tedavisinde kullanılan TNF-alfa antagonisti olan infliksimab AS'li hastalarda depresyon ve anksiyete belirtilerine etkisi gösterilmiştir.^[16] Ancak henüz elimizde TNF-alfa ya da anti-enflamatuvar ajanların depresyona doğrudan etkisi olup olmadığını gösteren yeterli çalışma bulunmamaktadır.^[17]

AS hastalarında, kardiyovasküler hastalıklar, Diabetes Mellitus, hipertansiyon, inme, hiperlipidemi ve böbrek hastalıkları gibi komorbid hastalık görülme oranları yüksektir.^[6,18,19] Bu hastalıkların eşlik etmesi sonucu hastalık yükünün artarak yaşam kalitesinin daha da bozulduğu ve depresyon görülme olasılığının artmasına yol açtığı düşünülmektedir.^[6] Kore'de yapılan bir çalışmada tüm AS tanılı hastalarda eşlik eden kronik hastalıklar arasında en fazla depresyon ortaya çıkarma riski olan hastalık olarak inme [risk oranı (RO): 2,06, %95 güven aralığı (GA): 1,73-2,43] saptanmış; kanser (RO: 1,65, %95 GA: 1,37-1,99), DM (RO: 1,26, %95 GA: 1,12-1,41), hipertansiyon (RO: 1,49, %95 GA: 1,36-1,63) eşlik ettiğinde depresyon görülme oranları daha düşük saptanmıştır.^[6] Ayrıca SpA tedavisinde

kullanılan onkolojik ilaçlar, biyolojik ajanlar ve özellikle kortikosteroidler de depresyon gelişme riskini artırabilirler.

SpA alt tipleri arasında depresyon görülme yaygınlığı açısından fark olup olmadığı tam bilinmemektedir. Zhao ve ark.'nın^[5] yaptığı meta-analizde, AS ve nr-axSpA arasında depresyon yaygınlığı açısından fark bulunmamıştır. Farklı çalışmalarda axSpA ve AS alt grup arasında da benzer depresyon oranları saptanmıştır.^[20,21] Bu meta-analizde axSpA ile nr-axSpA SpA'yı karşılaştıran çalışma Türkiye örneğidir. Bu örnekte AS grubunda %45,4 ve nr-ax SpA alt grubunda %42,3 oranında depresyon saptanmıştır.^[22]

Psöriyatik artritte ise depresyon görülme yaygınlığı tıpkı psöriyaziste olduğu gibi genel toplumda depresyon görülme oranlarından daha fazladır.^[23,24] Psöriyatik artrit tanılı hastalarda depresyon yaygınlığını araştıran çalışmaların meta-analizinde depresyon yaygınlığı %15 ile %30 oranında saptanmıştır.^[24] Pro-enflamatuvar sitokinlerin, psöriyazis ve depresyonun etiyolojik mekanizmalarının içinde yer alması nedeniyle psöriyazis-depresyon birlikteliği genel toplumdan daha sık görülmektedir; bununla birlikte psöriyazis tedavisinde kullanılan biyolojik ajanların da depresyon belirtilerine olumlu etkisi olabileceği düşünülmektedir.^[23] Çift kör randomize, çok merkezli bir çalışmada 24 haftalık etanersept tedavisinin psöriyatik artırtli hastalarda depresyon ve anksiyete belirtileri üzerine olumlu etkisi gösterilmemiştir.^[25]

SpA için hastalık şiddeti ile depresyon arasındaki ilişkiye bakılınca, depresyon eşlik ettiğinde, depresyon eşlik etmeyen gruba göre C-reaktif protein, eritrosit sedimentasyon hızı gibi belirteçlerde ve Bath AS Metroloji indeksi [Bath AS Metrology index (BASMI)], AS hastalık aktivite skoru [AS Disease Activity score (ASDAS)] gibi ölçümlerde daha kötü sonuçlar saptanmıştır.^[5]

Toplumda en sık görülen psikiyatrik belirtilerden biri de anksiyete belirtileridir. Genel olarak anksiyete ve depresyon birlikteliği sık görülür.^[26] Depresif bozukluk tanısı konulan hastaların %70'inde anksiyete belirtileri saptanırken, en az %40'ında ise depresyondan bağımsız olarak anksiyete bozukluklarından en az birinin tanı ölçütleri karşılanmaktadır.^[26]

Depresyon ve anksiyete bozuklukları birlikteliği sık görülürken, fiziksel hastalıklara eşlik eden depresyon belirtilerinin yanında anksiyete belirtileri de sık görülmektedir. SpA'da anksiyete oranlarına bakıldığında AS ve nr-axSpA arasında benzer anksiyete oranları saptanmıştır.^[20] Hakkou ve ark.'nın^[27] yaptığı araştırmada, AS tanılı hastalarda hastane Depresyon-anksiyete ölçeği ile depresyon %55,5 oranında, anksiyete belirtileri ise

%60,9 oranında saptanmıştır. SpA ile ilgili klinik özellikleri değerlendiren Hastalık Aktivite indeksi [Disease activity index (BASDAI)], Bath AS Fonksiyonellik indeksi ölçeği [Bath Ankylosing Spondylitis Functional index (BASFI)] puan düşüklüğünün anksiyeteyi yordayan önemli bir etken olduğu saptanmıştır.^[20] Psöriyatik artrit hastalarında ise anksiyete belirtileri %15-30 oranında saptanmıştır.^[24] Bu oranlar diğer SpA'da görülen oranlarla benzerdir.

Spondiloartritler ve Uyku

Sağlıklı bir uyku yaşam kalitesini ve duygudurumu etkileyen önemli bir etmenddir. Genel toplumda %30-35 geçici insomnia ve %10 kronik insomnia görülme oranları bildirilmektedir. Uyku bozukluklarının romatoid artrit gibi hastalıklarda hissedilen ağrıyı artırdığına dair de araştırmalar bulunmaktadır.^[28] Kronik uykusuzluğun beyinde stres yollarını aktive ederek ağrı merkezlerini etkilediği ve ağrıyı artırdığı düşünülmektedir.^[29] Uyku problemleri enflamatuvar ağrıya bağlı olarak özellikle AS başta olmak üzere tüm SpA'da sık görülebilmektedir.^[27,28,30]

Uyku değerlendirme ölçekleri ile hastaların bildirdiği uyku bozuklukları %30-90 arasında değişen oranlarda ve genel toplumdan daha fazla oranda saptanmaktadır.^[27,30,31] AS hastalarında uyku sorunlarının %65 oranında görüldüğü bir araştırmada, depresyon ve anksiyete belirtileri fazla olan hastalarda uykusuzluk daha fazla saptanmıştır.^[27] Uyku bozukluğunu doğrudan etkileyen bağımsız etmenler ise ağrı [Odds ratio (OR)=1,019] ve depresyon (OR=1,304) olarak saptanmıştır.^[27] Başka bir araştırmada ise AS hastalarında uyku bozukluklarını en fazla yordayan etmenin anksiyete olduğu saptanmıştır.^[31] Türkiye'de yapılan bir araştırmada, AS tanılı hastalarda polisomnografi ile obstrüktif uyku apnesi %73, horlama %74, periyodik bacak hareketleri %26 oranında saptanmıştır.^[32] Bu çalışmada, hastalık aktivitesi yüksek olan hastalarda uyku bozuklukları daha fazla saptanmıştır. Anti-TNF- α tedavisi ile polisomnografik veriler değişmezken, hastaların kendi bildirdikleri uyku kalitelerinde düzelme görülmüştür. Yine Türkiye'den yapılan bir araştırmada ise anti-TNF- α tedavisinin uyku üzerine etkisi saptanmamıştır.^[33] Uyku bozukluğu ve SpA tanısı olan hastaların bildirdiği gece sırt ağrısı, anksiyete, yorgunluk, omurga dışı tutulum gibi etmenler de uyku bozukluğunu yordayan etmenlerdir.^[34,35]

2017 tarihli bir sistematik gözden geçirmede SpA'da hastalık şiddeti, ağrı, yorgunluk ve fonksiyonellik kaybının uyku bozukluğunu yordadığı saptanmış ancak uyku bozukluğu ile bu etmenlerin ilişkisinin 2 yönlü olabileceği vurgulanmıştır.^[36] Uyku bozukluğuna yaş, cinsiyet, depresyon, kaygı gibi pek çok etken yol açtığı

için doğrudan SpA'nın uykuya etkisini saptamak zordur. Anti-TNF- α tedavisi ile de kısmen uyku şikayetlerinin azaldığını gösteren az sayıda çalışma da mevcuttur.^[32,33] Ancak ilaç dışı yaklaşımların ya da uyku ilaçlarının SpA'da görülen uyku bozukluklarına etkisini araştıran çalışmalar bulunmamaktadır.

Psöriyatik artrit hastalarında da uyku bozukluğu genel toplumdaki daha fazla görülmektedir.^[37] Hatta psöriyazis tanılı hastalarda en fazla uyku bozukluğu yapan alt grup psöriyatik artrit olarak saptanmıştır.^[37,38] Psöriyatik artritte uyku bozuklukları %67 ile %85 arasında yüksek oranlarda görülmektedir.^[39,40] Araştırmalarda psöriyatik artritte görülen kaşıntı, ağrılı lezyonlar, duygusal iyilik halinin uyku bozukluğunu en fazla yordayan etmenler olduğu gösterilmiştir.^[38,40]

Spondiloartritler ve Yaşam Kalitesi

Günümüzde "yaşam kalitesi", Dünya Sağlık Örgütü'nün de vurguladığı şekilde, kişilerin fiziksel, psikolojik ve sosyal alanda işlevselliğinin değerlendirildiği önemli bir alan olmuştur. Hastalıkları değerlendirirken, hastalık belirtilerinin ne kadar şiddetli olduğu kadar kişinin yaşam kalitesini ne kadar etkilediği de ön planda olmalıdır. SpA'lar gibi kronik hastalıkların yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri olmasını tahmin etmek zor değildir. Özellikle enflamatuvar ağrıya bağlı hareket zorluğu, yorgunluk ve uyku bozukluğu yaşam kalitesini bozmaktadır ve de yukarıda bahsedildiği gibi depresyon belirtilerini artırmaktadır.^[7,13,14] Uykusuzluk ve ağrı bir kısır döngü yaratarak yaşam kalitesini daha da olumsuz etkilemektedirler.

AS hastalarında yaşam kalitesi genel topluma göre daha düşüktür ama diğer romatolojik hastalıklarla benzer oranlardadır.^[41] Hastalığın şiddeti yaşam kalitesini yordayan en önemli etkidir. Hatta anti-TNF- α ve fiziksel aktivite uygulanırsa AS'de görülen kötü yaşam kalitesi puanları düzelebilmektedir. Psikolojik distress de yaşam kalitesini bozan diğer önemli bir etkidir.^[41]

Cinsiyetin, romatolojik hastalıklarda yaşam kalitesine etkisine bakıldığında, romatoid artrit ya da diğer otoimmün hastalıklarda olduğu gibi SpA'larda enflamasyon kontrolü benzer oranda sağlansa da kadınlarda yaşam kalitesi daha kötü olduğu saptanmıştır.^[3,7,42] AS için Yaşam Kalitesi ölçeği [Questionnaire for QoL in AS (ASQoL)] ile değerlendirildiğinde AS tanılı kadınlar, erkeklere göre daha kötü yaşam kalitesi puanları almaktadır.^[43,44]

Romatoid artrit ile AS tanılı hastalar karşılaştırıldığında, sağlığa bağlı yaşam kalitesi [Health-Related Quality of Life (HRQoL)] ve psikolojik stres her iki hasta grubunda da aynı düşük seviyede saptanmıştır.^[7] AS tanılı hastalarda

SF-36 ölçeği ile yaşam kalitesine bakıldığında fonksiyonel yetiyitimi (disability) kötü olduğunda uykunun da bozulduğu saptanmıştır. Yaşam kalitesi puanları düşük olan hastalarda uyku problemleri daha fazla görölmektedir.^[27] AS hastalarında yorgunluk arttıkça fiziksel fonksiyon, fonksiyonel yetiyitimi, genel iyilik hali başta olmak üzere SF-36 ile ölçölen 5 yaşam kalitesi alt ölçeğinde kötüleşme saptanmıştır. Yorgunluk arttıkça yaşam kalitesi de kötüleşmektedir.^[45]

AxSpA hastalarında yapılan bir çalışmada, eşlik eden Fibromiyalji-irritable Barsak sendromu kümesi ve depresyon-anksiyete kümesi hastalıklar varsa, komorbidite olmayan axSpA tanılı hastalara göre, hastaların genel sağlık ve yaşam kalitelerinde istatistiksel olarak anlamlı derecede azalma saptanmıştır.^[46]

Türkiye’de AS’li hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek üzere kullanılan ölçeklerden biri ise AS için Yaşam Kalitesi ölçeği’dir. Bu ölçeğın Tükçe geçerlik-güvenirlik çalışması Öncülokur ve ark.^[47] tarafından yapılmıştır.

Psöriyatik artrit için de eşlik eden hastalıklar olunca yaşam kalitesi kötüleşir. Özellikle anksiyete eşlik edince yaşam kalitesini tek başına istatistiksel olarak anlamlı derecede bozmaktadır.^[48] Psöriyatik artritte tedavi ile hastalık aktivitesi azaldığında, deri alanı tutulumu ve eklem tutulumu azaldığında yaşam kalitesi de düzelmektedir.^[49]

Kaynaklar

1. Dougados M, Baeten D. Spondyloarthritis. *Lancet* 2011;377:2127-37.
2. Garcia-Montoya L, Gul H, Emery P. Recent advances in ankylosing spondylitis: understanding the disease and management. *F1000Res* 2018;7:F1000.
3. Baumberger H, Khan M. Gradual progressive change to equal prevalence of ankylosing spondylitis among males and females in Switzerland: data from the swiss ankylosing spondylitis society (SVMB) [abstract]. *Ann Rheum Dis* 2017.
4. Meesters JJ, Bremander A, Bergman S, Petersson IF, Turkiewicz A, Englund M. The risk for depression in patients with ankylosing spondylitis: a population-based cohort study. *Arthritis Res Ther* 2014;16:418.
5. Zhao S, Thong D, Miller N, et al. The prevalence of depression in axial spondyloarthritis and its association with disease activity: a systematic review and meta-analysis. *Arthritis Res Ther* 2018;20:140.
6. Park JS, Jang HD, Hong JY, et al. Impact of ankylosing spondylitis on depression: a nationwide cohort study. *Sci Rep* 2019;9:6736.
7. Hyphantis, T, Kotsis K, Tsifetaki, et al. The relationship between depressive symptoms, illness perceptions and quality of life in ankylosing spondylitis in comparison to rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2013;32:635-44.
8. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. E Körođlu (Çev. Ed.), beşinci baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

9. Kılınç S, Torun F. Türkiye’de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi* 2011;86:39-47.
10. Dikici DS, Ascıbası K, Aydemir Ö. DSM-5 Ölçek Çalışma Grubu. DSM-5 Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun geçerliliği ve güvenilirliği *Anadolu Psikiyatri Derg* 2017;18(Ek sayı 2):51-6.
11. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. *Critical review. Br J Psychiatry* 2000;177:486-92.
12. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med* 2003;163:2433-45.
13. Sheng J, Liu S, Wang Y, Cui R, Zhang X. The Link between Depression and Chronic Pain: Neural Mechanisms in the Brain. *Neural Plast* 2017;9724371.
14. Raison CL, Capuron L, Miller AH. Cytokines sing the blues: inflammation and the pathogenesis of depression. *Trends Immunol* 2006;27:24-31.
15. Berk M, Williams LJ, Jacka FN, et al. So depression is an inflammatory disease, but where does the inflammation come from? *BMC Med* 2013;11:200.
16. Ertenli İ, Ozer S, Kiraz S, et al. Infliximab, a TNF-alpha antagonist treatment in patients with ankylosing spondylitis: the impact on depression, anxiety and quality of life level. *Rheumatol Int* 2012;32:323-30.
17. Kopschina Feltes P, Doorduyn J, Klein HC, et al. Anti-inflammatory treatment for major depressive disorder: implications for patients with an elevated immune profile and non-responders to standard antidepressant therapy. *J Psychopharmacol* 2017;31:1149-65.
18. Kang JH, Chen YH, Lin HC. Comorbidity profiles among patients with ankylosing spondylitis: a nationwide population-based study. *Ann Rheum Dis* 2010;69:1165-8.
19. Bremander A, Petersson IF, Bergman S, Englund M. Population-Based Estimates of Common Comorbidities and Cardiovascular Disease in Ankylosing Spondylitis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2011;63:550-6.
20. Zou Q, Jiang Y, Mu F, Shi Y, Fang Y. Correlation of axial Spondyloarthritis with anxiety and depression. *Med Sci Monit* 2016;22:3202-8.
21. Chan CYY, Tsang HHL, Lau CS, Chung HY. Prevalence of depressive and anxiety disorders and validation of the hospital anxiety and depression scale as a screening tool in axial spondyloarthritis patients. *Int J Rheum Dis* 2017;20:317-25.
22. Kilic G, Kilic E, Ozgocmen S. Relationship between psychiatric status, self-reported outcome measures, and clinical parameters in axial spondyloarthritis. *Medicine (Baltimore)* 2014;93:e337.
23. Patel N, Nadkarni A, Cardwell LA, et al. Depression, and Inflammatory Overlap: A Review. *Am J Clin Dermatol* 2017;18:613-20.
24. Kamalaraj N, El-Haddad C, Hay P, Pile K. Systematic review of depression and anxiety in psoriatic arthritis. *Int J Rheum Dis* 2019;22:967-73.
25. Gniadecki R, Robertson D, Molta CT, et al. Self-reported health outcomes in patients with psoriasis and psoriatic arthritis randomized to two etanercept regimens. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012;26:1436-43.
26. Wu Z, Fang Y. Comorbidity of depressive and anxiety disorders: challenges in diagnosis and assessment. *Shanghai Arch Psychiatry* 2014;26:227-31.

27. Hakkou J, Rostom S, Mengat M, Aissaoui N, Bahiri R, Hajjaj-Hassouni N. Sleep disturbance in Moroccan patients with ankylosing spondylitis: prevalence and relationships with disease-specific variables, psychological status and quality of life. *Rheumatol Int* 2013;33:285-90.
28. Lee YC, Chibnik LB, Lu B, et al. The relationship between disease activity, sleep, psychiatric distress and pain sensitivity in rheumatoid arthritis: a cross-sectional study. *Arthritis Res Ther* 2009;11:R160.
29. Meerlo P, Sgoifo A, Suchecki D. Restricted and disrupted sleep: effects on autonomic function, neuroendocrine stress systems and stress responsivity. *Sleep Med Rev* 2008;12:197-210.
30. Jiang Y, Yang M, Lv Q, et al. Prevalence of psychological disorders, sleep disturbance and stressful life events and their relationships with disease parameters in Chinese patients with ankylosing spondylitis. *Clin Rheumatol* 2018;37:407-14.
31. Li Y, Zhang S, Zhu J, Du X, Huang F. Sleep disturbances are associated with increased pain, disease activity, depression, and anxiety in ankylosing spondylitis: a case-control study. *Arthritis Res Ther* 2012;14:R215.
32. Karatas G, Bal A, Yuceede M, et al. Evaluation of sleep quality in patients with ankylosing spondylitis and efficacy of anti-TNF- α therapy on sleep problems: A polysomnographic study. *Int J Rheum Dis* 2018;21:1263-9.
33. Karadağ O, Nakas D, Kalyoncu U, Akdoğan A, Kiraz S, Ertenli I. Effect of anti-TNF treatment on sleep problems in ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int* 2012;32:1909-13.
34. Da Costa D, Zummer M, Fitzcharles MA. Determinants of sleep problems in patients with spondyloarthropathy. *Musculoskeletal Care* 2009;7:143-61.
35. Nie A, Wang C, Song Y, Xie X, Yang H, Chen H. Prevalence and factors associated with disturbed sleep in outpatients with ankylosing spondylitis. *Clin Rheumatol* 2018;37:2161-8.
36. Leverment S, Clarke E, Wadeley A, Sengupta R. Prevalence and factors associated with disturbed sleep in patients with ankylosing spondylitis and non-radiographic axial spondyloarthritis: a systematic review. *Rheumatol Int* 2017;37:257-71.
37. Gupta MA, Simpson FC, Gupta AK. Psoriasis and sleep disorders: A systematic review. *Sleep Med Rev* 2016;29:63-75.
38. Duffin CK, Wong B, Elizabeth JH, Krueger GG. Psoriatic arthritis is a strong predictor of sleep interference in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2009;60:604-8.
39. Krajewska-Włodarczyk M, Owczarczyk-Saczonek A, Placek W. Sleep disorders in patients with psoriatic arthritis and psoriasis. *Rheumatologia* 2018;56:301-6.
40. Gezer O, Batmaz İ, Sariyildiz MA, et al. Sleep quality in patients with psoriatic arthritis. *Int J Rheum Dis* 2017;20:1212-8.
41. Kotsis K, Voulgari PV, Drosos AA, Carvalho AF, Hyphantis T. Health-related quality of life in patients with ankylosing spondylitis: a comprehensive review. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2014;14:857-72.
42. Rusman T, van Vollenhoven RF, van der Horst-Bruinsma IE. Gender Differences in Axial Spondyloarthritis: Women Are Not So Lucky. *Curr Rheumatol Rep* 2018;20:35.
43. Webers C, Essers I, Ramiro S, et al. Gender-attributable differences in outcome of ankylosing spondylitis: long-term results from the Outcome in Ankylosing Spondylitis International Study. *Rheumatology (Oxford)* 2016;55:419-28.
44. Shahlaee A, Mahmoudi M, Nicknam MH, Farhadi E, Fallahi S, Jamshidi AR. Gender differences in Iranian patients with ankylosing spondylitis. *Clin Rheumatol* 2015;34:285-93.
45. Ibn Yacoub Y, Amine B, Laatiris A, Abouqal R, Hajjaj-Hassouni N. Assessment of fatigue in Moroccan patients with ankylosing spondylitis. *Clin Rheumatol* 2010;29:1295-9.
46. Zhao SS, Radner H, Siebert S, et al. Comorbidity burden in axial spondyloarthritis: a cluster analysis. *Rheumatology (Oxford)* 2019;59:690-2.
47. Öncülokur N, Keskin D, Garip Y, Bodur H, Köse K. Turkish Version of Evaluation of Ankylosing Spondylitis Quality of Life Questionnaire in Patients With Ankylosing Spondylitis: A Validation and Reliability Study. *Arch Rheumatol* 2018;33:443-54.
48. Bavière W, Deprez X, Houvenagel E, et al. Association between Comorbidities and Quality of Life in Psoriatic Arthritis: Results from a Multicentric Cross-sectional Study (PSAQUAL study). *J Rheumatol* 2019;181471.
49. Kavanaugh A, Gottlieb A, Morita A, et al. The contribution of joint and skin improvements to the health-related quality of life of patients with psoriatic arthritis: a post hoc analysis of two randomised controlled studies. *Ann Rheum Dis* 2019;78:1215-9.