

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI

**BEHÇET HASTALARINDAKİ YAŞAM KALİTESİ,
CİNSEL SORUNLAR, ANKSİYETE VE DEPRESYON
DÜZEYLERİNİN PSORİYAZIS HASTALARI VE
SAĞLIKLI GÖNÜLLÜLER İLE KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr.YAŞAR YILMAZ

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2011

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI

**BEHÇET HASTALARINDAKİ YAŞAM KALİTESİ,
CİNSEL SORUNLAR, ANKSİYETE VE DEPRESYON
DÜZEYLERİNİN PSORİYAZİS HASTALARI VE
SAĞLIKLI GÖNÜLLÜLER İLE KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. YAŞAR YILMAZ

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. TURNA İLKNUR

TEŞEKKÜR

Tez danıőmanlıęımı yapan ve tezimin her aőamasında yardımlarını ve desteğini esirgemeyen, sayın hocam Doç. Dr. Turna İLKNUR'a ve tezimin psikiyatri ile ilgili alanına çok değerli katkıları olan Prof. Dr. Berna Binnur AKDEDE'ye, uzmanlık eğitimim boyunca değerli bilgi ve deneyimlerinden yararlanma fırsatı bulduğum sayın hocalarım Prof. Dr. Emel FETİL, Prof. Dr. Ali Tahsin GÜNEŐ, Prof. Dr. Oktay AVCI, Prof. Dr. őebnem ÖZKAN, Prof. Dr. őebnem AKTAN'a, sayın uzmanım Uzm. Dr. Sevgi AKARSU'ya, tüm çalışma arkadaşlarıma ve de sınırsız sevgi ve desteklerini her an yanımda hissettiğim aileme sonsuz saygı ve teőekkürlerimi sunarım.

Dr.Yaşar Yılmaz

Temmuz 2011

İÇİNDEKİLER

TABLO LİSTESİ.....	III
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Behçet Hastalığı	3
2.1.1. Tarihçe	3
2.1.2. Epidemiyoloji.....	3
2.1.3. Etyopatogenez.....	5
2.1.3.1. Genetik Faktörler.....	5
2.1.3.2. İnfektif Ajanlar	7
2.1.3.3. İmmunolojik Değişiklikler	9
2.1.4. Behçet Hastalığı Kliniği	11
2.1.4.1. Oral Ulserasyonlar	11
2.1.4.2. Genital Ulserasyonlar.....	12
2.1.4.3. Eritema Nodosum Benzeri Lezyonlar.....	12
2.1.4.4. Papulopustular Lezyonlar.....	12
2.1.4.5. Diğer Kutan Bulgular	13
2.1.4.6. Patergi Testi.....	14
2.1.4.7. Okular Behçet Hastalığı	15
2.1.4.8. Kas, İskelet Sistemi ve Kardiyovaskuler Tutulum.....	16
2.1.4.9. Nörolojik Tutulum	18
2.1.4.10. Gastrointestinal Tutulum	21
2.1.4.11. Böbrek Tutulumu.....	22
2.1.5. Çocukluk Çağı Behçet Hastalığı	23
2.1.6. Gebelikte Behçet Hastalığının Klinik Seyri	24
2.1.7. Laboratuvar ve Histopatolojik Bulgular	24
2.1.8. Tanı.....	26
2.1.9. Prognoz.....	26
2.1.10. Sağaltım	27
2.2. Yaşam Kalitesi ve Dermatolojide Kullanımı.....	30
2.3. Dermatolojide Depresyon ve Anksiyete.....	32
2.4. Dermatolojide Cinsel İşlev Bozukluğu	37

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	39
3.1. Yöntem	39
3.2. Gereçler	39
3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Veri Formu	39
3.2.2. Dermatolojik Yaşam Kalite Ölçeği	40
3.2.3. Beck Depresyon Ölçeği	40
3.2.4. Beck Anksiyete Ölçeği	40
3.2.5. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği	40
3.3. İstatistiksel Analiz	41
4. BULGULAR	42
5. TARTIŞMA	51
ÖZET	55
SUMMARY	56
KAYNAKLAR	57
EKLER	
Ek1	64
Ek2	66
Ek3	69
Ek4	70
Ek5	71
EK6	72

TABLÖLİSTESİ

Tablo 1. Behçet hastalarının tanı kriterleri açısından klinik bulguları.....	43
Tablo 2. Behçet ve kontrol grubunun ACYÖ, BDÖ ve BAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması ve istatistiksel sonuçlar.	44
Tablo 3. Psoriyazis ve kontrol grubunun ACYÖ, BDÖ ve BAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması ve istatistiksel sonuçlar	45
Tablo 4. Behçet ve psoriyazis hastalarının ACYÖ, BDÖ, BAÖ ve DYKÖ puanlarının karşılaştırılması	45
Tablo 5. Behçet ve Psoriyazis hastalarında DYKÖ alt alanlarının Karşılaştırılması	46
Tablo 6. Behçet, psoriyazis ve kontrol grubunun cinsiyetlere göre ACYÖ puan ortalamaları ve istatistiksel sonuçlar	47
Tablo 7. Behçet, psoriyazis ve kontrol grubunun cinsiyetlere göre BDÖ puan ortalamaları ve istatistiksel sonuçlar.....	47
Tablo 8. Behçet, psoriyazis ve kontrol grubunun cinsiyetlere göre BAÖ puan ortalamaları ve istatistiksel sonuçlar	48
Tablo 9. Behçet hastalarının cinsel işlev bozukluğu varlığı, depresyon varlığı ve anksiyete derecelerinin cinsiyetlere göre karşılaştırılması ve istatistiksel sonuçlar	48
Tablo 10. Psoriyazis hastalarının cinsel işlev bozukluğu varlığı, depresyon varlığı ve anksiyete derecelerinin cinsiyetlere göre dağılımı ve istatistiksel sonuçlar	49
Tablo 11. Kontrol grubunun cinsel işlev bozukluğu varlığı, depresyon varlığı ve anksiyete derecelerinin cinsiyetlere göre karşılaştırılması ve istatistiksel sonuçlar	50
Tablo 12. Behçet ve psoriyazis hastalarında DYKÖ toplam puan ortalamalarının cinsiyetlere göre dağılımı ve istatistiksel sonuçlar	50

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Behçet Hastalığı (BH); ilk olarak 1937 yılında, tekrarlayan oral aftlar, genital ulserasyonlar ve üveit triadı şeklinde tanımlanmıştır.¹ Sonraki çalışmalar hastalığın bu üç bölge ile sınırlı kalmayıp, sistemik bir seyir göstererek eklemeleri, pulmoner, gastrointestinal, kardiyak, ürogenital ve santral sinir sistemini de tutabileceğini ortaya koymuştur. Yineleyen ataklarla kronik bir seyir izleyen hastalığın temel patolojisi vaskulittir.² BH, hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, fonksiyonlarında engelliliğe neden olabilen deri/mukoza döküleri, eklem tutulumu ve görmede kayba yol açabilen göz tutulumu ile önemli bir morbidite nedenidir.³

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık; sadece bir hastalığın veya maluliyetin olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve toplumsal olarak tam bir huzur ve iyilik hali içinde bulunmaktır. Bu tanımdaki tam bir huzur ve iyilik hali içinde olma vurgusu doğrudan doğruya yaşam kalitesi kavramı ile bağlantılıdır. Yaşam kalitesi, bireyin temel gereksinimlerinin, toplumsal beklentilerinin karşılanması ve yaşadığı toplumun sunduğu olanaklardan yararlanması olarak tanımlanmaktadır.⁴ Deri hastalıkları diğer organ hastalıklarından farklı olarak genellikle hayatı tehdit etmemekle birlikte, kişinin dış görünüşünü dolayısıyla; psikososyal durumunu, kişisel ilişkilerini ve günlük aktivitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.⁵

Depresyon, dermatolojik hastalıklara en sık eşlik eden psikiyatrik hastalıklardan biridir. Genelde dermatolojik hastalıkların kronik gidişleri, beden imajına etkileri ve damgalanmaya yol açma olasılıkları yüzünden psikiyatrik hastalıkların ve özellikle depresyonun ortaya çıkışına yol açabildiği düşünülür.⁶ Kaşıntı, yanma, ağrı, hassasiyet, irritasyon ve kanama gibi semptomlar deri hastalıklarına eşlik etmektedir. Hastalığın kendisi kadar bu semptomlar da psikiyatrik bozukluklara neden olmakta ve hastaların yaşam kalitesini de etkilemektedir.⁷ Anksiyete; endişe, kaygı, korku, kötü bir beklenti, bunaltı olarak ifade edilebilecek bir duygudur ve yaşam olaylarına normal bir tepki olarak ortaya çıkar. Genel olarak dermatoloji hastalarında anksiyete bozukluğu normal topluma göre daha fazladır.⁶

Uyarılmadan orgazmik faza kadar cinsel aktivitede derimizin mayor rolü olduğundan deri hastalıkları doğrudan ya da dolaylı olarak cinsel işlev bozukluklarına yol açabilmektedir. Genel sağlık ölçekleri ve dermatolojiye özgü ölçekler cinsel yaşam hakkında sorular içermekle birlikte cinsel sorunları tam anlamıyla

değerlendirememektedir. Cinsel yaşam genel sağlığın önemli bir bileşeni olup son yıllarda çeşitli hastalıklardaki cinsel işlev bozuklukları, özellikle de kadın cinsel işlev bozukluğu önemli bir sağlık sorunu olarak algılanmaya başlamıştır. Dermatolojide bu konu epey yeni olup deri hastalıkları ve cinsel işlev bozuklukları alanında oldukça az sayıda yayın bulunmaktadır.⁷

Vücutta hemen tüm organları tutabilen BH'da beyin tutulumu olsun veya olmasın psikiyatrik belirtiler ortaya çıkabilmekte ya da psikiyatrik belirtiler Behçet Hastalığı'nın öncüsü olabilmektedir. En sık rastlanan psikiyatrik belirtiler arasında psikosomatik belirtiler, anksiyete ve depresyon gelmektedir. Bu psikiyatrik belirtilerin BH'nın ortaya çıkmasından sonra %86 gibi yüksek oranda görüldüğü bilinmektedir.⁸

Psoriyazis yaygınlığı %1-2 arasında değişen, kişinin kendilik algısı ve sosyal ilişkileri üzerindeki etkileri nedeniyle yaşam kalitesini bozabilen kronik, inflamatif bir deri hastalığıdır.⁸ Psoriyazisli hastalarda depresyon oranları yüksektir. Hastaların önemli bir kısmında sadece atak dönemlerinde değil, remisyonda da orta düzeyden şiddetli düzeye kadar anksiyete, depresyon ve kızgınlık bulunur. Psoriyazis, dermatolojik hastalıklar içerisinde yaşam kalitesi üzerine etkileri en çok araştırılan ve en iyi bilinen hastalıktır.⁹

Bu çalışmada Behçet hastalarının dermatolojik yaşam kalitesi, cinsel işlev bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeylerinin saptanıp, bu konuda dermatolojik hastalıklar içerisinde en fazla çalışma yapılmış olan psoriyazis hastaları ve sağlıklı gönüllülerle karşılaştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Behçet Hastalığı

2.1.1. Tarihçe

Behçet Hastalığı; Prof. Dr. Hulusi Behçet tarafından ilk defa 1937 yılında, tekrarlayan oral ve genital ulserasyonlarla birlikte hipopiyonlu üveitten oluşan üçlü semptom kompleksi olarak tanımlanmıştır.¹ BH'na benzer klinik tablolardan yaklaşık 2450 yıl önce Hipokrat tarafından kendi yazılarında bahsedilmiştir. Fakat Behçet'in tanımladığı üçlü semptom kompleksine en yakın örnekler 1908'de Blüthe, 1923'te Planner ve Remenovsky, ile 1924'te Shigeta tarafından bildirilmiştir.¹⁰

Hulusi Behçet'in hastalığı tanımlayan yayınına temel olan gözlem ve incelemeleri 1924'te başlamıştır. İlk gördüğü ve 21 yıl izlediği birinci hastada tekrarlayan ağız aftları, genital ulserasyon, eritema nodozum ve görme bozukluğu mevcut olup, daha önce tbc, sifiliz gibi tanılar konmuştur. Behçet bu bulguların yeni bir viral hastalık olabileceğini düşünmüştür. 1930'da yedi yıl takip ettiği ikinci hastayı, 1936'da üç yıl takip ettiği üçüncü hastayı inceledikten sonra 1937 yılında bu görüşlerini "Dermatologische Wochenschrift" de yazmış ve aynı yıl Paris'te dermatoloji toplantısında sunmuştur. Behçet birkaç yıl içinde gözlemlerini arttırarak hastalığın ayrı bir "entite morbide" olduğunu ileri sürmüştür. 1947'de Zürih Tıp Fakültesinden Prof. Dr. Mischner'in Uluslararası Cenevre Dermatoloji Kongresinde yaptığı bir öneriyle, Dr. Behçet'in bu buluşu 'Morbus Behçet ' olarak adlandırılmıştır. Behçet Sindromunu tanımlamak için o günlerde, Trisemptom Behçet, Morbus Behçet gibi adlandırmalar da kullanılmıştır.^{10,11}

Dr. Hulusi Behçet'in hastalığı tanımlamasından sonraki dönemde; konuyla ilgilenen diğer bilimadamlarının da katkıları ile Uluslararası Behçet Hastalığı Grubu oluşturularak tanı kriterleri belirlenmiştir. Her iki yılda bir ulusal ve uluslararası BH konferansları düzenlenmekte ve bu toplantılarda hastalığa ait bulgular, etyopatogenezle ilişkili yeni görüşler sunulmaktadır.¹⁰

2.1.2. Epidemiyoloji

Dünyada en sık ülkemizde görülen BH ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar sınırlı sayıdadır. Başta Akdeniz ülkeleri, Orta Asya, Uzak Doğu ülkelerinde görülen hastalık dünyanın her yerinde bildirilmiş olmakla birlikte, tarihi İpek Yolu'nu takip eden belirgin bir coğrafik dağılım göstermektedir.^{11,13}

Ülkemizde değişik bölgelerde yapılan çalışmalarda BH prevalansı, Silivri'de 10.000'de 8, Ordu Fatsa'da 10.000'de 37, Ankara'da 10.000'de 11, İstanbul'da

10.000'de 42 ve Edirne Havsa'da 10.000'de 2 olarak bildirilmiştir. BH ülkemizin farklı bölgelerinde değişen sıklıkta görülmekle beraber Trakya ve Edirne kırsalında prevalans daha düşüktür. Diğer endemik bölgelerle kıyaslandığında Türkiye en sık (8-37/10.000) prevalansa sahiptir. Prevelans İran'da 1.67/10.000, Irak'da 1.7/10.000, S. Arabistan'da 2/10.000, Çin'de 1.4/10.000, Japonya'da 2.2/10.000 oranında bildirilmektedir.^{12,13}

Etnik ve çevresel faktörler, BH'nın prevalansını etkilediği gibi, klinik bulguları ve prognozunu da etkilemektedir. BH'da oral aft sıklığı bölgesel olarak çok farklılık göstermez ve olgularda %96-100 oranında saptanır. İngiliz ve Amerikalı olgularda artrit, SSS vaskuliti ve diğer vaskülitik problemler Akdeniz kökenli hastalardan daha seyrek görülür. Japonyalı hastalarda göz tutulumunun şiddeti, İngiliz hastalardan daha şiddetlidir. Akdeniz ülkeleri ve Türkiye'de GIS tutulum sıklığı oldukça nadir görülmesine rağmen Japon BH olgularında yaklaşık 1/3 gibi yüksek bir oranda saptanmaktadır. Sıklığın yanında, GIS tutulumunun tipi de bölgesel farklılıklar göstermektedir.¹²

Türkiye'deki Behçet hastalarında %2.2-7.3 oranında görülen SSS tutulumu, S. Arabistan'da %44, Tunus'ta %31, Lübnan'da %14, İsrail'de % 28 ve Japonya'da %11 olarak bildirilmektedir. Ortadoğu ülkelerindeki Behçet hastalarında SSS tutulumu Türkiye'dekinden oldukça fazladır.¹²

Etnik köken dışında, çevresel faktörler de hastalık sıklığını etkilemektedir. Örneğin, Almanya'da yaşayan Türklerdeki hastalık sıklığı, Almanlardan belirgin fazla olmasına karşın, Türkiye'de yaşayan Türklerden daha azdır.¹² Benzer şekilde BH'nın sık olduğu Japon nüfusun yoğun olarak yaşadığı Havai'de yapılan bir çalışmada da BH saptanmamıştır.^{12,14,15} Aynı ülkede yaşayan farklı etnik gruplarda hastalık sıklığının değişkenlik göstermesi, çevresel faktörlerin tek başına sorumlu olmadığını, genetik zeminin de önemli olduğunu göstermektedir. Kuveyt'te yapılan bir çalışmada Bedevilerin hastalığa yakalanmadıkları saptanmıştır.^{12,14}

Hastalığın nonspesifik tanı kriteri paterji reaksiyonunun pozitiflik oranı ile ilgili değişik sonuçlar bildirilmekle birlikte ortalama %33.7 olguda pozitif paterji görülmektedir.¹³ Sağaltım almamış olgularda paterji pozitiflik oranı sağaltım almış olgulardan daha yüksektir.²³ Paterji testinin çoklu enjeksiyonlarla pozitiflik oranının daha fazla olabileceği düşünölmektedir. Endemik bölgelerde paterji pozitifliği daha yüksek orandadır.¹³ En yüksek paterji pozitiflik oranı Japonya ve Türkiye'de tespit edilmektedir. Batı Avrupa'da ise seyrek olarak saptanır. Son yıllarda paterji pozitifliği

giderek azalan sıklıkta kaydedilmektedir.¹⁷

Sayrılığın başlangıç yaşı ile ilgili çalışmalar ortalama 28 yaş civarında genç erişkinlerde görüldüğünü göstermektedir. Türk hastalarda ortalama başlangıç yaşı 23.3 iken, Almanya'da 26, Japonya'da ise 35.7 olarak bildirilmektedir. Çoğu çalışma erkeklerin kadınlara göre sayrılıktan daha sık etkilendiklerini gösterse de, oranlar bir çalışmadan diğerine oldukça farklılık göstermektedir.^{11,13} Cinsiyet dağılımı bölgesel farklılıklardan önemli oranda etkilenmektedir. ABD, Brezilya gibi Amerika kıtasından bildirilen olgu serilerinde, Çin, Singapur ve özellikle Kore kaynaklı geniş serilerde, hastalığın kadınlarda daha sık görüldüğü saptanmıştır. Akdeniz ve Ortadoğu kaynaklı araştırmalarda erkek ağırlığı ön plandadır. Küçük istisnalar hariç durum Avrupa kaynaklı serilerde de benzerdir.¹² Son olarak ülkemizden bildirilen geniş bir seride erkek, kadın oranı 1.03 olarak bulunmuştur.¹⁶ Erkek olgularda pustular dökümler, oküler bulgular, vasküler lezyonlar daha alevli seyrederken, kadın olgularda genital ulserasyo ve eritema nodozum daha sık gözlenmektedir. Erkek cinsiyet, sistemik bir bulgu ile erken başlangıç ve HLA B51 pozitifliğinin kötü prognoz taşıdığı bildirilmektedir.^{13,22}

2.1.3. Etyopatogenez

Hastalığın etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Günümüzde en çok kabul edilen hipotez; hastalığın, viral, bakteriyel vb. gibi çevresel bir antijenle ve/veya ısı şok proteinleri (IŞP) gibi otoantijenlerle tetiklenen ve genetik olarak yatkın bireylerde ortaya çıkan düzensiz bir immün yanıt olduğu yönündedir.³

2.1.3.1. Genetik Faktörler

BH ile HLA-B51 arasındaki ilişki ilk defa 1982 yılında Ohno ve ark. tarafından tanımlanmıştır.²⁴ HLA-B5 lokusu HLA-B51 ve HLA-B52 allellerinden oluşur. HLA-B52, HLA-B51'den sadece iki aminoasit farklı olmasına rağmen, BH ile ilişkisizdir.¹⁹ HLA-B51'in değişik allellerinden özellikle HLA-B5101 ve HLA-B5108 daha sık saptanmaktadır. Behçet hastası olsun olmasın HLA-B51 taşıyan kişilerin nötrofilleri aşırı fonksiyon göstermektedir.¹⁸ HLA-B51'in sayrılığın daha şiddetli klinik formları ile ve göz tutulumu ile sık birliktelik gösterdiği de bildirilmiştir.²⁰ HLA-B51 geni BH olan hastaların %60'ında saptanabilmektedir. Ancak bu oran toplumlar arasında farklılık göstermektedir. Örneğin Türk ve Japon Behçet hastalarında sıklıkla görülürken, İngiliz hastalarda sıklık azalmaktadır.¹⁸ Sağlıklı bireylerde, etnik farklılıklar olmakla birlikte yaklaşık %20 oranında HLA-B51 lokusu saptanmaktadır.¹⁹ Gül ve ark. HLA-B bölgesi ile BH arasındaki bağlantıyı göstermişler, ancak bu bölgenin hastalığa olan

genetik yatkınlıktaki rolünün %12-19 civarında olduğunu hesaplamışlardır.²⁰ Buna göre HLA-B51'in etyopatogenezden sorumlu tek gen olmadığı ve henüz tam olarak tanımlanamamış gen veya genlerle (özellikle ' HLA-Klas I ' bölgesiyle) dengesiz bağlantı ('linkage disequilibrium') gösterdiği öngörülebilir.¹⁸

Toplam 28 ailenin katıldığı bir çalışmada sistematik bir genom taraması yapılmış ve HLA dışındaki lokuslarla hastalık arasında ilişkiler saptanmıştır. BH için yeni yatkınlık genlerinden 12p12-13 bölgesindeki D12S77 ve 6p22-24 bölgesindeki D6S285 en güçlü ilişkiyi göstermişlerdir.²⁵ Bir toplumda bireyler arasındaki genetik çeşitliliğe, bir başka deyimle DNA dizisi farklılıklarına polimorfizm denir. Genetikçiler bir genin farklı formlarını allelik varyant olarak adlandırır. Allelik varyantlar nükleotid çiftlerindeki değişiklik ile ortaya çıkar. Eğer böyle bir allel değişimi toplumun en az %1'inde görülüyorsa genetik polimorfizmden söz edilebilir. Fakat nükleotid değişimi daha nadir görülüyorsa mutasyon tanımı kullanılmaktadır. Ortaya çıkmasında pek çok faktörün rol aldığı BH gibi hastalıklarda gen değişiklikleri, örneğin polimorfizmler hastalığa yatkınlıkta, değişik klinik görünümünün sergilenmesinde ya da hastalığın seyrinde etkin olabilir. Polimorfizmler, doğal ve kazanılmış bağışıklıkta, inflamatuvar mediatörlerde ya da bunların fonksiyonlarında değişikliklere neden olabilir. Aslında polimorfizm, normal insanlarda da bulunabilen bir allelik varyanttır. Tek başına bir hastalığın nedeni değil, sadece olası nedenlerinden birisidir. BH gibi sistemik inflamatif hastalıklarda çok sayıda ve farklı genlerdeki değişikliklerin etyolojide rol alıyor olması kuvvetle muhtemeldir. Çalışılan polimorfizmin fonksiyonel olması, yani aminoasit sentezinde bir değişikliğe yol açması etyolojide rol oynama olasılığını güçlendirir.¹⁸

Son dönemlerde BH için çok sayıda gen polimorfizmi değerlendirilmiştir. Bu genler içerisinde HLA-B51'e yakın komşuluk gösterenlerden özellikle tümör nekroz edici faktör (TNF) ve MIC ('MHC class I chain-related gene') genleri ile ilgili polimorfizmler üzerinde daha yoğun olarak durulmuştur. TNF- α geni, altıncı kromozomun kısa kolunda klas 3 MHC genlerinden HLA-B'ye 200 kb yakınlığında bir yerleşim gösterir.¹⁸ Ülkemizde 2006 yılında yapılan bir çalışmada TNF- α -1031T/C polimorfizminin HLA-B51'den bağımsız bir risk faktörü olabileceği hipotezini destekler nitelikte sonuçlara ulaşılmıştır.²⁶

MIC-A geninin hastalık için aday gen olabileceği fikri çokça tartışılmıştır. Epitelyal hücrelerde IŞP ile uyarılan gösterimi ve bazı T hücreler için ligand olarak immun yanıtta görev üstlenmesi bu tartışmaların kaynağıdır. Japon, Ürdün ve Filistin

kökenli hastalarda MIC-A009 ile hastalık arasında güçlü bir ilişki olduğu bilinmektedir. Ancak günümüze kadar devam eden süreçte hastalık için esas şüpheli antijenin HLA-B51 olduğu, MIC-A009'un ise HLA-B51 ile güçlü bir LD gösterdiği ortaya çıkmıştır.¹⁸

İnterlökin (IL) gibi yangısal süreçte rol alan moleküllerin yapısında bulunan ve bu moleküllerin işlevini etkileyen farklılıkların yangısal sürece katkıda buldukları ve BH'na yatkınlıkla ilişkili oldukları konusunda pek çok veri mevcuttur. Çok sayıda araştırmacı özellikle IL-1 α ve β , IL-8, IL-12 gibi birçok sitokin geni, ve immun yanıtta önemli rolleri olan CTLA-4, VEGF, ICAM-1, eNOS, nükleer faktör kappa B1 gen polimorfizmleri ile BH arasında ilişki kuran sonuçlar bildirmişlerdir. Normalde Ailesel Akdeniz Ateşi ile ilişkilendirilen ve MHC dışı genler içerisinde yer alan MEFV genlerindeki çeşitli mutasyonlar son yıllarda BH için de bildirilmiştir. Hastaların en azından bir bölümünde bu genlerdeki mutasyonların hastalığa yatkınlıkta ve hatta vasküler tutulum gibi şiddetli klinik görünümünün ortaya çıkmasında rol oynayabileceği bilinmektedir.¹⁸

Faktör V geni 1. kromozomda yer alır. İlk kez 1994 yılında Hollanda'nın Leiden kentinde faktör V geninde nokta mutasyonu (Leiden mutasyonu) saptanmıştır ve o günden sonra pıhtılaşma sisteminin en sık kalıtsal anormalliği olarak kabul edilmektedir. Ülkemizde ve S. Arabistan'da yapılan çalışmalarda faktör V mutasyonunun Behçet hastalarında sık olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu mutasyonun BH'na bağlı trombotik göz bulgularıyla da ilişkili olduğu bildirilmiştir.¹⁹

Özet olarak, BH ile 'HLA-Klas I' gen bölgesi, özellikle HLA-B51 arasındaki ilişki kesin görünmektedir. Ancak bu ilişkinin moleküler mekanizması, etki şekli ve düzeneği tam olarak açıklığa kavuşturulmamıştır.¹⁸

2.1.3.2. İnfektif Ajanlar

BH'nın gelişiminde infektif bir ajanın rol alabileceğini gündeme getiren ilk hekimlerden biri Dr. Hulusi Behçet'tir. Özellikle Herpes simpleks virüs 1 (HSV-1) ile BH arasındaki ilişki yoğun olarak araştırılmıştır. Behçet hastalarının mononükleer hücrelerinde HSV-1 genomunun en azından bir kısmının var olduğu bilinmektedir. Yine hastaların kanında HSV-1 antijeni içeren immunkompleksler gösterilmiştir.¹⁸ Behçet hastalarının oral ulserasyonlarından alınan biyopsilerde virüse özgü DNA saptanmamıştır, ancak tükürükte, genital ve intestinal ulserasyonlardan alınan örneklerde HSV-1 DNA gösterilmiştir.^{27,28} Başkan ve arkadaşları ülsere olmayan deri belirtilerinde (eritema nodozum, papülopüstüler lezyonlar ve paterji reaksiyonu alanı) ülsere lezyonlara (genital ülser ve ekstragenital ülser) ve sağlıklı kontrol derilerine

göre daha yüksek oranda Parvovirüs B19 saptamışlardır.²¹ Son dönemde farklı Streptokok suşları etyolojide önem kazanmıştır. *S. sanguis*, *S.pyogenes*, *S.faecalis* ve *S. salivarius* ile BH arasında bağ saptanmıştır. Bu husustaki en güçlü delil, Streptokok antijenleri ile Behçet hastalarında yapılan hipersensitivite testlerinde hastalığın bazı klinik görünümünün oluşmasıdır. Ayrıca *S. sanguis* ve *S. pyogenes*'e karşı antikorlara Behçet hastalarının serumlarında kontrol grubuna göre daha sık rastlanmaktadır. Oral mukozal floradaki mikroorganizmaların BH gelişimindeki rolü uzun zamandır tartışılmaktadır. Dişlere yönelik girişimler veya tonsilliti takiben başta oral ulserasyon olmak üzere hastalığın çok sayıda belirtilerinde aktivasyon gözlenmiştir. Antimikrobiyal ilaçlardan antibiyotikler ve antiseptikler, oral ulserasyonların ve diğer hastalık belirtilerinin kontrol altına alınmasında kullanılmaktadır. Mumcu ve arkadaşları BH'da oral sağlığı değerlendirdikleri çalışmada hastalarda belirgin bir yetersizlik bulmuşlardır. Plak indeksi kontrol gruplarına göre yüksek bulunmuş ve hastalığın şiddeti ile ilişkisi saptanmıştır.²⁹ Son yıllarda periodontitin neden olduğu inflamatuvar mediatörlerin ve akut faz reaktantlarının sistemik hastalıkların gelişimine neden olabileceği değerlendirilmektedir. Periodontitin BH gelişimindeki rolü ve TNF- α -1031T/C polimorfizminin periodontal bulgularla olası ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada; hasta grubunda TNF- α -1031T/C allelinde kontrol grubuna göre belirgin derecede bir artış saptanmıştır. Periodontal indeks hasta grubunda, sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ayrıca her iki grubun periodontal skorları genotiplerine göre değerlendirildiğinde T/T genotipli olgulardan T/C genotipli ve C/C genotipli olgulara doğru gittikçe periodontal skorda bir artış saptanmıştır. Yine gerek periodontal skorlar, gerekse de C/C genotipi BH'nın klinik şiddeti ile ilişkili bulunmuştur. Sonuçta TNF- α -1031T/C polimorfizminin BH ve periodontal hastalık gelişiminde rol oynayabileceği ortaya konmuştur.^{18,26} Günümüzde etyolojide söz konusu mikroorganizmalara ait yapısal moleküllere karşı gelişen immün yanıtın çapraz reaksiyon ile BH'na sebep olduğu düşünülmektedir. Oral mukoza homojenatlarına karşı T hücrelerinin proliferatif, sitotoksik ve antikor yanıtları BH'nda otoimmünitenin rolüne işaret etmektedir. Güncel çalışma sonuçları bu mikroorganizmalardaki IŞP'ne karşı gelişen antikorların Behçet hastalarında çapraz otoimmün reaksiyona yol açtığını göstermektedir.¹⁸ Bu durumu açıklayacak şekilde benzerlik gösteren mikrobiyal 65 KD IŞP ve insan 60 KD IŞP yapıları saptanmıştır.³⁰

Behçet hastalarının diş etlerindeki ve aftöz ulserasyonlarında mikrobiyal yük ve bununla ilişkili mikrobiyal IŞP'ne karşı oluşan immun yanıtın endojen IŞP ile çapraz reaksiyona girerek otoreaktif T hücre klonları oluşturduğu ve buna bağlı olarak BH' daki immunopatolojik değişikliklerin oluştuğu düşünülmektedir. Sıklıkla BH'nın tekrarlayıcı mukozal ulserasyonlarla başlayıp zaman içinde diğer klinik belirtilerin ortaya çıkması da bu görüşü desteklemektedir. Isı dışında anoksi, ağır metal iyonları ve hidrojen peroksit ile karşılaşma yada virüsler IŞP yapımını arttırmaktadır. Bu proteinlerin çok sayıda işlevinin yanında antijen taklitçiliği üzerinden otoimmünite oluşumunda da rolü olduğu değerlendirilmektedir. BH etyolojisinde suçlanan dört Streptokok suşunda da 65-KD'luk IŞP'nin bulunduğu gösterilmiştir. Behçet hastalarının serumlarında bu IŞP'ne karşı IgA ve IgG alt tiplerinde antikolar immunoblotting ve radioassay yöntemlerle saptanmıştır.¹⁸

2.1.3.3. İmmunolojik Değişiklikler

BH'da inflamasyonda önemli görevleri olan sitokinlerin düzeyi özellikle hastalığın aktif dönemde artmıştır. IFN- γ , TNF- α , TNFR75, IL-1, IL-2, sIL-2R, IL-6, IL-8, IL-12, IL-18 gibi sitokinler, sitokin reseptörleri ve kemokinlerin serum ve/veya plazmada arttığı bilinmektedir. Neticede hastalığın inflamatif ataklarında immun sistemin çok sayıda elemanı görev almaktadır. BH'nın başta deri ve mukoza belirtileri olmak üzere tüm lezyonlarında erken dönemde artmış bir nötrofil infiltrasyonu saptanır. Lokositlerde adezyon molekülleri olan L-Selectin, MAC-1 ve CD44'ün gösterimi artar; bu olay da hücrelerin kemotaksis ve adezyonunda rol oynar. Behçet hastalarının serumlarında myeloperoksidaz ve süperoksit gibi aktive nötrofillerden salınan faktörler ve TNF- α , IL-1 β ve IL-8 gibi nötrofilleri uyaran sitokinlerin arttığı saptanmıştır. Bulgular, nötrofillerde artmış süperoksit üretiminin HLA-B51 varlığında ortaya çıktığına işaret etmektedir. Hastalığıdaki nötrofil aktivitesine muhtemelen hem genetik faktörler hem de infeksiyöz ajanlarla sürekli aktivasyon yol açmaktadır.¹⁸ Çoğunlukla T yardımcı hücresi tip 1 (Th1) tipindeki inflamasyona yol açan sitokinlerin aşırı ifadesinin genetik yatkınlıkla birlikte, artmış inflamatuvar reaksiyondan sorumlu olduğu düşünülmektedir. Streptokokkal antijenler ve lipopolisakkaritle uyarılma sonucunda IL-1, IL-6, IL-8, IL-12, İFN- γ ve TNF- α başta olmak üzere sitokinler artmaktadır. E. coli kaynaklı anijenlerin de benzer yanıtı sebep olduğu gösterilmiş ve T hücrelerinin çok sayıda bakteriyel antijene karşı artmış bir hipersensitivite göstereceği düşünülmüştür. Ben Ahmed ve arkadaşları RT-PCR

yöntemini kullandıkları araştırmalarında, mukokutanöz lezyonlarda çeşitli kemokinler ile birlikte Th1 ve 2 sitokinlerini araştırmışlardır. Sonuç olarak, Th1 sitokinlerde mRNA düzeyinde belirgin bir artış saptamışlardır. Bu alışmada IL-8'de 700, monosit kemoatraktan protein (MCP)'de 65, IFN-γ'da 71, IL-12'de 69 ve IL-10'da 75 kat artış gözlenirken, IL-4 ve IL-13 mRNA gösteriminde ise artış olmadığı saptanmıştır.³¹ T hücreleri taşıdıkları reseptörlere göre α-β ve γ-δ olarak ayrılır. Behçet hastalarında γδT hücrelerinin oranı artmıştır. Mikrobiyal IşP'nin T hücre proliferasyonunu γδ reseptörleri üzerinden sağladığı bilinmektedir. Behçet hastalarında bu γδ tipte reseptör taşıyan T hücrelerinin mitokondrial insan IşP'ne ait homolog peptitlere de reaksiyon verdiği gözlenmiştir. Ayrıca bu durumun BH'na özgün olduğu da gösterilmiştir. IşP'ne karşı T hücre proliferatif yanıtının BH için tanısalsal bir test olarak kullanılabileceği ileri sürülmüştür. Behçet hastalarının %76'sında pozitif olan bu test tekrarlayan oral ulserasyonları olan, başka sistemik hastalığı bulunan ve sağlıklı kişilerden oluşan kontrol gruplarının sadece %3'ünde pozitifdir. Yakın zamanda IL-17 üreten Th17 hücre alt grubu tanımlanmıştır. Th17 hücrelerinin ve ürettikleri IL17'nin Behçet hastalarında ve özellikle de aktif üveitlilerde artmış inflamasyondan sorumlu olduğu düşünölmektedir.¹⁸ BH'nın özelliklerinden olan artmış nötrofil aktivitesi ve etkilenen bölgelerde nötrofil birikimi yüksek IL17 yanıtıyla ilişkili olabilir. Spontan olarak TNF-α, IL-6, ve IL-8'in hastaların monositleri tarafından aşırı üretilmesi hastalığın aktivitesi ile direkt ilişkili görünmektedir. BH'nın diğer sistemik vaskülitlerden önemli bir farkı artmış bir tromboz eğilimi göstermesidir. Damarsal lezyonlardaki tıkalıcı karakterin, hiperkoagölabilite ve protrombotik durumun işareti olduğu söylenmektedir. Hastalığın seyrinde gözlenen immünkökenli inflamasyon sonucunda gelişen endotel hücre aktivasyonu ve/veya hasarı tromboza olan eğilimden sorumlu tutulmaktadır.¹⁸

BH pek çok yönü ile otoimmün bir hastalık olarak değerlendirilebilir. Hastaların bir bölümünde damar duvarında depolanan immün komplekslerin yanısıra dolaşan antikorların saptanması bu teoriyi desteklemektedir. IşP, otoantijenler içerisinde belkide en önemlisidir. Son dönemde alfa-tropomyozin, alfa-enolaz, kinektin gibi çok sayıda otoantijene karşı gelişen antikor yanıtı saptanmıştır. Otoimmün bir hastalık olduğunun dolaylı bir diğer kanıtı da azatioprin ve siklosporin gibi immünsupresif ilaçların bu hastalıkta başarı ile kullanılıyor olmasıdır. Öbür taraftan diğer otoimmün hastalıklarla birliktelik göstermemesi, bu grup hastalıklarla birliktelik gösteren HLA

haplotiplerinin (HLA-A1, -B8, DR3) sık rastlanmaması, kadın hakimiyetinin olmaması ve ANA gibi sık görülen otoantikörlerin bulunmaması nedeniyle otoimmün bir hastalık olarak tanımlanamayacağı da ileri sürülmüştür. BH'nın otoinflamatif hastalıklar grubunda yer alması gerektiği belirtilmiştir. Bu grup, görünür bir neden olmadan özellikle doğal immunitenin rol aldığı tekrarlayan inflamasyon atakları ve belirgin bir otoimmün patolojinin yokluğu ile karakterizedir. Ailevi Akdeniz Ateşi bu grupta yer alan iyi bilinen bir hastalıktır. Aslında BH hem otoimmün, hem de otoinflamatif hastalıklara benzerlikler taşımaktadır.¹⁸

2.1.4. Behçet Hastalığı Kliniği

BH'da tutulumu olan ve belirtilerini gösteren her sistem kendi disiplini içinde değerlendiriliyorsa da göze çarpan ortak özellik; klinik görünüm bulgularının tekrarlayarak ortaya çıkıp kaybolması, değişebilen bulgular içermesi ve devamlılık göstermesidir.³²

Oral (%92-100) ve genital ulserasyonlar (%57-93), diğer deri belirtileri (%38-99), göz belirtileri (%29-100) ve eklem bulguları (%16-84) hastalığın görüldüğü tüm ülkelerde en sık saptanan semptomlardır. Diğer deri belirtilerinden en sık gözlenenler ise eritema nodosum benzeri lezyonlar (%15-78) ve papülopüstüler lezyonlar (%28-96)'dır.^{2,33}

2.1.4.1. Oral Ulserasyonlar

Tüm dünyada hastalığın en sık başlangıç semptomu oral ulserasyon (%47-86) olarak bulunmuştur.^{2,33} Ağrılı ve tekrarlayıcı özellikteki bu lezyonlar morfolojik olarak rekurren aftoz stomatite (RAS) benzetmekle birlikte, daha yaygın ve sık tekrarlayıcı bir seyir izlerler. Genellikle dil, dudak ve yanak mukozasının keratinizasyon göstermeyen bölgelerine, daha az sıklıkta da uvula, farinks gibi ağzın arka alanlarına yerleşirler; farklı çaplarda gözlenmeleri önemli özellikleridir. Ulserasyonlar oval-yuvarlak şekilli, çevresinde hiperemik inflamatif bir halo olan, grimsi beyaz tabanlı bir görünüm oluştururlar. Lokal travmalar yeni lezyonların gelişimini uyarabilir (Mukozal patergi reaksiyonu).^{2,14,15,34} Yılda en az üç kez tekrarlayan oral ülserasyonlar, BH'da tanı için olmazsa olmaz kriteri oluşturur.³⁴

Ülkemizde RAS tanısıyla izlenen 1238 olgunun %3.8'inin izlemde BH tanısı aldığı bildirilmiştir.³⁵ Bu nedenle BH'nın sık görüldüğü ülkelerde RAS'lı hastaların izlemi önem taşımaktadır. Jorizzo ve arkadaşları sistemik bulguların eşlik etmediği multipl, sabit oral veya oral ve genital ülserasyonlarla karakterize "complex aphthosis" tablosunu tanımlamışlardır.³⁶ Yine bu hastaların da BH gelişimi açısından izlenmeleri

önerilmektedir. Oral ulserasyonlar çaplarına göre üç grupta sınıflandırılır. Hastalığın seyrinde en sık gözlenen minor ulserasyonlar; çapları bir santimetreden küçük olan ve bir iki haftada sikatriks bırakmadan iyileşen, tek veya çok sayıda gözlenebilen yüzeysel yitim alanlarıdır. Mayor ulserasyonlar ise çapları bir santimetreden büyük, derin yerleşimli, iki-altı hafta yada daha uzun sürede genellikle sikatriks bırakarak iyileşirler.^{2,14,34} Bazı hastalarda sikatriksler striktür ve disfajiye neden olabilir. İki-üç milimetre çaplı, sayıları 100'e ulaşan ve birleşme eğilimindeki herpetiform ulserasyonlar en az görülen oral lezyonlardır; sikatriks bırakmadan kısa zamanda iyileşirler.³⁴

2.1.4.2. Genital Ulserasyonlar

BH'nın temel bulgularından olan genital ulserasyonlar %57-93 oranında gözlenirler. Genellikle papul veya pustula olarak başlayıp hızla ulserasyon haline dönüşürler. Ödemli bir sınırı olan, tabanı sarı fibrinle kaplı bir yitim alanı oluşur. Ağrılı ve tekrarlayıcı nitelikteki lezyonlar en sık skrotum ve vulvada yerleşmekle birlikte erkeklerde penis, inguinal bölge, pubis ve perine kadınlarda ise labiumlar, serviks ve vajen lokalizasyonunda da gözlenebilirler. Perianal yerleşimde görülebilir. Kadınlarda genital ulserasyonlar erkeklerden daha büyük çaplı olabilir; mesane veya üretral fistüller, idrar yapmada zorluk, dispareunia ve yürüme sorunları gibi komplikasyonlar oluşturabilirler.^{2,14,34} Oral lezyonlardan daha derin yerleşimli olan genital ulserasyonlar yaklaşık 10-30 günde sikatriks bırakarak iyileşirler. Sikatriks varlığı tanıda da önemlidir. Mat ve arkadaşları genital ulserasyonu olan 102 olgunun izleminde hastaların üçte ikisinde genital ulserasyon sonrası ulserasyon çapıyla orantılı sikatriks oluşumu gözlemlenmiştir. Ayrıca labia minorada ki ulserasyonların sikatriks bırakmadığına dikkati çekmişlerdir.³⁷

2.1.4.3. Eritema Nodosum Benzeri Lezyonlar

Klinik olarak ağrılı, livid mor renkli noduslarla karakterize olan bu lezyonlar BH'ında %47.6 ile %55.3 arasında değişen oranlarda görülür. Daha çok kadınlarda ve alt ekstremitelerde görülmekle birlikte kollar, boyun ve yüzde de gözlenebilirler. Ortalama iki üç hafta içinde ulserasyon göstermeden pigmentasyon bırakarak iyileşirler. Klinik olarak klasik eritema nodozumdan ayırt edilemeyen bu lezyonlarda histopatolojik olarak nötrofilik vaskular bir reaksiyon veya vaskulit izlenir.^{2,14,34,38}

2.1.4.4. Papulopustular Lezyonlar

BH'da sık izlenen deri bulgularından olan papulopustular lezyonlar eritemli zeminde follikulit veya akne benzeri lezyonlarla karakterize olup, papul halinde

başlayan lezyonlar 24-48 saat içerisinde pustulaya dönüşürler.³⁹ En sık lokalizasyonları sırt, yüz ve göğüs ön yüzüdür. Sırtta izlenen papul ve pustulalar klinik olarak akne vulgarise benzer. Diğer tip papulalar ekstremitelerde izlenirler ve iki-dört günde merkezlerinde steril pustulalar oluşur. Pustulanın çevresinde ise genellikle eritemli halo bulunur.^{14,34} Bir çalışmada papulapustular lezyonların duyarlılığı %96 ve özgüllüğü %11 olarak bulunmuş ve papulopustular lezyonların BH için spesifik bir belirti olmadığı ileri sürülmüştür. Yine aynı çalışmada papulopustular lezyonların ortalama sayısı Behçet hastalarında kontrol grubundan fazla bulunarak ortalama lezyon sayısının tanıda daha değerli olabileceği vurgulanmıştır.³⁹ Follikular akneiform lezyonlar BH tanı kriterleri arasında yer almalarına rağmen akneiform ve follikulit benzeri lezyonlar özellikle adölesan dönemde spesifik özellikte olmayıp, bazı yazarlarca tanı kriterlerine dahil edilmesi doğru bulunmamaktadır.³⁸

Follikulit ve akne vulgarisli hastaların kontrol grubu olarak kullanıldığı ve papulopustular lezyonların histopatolojik özelliklerinin araştırıldığı bir çalışmada yalnızca vaskulitik değişikliklerin şüpheli Behçet hastalarında tanı kriteri olarak kullanılabileceği öne sürülmüştür.⁴⁰

2.1.4.5. Diğer Kutan Bulgular

Yüzeysel tromboflebit Behçet hastalarının %10-20'sinde izlenir. Erkek hastalarda daha sık ortaya çıkar. Genellikle alt ekstremitelerde ven trasesi boyunca lineer uzanan, eritemili ağrılı bir indurasyon şeklindedir. Palpasyonla ven içinde trombus hissedilir. En sık büyük safen ven etkilenir. Yüzeysel gezici tromboflebit şeklinde seyredebilir. Kısa bir ven segmenti tutulduğunda klinik olarak eritema nodozum ile karışır. Yüzeysel tromboflebiti olan olguların vaskuler tutulum yönünden takibi gereklidir. Histopatolojik incelemede ven içinde organize trombus saptanır.⁴¹

Ekstragenital ulserasyonlar hastalık için oldukça karakteristik lezyonlar olmakla birlikte hastaların ancak %3'ünde görülürler. Klinik olarak oral aft şeklinde olup en sık inguinal bölge, aksiller bölge, göğüsler, boyun, ayaklarda interdigital bölgeye yerleşirler. Sıklıkla genial ulserasyonlara benzer şekilde sikatris bırakarak iyileşirler.⁴¹

BH klinik bulguları arasında yer alan Sweet sindromu benzeri lezyonlar genellikle yüz ve ekstremitelerde lokalize olan ağrılı inflamatif nodulalar ve plaklar oluştururlar.¹⁴ Hastalarda ateş ve lökositoz da görülebilir. Lezyonların dermatopatolojik bulguları da Sweet sindromuna benzerlik gösterir. Behçet hastalarında daha nadir olarak pyoderma gangrenozum, eritema multiforme benzeri lezyonlar, frunkulus, apseler, piyodermalar, impetigo, selulit ve purpuralar da

görülebilmektedir.³⁴

2.1.4.6. Patergi Testi

Behçet hastalarında travma aftoz ulserasyonlar, pustulalar ve follikulit benzeri belirtilere neden olabilir. Patergi testi steril koşullar altında ön kol fleksör yüzüne uygulanır. Testin 20 G injektör iğnesi ile pikür yapılarak uygulanması önerilmektedir. Reaksiyon gelişebilmesi için pikürün dermise incek kadar derinlikte ve 45 derecelik açıyla uygulanması gerekmektedir. Patergi testi pikür alanına serum fizyolojik veya otolog serum injekte edilerek de yapılabilir.² Uygulama sonrası Behçet hastalarında genellikle palpasyonla hissedilebilen ve genellikle eritemli bir halo ile çevrili bir - iki milimetre çaplı bir papula oluşur. Bu lezyon papula olarak kalabileceği gibi bir - beş milimetrelik pustulaya da dönüşebilir. Pustula 24 saatte belirginleşip 48 saatte maksimuma ulaşır ve dört ile beş gün içinde kaybolur. İndurasyonsuz eritem negatif sonuç olarak yorumlanır.^{14,34} Patergi testinin pozitiflik oranları %6-71 arasında değişmektedir.² Patergi uygulama metodlarının pozitiflik oranlarını etkilediği bilinmektedir. Hastaların ön kolunu povidon iyot ile cerrahi temizleme yalnız alkolle temizlemeyle kıyaslandığında reaksiyon oranlarının %48'den %27'ye azaldığı saptanmıştır. Ülkemizde tek injeksiyonla pozitivite oranı %40.8 saptanırken çoklu injeksiyon sonrası %69 saptanmıştır. 1968 yılından sonra pozitiflik oranları tedricen azalmıştır. AIDS ve hepatit B gibi hastalılardan korunmak için tek kullanımlık iğnelerin yaygınlaşması, neticede daha az travma oluşumu patergi pozitiflik oranlarındaki azalmanın sebebi olabilir. Ucunu küntleştirip sterilize ettikten sonra iğnenin uygulanması pozitiflik oranlarını arttırmaktadır. Cevabı arttırmak için diğer bir metot ise çekmeden önce iğnenin 90 saniye dermiste bekletilmesidir. Hastalığın başlangıç yaşı reaksiyonun yoğunluğunu etkilememesine rağmen patergi reaksiyonunun pozitiflik oranı erkeklerde daha yüksektir. Ayrıca hastalığın aktif fazında genellikle pozitif, remisyon dönemlerinde de zayıf pozitif veya negatiftir. Patergi testinin düşük duyarlılığı bir tarama testi olarak kullanımını engellemektedir. Patergi testi tekrarlayıcı idiopatik aftoz ulserasyonlar, iridosiklit, idiopatik eritema nodozum, piyoderma gangrenozum, herpes genitalis, romatoid artrit, spondiloartropati ve kronik miyelogenoz lökemili hastalarda da pozitiflik gösterebileceğinden BH için patognomonik değildir. Patogenezde hücrel immünite üzerinde durulmaktadır.^{2,14,34}

2.1.4.7. Okular Behçet Hastalığı

Göz BH seyrinde en sık tutulan organ olup, sıklıkla ikinci ve dördüncü dekatlar arasındaki yetişkinlerde görülür. Olguların yaklaşık 1/5'inde başlangıç bulgusu olarak ortaya çıkar. Göz tutulumunun temel niteliği hipopiyon veya panüveitin izlendiği tek taraflı (%20) veya iki taraflı (%80) iridosiklittir. Türk ve Japon toplumunda hastalık daha sık ve daha şiddetli seyretmektedir. Hastalığın ilk dönemlerinde alevlenmeler genellikle tek gözde ve ön segmentte olmaya eğilim gösterirken, takip eden ataklarda çift taraflı tutulum ile birlikte arka göz segmenti ve vitreus kavitesi de olaya iştirak eder. Arka segment tutulumunun kronik, tekrarlayıcı ve inatçı doğası sonunda ilerleyici ve kümülatif bir görme kaybı gelişir. Olguların çoğu panüveit şeklinde karşımıza çıkarken, ön üveit sıklıkla kadınlarda, panüveit ise sıklıkla erkeklerde görülür. Tekrarlayan ve sıklıkla çift taraflı olan ataklar sırasında özellikle akut dönemde bulanık ve az görmeye gözde ve göz etrafında oluşan ağrı, reaktif miyozis, fotofobi ve lakrimasyon eşlik eder. Saatler veya günler içerisinde akut silier tip konjonktival vazodilatasyon ve injeksiyon gelişir. Ön segment tutulumu olan akut üveit atağında bu bölgedeki injeksiyon düzeyi ile ön üveitin ciddiyeti arasında ters orantılı bir uyumsuzluk olabilir. Genellikle nökslerle seyreden bu süreçte akut iridosiklit atağını takiben mevcut inflamasyon iki - üç hafta sürer. Ancak remisyon dönemlerinde bile inflamasyon gerçek anlamda tamamıyla kaybolmaz. Aktif okular BH'nın önemli belirteci ön kamara sıvısında lökosit olmasıdır.^{42,43}

Arka segment tutulumu olan Behçet hastalarında en korkulan komplikasyon retinada oluşan vaskülitik ataklardır. En çok bilinen ve en yaygın arka segment bulguları süregelen özellikte olabilen vitritis ve perivaskülitir. Sıklıkla gözlenen bir diğer bulgu da retinitir. Bu hastalar sıklıkla görme keskinliklerinde ağrısız azalmadan ve yüzen cisimler gördüklerinden şikayet ederler. Arka segmentte meydana gelen tekrarlayıcı inflamatif atakların gerek ciddiyeti ve gerekse sayısı kalıcı okular yapısal değişikliklere ve sonuçta kalıcı görme kaybına neden olur. Tekrarlayan üveit ataklarını takiben çoğu olguda görsel kayıplara yol açan çeşitli komplikasyonlar oluşmaktadır. Sekonder glokom, katarakt, kistoid makular ödem, makula dejenerasyonu, makular delik, optik atrofi, retina dekolmanı ve fitizis bulbi Behçet hastalarında oluşabilen ciddi komplikasyonlardır ve daha çok erkeklerde ortaya çıkarlar. Okular Behçet hastalığı olan olgularda katarakt daha çok ön segment tutulumunda gelişmekte ve arka subkapsüler katarakt şeklinde olmaktadır. Göz tutulumunun son döneminde tekrarlayan ataklar sonucu total optik sinir ve retina

atrofisi ve sikatriksleşmesi, damarlarda incelme ve kılıflanma ve sklerozan değişiklikler ile tam bir körlük gelişir. Sonuçta göz zamanla küçülür ve fitizis bulbi adı verilen bir şekle döner.^{42,43}

2.1.4.8. Kas, İskelet Sistemi ve Kardiyovaskuler Tutulum

BH'da artrit sıklığı %40-70 arasında değişmektedir. %9 oranında da ilk semptom olarak ortaya çıkmaktadır. Erkeklerde daha sık olarak gözlenir ve genellikle monoartiküler (% 68) veya oligoartiküler tutulum şeklinde kendini gösterir. Çocuklarda artrit daha siktir ve poliartrit şeklinde de prezente olmaktadır. Dizler en sık tutulan eklemdir. Ancak el ve ayak bilekleri, kalça ve dirsek eklemleri de tutulabilir. Genelde birkaç hafta içinde, nadiren deforme bırakarak kendiliğinden iyileşir.^{44,45,46} Monooligoartritler asimetrik bir tutulum özelliği gösterirken, poliartiküler olanlar simetrik bir özellik gösterebilmektedir. Artritlerin temel özellikleri; bol sıvı toplanması, artmış inflamasyon belirteçlerinin varlığı ve birkaç ay içinde sonlanmasıdır. Sinoviyal sıvı müsin pıhtısı iyidir, LDH ve protein düzeyleri osteoartrozlu hastalara göre daha yüksektir. Sinoviyal sıvıdan yapılan sitokin çalışmalarında TNF- α düzeyinin osteoartrozlu hastalarla benzer, IL-1ra ve TGF- β etkinliğinin ise osteoartrozlu hastalara göre daha yüksek, romatoid artritli hastalara göre ise daha düşük olduğu bulunmuştur. Sinovial dokunun histolojik özelliklerine bakıldığında sinovial hücre hiperplazisine genellikle mononükleer hücre infiltrasyonu eşlik etmektedir. Aşırı plazma hücre infiltrasyonu ve lenfoid folikül oluşumu görülebilir. Vaskulit ise genellikle görülmez.⁴⁷ BH okular, mukokutan ve gastrointestinal belirtileri ile spondiloartropatiler (SpA) ile benzerlik göstermektedir. BH ve SpA'larda ana genetik risk faktörlerinin HLA-sınıf bir antijenleri olması (HLA-B51 ve HLA-B27) ve her iki hastalığın da anti-TNF ilaçlara iyi yanıt vermesi ortak patofizyolojik yolları desteklemektedir.⁴⁶

BH'da damarsal tutulum sıklığı yaklaşık %25 civarındadır ve ağırlıklı olarak vaskulopati olarak seyreder. Çoğunlukla genç ve erkek hastalarda ortaya çıkar. Erkeklerde görülme sıklığı üç - beş kat daha siktir. Her çaptaki damarlar tutulabilir.^{46,47} Damar duvarı tutulumu olmadan perivaskuler mononükleer hücre infiltrasyonu yaygın olarak birçok lokalizasyonda görülebilmektedir. İlk vaskuler olay sonrası diğer vaskuler olaylar için de risk artmaktadır. Vaskuler tutulum kötü prognoz kriterlerindedir. Venöz tutulum biçimi, yüzeysel tromboflebit şeklinde olan küçük ven tutulumu ya da alt ekstremiteler ile karın ve göğüs içindeki büyük venlerin tutulumu (derin ven trombozu) şeklinde olabilir. Alt ekstremiteler venleri (femoral, popliteal) en sık tutulan venlerdir. Büyük ven tutulumları inferior ve superior vena kavalarda

tıkanmalara yol açarak isimleriyle adlandırılan sindromlara yol açar.⁴⁷ BH'da izlenen hiperkoagülabilitenin esas nedeni intravasküler prokoagulan faktörler olarak görülmektedir. Arteriyel alanda görülen inflamatif olay akut ve destrüktiftir. Yüksek kanama ve rüptür riski olan gerçek ve/veya yalancı anevrizma oluşumuna yol açar. Damar tıkanıklığı ise emboli riski düşük trombus oluşumu sonrası gelişir. Cerrahi ve invazif işlemler sonrası damar duvarında patergi fenomenine benzer şekilde anevrizma, yalancı anevrizma ve pıhtı oluşumu da izlenir. BH'da damar tutulumu etnik farklılıklar gösterir. Yüzeysel tromboflebit tekrarlayıcı ve gezici karakterde olduğu zaman BH'dan şüphelenilmelidir. Venöz ponksiyon sonrası ve heparin infüzyonu alanlarında da görülebilir. Genellikle alt ekstremitelerde kendini gösterir. Yüzeysel tromboflebitler klinik olarak tıkanan venlerin üzerinde, deri altında ağrılı yüzeysel kordonların palpe edilmesi şeklindedir. Yüzeysel tromboflebitlere ateş, halsizlik ve kırgınlık gibi belirtiler eşlik edebilir. Yüzeysel tromboflebit ve derin ven trombozu geçiren hastalarda uzun dönemde, bacaklarda ödem, ekzema statikümler ve ulkus krurisler gelişebilir. Derin ven trombozuna ikincil tromboembolik problemler çok nadir izlenir. Bunun nedeni trombusun damar duvarına sıkıca yapışık olmasındandır. Vena kava sindromlarının ülkemizde en yaygın nedenlerinden biri BH'dır. Vena kava superior sindromu, yüzde ve boyunda şişlik, boyun ve göğüs venlerinde belirginleşme ile kendini gösterir. Vena kava inferior sindromu ise kendini karın venlerinin belirginleşmesi ile gösterir. İnférieur vena kavadaki trombozun hepatik vene yayılması sonucu Budd – Chiari Sindromu gelişir. Bu hastalarda sağ üst kadrın ağrısı, asit ve hepatomegali saptanabilir. Hepatik venler, vena kava inferior tutulumu olmaksızın da tıkanabilir. Hepatik ven trombozunun 1 yıllık sağ kalım oranı %50'ler civarındadır. Sağ ventrikül trombozu daha çok pulmoner anevrizmalarla ilişkili olarak bulunmakta ve sağaltımı zorlaştırmaktadır. BH'da kalp tutulumu yaklaşık olarak %2 civarında görülür. Genellikle koroner arteritis, koroner arter anevrizmaları, endokardit, tekrarlayıcı ventriküler aritmiler, miyokardit, kapak yetersizlikleri, perikardit, kalp içi trombuslar, interatriyal ve ventriküler anevrizmalar ve kalp amiloidozu şeklinde tutulum izlenir. Endomiyokardiyal fibrozis nadir olarak saptanmaktadır. Miyokard infarktüsü vaskulite sekonder olarak gelişebilmektedir. Serebral ven trombozu kafa içi basıncında artışa yol açmakta, serebrospinal sıvı basıncı ve protein miktarı artmaktadır. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve venöz anjiyografi tanıyı doğrulamak için yapılır. Arteriyel komplikasyonlar (%1-7) venöz problemlere göre daha az görülür fakat mortalite ve morbidite açısından bakılırsa daha büyük önem

arzeder. Arteriyel tutulum anevrizma ve daha az olarak tıkanma şeklinde ortaya çıkar. Anevrizmalar; pulmoner arter anevrizması ve periferik arterleri anevrizması olarak ayrılabilir.^{46,47} Erkek cinsiyet ve sigara bağımlılığı önemli risk faktörleridir.⁴⁸ Kollateral dolaşıma bağlı olarak asimptomatik seyredebilir veya iskemik simptomlar gözlenebilir. Arteriyel anevrizmalar vasa vasorumlarda başlar. Aort anevrizmaların en sık görüldüğü yerdir. Femoral arter sıklıkla tutulmasına rağmen, koroner arterler, karotis, popliteal, inferior mezenterik arter, ekstremiteler ve viseral arterlerin tutulabildiği de bilinmektedir. Hastalar boyun, kasık ön yüzü veya popliteal çukura yerleşmiş pulsatil kitle ile başvururlar. Anevrizmalar, arteriyel ponksiyon, cerrahi müdahale ve anjiyografi sonrası da olabilmektedir.^{46,47,48}

BH'nın yaşamı tehdit edici mayor komplikasyonlarından biri de pulmoner arteriyel vaskulittir. Genellikle erkek hastalarda görülür. Hastaların %50'si bir yıl içinde kaybedilir. Pulmoner arter anevrizması genellikle iki taraflı ve çok sayıda olma eğilimindedir. Histopatolojik olarak inflamasyon primer olarak vasa-vasorumlarda yer alır. Damar duvarında nekroz olmasıyla gerçek anevrizmalar gelişir; ayrılma ya da damar duvarında kanama sonucu yalancı anevrizma oluşur. Anevrizmalar ana pulmoner arter ve onun lobar dallarında gözüktür. Hemoptizi temel yakınmadır ve bu hastalarda genellikle tromboflebit de bulunur. Hemoptizinin nedeni vaskulite bağlı olarak genişleyen pulmoner arterin bronş ağacına açılmasıdır. Hastalarda hemoptizi dışında nefes darlığı, öksürük, göğüs ağrısı, ateş ve terleme gibi belirtiler de görülebilir. BH'da oluşan trombüslerin genellikle emboli yapmadığı bilinmeli, antikoagülan sağaltımdan kaçınılmalı ve görüntüleme yöntemleriyle pulmoner arter anevrizmasının varlığı hızla saptanmalıdır. Hemoptizisi olan her Behçet hastasında pulmoner arter anevrizması akla gelmeli ve uygun görüntüleme yöntemleriyle araştırılmalıdır. Anjiyografi yerine BT ve MRG tercih edilmelidir.^{46,47}

2.1.4.9. Nörolojik Tutulum

Ülkemizde BH'nın nörolojik tutulumu yaklaşık %5-7 civarındadır. Erkeklerde kadınlara kıyasla üç ila dört kat daha sık gözlenmektedir. Nörolojik tutulum neredeyse daima merkezi sinir sistemine sınırlıdır. Az sayıda periferik sinir yada kas tutulumlu hastalar bildirilmiştir. BH'da merkezi sinir sistemi tutulumunu, parankimal merkezi sinir sistemi tutulumu ve dural sinus trombozu olarak sınıflandırmak mümkündür. Bu iki temel grup dışında optik nöropati, aseptik menenjit, nöropsikiyatrik tutulum ve serebral arteriyel tutulum gibi daha nadir sindromlar da oluşabilir.^{49,50}

Parankimal merkezi sinir sistemi tutulumu aslında bir meningoensefalit

tablosudur. En sık beyin sapı tutulumu görülür, sonra hemisferik tutulum ve omurilik tutulumu gelir. Genellikle günler içinde yerleşen bir beyin sapı sindromu şeklinde ortaya çıkar. Muayenede sıklıkla ataksi, dizartri, hemiparezi ve iki yanlı piramidal bulgular saptanır. Çoğunlukla nörolojik tutulumun öncesinde veya beraberinde sfinkter kusuru ve davranış değişikliği veya bilişsel bozukluklar görülür ki bu tip tutulum“ beyin sapı +” olarak adlandırılabilir.^{49,50} Beyin sapı tutulumuna rağmen, kranyal sinir tutulumları ve duysal belirtiler görece seyrekdir. Beyin sapı dışında omurilik tutulumu da tek başına veya kognitif bozuklukla birlikte görülebilir (Spinal + tip) ve bu durumda başlangıçtan itibaren daha ağır seyirli bir klinik tablo izlenir. Hastaların az bir kısmında hemisferik tutulum ön planda olabilir, yaklaşık %10 olgu ise multipl skleroz benzeri bir klinik tabloyla karşımıza çıkabilir. Bunların dışında, baş ağrısı gibi yakınmalarla yapılan nörolojik muayenede tesadüfen bazı “kırıntı” nörolojik bulguların (refleks asimetrisi, piramidal bulgular, vibrasyon süresinde kısılma gibi) saptandığı hastalar mevcuttur. Bu hastalarda “sessiz” nörolojik tutulum bulunduğu söylenebilir.^{49,50}

Merkezi sinir sistemi tutulumunu araştırmak için seçilecek inceleme yöntemi, kranyal MRG'dir. Tipik olarak beyin sapı veya bazal ganglionlardan diensefalik yapılara uzanan T2 ağırlıklı kesitlerde hiperintens görünen, tek ya da iki yanlı olabilen, hafif kitle etkisi gösterebilen büyükçe bir lezyon görülür. Lezyonun genişliğine karşın içinde küçük bir odak ya da odaklar halinde kontrast tutulumu dikkat çeker, yine lezyonun genişliği ile klinik bulguların orantısızlığı göze çarpar. Sağaltımla lezyonun küçüldüğü ve dağınık milimetrik T2 hiperintensiteleri olarak kaldığı görülür. İleri evrelerde belirgin beyin sapı atrofi gelişebilir.^{49,51}

Spinal tutulumlu hastalarda ise spinal MRG incelemesinde tek veya birden fazla spinal seviyeyi kapsayan T2 hiperintensitesi veya omurilikte atrofi görülebilir. Sınırlı sayıda hastada ise hemisferik ak madde içinde, bazen periventriküler olsa da daha çok ventriküllerden uzakta yerleşmiş multipl ak madde lezyonları görülebilir. Bunların multipl sklerozdan ayrımı çok zordur.⁴⁹

Parankimal nörobehçet hastalığında beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesi hem tutulumu doğrulamak, hem de tutulumun tipi ve ağırlığı hakkında bilgi vermesi bakımından çok yararlıdır. Parankimal nörolojik tutulumlu olguların çoğunda BOS anormal bulunur. Nadiren normal bulunabilirse de, genellikle hafif orta düzeyde limfosit ve polimorfonükleer hücre artışı, protein düzeyinde ılımlı bir artış gözlenir; şeker ise normaldir. Genellikle BOS'nda oligoklonal IgG bantları saptanmaz, ancak

IgG indeksi artmış olabilir. İnflamatif nörolojik tutulumu desteklemesi dışında, anormal BOS bulguları daha kötü prognozla beraberdir. Klinik gidiş genellikle ataklar ve remisyonlar şeklinde olur ve atak sayısı arttıkça prognoz kötüleşir; bazı olgularda ikincil ilerleyici seyir ortaya çıkabilir. Daha nadir olarak, özellikle omurilik tutulumlu hastalarda başlangıçtan itibaren sinsi ilerleyici bir gidiş görülebilir. Parankimal merkezi sinir sistemi tutulumu, BOS'nda protein ve hücre artışı, yaygın lezyonlu tutulum (Ör. "beyin sapı +"), spinal tutulum, başlangıçta ataksi ve dizartrinin ön planda olması, başlangıçtan itibaren ilerleyici seyir ve atak sayısının iki veya üzerinde olması nörobeçet hastalarında kötü prognostik işaretlerdir.^{49,50}

Nörobeçet olgularının yaklaşık %20'sinde dural sinüs trombozuna bağlı intrakranyal hipertansiyon görülür. Subakut başlangıçlı, sıklıkla bulantı ve kusmanın eşlik ettiği, yatar pozisyonda artan şiddetli baş ağrısı vardır. Papilla ödeminin yanı sıra tek veya iki yanlı altıncı sinir felçleri görülebilir, fakat onun dışında nörolojik ve nöropsikolojik muayene normaldir. İlginç olarak sinüs trombozu ile parankimal nörolojik tutulumun aynı hastada görülme oranı çok düşüktür.^{49,50}

Kranyal MRG'de tıkalı dural sinüste akım fenomeni kaybı görülebilir, bunun dışında MRG genellikle normaldir. BH'da dural sinüs trombozunun prognozu parankimal tutulumuna göre çok iyidir. Nadiren merkezi sinir sisteminin arteriyel tutulumuna bağlı inme benzeri bir sendrom veya intrakranyal anevrizma oluşabilir. Aseptik menenjit ise BH'da çok nadiren görülen bir bulgudur. Nörobeçet hastalığı kuşkusu ile araştırılan her olguda beyin MRG, BOS incelemesi, nöropsikolojik testler yapılmalı, gereken durumlarda uyandırılmış potansiyel incelemeleri, MR venografi, spinal MRG veya serebral anjiyografi yapılmalıdır.^{49,51}

Bazı hastalarda sistemik BH alevlenmelerinin primer baş ağrılarını (Özellikle migren veya gerilim tipi baş ağrısı) tetiklemesi söz konusu olabilir. İlginç olarak, hastaların yaklaşık %5'i sadece sistemik BH alevlenmeleri sırasında migrenöz baş ağrısı yaşamakta ve baş ağrıları analjeziklerden çok bu sistemik Behçet alevlenmelerinin sağaltımı ile düzelmektedir. Buna karşın gerek parankimal nörolojik tutulumda, gerekse dural sinüs trombozunda baş ağrısı oldukça sık rastlanan bir bulgudur.^{49,50}

Parankimal nörolojik tutulum BH'nın en ciddi ve korkulan komplikasyonlarından biridir. Etkili sağaltım uygulanmazsa tekrarlayan ataklar kısa sürede giderek daha ağır sekillere ve ciddi bilişsel yıkımın da eşlik ettiği ağır bir birikici özür lülüğe yol açabilir. Beyinsapından diensefalona uzanan yaygın lezyonun

bulunması ve ilk atak sırasındaki BOS bulgularının anormal olması uzun vadede kötü prognozla ilişkili bulunmuştur. Parankim dışı tutulum ise parankimal tutulumla göre anlamlı derecede daha iyi prognoz taşır.^{49,50}

2.1.4.10. Gastrointestinal Tutulum

Behçet hastalarının %10-50'sinde gastrointestinal sistem tutulumu izlenir. Mukozal ulserasyonlar ilioçekal bölgede en sık görünmekle beraber ağızdan anüse kadar gastrointestinal sistemin herhangi bir yerinde görülebilirler. Yüzeysel veya derin olabilen bu ulserasyonlardan spontan perforasyonlar bildirilmiştir. Karın ağrısı, ishal, pirozis, retrosternal yanma ve perianal fistül gibi klinik yakınmalara yol açabilir. Gastrointestinal tutulum barsak duvarının küçük damarlarında, sıklıkla da venlerinde vaskulit oluşumu nedeniyle gelişir. En sık tutulum yeri terminal ileum ve çekumdur. Özofagus ve daha nadiren mide tutulumu da görülebilir. Lokalize veya yaygın tip olmak üzere iki farklı tip ulserasyon oluşabilir. Lokalize ulserasyonlar ileoçekal bölgede sık görülür ve derindir. Sıklıkla serozal yüzeye penetre olup perforasyonla komplike olurlar. Diğer taraftan yaygın ulserasyonlar sıklıkla kolonda izlenirler ve zımba ile delinmiş gibi çok sayıda ve ayrı ayrı yerleşirler. Bu ulserasyonlar daha küçük çaplıdır ve yüzeyseldir.^{52,53}

Özofagus tutulumu nadirdir ve sıklıkla erkek hastalarda izlenir. Özofagusun en sık orta kısmı etkilenir. Substernal ağrı, disfaji ve bazen hematemeye yol açar. Histolojik olarak ulserasyon alanlarında limfositik veya nötrofilik infiltrasyon izlenir, vaskulit ise nadirdir. Hastaların yarısından fazlasında özofagus tutulumu başlıca jejunal ve ileokolik ulserasyonlar gibi diğer gastrointestinal belirtilere eşlik eder.⁵²

Gastroduodenal mukoza gastrointestinal kanalda en az tutulan bölgedir. Sıklıkla aftöz ulserasyonlar şeklinde tutulum izlenir. Bu ulserasyonlar genellikle antrumda yerleşirler. Karın ağrısı ve gastrointestinal sistem kanaması ile bulgu verebilir. İnce barsakta en sık tutulum yeri terminal ileumdur. Baryumlu kolon grafisinde tipik olarak tek ya da çok sayıda ayrı ayrı ulserasyonlar ile beraber çevre mukozal pililerde kalınlaşma saptanır. Bilgisayarlı tomografide tutulan barsak segmentleri sıklıkla konsantrik veya kitle tarzı barsak duvar kalınlığı gösterir ve kontrast maddenin alımından sonra belirgin derecede artar. Son dönemde kullanıma giren kapsül endoskopi ve çift balon enteroskopik muayene yöntemleriyle ince barsak tutulumuna ait ulserasyonlar kolayca farkedilebilir.⁵²

BH'nın sık görülen tutulum yeri ileoçekal bölge ya da proksimal assendan kolondur. Rektal tutulum ise seyrekir. Hem BH hem de Crohn hastalığında tek tek

ulserasyonlar ve normal barsak mukozası alanları mevcuttur. Daha geniş ve daha derin ulserasyonlar, granulom oluşumunun seyrek oluşu ve barsak perforasyonunun sık görülmesi BH lehinedir. Radyolojik tetkiklerde ulserasyonlar ayrı ayrı, yaka düğmesi şeklinde ya da halka şeklinde penetrasyonlu lezyonlardır. Çift kontrast teknik ulserasyonların gösterilmesinde tek kontrast teknikten daha kıymetlidir. Nadiren BH kendini ileoçekal alanda kitle şeklinde gösterir. Bu hastalarda kolonoskopi yaparken fazla hava verilmemeli, perforasyon kolayca gelişebildiği için biyopsi alımları kolondaki havayı aspire ettikten sonra yapılmalıdır. Ulserasyonlu barsak segmentinin cerrahi olarak rezeke edilmesi sonrasında hastaların %40-45'inde anastomoz yerinde veya anastomoz yerine komşu bölgede nüks meydana gelmektedir. En sık görülen nüks tipi, bir veya iki derin ulserasyondan ibaret olan tiptir. Nüks eden bu ulserasyonların tümü anastomoz hattında yada yakınında, cerrahi izleyen iki yıl içerisinde ortaya çıkar.⁵²

Derin, penetre edici ulserasyonlar nedeniyle perforasyon, fistül, kanama ve peritonit gibi problemler yaklaşık %56 oranında görülür. Gastrointestinal sistemin diğer bölgelerinde de portal, hepatik, mezenterik, femoral ven ve inferior vena kavada trombozlar, abdominal aort anevrizması, hepatik apse ve pankreatit gibi komplikasyonlar bildirilmiştir. BT bunların saptanmasında faydalıdır. Yaygın ulserasyonlu hastalarda, tek geniş ulserasyonlu hastalarda, barsak duvarı kalınlaşmış hastalarda komplikasyon riski polipoid kitle şeklinde tutulumu olan hastalardan daha yüksektir.⁵²

2.1.4.11. Böbrek Tutulumu

BH'da böbrek tutulumu çeşitli serilerde %0 ile %55 arasında değişmektedir. Beş farklı grupta incelenebilir: 1- Glomerülo nefrit (GN) 2- Amiloidoz 3- Böbrek damar tutulumu 4- İnterstisyel nefrit 5- İlaç yan etkileri ve diğer genitoüriner etkilenimler. Böbrek tutulumunun en sık görülen şekli, klinik önem taşımayan asimptomatik hematüri ve proteinüri ayrıca çoğunlukla simptomatik amiloidozdur. Daha seyrek olarak, genellikle hafif seyirli interstisyel nefrit ve böbrek damar tutulumu görülür. Böbrek tutulumunu en sık glomerüler lezyonlar oluşturmakta çoğunlukla da asimptomatik seyretmektedir. IgA birikimi, antinötrofilik sitoplazmik antikorlar ve immunkompleks depolanması patogeneizde en çok üzerinde durulan faktörlerdir. En sık olarak IgA nefritinin diffuz proliferatif formu, diğer diffuz proliferatif GN'ler, kresentik GN, mezengial veya fokal proliferatif GN karşımıza çıkar. Daha nadir olarak membranöz GN ve fokal segmental GN görülebilir. Klinik bulgular asimptomatik, silik

hematüri ve/veya ılımlı proteinüri ile hızlı ilerleyen GN'in klinik seyri arasında değişebilir. Bu klinik bulgular, ılımlı glomerüler değişikliklerden kresentik GN'e kadar değişen histopatolojik bulgularla koreledir. İmmunfloresan değerlendirmede olguların çoğunda kapiller ve mezengial IgG, IgA, IgM ve C3 birikimi izlenir. Glomerülo nefrit olgularının çoğunda proteinüri 3 gr/gün'ün altındadır. BH ile ilişkili GN'lerde kısa süreli böbrek prognozu iyidir fakat tam remisyon enderdir.^{47,54,55}

BH'da amiloidoz sıklığı %0.01 ile %5 arasında değişmektedir. Olguların çoğunluğunu Akdeniz ve Ortadoğu ülkelerindeki hastalar oluşturur. Amiloidozun tanısı tutulan organ ya da dokunun biyopsisinde AA tipi amiloid fibrillerinin gösterilmesi ile konur. Tanı anında genellikle nefrotik sendrom ve/veya böbrek yetmezliği bulguları vardır. BH'da böbrek damar tutulumu seyrek olarak (%1) görülmekle beraber, hastalığın en ciddi böbrek komplikasyonunu oluşturmaktadır ve hastalığın şiddeti ile ilişkilidir. Tutulan damarın çapına göre büyük damar ve küçük damar hastalığı olmak üzere ikiye ayrılır. En sık görülen böbrek damar tutulumu büyük damar (Örnek renal arter anevrizması) tutulumudur. Renal arter darlığı ve bununla ilişkili hipertansiyon ikinci sıklıkta görülen lezyondur. BH'da böbrek damar tutulumu anjiyografi ya da bilgisayarlı tomografi ile değerlendirilebilir. Fakat girişim ve uygulanan kontrast maddenin yol açabileceği komplikasyonlar nedeniyle MRG tercih edilen görüntüleme seçeneğidir. Mikroskopik damar tutulumu genç hastalarda bildirilmiş olup, hematüri ve ılımlı proteinüri ile kendini gösterir. BH'da nadiren tubulointerstisyel değişiklikler görülür. Ayrıca siklosporin sağaltımı ile ilişkili hemolitik üremik sendrom ve trombotik trombositopenik purpura, siklosporin nefrotoksitesisi, siklofosfamid sağaltımı ile ilişkili mesane kanseri, nörojenik mesane, nonsteroid antiinflamatif ilaçlar ve interferon ilişkili nefropatiler de nadiren saptanabilir. Sonuç olarak BH'da böbrek tutulumu sanıldığından daha siktir. İlimli glomerüler ve mikroskopik damar hastalığı ile seyreden hafif böbrek tutulumu açısından rutin ürogram yararlıdır. Amiloidoz yaşam süresini etkileyen prognoz belirleyicisi olması bakımından akılda tutulmalıdır.⁵⁴

2.1.5. Çocukluk Çağı Behçet Hastalığı

BH'nın çocukluk döneminde görülmesi oldukça seyrekdir. Hastaların %1-2'sini çocuklar oluşturmaktadır. Çocukluk çağı BH'da cinsiyet dağılımı hemen hemen birbirine yakın orandadır. Hastalığın ortalama başlangıç yaşı yedi olup, tanı kriterlerini tamamlama yaşı ise 11 – 13 arasındadır. Kliniği çok değişken olmakla beraber genellikle monosimptomatik gider, ikinci bir bulgunun eklenmesi bazen yılları alabilir. Pekçok

yayında çocukluk çağı BH'da aile hikayesi belirgin olarak yüksek bulunmuştur. Juvenil BH'da başlangıç bulgusu olarak genital ulserasyon sıklığı erişkinlerle kıyaslandığında daha düşüktür. Bunun nedeni olarak minor travma, lokal infeksiyon, hormonal faktörlerin biri veya kombinasyonlarının erişkinler için risk faktörü olabileceği görüşü ortaya atılmıştır. Hastalık şiddetinin çocuklarda daha fazla olabileceği bilinmektedir. Yine üveitin erişkin gruba göre daha az sıklıkta fakat çok daha ciddi seyirde ve özellikle erkeklerde daha belirgin olduğu gösterilmiştir.^{56,57,58}

Sonuç olarak Juvenil BH'da tanı açısından değerlendirildiğinde erişkinlere göre daha geç tanı almadığı, temel klinik özellikleri ve sağaltım açısından değerlendirildiğinde erişkinlere benzer özellikler gösterdiği söylenebilir. Fakat nörolojik ve gastrointestinal sistem gibi şiddetli organ tutulumlarının erişkinlerden daha sık olduğu ve bu nedenle, bu yaş grubu BH'nın daha şiddetli seyredebileceği göz önüne alınarak daha yakından takip edilmesi önerilebilir. Bu hastalarda saptanan yüksek orandaki aile hikayesi varlığı nedeniyle genetik faktörlerin hastalığın erken yaşta ve şiddetli organ tutulumu ile ortaya çıkmasında sorumlu olabileceği düşünülmektedir.⁵⁷

2.1.6. Gebelikte Behçet Hastalığının Klinik Seyri

Gebelikte hastalığın remisyona girdiği hastaların sayısı, gebelikte hastalığın alevlenme gösterdiği hastaların sayısından daha fazladır. Bu durum gebelikte meydana gelen immunolojik ve/veya hormonal değişikliklerin etkisi ile açıklanabilir. BH'daki immunolojik yanıtta Th1 paternini öne çıkaran bir T hücre dengesizliği olmaktadır. Fakat gebelikte genellikle Th1 yanıtını baskılayan Th2 tipi sitokinlerin artışı görülür. Bu nedenle gebeliğin BH'nın klinik seyrine olan etkilerinde değişiklikler olabilmemesi beklenen bir durumdur.⁵⁹ Her ne kadar BH gebelikte remisyon girme eğiliminde ise de gebeliğin hastalığın klinik seyrine olan etkisi hastadan hastaya hatta aynı hastanın bir gebeliğinde diğer gebeliğine göre epey farklılıklar gösterebilmektedir. Gebeliğin BH'nın klinik seyrine etkisi konusunda kesin bir hükme varacak yeterli veriler henüz mevcut değildir. Ancak bu konudaki literatür bilgileri gözden geçirildiğinde genel olarak gebeliğin BH'nın doğal seyrine belirgin bir etki göstermediği sonucuna varabiliriz.⁵⁹

2.1.7. Laboratuvar ve Histopatolojik Bulgular

Bugüne kadar BH'nın tanısı için spesifik bir laboratuvar tetkiki veya hastalık aktivasyonu ile iyi derecede korelasyon gösteren bir aktivite belirleyicisi saptamak mümkün olmamıştır. Bununla birlikte temel laboratuvar inceleme ve gerekli görülen

seroimmünolojik tetkikler, organ tutulumu, ayırıcı tanı ve ilaç toksisitelerini saptamak açısından istenmelidir. Hastalarda sıklıkla hafif düzeyde kronik hastalık anemisi görülür. Hastalığın özellikle aktif dönemlerinde, hastaların yaklaşık %15'inde nötrofil lökositozu görülebilir. Eritrosit sedimentasyon hızı, C - reaktif protein ve diğer akut faz belirteçlerinde de artış izlenebilir. Akılda tutulması gereken nokta, akut faz belirteçlerinin hastalık aktivitesi ile doğrudan ilişki göstermemesidir. Mesela C-reaktif protein ve eritrosit sedimentasyon hızı gibi akut faz belirteçleri aktif orogenital ulserasyon, okular veya merkezi sinir sistemi tutulumu gibi bulguların varlığına rağmen normal sınırlarda saptanabilirler. Karaciğer fonksiyon testleri ilaçlara bağlı toksisite veya vaskular trombozlar dışında genel olarak normaldir. Kas tutulumu gösteren nadir olgularda kreatin fosfokinaz ve diğer kas enzimleri yükselebilir. Böbrek tutulumu olan hastalarda tutulumun ciddiyetine bağlı olarak asimptomatik hematüri, proteinüri, piyüriden ileri böbrek yetmezliğinin laboratuvar bulgularına kadar pek çok değişiklik ortaya çıkar. Ancak böbrek fonksiyon testleri ve ürogram çoğu zaman normaldir. Eklem tutulumu olan hastalarda sinoviyal sıvıda inflamasyon bulguları, nötrofil ve mononükleer hücreler saptanır. Nötrofiller baskın, müsin pıhtı testi sıklıkla iyidir. Nörobeçet olgularında beyin omurilik sıvısı basıncı genellikle artmıştır. Artmış protein konsantrasyonu, IgG oligoklonal bantlar ve artmış IgG indeksi görülebilir. Limfosit hakimiyetinde pleositoz görülür. Romatoid faktör, antinükleer antikorlar ve antinötrofil sitoplazmik antikorlar negatiftir. Hastaların %40-60'ında dolaşan immunkompleksler saptanır.⁶⁰

Vasküler inflamasyon, BH'daki mukokutan lezyonların temelini oluşturur. Genellikle her boydan arter ve venleri tutan bir vaskulit paterni saptanır. Histolojik bulgular damar duvarında belirgin fibrinoid nekroz ile birlikte nekrotizan bir vaskulitten, belirgin bir interstisyel infiltratla birlikte olabilen perivasküler inflamasyona kadar değişebilen özellikler gösterir. Lezyonların erken döneminde yapılan biyopsilerde çoğu kez lökositoklastik vaskulit (nötrofillerde karyoreksis, eritrosit ekstravazasyonu, postkapiller venüllerde fibrinoid nekroz) ya da nötrofilik vasküler reaksiyon (fibrinoid nekrozun saptanmadığı bir nötrofilik infiltrasyon, nükleer "dust"-toz - ve eritrosit ekstravazasyonu) saptanır. Lezyonların geç dönemlerinden alınan biyopsi örneklerinde ise hakim histopatolojik görünüm limfositik vaskulit veya limfositik perivasküler infiltrasyon şeklindedir.^{2,61}

2.1.8. Tanı

BH için kesin tanı koydurucu laboratuvar ve histopatolojik bulgular olmadığından tanı klinik bulgulara dayanmaktadır. Bu amaçla pek çok tanı kriteri kullanılmakla birlikte hepsinin ortak özelliği, hastalığın tanısının mukokutan bulgular ve özellikle de oral ve genital ulserasyonlar, kutan belirtiler ve patergi testi pozitifliğinin üzerine kurulmasıdır. Son yıllarda yaygın olarak kullanılan ve kabul gören tanı kriterleri 1990 yılında yapılan bir çalışma ile Uluslararası Behçet Hastalığı Çalışma Grubu tarafından tanımlanmıştır. Bu çalışma 7 ülkedeki 12 merkezde Behçet hastalığı bulunan 914 hasta ile kontrol grubu olarak Behçet hastalığı ile karışabilecek simptomları bulunan 348 hasta alınarak yapılmış ve sonuçta duyarlılığı %91, özgüllüğü %96 olan aşağıdaki kriterler elde edilmiştir.^{2,62}

Uluslararası Behçet hastalığı çalışma grubu tanı kriterleri*.⁶²

Temel kriter: Tekrarlayıcı oral ulserasyon (12 aylık dönemde en az üç kez tekrarladığı hasta ya da hekim tarafından gözlenen minor aftöz, mayor aftöz veya herpetiform ulserasyon) ile birlikte aşağıdaki 4 mayor belirtiden en az iki tanesi:

1. Tekrarlayan genital ulserasyon (Hasta ya da hekim tarafından gözlenen aftöz ülserasyon veya sikatriksle)
2. Göz lezyonları (Anteriyor uveit, posteriyor uveit veya yarı lamba bakısında vitrede hücreler veya oftalmolog tarafından saptanan retinal vaskulit)
3. Deri lezyonları (Hasta ya da hekim tarafından gözlenen erythema nodosum, pseudofollikülit veya papulopüstüler lezyonlar veya kortokoid sağaltımı altında olmayan postadolesent olgularda hekim tarafından tespit edilen akneiform nodüller)
4. Pozitif patergi testi (24-48. saatlerde hekim tarafından değerlendirilir)

* Bulgular herhangi başka bir klinik açıklama yoksa anlamlıdır.

2.1.9. Prognoz

BH prognozunu belirlerken birden fazla etmeni bir arada değerlendirmek gerekir. Hastalık kendi kendini sınırlamaz, değişik evrelerde önceden belirlenemeyen yeni organ tutulumları ortaya çıkabilir. Yine de organ tutuluş şekli, hasta cinsiyet ve yaşı ile genel hastalık aktivitesi gibi etmenler yol göstericidir.⁵⁸ BH'da erkek cinsiyet, erken başlayan sistemik bir bulgu ve HLA-B51 pozitifliğinin kötü prognostik faktörler olduğu belirtilmekte ve mortalitenin erkeklerde (%14) kadınlara (%2) göre fazla olduğu bu hastalarda daha fazla göz, büyük damar ve nörolojik tutulum olduğu saptanmıştır. BH'da başlıca ölüm nedenleri büyük damar tutulumu (%40) ve parankimal nörolojik tutulumdur (%12). Ayrıca uzun süreli ilaç kullanımına bağlı

ortaya çıkan ilaç yan etkileri de prognozu önemli ölçüde etkilemektedir.⁶³

2.1.10. Sağaltım

BH sağaltımı tutulan organın özelliğine ve kliniğin ağırlığına göre değişir. Sağaltım planlanırken göz önünde bulundurulması gereken temel özellikler: Mukokutan lezyonların sağaltımı ve kontrol altında tutulması, ağrının kontrol altına alınarak fonksiyonel bozukluğun düzeltilmesi, aktif inflamasyonu kontrol altında tutmak, nükslerin sayısı ve ağırlığını azaltmak ve hedef organ hasarını önlemektir.⁵⁸

Kolşisin BH'da 1975'ten beri çok yaygın ve sık kullanılan bir ilaçtır. Mukokutan belirtileri olan hastaların katıldığı bir çalışmada iki yıl boyunca kolşisin kullanan kadın hastaların genital ulserasyon sıklığını azalttığı, eritema nodozum ve artrit sağaltımında etkili olduğu saptanmıştır. Erkeklerde ise artrit sağaltımında etkili bulunmuştur.^{64,65} Nötrofil kemotaksisini inhibe eder ve TNF- α , lökotrien-B4, siklooksigenaz-2 aktivitesini ve prostoglandin E2' yi baskılar.⁶⁶

Azatioprinin 2,5 mg/kg/gün dozlarında hastalarda uveit ataklarını azalttığı, göz tutulumunun gelişimini önlediği ve görme keskinliğini iki yıl süreyle koruduğu gösterilmiştir. İlaç sağaltım süresince oral aft, genital ulserasyon, artrit ve derin ven trombozunu baskılamaktadır. İlacın yararı başlangıçtan üç ay sonra ortaya çıkar. Günlük doz 200 mg/günü aşmamalıdır. Azatioprin tiopurin metil transferaz enzim eksikliği olan insanlarda pansitopeni ve ciddi toksisiteye yol açar. Hastaların sağaltıma başladıktan sonra düzenli aralıklarla hemogram, AST, ALT kontrolleri yapılmalıdır.^{65,67}

Siklosporin A'nın etkisi çabuk başlar ve özellikle retinal vaskulit, progresif uveit ve görme keskinliğinin azaldığı durumlarda kullanılır. 5 – 10 mg/kg/gün dozlarda görme keskinliğini artırır, mukokutan lezyonlara da etkilidir. Siklosporin A nörotoksisiteye yol açabilir, nörobeçetli hastalarda kullanılmamalıdır. Hastaların ayrıca hipertansiyon ve nefrotoksisite açısından izlemi gereklidir.⁶⁵

Talidomid immunomodulator etkili, teratojenik bir ilaçtır. Behçet hastalarında aft, genital ulserasyon ve papulopustular belirtilerin baskılanmasında etkin olduğu, kullanımı sırasında yeni lezyon oluşumunu önlediği fakat eritema nodozum benzeri lezyonların artışına yol açtığı gözlenmiştir. İlaç kesildikten sonra hastalık belirtileri tekrar ortaya çıkmaktadır.⁶⁸

Birçok hekim kortikosteroidleri BH'nın birçok belirtisinin sağaltımında tek başına veya immunsupresiflerle birlikte kullanır. Çift kör plasebo kontrollü bir çalışmada mukokutan belirtileri olan hastalarda 3 haftada bir kez yapılan 40 mg

metilprednizolon 27 hafta süre ile kullanılmış ve bayanlarda eritema nodozum tipi lezyonları azalttığı gözlenmiştir. Aft ve genital ulserasyonların tekrarlamasını ise önlememektedir. Bunun dışında kortikosteroidler pulse şeklinde merkezi sinir sistemi ve pulmoner arter tutulumu olan hastalarda kullanılmaktadır.^{65,69}

Üç haftada bir uygulanan 1,2 milyon ünite benzatin penisilin, birlikte kolşisin kullanan hastalarda 2 yıl sonra artrit ataklarını önlemede hafif veya orta derecede etkilidir.⁶⁵

Alkilleyici bir ajan olan siklofosamid büyük damar tutulumu olan hastalarda kullanılmaktadır. Mesanede hemorajik sistit oluşumu mesna ile engellenebilir. Siklofosamidi pulse şeklinde uygulamak, günlük kullanıma göre daha etkili bulunmuştur.⁶⁵

IFN- α tip1 interferondur ve viral infeksiyon sonrası somatik hücrelerde oluşur. Oral ulserasyon ağrı ve süresinde, genital ulserasyon sıklığında ve papulopustular lezyonlarda azalma şeklinde etkileri bulunmaktadır. Esas olarak göz tutulumu olan hastalarda etkilidir; ancak mukokutan ve eklem tutulumunda da yararlıdır. Genelde sağaltıma başlandıktan iki hafta sonra yanıt alınmakta tam remisyona 4-6 haftada elde edilmektedir. İlaç kesildikten sonra nüks olan olgularda, sağaltım siklusu tekrarlandığında etkinin devam ettiği görülür. IFN- α orta ve yüksek dozlarda etkilidir. Uzun süreli remisyona yüksek dozlarda elde edilebilir. IFN şiddetli olgularda düşünülmelidir. Depresyon ve psikozu olan hastalarda kullanılmamalıdır.⁶⁵

TNF- α inhibitörlerinden infliksimab nüks sıklıklarının azaltılmasında ve görme keskinliğinin korunmasında etkilidir. Sağaltım kesilince nüksler oluşmakta, uzun süreli remisyona elde edilememektedir. Merkezi sinir sistemi tutulumunda etkili olduğu bilinmektedir. Yine etanerseptin oral ulserasyonları, papulopustular lezyon ve artrit sıklığını azalttığı, buna karşın genital ulserasyonların boyutunu, sıklığını azaltmada orta derecede etkili, nodular lezyonlarda ise hafif derecede etkili olduğu saptanmıştır.⁶⁵

Dapson BH'nın mukokutan belirtilerinin sağaltımında etkilidir. Yine fagositlerin ürettiği TNF- α gibi inflammatif sitokinlerin yapımını azaltıp nötrofil fonksiyonlarını düzenleyen pentoksifilin, kolşisin ile birlikte kullanıldığında, oral ve genital ulserasyonlarda %50 oranında iyileşme sağlar.⁶⁵

Avrupa romatizma derneğince BH'nın sağaltımı ile ilgili aşağıdaki öneriler hazırlanmıştır.⁷⁰

1. Arka segmenti etkileyen uveit şeklinde göz tutulumu olan bir hastada azatioprin ve sistemik kortikosteroidler kullanılmalıdır.

2. Eğer bir hastada görme keskinliği 10/10'dan iki puanlık düşme gösterirse, buna retinal vaskulit veya makular tutulum eşlik ederse ya siklosporin A veya infliksimab azatioprin ve kortikosteroidler ile birlikte kullanılmalıdır. Bu hastalar için alternatif sağaltım yöntemi kortikosteroidlerle veya tek başına İFN- α kullanımudur.

3. Büyük damar tutulumu olan hastalar için kesin bir veri olmamakla beraber akut derin ven tutulumu olan hastalarda kortikosteroidler, azatioprin, siklofosfamid ve siklosporin kullanılmalıdır. Pulmoner arter ve periferik arter anevrizmaları için siklofosfamid ve kortikosteroidler kullanılmalıdır.

4. Derin ven trombozu sağaltımında veya arteriyel lezyonların sağaltımında antikoagülan, antitrombotik ya da fibrinolitik ajanların etkinliği konusunda yeterli veri ve çalışma yoktur.

5. Gastrointestinal tutulumu olan Behçet hastalarının sağaltımı konusunda kanıta dayalı sağaltım bulunmamaktadır. Sulfasalazin, kortikosteroidler, azatioprin, TNF antagonistleri ve talidomid acil durumlar dışında, cerrahi girişim öncesinde denenmelidir.

6. BH artritinin sağaltımında kolşisin kullanılmalıdır.

7. Merkezi sinir sistemi tutulumu için kontrollü çalışma mevcut değildir.

Parankimal tutulumu olan hastalar için kortikosteroidler, interferon- α , azatioprin, siklofosfamid, metotreksat ve TNF- α antagonistleri kullanılmalıdır. Dural sinüs trombozu için kortikosteroidler kullanılmalıdır.

8. Merkezi sinir sistemi tutulumu olan hastalarda göziçinde inflamasyon olmadıkça siklosporin kullanılmamalıdır.⁷⁰

Başlıca mukokutan lezyonlar olan oral ve genital ulserasyonlu hastaların çoğu lokal kortikosteroidler, lidokain jel, klorheksidin içeren gargaralar ile tedavi edilirler. Yine sükralfat süspansiyon da etkili bir seçenektir. Laktobasil türleri arginin deaminazı aktive ederek sonuçta proinflamatif bir aracı olan nitrik oksit üretimini engeller. Laktobasillus brevis içeren pastiller 1 hafta boyunca günde beş kez kullanıldıklarında oral ulserasyonların sağaltımında etkili olmaktadırlar. Kolşisin mukokutan lezyonların sağaltımında pek çok hekim tarafından tercih edilmekte olup, kadın hastalarda genital ulserasyon ve eritema nodozum lezyonlarını azalttığı kanıtlanmıştır. Benzatin penisilin, azitromisin mukokutan lezyonlarda çok etkili olmamakla birlikte, minoksiklin

oral ulserasyonlar, eritema nodozum ve papulopustular lezyonlarda etkili bulunmuştur. Ancak yine de bu ilaçlar BH'nın sağaltımında tercih edilmemektedirler. Bu sağaltımlara dirençli hastalarda azatioprin, talidomid, IFN- α , daha dirençli olgularda etanersept kullanılabilir.⁶⁵

Artrit kontrolünde steroid olmayan antiinflamatif ilaçlar, lokal kortikosteroid enjeksiyonları pek faydalı değildir, kolşisin etkilidir. Uzun süren ve kolşisin ile kontrol altına alınamayan olgularda azatioprin, IFN- α veya TNF- α inhibitörleri kullanılır.⁶⁵

Göz tutulumunda 2,5 mg/kg/gün dozunda azatioprin ilk seçenektir. Lokal ve sistemik kortikosteroidler sağaltıma eklenebilir, görme keskinliğinin 2 satır azaldığı durumlarda 5 mg/kg dozda siklosporin sağaltıma eklenebilir.⁶⁵

Damar tutulumu olan hastalarda, trombotik durumlarda azatioprin tercih edilmelidir. Vena kava superior ve inferior, Budd-Chiari sindromunda ise siklofosfamid pulse şeklinde uygulanmalıdır. Pulmoner arter tutulumu dışında antitrombotik ilaçlar genellikle hastalara önerilir.⁶⁵

Nörolojik parankimal tutulumu olan hastalar sistemik kortikosteroidlerle birlikte siklofosfamid veya azatioprin ile tedavi edilirler. TNF- α blokerleri infliksimab ve etanersept parankimal nörolojik tutulumu olup diğer sağaltımlara dirençli olgularda kullanılırlar. Gastrointestinal tutulumu olan hastalarda sulfasalazin iki - dört gram dozlarda kullanılır, yine talidomid de bir diğer seçenektir. Acil durumlarda ise cerrahi girişim uygulanmalıdır.^{65,70}

2.2. Yaşam Kalitesi ve Dermatolojide Kullanımı

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık; sadece bir hastalığın veya maluliyetin olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve toplumsal olarak tam bir huzur ve iyilik hali içinde bulunmaktır. Bu tanımdaki tam bir huzur ve iyilik hali içinde olma vurgusu doğrudan doğruya yaşam kalitesi kavramı ile bağlantılıdır. Yaşam kalitesi, bireyin temel gereksinimlerinin, toplumsal beklentilerinin karşılanması ve yaşadığı toplumun sunduğu olanaklardan yararlanması olarak tanımlanmaktadır. Başka bir deyişle, kişinin amaç, beklenti, ilgi ve standartlarından oluşan konumunu, kültür ve değer sistemi içinde anlayış/kavrayış biçimidir. Yaşam kalitesinin bileşenleri, bireyin fiziksel sağlık durumu, uyum yetisi, psikolojik durumu/iyilik hali, toplumsal etkileşimleri ve ekonomik durumudur.⁴ Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi yaklaşımı, "hastalık yoktur, hasta vardır" ilkesinden hareketle, hastayı bütüncül olarak ele alma, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan etkilenme durumunu ölçme girişimi olarak

gelişmiştir.⁷¹ Tıpta yaşam kalitesinin kullanım biçimleri; 1. Hastanın klinik bakımının planlanması 2. Klinik çalışmalar ve sağlık hizmeti taramalarında sonuç ölçütü olarak 3. Toplumun sağlık gereksinimlerinin belirlenmesi 4. Kaynakların saptanması olarak özetlenebilir.⁴

Deri hastalıkları diğer organ hastalıklarından farklı olarak genellikle hayatı tehdit etmemekle birlikte, kişinin dış görünüşünü dolayısıyla; psikososyal durumunu, kişisel ilişkilerini ve günlük aktivitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Yaşam kalitesi ölçekleri, hastanın özel gereksinimlerini belirlemek, psikososyal sorunlarını ortaya koymak, özellikle kronik hastalıklarda hastanın durumundaki gelişmeleri izlemek ya da sağaltım şeklini belirlemek için kullanılmaktadırlar.⁵

Yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla geliştirilmiş testler üç ana grupta toplanabilir. 1. Genel sağlığa özgü testler 2. Dermatolojiye özgü testler 3. Dermatolojik hastalıklara özgü testler.⁵

Çocuklarda yaşam kalitesi ölçümü konusunda erişkinlerde kullanılanlardan farklı testler kullanılır. Çocukların farklı yaşlarda soruları anlamasındaki zorluklar, çocuklarla ebeveynlerin arasındaki anlayış farklılıkları ve yaşla birlikte normal aktivitelerdeki varyasyonlar çocuklarda yaşam kalitesinin ölçümünde karşılaşılan önemli sorunlardır.⁵

Dermatolojide yaşam kalitesini saptamaya yönelik geliştirilmiş yöntemlerin kullanım alanları arasında sağlık ekonomisi, klinik araştırma çalışmaları, klinik değerlendirme çalışmaları, hastaların gereksinimlerine yanıt verebilme ve denetleme yer almaktadır. Ayrıca hesap denetimi, finansal ve politik amaçlı da kullanılmaktadır.^{5,72}

Bunların arasında klinik değerlendirmeler en sık kullanım alanıdır. Hasta sorunlarının daha iyi anlaşılması, sağaltımdan sonraki gelişmelerin takibi ve klinik gelişmelerin belirenmesinde de kullanım alanı bulmuşlardır. Klinik araştırmalarda yaşam kalitesinin ölçümü, özellikle yeni sağaltım yöntemlerinin yaşam kalitesine etkilerini değerlendirmek amacıyla kullanılır.^{5,73} Klinik araştırmalarda yaşam kalitesi ölçümünde kullanılan testlerin, araştırmadan önce ve sonra (ya da takipte) olmak üzere iki kez yapılması önerilmekte. Tekrar uygulamanın anlamlı olabilmesi için de anket soruları belli bir zaman aralığını (1 veya 4 hafta) kapsamalıdır. Bugün için dermatolojide kullanım alanı bulan yaşam kalitesi ölçüm testlerinin sayısı her geçen gün artmaktadır. Aynı alanda birbirinden habersiz olarak geliştirilen testlerin standardizasyonunun sağlanamaması, elde edilen sonuçların birbiriyle karşılaştırılıp

hastalıklar ve sağaltımlar ile ilgili genel sonuçlar elde edilmesini engellemektedir.⁵

Testin kullanımındaki amaç dermatolojik hastalıklar arasında farkı saptamak ise Dermatolojiye Özgü Testler, belli bir deri hastalığının aynı kişide farklı zamanlardaki etkisini ölçmek ya da hastanın hastalığı ile ilgili ayrıntılı bilgi elde edilmesi amaçlanıyorsa Dermatolojik Hastalıklara Özgü Testler veya Genel Sağlık Testleri kullanılmalıdır. Yaşam kalitesi yöntemleri, genellikle bir merkezde oluşturulur. Bir dil ve kültüre uygun olarak hazırlanmış testler, farklı yerlerde geçerli olmayabilir. Uygulanacak dil ve kültür hakkında bilgili araştırmacılar, uygunluğu açısından en doğru yargıya ulaşabilirler. Testin yeni uygulanacak alanda da geçerliliği kanıtlanmış olmalıdır. Yapılan çeviri, bağımsız olarak orijinal dile yeniden çevrilmeli ve anlamlı olup olmadığı kontrol edilmelidir. Yaşam kalitesinin ölçümünde kullanılacak testin seçiminde, testin yapılması için gerekli süre, anlaşılabilirlik ve skorumanın kolaylığı da göz önüne alınmalıdır.^{5,72}

Sonuç olarak pek çok kronik deri hastalığı, hastaların hem sosyal ilişkilerini, hem de iş verimlerini önemli ölçüde bozan yaşam kalitesi bozukluklarına neden olmaktadır. Biraz dikkatli ve iyi niyetli, hastalarına empatiyle yaklaşabilen bir hekim bu ölçekler, istatistikler olmadan da bu durumu farkedebilecek, değerlendirebilecek donanıma ve sezgiye sahiptir. Önemli olan hangi yolla olursa olsun yaşam kalitesindeki bozulmaların farkına varılması ve hastalara bunu en aza indirgeyecek şekilde yaklaşılmasıdır. Bu konudaki beklenti yaşam kalitesi çalışmalarındaki ölçekler savaşının hastalara olumlu yansımalar sağlayacak şekilde gelişmesi ve hastalara olumlu geri dönüşlerin sağlanabilmesidir.⁷⁵

2.3. Dermatolojide Depresyon ve Anksiyete

Derimiz dünyayı ve çevremizi algılamamızda önemli bir role sahiptir. Benlik saygısı, güven ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen deri hastalıklarını sıklıkla psikolojik sekeller izleyebilmektedir.⁷ Hastalar deri hastalıklarının utancı ve ezikliği içinde insan ilişkilerinden ve sosyal ortamlarda kaçınır hale gelirler. Dermatolojik hastalıklar sonucu ortaya çıkan veya bu hastalıklara eşlik eden psikiyatrik hastalıklar sıklıkla depresyon ve anksiyete bozukluklarıdır. Bunun dışında kişilik bozuklukları, alkol ve madde bağımlılığı, cinsel işlev bozuklukları, disosiyatif bozukluklar gibi daha nadir durumlar da görülebilir.⁶

Sağlıklı insanlar duygularını az ya da çok kontrol edebilmekteyken, duygulanım bozukluğu olan insanlar duygularını kontrol altında tutamazlar ve büyük stres yaşarlar. Örneğin depresyondaki hastalarda ilgi ve enerji azlığı, suçluluk

duyguları, konsantrasyon zorluğu, iştah kaybı, tekrarlayan ölüm ve intihar düşünceleri görülür. Duygulanım bozukluklarının diğer belirtileri arasında işlevsellik, bilişsel yetiler, konuşma ve vejetatif alanlarda bozulma (uyku, iştah, cinsel işlevsellik, diğer biyolojik ritim bozuklukları) sayılabilir. Bu değişiklikler daima kişilerarası, sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulma ile birliktedir. Duygudurum bozukluklarının psikiyatride yaygın olarak görülmesinin yanında konsültasyon liyezyon psikiyatrisinde de en fazla çalışılan ve araştırılan konulardan olması önem taşımaktadır. Normal toplumda da sık rastlanan bu hastalıklar bedensel bir hastalık söz konusu olduğunda çok daha yüksek oranlarda görülmekte ve sağaltım uygulanmadığı takdirde bedensel hastalığın sağaltımını güçleştirmekte, morbidite ve mortalite oranını arttırmaktadır.⁶

Depresyon, dermatolojik hastalıklara en sık eşlik eden psikiyatrik hastalıklardan biridir. Depresyonun genel toplumda görülme oranı %3-5 iken dermatoloji hastalarında bu oran %25-40 civarındadır. Arnon ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada dermatolojik hastaların %9.6'ında mayor depresyon, %1 minor depresyon ve %19'unda depresif belirtiler tespit edilmiştir. Boşanmış, ayrılmış ve işsiz kişilerde depresyon oranının daha fazla olduğu görülmüştür. Buna karşın depresyonun ortaya çıkışı ile dermatolojik hastalığın şiddetinin genelde paralel olmadığı görülmektedir.^{6,76}

Depresyonun eşlik ettiği dermatolojik hastalarda tıpkı yumurta tavuk hikayesinde olduğu gibi neden sonuç ilişkisi kurmak güçtür. Dermatolojik hastalığın olması mı hastaları depresyona sokmakta yoksa depresyon mu dermatolojik hastalığın ortaya çıkışını tetikleemektedir bilinmez. Genelde dermatolojik hastalıkların kronik gidişleri, beden imajına etkileri ve damgalanmaya yol açma olasılıkları yüzünden psikiyatrik hastalıkların ve özellikle depresyonun ortaya çıkışına yol açabildiği düşünülür. Depresyon, dermatolojik hastalıklara en sık eşlik eden psikiyatrik hastalıklardan biridir. Dermatolojik hastalarda depresyon eştanısının sık olduğunu bilmek ve bu yönde değerlendirme yapmak önemlidir. Çünkü dermatolojik hastalıklarda altta yatan depresyonun tanısının ve sağaltımının gecikmesi hastalarda var olan dermatolojik hastalığın sağaltıma yanıtını da geciktirir, hastaların yaşam kalitesini ve sağaltıma uyumunu bozar, intihar riskini de artırır. Depresyonun en önemli özelliği hastalarda tekrarlayan intihar düşünceleri ve girişimlerine yol açma olasılığının olmasıdır. Bu nedenle tanı konması ve sağaltımının yapılması oldukça önemlidir.⁶

Ortak ektodermal köken nedeni ile bazı dermatolojik ve psikiyatrik hastalıkların aynı kökenden türediği düşünülmektedir. Deri ve dokunma hissi doğumdan itibaren sağlıklı bir ruhsal yapının gelişebilmesi için önemli etkenlerden biridir. Annenin tutma, kucaklama ve okşama gibi davranışları sağlıklı ruhsal ve sosyal gelişim için gereklidir. Anne bebek bağlanmasında deri ile temas kurmak en önemli etmenlerden birisidir. Bu sağlıklı olmadığında ileriki yaşamda bu çocuklarda depresyon görülme olasılığı artar. Bazı araştırmacılar ekzema hastalarında erken çocukluk döneminde anne bebek bağlanmasının sağlıklı olmadığı ve ileri yaşamda bu kişilerin depresyona yatkınlığının arttığını düşünürler.⁶

Depresyon vejetatif, bilişsel, dürtü kontrolü, davranışsal ve bedensel alandaki simptom kümelerinden oluşan bir sendromdur. Depresyon tanısını koymak için The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)'te tanımlanan kriterler şöyledir; kişide en az iki haftadır devam eden depresif duygudurum ya da ilgi ve istek azlığı belirtilerinden en az birinin var olması ve en az dört bedensel belirtinin var olması gerekir. Bu dört belirti şunlar olabilir; kilo kaybı ya da kilo alımı, uyku bozukluğu ya da aşırı uyuma, dikkat-konsantrasyon güçlüğü, psikomotor yavaşlama ya da hızlanma, umutsuzluk-karamsarlık, tekrarlayan ölüm düşünceleri, intihar düşünceleri, halsizlik ve enerji kaybı, psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon, değersizlik düşünceleri, suçluluk duyguları.⁶

Depresyon tekrarlayan bir hastalıktır. İlk ataktan sonra tekrarlama %51, ikinci ataktan sonra %70 ve üçüncü ataktan sonra %98'dir. Sağıltım uygulanmadığı taktirde %40 oranında kendiliğinden düzeler. Hastaların %40'ında belirtiler aynen devam ederken %20'inde distimik bozukluk gelişir. Kronikleşme oranı %20'dir. Depresyonda artmış intihar riskinin olması önemlidir. Depresyon tanısı ile hastanede yatan hastaların %10-15'i intihar sonucu yaşamını yitirir.⁶

Dermatolojik hastalıklarda depresyon iki grupta dikkatimizi çeker: 1- Nörotik ekskoriasyonlarda olduğu gibi psikiyatrik hastalıkların dermatolojik belirtilerle geldiği hasta grubu. Bu grupta temelde dermatolojik hastalık yoktur ancak hasta sanki varmış gibi dermatolojik yakınma ile gelir. Kökünde depresyon söz konusudur, hasta depresyon yakınmalarını dile getirmek yerine deri bulgularından yakınır. 2- Dermatolojik hastalıklara eşlik eden depresyon söz konusudur. Psoriyazis, ekzema atopikum, urtikarya kronika ve alopesi areata bu grupta en sık rastlanan hastalıklardır. Bu hastalarda dermatolojik hastalığa eşlik eden depresyon deri belirtilerinin alevlenmesine ya da ilaç sağıltımına yanıtın azalmasına neden olabilir.

Dermatolojik hastalıklara ikincil gelişen depresyon genel DSM IV'te genel tıbbi duruma bağlı depresyon olarak adlandırılmaktadır.⁶

Dermatoloji hastalarında depresyon belirtileri her zaman tipik olmayabilir. Bazı hastalarda depresyon eşdeğeri belirtiler vardır. Bu hastalar sadece yanma, batma ya da deride uyuşma gibi dermatolojik belirtilerle başvurabilirler ve dermatolojik bakıda bu hastaların yakınmalarını açıklayacak deri ile ilgili bir hastalığa rastlanmayabilir. Psikolojik zihinliliği olmayan ve içgörü kapasitesi fazla gelişmemiş hastalarda depresyon belirtileri sorgulandığında var olan belirtileri de inkar ettikleri dikkati çekebilir. Bu tür hastalarda görülen depresyona "maskeli depresyon" adı verilmektedir. Maskeli depresyon olduğunda ya da hastanın içgörüsü olmadığında hastaların yakınmaları sadece anksiyete belirtileri, sinirlilik, kaşınma, ufak deri lezyonlarına takılma vb olabilir.⁶

Dermatolojik hastalığa eşlik eden depresyon hastalarında depresyon belirtilerinin yanında deriyi yolma, saç çekme, deri ile aşırı uğraşma, kaşıntıda artma gibi dermatolojik yakınmalarda artma olduğu dikkati çeker. Bu hastalarda klinik tablo ile uyumlu olmayan yakınmalar özellikle depresyonu akla getirmelidir. Yine depresyon hastalarında depresyonun doğasına uygun bir şekilde hastalar hafif bir saç dökülmesi gibi minor dermatolojik belirtileriyle abartılı bir şekilde uğraşıp kendilerini çok çirkin, beğenilmeyen, değersiz, çekici olmayan biri gibi görme eğilimine girebilirler. Daha ağır vakalarda duygudurumla uyumlu sanrılar olabilir ki buna da "sanrılı depresyon" denir.⁶

Dermatolojik hastalıklarda kullanılan kortikosteroidler, isotretinoin gibi ilaçlar depresyonun ortaya çıkışına, alevlenmesine ya da intihar etme riskinin artmasına yol açabilmektedir. Ancak bu ilaçların kullanımı ile depresyon birebir ilişkili değildir. Bu ilaçları kullanmasalar bile psoriyazis ve akne gibi dermatolojik hastalığı olan hastaların depresyon ortaya çıkarma olasılıkları kuvvetlidir. Psoriyazis hastaları damgalanmaya sık maruz kaldıklarından hastalığa ikincil depresyon gelişme olasılıkları fazladır. Özellikle sosyal yoksunluğa giren psoriyazis hastalarında depresyon görülme oranı artmaktadır. Psoriyazis şiddetinin artışı ile depresyon görülme ve intihar görülme oranları da çok artmaktadır.⁶

Anksiyete; endişe, kaygı, korku, kötü bir beklenti, bunaltı olarak ifade edilebilecek bir duygudur ve yaşam olaylarına normal bir tepki olarak ortaya çıkar. Örneğin hayatı tehdit eden olaylarda, bedensel hasarın olduğu, ağrının şiddetlendiği, çaresizlik, cezalandırılma korkusu, sosyal ya da bireysel isteklerin

karşılanamadığı, hayal kırıklığı yaratan durumlar, sevilen birinden ayrılmak, başkasının başarısını ya da statüsünü kıskanmak, bütünlük duygusunun kaybolması gibi durumlarda anksiyete görülebilir. Anksiyete hissi ile kişide somatik ve otonomik tepkiler meydana gelir ve kişinin daha fazla zarar görmesi engellenmeye çalışılır. Kişide herhangi bir dış uyaran olmadan otomatik olarak sanki kötü bir şey olacakmış hissi doğabilir. Eğer kişinin ego işlevleri yeterli değilse, savunma mekanizmaları sağlıklı işlemiyorsa, dengesizlik uzun sürerse kronik anksiyete durumu yaşanır. Anksiyete ile ilgili bozukluklar iki ayrı tanı başlığında toplanmaktadır. Birinci grup anksiyete bozuklukları olarak tanımlanır. Bu grupta yer alan hastalıklar; 1- Obsesif kompulsif bozukluklar 2- Travma sonrası stres bozukluğu 3- Sosyal fobi, diğer fobiler 4- Panik bozukluğu 5- Yaygın anksiyete bozukluğudur. İkinci grupta ise somatoform bozukluklar yer alır. Bu grupta da 1- Somatizasyon bozukluğu 2- Beden dismorfik bozukluğu 3- Hipokondriyazis 4- Konversiyon bozukluğu ve 5- Kronik ağrı bozukluğu yer almaktadır.⁶

Anksiyetenin iki bileşeni vardır; çarpıntı, terleme gibi fizyolojik belirtilerin farkında olmak ve sinirlilik, korkma gibi duygusal belirtilerin farkında olmak. Utancın eşlik etmesi durumunda anksiyete belirtilerinin şiddeti artmaktadır. Motor ve duygusal belirtiler yanında anksiyete düşünme, algı ve öğrenmeyi de etkiler. Anksiyete bozukluklarının hepsinde ortak görülen belirtiler arasında: çarpıntı, terleme, nefes darlığı, ateş basması, tansiyon yükselmesi, titreme, pupillerde genişleme gibi, midede kasılma, sık idrara çıkma gibi sempatik aktivite artışına bağlı bedensel tepkiler bulunur.⁶

Woodroff ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada tüm dermatolojik hastalıklar içinde psikiyatrik hastalık görülme oranı %5 olarak bulunmuş ve bu hastaların %44'ünde depresyon, %35'inde ise anksiyete bozukluğu saptanmıştır. Genel olarak dermatoloji hastalarında anksiyete bozukluğu normal topluma göre daha fazladır. Özellikle psoriyazis hastalarında anksiyete bozukluğu oranı (%48) diğer dermatolojik hastalıklara göre daha fazladır. Dermatolojik hastalıklara eşlik eden ya da dermatolojik hastalıkların ortaya çıkmasına sebep olan anksiyete bozukluklarının bazıları: 1- Obsesif kompulsif bozukluk a. Deriye zarar verme davranışları; patolojik deri yolma, nörotik ekskoriyasyon, akne ekskoriye, trikotillomani, onikotillomani, onikofaji b. Beden dismorfik bozukluğu 2- Travma sonrası stres bozukluğu 3- Sosyal fobi.^{6,79}

Sonuçta dermatoloji ve psikiyatri birlikte değişik formlarda karşımıza çıkmaktadır. Dermatoloji hastalarında biyopsikososyal yaklaşımın bütüncül olarak uygulanması hastaların dermatolojik ve psikiyatrik sorunlarının ortak olarak tanımlanması ve başarılı bir sağaltım planı yapılabilmesi için önemlidir.⁶

2.4. Dermatolojide Cinsel İşlev Bozukluğu

Cinsel yaşam genel sağlığın önemli bir bileşeni olup son yıllarda çeşitli hastalıklardaki cinsel işlev bozuklukları, özellikle de kadın cinsel işlev bozukluğu önemli bir sağlık sorunu olarak algılanmaya başlamıştır. Dermatolojide bu konu epey yeni olup deri hastalıkları ve cinsel işlev bozuklukları alanında oldukça az sayıda yayın bulunmaktadır.⁷

Erkek cinsel işlev bozukluklarından farklı olarak kadınların cinsel problemlerine bu güne kadar pek değinilmemiş olup bundan dolayı genellikle sağaltım uygulanmamaktadır. Günümüzde kadın cinsel işlev bozuklukları tıbbi ve psikososyal etmenlerden etkilenen, yaygın ve önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir. Kadın cinsel işlev bozuklukları biyolojik ve psikososyal yönden heterojen bir etiyolojiye sahiptir. Kadın sağlığı ve yaşam kalitesi açısından sağlıklı kadın cinsel yaşamı giderek önem kazanmaktadır. Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırması sonuçlarına göre 18 - 59 yaş arası kadınların % 43'ünde, erkeklerin ise % 31'inde cinsel işlev bozukluğu görülmektedir. Buradan hareketle kadınlarda erkeklere kıyasla daha fazla cinsel sorunlar gözlemlendiği söylenebilir. Klinik uygulamada en sık görülen cinsel işlev bozukluğu; cinsel istekte azalmadır (hipoaktif cinsel istek). Kadın cinsel işlev bozuklukları cinsel ilgi / istek / libido, uyarılma, orgazm ve ağrı / rahatsızlık alanlarındaki sorunları kapsamaktadır. Kısıtlı epidemiyolojik bilgilere rağmen kadınların % 43'ünün en az bir cinsel sorundan yakındığı belirtilmektedir. Klinik çalışmalarda istek ve uyarılma fazındaki sorunlar en sık görülen bozukluklardır. Toplum araştırmalarında orgazm ve uyarılma problemleri ise eşit sıklıkta saptanmaktadır.⁷

Cinsel yaşam erkeklerin çoğu için tüm hayatları boyunca önemini korumaktadır. Erektile disfonksiyon genellikle cinsel yaşamlarının kötüleşmesine yol açmakta ve her yaşta kişisel ve kişilerarası ilişkilerinde strese neden olmaktadır. Bu sorun genellikle yaşla ilişkili olup, 40 - 70 yaşlarında orta - şiddetli erektil disfonksiyon sıklığı yaklaşık iki - üç kat artmaktadır. Tıbbi, psikolojik ve yaşam tarzıyla ilişkili pekçok faktör erektil disfonksiyon etyolojisinde suçlanmaktadır. Bu durum benlik saygısı, yaşam kalitesi ve kişilerarası ilişkileri olumsuz yönde etkilemektedir.⁷

Erkek ve kadınlar için ortak kullanılan ölçeklerden biri de Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğidir (ACYÖ)'dir. McGahuey ve arkadaşlarının geliştirdiği, cinsel işlevin temel kısımlarını (istek, uyarılma, penil ereksiyon / vajinal lubrikasyon, orgazm ve memnuniyet) değerlendirmek için kullanılan basit bir ölçektir. Muhtemel toplam puan 5 - 30 arasında değişmektedir. Bu ölçekte diğerlerinden farklı olarak toplam puanın yüksek olması daha fazla cinsel işlev bozukluğu olduğunu ifade etmektedir. Her soru altı puanlık Likert sistemi ile değerlendirilir, toplam ACYÖ değeri ≥ 19 , herhangi bir soru puanı ≥ 5 veya en az üç soruya dört puan verilmesi cinsel işlev bozukluğu olduğunu gösterir. Bu ölçeğin Türkçeye uyarlamasını Soykan gerçekleştirmiştir.^{7,77,78}

Deri hastalıkları, özellikle de kronik ve kaşıntılı seyredenler moral bozukluğu, düşük benlik saygısı, stres, sosyal fobi, anksiyete, depresyon, uyku bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk gibi çeşitli psikolojik problemlere neden olabilir. Hastaların yanı sıra eşleri ve yakınlarının da yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Dermatoloji açısından deri hastalıkları ve cinsel işlev ilişkisi oldukça yeni bir konudur. Genital bölge lokalizasyonlu dermatozların cinsel işlev bozukluklarına neden olabileceği aşikardır. Ancak bu bölge yerleşimi dışında da deri hastalıkları cinsel işlev bozukluklarına neden olmaktadır.⁷

Kaşıntı, yanma, ağrı, hassasiyet, irritasyon ve kanama gibi semptomlar deri hastalıklarına eşlik etmektedir. Hastalığın kendisi kadar bu semptomlar da psikiyatrik bozukluklara neden olmakta ve hastaların yaşam kalitesini de etkilemektedir. Uyarılmadan orgazmik faza kadar cinsel aktivitede derimizin mayor rolü olduğundan deri hastalıkları doğrudan ya da dolaylı olarak cinsel işlev bozukluklarına yol açabilmektedir. Cinsel yaşam, hayatın ve yaşam kalitesinin önemli bir parçası olduğundan deri hastalıklarında cinsel fonksiyon bozukluğu araştırılmalı ve gerekli sağaltımı yapılmalıdır. Genel sağlık ölçekleri ve dermatolojiye özgü ölçekler cinsel yaşam hakkında sorular içermekle birlikte cinsel sorunları tam anlamıyla değerlendirememektedir.⁷

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Yöntem

Çalışmaya Ekim 2010-Temmuz 2011 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEUTF) Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı (AD)'na başvuran ve Uluslararası Behçet Hastalığı Çalışma Grubu tanı kriterlerine göre BH tanısı almış 51 gönüllü Behçet hastası yanında aynı tarihlerde DEUTF Deri ve Zührevi Hastalıklar AD'na başvuran Behçet hastalarıyla yaş ve cinsiyet olarak eşleştirilmiş, klinik ve/veya histopatolojik olarak psoriyazis tanısı konmuş 51 gönüllü psoriyazis hastası alınmıştır. Kontrol grubu ise Behçet ve psoriyazis hastaları ile yaş, cinsiyet ve sayı olarak benzer nitelikte, herhangi bir dermatolojik ve psikiyatrik hastalığı olmayan, sağlıklı gönüllülerden seçilmiştir.

Onsekiz yaşın altındaki bireyler, okuma yazma bilmeyenler, mental retardasyon ve herhangi bir psikolojik hastalığı olanlar, son altı ay içinde herhangi bir psikotrop ilaç kullanmış olan hastalar, ciddi metastatik malignitesi olan hastalar, BH'ye bağlı merkezi sinir sistemi tutulumu olan hastalar ve aktif cinsel yaşamı olmayan hastalar çalışmaya alınmamıştır.

Dermatolojik Yaşam Kalite Ölçeği (DYKÖ) sadece psoriyazis ve Behçet hastalarına uygulanırken, sosyodemografik ve klinik veri formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve ACYÖ tüm katılımcılara uygulanmıştır. Ölçekler katılımcılar tarafından yaklaşık yarım saatte doldurulmuş olup katılımcılardan kendilerine en uygun olduğunu düşündükleri seçeneği işaretlemeleri istenmiştir. Katılımcılara araştırmanın konusu ve amacı hakkında yazılı ve sözel olarak bilgiler verilerek bilgilendirilmiş, yazılı aydınlatılmış onamları alınmıştır. Çalışma öncesi Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırma Değerlendirme Komisyonu Etik kurulundan onay alınmıştır.

3.2. Gereçler

3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Veri Formu

Tarafımızca hazırlanan bu forma yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, maddi durum, sigara ve alkol alışkanlığı, hastalık süresi, aile öyküsü, kullandığı sağaltımlar, hastaneye yatarak sağaltım öyküsü, kronik hastalık öyküsü, psoriyazis hastaları için PAŞİ skoru ve Behçet hastaları için klinik bulgular kaydedilmiştir.

3.2.2. Dermatolojik Yaşam Kalite Ölçeği

Araştırmamızda Türk toplumu için Gürel ve arkadaşları tarafından geliştirilen, geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış olan yeni türkçe DYKÖ kullanılmıştır. Ölçekte toplam 11 soru ve her sorunun 5 seçenekli aynı yanıtları bulunmaktadır. Sorulara verilen yanıtlar 0 ile 4 puan arasında değişmekte ve 0; hiçbir zaman-asla, 1; nadiren, 2; arasıra-bazen, 3; sıklıkla-çoğunlukla ve 4; her zaman-daima olarak değerlendirilmektedir. Elde edilen toplam puan 0-44 arasında değişmekte ve toplam puanın yüksek oluşu hastaların yaşam kalitesinin ne kadar azaldığını göstermektedir. Ankette deri hastalıklarından etkilenen sosyal yaşam (5 ve 7. sorular), duygusal yaşam (1, 2 ve 4. sorular), günlük aktiviteler (3 ve 11. sorular), simptomlar (6. soru), bilişsel işlevler (9 ve 10. sorular) ve cinsel yaşam (8. soru) olmak üzere 6 ayrı alan bulunmaktadır⁷⁴, Ek 1.

3.2.3. Beck Depresyon Ölçeği

Katılımcıların depresyon düzeyleri BDÖ türkçe versiyonu kullanılarak ölçülmüştür. BDÖ, depresif hastaların sıklıkla gösterdiği simptomların, depresyona özgü tutum ve davranışların klinik alandan gözlenerek bir araya getirilmesi ile oluşturulmuştur. Toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içerir ve dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her madde 0-3 arasında puan alır. Toplam puan 0 ile 63 puan arasında değişir. Ölçeğin türkçe için geçerlilik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir. Depresyon tanısının konulmasında verilen puan dağılımına göre 11-17 puan hafif düzeyde depresyonu, 18-29 puan orta düzeyde depresyonu, 30-63 puan ise ciddi düzeyde depresyonu göstermektedir.^{80,81} Ek 2.

3.2.4. Beck Anksiyete Ölçeği

Katılımcıların yaşadığı anksiyete düzeyini belirlemek için BAÖ türkçe versiyonu kullanılmıştır. BAÖ, 21 maddeden oluşan, 0-3 arasında puanlanan, toplam puanın 0 ile 36 arasında değiştiği, Likert tipi değerlendirme ölçeğidir. BAÖ için kesim noktası yoktur. Ancak toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. 0-7 puan arası düşük, 8-15 puan arası hafif, 16-25 puan arası orta ve 26-63 arası ise yüksek düzeyde anksiyete olduğunu göstermektedir.^{82,83}

3.2.5. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

Hem kadın hem de erkeklerde cinsel işlevin temel kısımlarını (istek, uyarılma, penil ereksiyon / vaginal lubrikasyon, orgazm ve memnuniyet) değerlendirmek için kullanılan, kadın ve erkek formları ayrı olan basit bir ölçektir. Muhtemel toplam puan

5-30 arasında değişmektedir ve toplam puanın yüksek olması daha fazla cinsel işlev bozukluğunu göstermektedir. Her soru 6 puanlık Likert sistemi ile değerlendirilir, toplam ACYÖ skoru ≥ 19 , herhangi bi sorudan alınan puan ≥ 5 veya en az 3 soruya 4 puan verilmesi şiddetli cinsel işlev bozukluğu olduğunu gösterir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Soykan tarafından yapılmış ve ≥ 11 puan cinsel işlev bozukluğu için kesme noktası olarak belirlenmiştir.^{77,78}

3.3. İstatistiksel Analiz

Çalışma sonunda elde edilen veriler SPSS for Windows 16 istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölçülebilen değişkenlerin karşılaştırılmasında iki grup ortalaması testleri ile gruplar karşılaştırılmıştır. Gruptaki sayı 30'un üzerinde olduğunda t testi, gruptaki kişi sayısı 30'un altında olduğunda ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Sayılabilen değişkenlerin analizinde Ki – Kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel analiz sonucunda p değeri < 0.05 olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya cinsiyet ve yaş (± 2) olarak eşleştirilmiş 51 Behçet hastası, 51 psoriyazis hastası ve 51 sağlıklı gönüllü alındı. Her üç grubun da cinsiyet dağılımı benzer şekilde % 47.1'i (n=24) kadın, %52.9'u (n=27) erkekti. Behçet hastalarının yaş aralığı 19 ile 69 arasında değişmekte olup ortalaması 42.90 ± 12.42 'ydi. Psoriyazis hastalarının yaşları 19 ile 70 arasında olup ortalaması 42.70 ± 12.58 'di. Kontrol grubunun yaşları ise 18 ile 70 arasında ve ortalaması 42.72 ± 12.51 olarak belirlendi. Behçet hastalarının %54.9'u (n=28) ilköğretim, %23.5'i (n=12) lise ve %21.6'sı (n=11) yükseköğretim mezunuydu. Psoriyazis hastalarının ise %43.1'i (n=22) ilköğretim, %25.5'i (n=13) lise ve %31.4'ü (n=16) yükseköğretim mezunuydu. Yine kontrol grubunun %37.3'ü (n=19) ilköğretim, %19.6'sı (n=10) lise ve %43.1'i (n=22) yükseköğretim mezunuydu. Gruplar arasında yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Ek olarak psoriyazis ve Behçet hastaları hastalık süreleri bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Behçet hastalarının %45.1'i (n=23), psoriyazis hastalarının %62.7'si (n=32) ve kontrol grubunun %37.3'ü (n=19) sigara kullanıyordu. Psoriyazis grubunda sigara kullanma alışkanlığı diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazlaydı ($p=0.031$). Behçet hastalarının %35.3'ü (n=18), psoriyazis hastalarının %41.2'si (n=21) ve kontrol grubunun %35.3'ü (n=18) alkol alıyordu. Gruplar arasında alkol tüketimi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

Behçet hastalarının tanı kriterleri açısından klinik bulguları tablo 1'de gösterilmektedir. Ayrıca hastaların %33.3'ünde artrit, %2'sinde derin ven trombozu, %5.9'unda GIS tutulumu mevcuttu.

Tablo 1. Behçet hastalarının tanı kriterleri açısından klinik bulguları

Klinik Bulgular		Behçet Hastaları	
		N	%
Oral aft	Olmamış	0	0
	Tanımlıyor	33	64.7
	Mevcut	18	35.3
Genital ulserasyon	Olmamış	6	11.8
	Tanımlıyor	38	74.5
	Mevcut	7	13.7
EN benzeri lezyon	Olmamış	24	47.1
	Tanımlıyor	23	45.1
	Mevcut	4	7.8
Papulopustular lezyon	Olmamış	10	19.6
	Tanımlıyor	35	68.6
	Mevcut	6	11.8
Paterji pozitifliği	Olmamış	11	21.6
	Tanımlıyor	31	60.8
	Mevcut	9	17.6
Uveit	Olmamış	24	47.1
	Tanımlıyor	22	43.1
	Mevcut	5	9.8

Behçet hastaları ve kontrol grubu ACYÖ, BDÖ ve BAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında Behçet hastalarının puanı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla bulundu ($p < 0.05$). Behçet ve kontrol grubunun ACYÖ, BDÖ ve BAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması ve istatistiksel sonuçlar tablo 2’de gösterilmektedir.

Tablo 2. Behçet ve kontrol grubunun ACYÖ, BDÖ ve BAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması ve istatistiksel sonuçlar.

Ölçeğin adı	Grup	n	Puan ortalaması	(±) Standart sapma	t	p
ACYÖ	Behçet	50	14.78	5.88	2.280	0.025
	kontrol	50	12.46	4.14		
BDÖ	Behçet	51	14.37	10.17	3.755	0.000
	kontrol	51	7.94	6.79		
BAÖ	Behçet	51	17.78	13.32	4.546	0.000
	kontrol	51	7.98	7.74		

Çalışma esnasında aktif oral aftı olan hastalar ile olmayan hastalar ACYÖ, DYKÖ, BDÖ ve BAÖ puan ortalamaları açısından karşılaştırıldıklarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Yine aktif genital ulserasyonu olan ve olmayan hastalar arasında da istatistiksel olarak her dört ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Durum uveit, patergi pozitifliği ve papulopustular lezyonlar için de benzerdi ($p>0.05$). İstisnai olarak aktif eritema nodozum benzeri lezyonları olan hastaların DYKÖ puan ortalamaları olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti ($p<0.05$).

Psoriyazis hastaları ve kontrol grubunun ACYÖ, BDÖ ve BAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında psoriyazis hastalarının puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti ($p<0.05$). Psoriyazis ve kontrol grubunun ACYÖ, BDÖ ve BAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması ve istatistiksel sonuçlar tablo 3'te izlenmektedir.

Tablo 3. Psoriyazis ve kontrol grubunun ACYÖ, BDÖ ve BAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması ve istatistiksel sonuçlar.

Ölçeğin adı	Grup	n	Puan ortalaması	(±) Standart sapma	t	p
ACYÖ	Psoriyazis	50	14.32	4.87	2.058	0.042
	kontrol	50	12.46	4.14		
BDÖ	Psoriyazis	51	13.18	9.1	3.292	0.001
	kontrol	51	7.94	6.79		
BAÖ	Psoriyazis	51	15.2	10.16	4.036	0.000
	kontrol	51	7.98	7.74		

Behçet ve psoriyazis grubunda hesaplanan ACYÖ, BDÖ, BAÖ ve DYKÖ puanları karşılaştırıldığında, ACYÖ, BDÖ ve BAÖ puan ortalamaları Behçet hastalarında, DYKÖ toplam puan ortalamaları ise psoriyazis hastalarında daha yüksek olmakla birlikte hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Behçet ve psoriyazis hastalarının ACYÖ, BDÖ, BAÖ ve DYKÖ puanlarının karşılaştırılması

Ölçeğin Adı	Grup	n	Puan ortalaması	(±) Standart sapma	T	p
ACYÖ	Behçet	50	14.78	5.88	0.426	0.671
	Psoriyazis	50	14.32	4.87		
BDÖ	Behçet	51	14.37	10.17	0.626	0.533
	Psoriyazis	51	13.18	9.1		
BAÖ	Behçet	51	17.78	13.32	1.104	0.272
	Psoriyazis	51	15.2	10.16		
DYKÖ	Behçet	51	14.45	9.04	-1.960	0.053
	Psoriyazis	51	18.0	9.25		

Çalışmamızın sonuçlarına göre; psoriyazis hastalarının Behçet hastalarına göre DYKÖ alt alanlarından duygusal yaşam puanları (p=0.000) ve bilişsel işlevler puanları (p=0.005) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti. Diğer DYKÖ

alt alanlarından sosyal yaşam, günlük aktiviteler ve semptomların ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte psoriyazis hastalarında, cinsel yaşam ortalama puanları ise Behçet hastalarında daha yüksekti ($p>0.05$). Behçet ve psoriyazis hastalarının DYKÖ alt alanlarının karşılaştırılması ve istatistiksel sonuçlar Tablo 5'te gösterilmektedir.

Tablo 5. Behçet ve Psoriyazis hastalarında DYKÖ alt alanlarının karşılaştırılması

DYKÖ alt alanları	Grup	n	Puan ortalama	(±) Standart sapma	t	p
Sosyal yaşam	Behçet	51	1.25	1.62	-0.908	0.366
	Psoriyazis	51	1.57	1.86		
Duygusal yaşam	Behçet	51	4.2	3.0	-3.693	0.000
	Psoriyazis	51	6.51	3.32		
Günlük aktiviteler	Behçet	51	2.65	2.15	-0.691	0.491
	Psoriyazis	51	2.94	2.15		
Semptomlar	Behçet	51	1.55	1.22	-0.995	0.322
	Psoriyazis	51	1.82	1.54		
Bilişsel işlevler	Behçet	51	2.98	2.37	-2.871	0.005
	Psoriyazis	51	4.25	2.1		
Cinsel yaşam	Behçet	50	1.32	1.32	1.774	0.79
	Psoriyazis	51	0.88	1.16		

Behçet, psoriyazis ve kontrol grubunun ACYÖ toplam puan ortalamalarını cinsiyetlere göre karşılaştırdığımızda her üç grupta da kadınlarda daha yüksek puan ortalamaları saptanmış olup, sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Behçet, psoriyazis ve kontrol grubunun cinsiyetlere göre ACYÖ puan ortalamaları ve istatistiksel sonuçlar tablo 6'da izlenmektedir.

Tablo 6. Behçet, psoriyazis ve kontrol grubunun cinsiyetlere göre ACYÖ puan ortalamaları ve istatistiksel sonuçlar

		ACYÖ puan ortalaması	(±) Standart sapma	n	p
Behçet	Kadın	17.91	5.77	23	0.000
	Erkek	12.11	4.58	27	
Psoriyazis	Kadın	16.74	5.26	23	0.002
	Erkek	12.26	3.41	27	
Kontrol	Kadın	15.13	4.17	23	0.000
	Erkek	10.18	2.43	27	

Behçet, psoriyazis ve kontrol grubunun BDÖ toplam puan ortalamalarını cinsiyetlere göre karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir ($p>0.05$). Behçet, psoriyazis ve kontrol grubunun cinsiyetlere göre BDÖ puan ortalamaları ve istatistiksel sonuçlar tablo 7’de izlenmektedir.

Tablo 7. Behçet, psoriyazis ve kontrol grubunun cinsiyetlere göre BDÖ puan ortalamaları ve istatistiksel sonuçlar

		BDÖ puan ortalaması	(±) Standart sapma	n	p
Behçet	Kadın	15.25	8.98	24	0.390
	Erkek	13.6	11.23	27	
Psoriyazis	Kadın	12.96	10.66	24	0.514
	Erkek	13.37	7.66	27	
Kontrol	Kadın	7.96	7.44	24	0.865
	Erkek	7.92	6.31	27	

Behçet, psoriyazis ve kontrol grubunun BAÖ toplam puan ortalamalarını cinsiyetlere göre karşılaştırdığımızda sadece Behçet hastalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Psoriyazis ve kontrol gruplarında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir ($p>0.05$). Behçet, psoriyazis ve kontrol grubunun

cinsiyetlere göre BAÖ puan ortalamaları ve istatistiksel sonuçlar tablo 8'de izlenmektedir.

Tablo 8. Behçet, psoriyazis ve kontrol grubunun cinsiyetlere göre BAÖ puan ortalamaları ve istatistiksel sonuçlar

		BAÖ puan ortalaması	(±) Standart sapma	n	p
Behçet	Kadın	21.87	12.41	24	0.023
	Erkek	14.15	13.26	27	
Psoriyazis	Kadın	15.92	11.31	24	0.791
	Erkek	14.55	9.18	27	
Kontrol	Kadın	10.04	10.05	24	0.176
	Erkek	6.15	4.28	27	

Kadın Behçet hastalarının %95.7'sinde (n=22), erkek Behçet hastalarının ise %63'ünde (n=17) cinsel işlev bozukluğu saptanmış olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). Yine kadın Behçet hastalarının %41.7'sinde (n=10), erkek Behçet hastalarının ise %37'sinde (n=10) depresyon saptanmış olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05). Behçet hastalarında anksiyete derecelerini cinsiyetlere göre karşılaştırdığımızda orta ve şiddetli anksiyetenin kadınlarda daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Behçet hastalarının cinsel işlev bozukluğu varlığı, depresyon varlığı ve anksiyete derecelerinin cinsiyetlere göre karşılaştırılması ve istatistiksel sonuçlar tablo 9'dadır.

Tablo 9. Behçet hastalarının cinsel işlev bozukluğu varlığı, depresyon varlığı ve anksiyete derecelerinin cinsiyetlere göre karşılaştırılması ve istatistiksel sonuçlar

		Behçet Hastaları %		p
		Kadın	Erkek	
CİB	Var	95.7	63	0.005
	Yok	4.3	37	
Depresyon	Var	41.7	37	0.735
	Yok	58.3	63	
Anksiyete	Minimal	12.5	48.1	0.008
	Hafif	16.7	22.2	
	Orta	41.7	7.4	
	Şiddetli	29.2	22.2	

Kadın psoriyazis hastalarının %91.3'ünde (n=21), erkek psoriyazis hastalarının ise %66.7'sinde (n=18) cinsel işlev bozukluğu saptanmış olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.036). Kadın psoriyazis hastalarının %25'inde (n=6) depresyon saptanırken, erkek psoriyazis hastalarının %37'sinde (n=10) depresyon saptanmıştır. Arada istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05). Kesme değeri olmadığı için anksiyetede şiddete göre bölündüğünde hasta sayılarının istatistiksel karşılaştırma yapacak yeterlilikte olmamasından dolayı sadece yüzde oranları tablo 10'da görülmektedir. İstatistiksel olarak karşılaştırma yapılamamıştır. Psoriyazis hastalarının cinsel işlev bozukluğu varlığı, depresyon varlığı ve anksiyete derecelerinin cinsiyetlere göre karşılaştırılması ve istatistiksel sonuçlar tablo 10'dadır.

Tablo 10. Psoriyazis hastalarının cinsel işlev bozukluğu varlığı, depresyon varlığı ve anksiyete derecelerinin cinsiyetlere göre dağılımı ve istatistiksel sonuçlar

		Psoriyazis Hastaları %		p
		Kadın	Erkek	
CİB	Var	91.3	66.7	0.036
	Yok	8.7	33.3	
Depresyon	Var	25	37	0.355
	Yok	75	63	
Anksiyete	Minimal	29.2	25.9	
	Hafif	29.2	37	
	Orta	16.7	18.5	
	Şiddetli	25	18.5	

Kadın kontrol grubu katılımcılarında cinsel işlev bozukluğu oranı %91.3 (n=21) iken erkek kontrol grubu katılımcılarında bu oran %51.9'du (n=14). Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0.05). Kontrol grubunda depresyon varlığının cinsiyetlere göre dağılımına bakıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0.05). Kontrol grubunun cinsel işlev bozukluğu varlığı, depresyon varlığı ve anksiyete derecelerinin cinsiyetlere göre karşılaştırılması ve istatistiksel sonuçlar tablo 11'dedir.

Tablo 11. Kontrol grubunun cinsel işlev bozukluğu varlığı, depresyon varlığı ve anksiyete derecelerinin cinsiyetlere göre karşılaştırılması ve istatistiksel sonuçlar

		Kontrol grubu %		p
		Kadın	Erkek	
CİB	Var	91.3	51.9	0.002
	Yok	8.7	48.1	
Depresyon	Var	8.3	11.1	0.739
	Yok	91.7	88.9	
Anksiyete	Minimal	50	74.1	0.163
	Hafif	33.3	22.2	
	Orta	4.2	3.7	
	Şiddetli	12.5	0	

Kadın Behçet hastalarının DYKÖ toplam puan ortalamaları 15.96 ± 8.1 iken erkek Behçet hastalarının DYKÖ toplam puan ortalaması 13.11 ± 9.76 'dir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.174$). Kadın psoriyazis hastalarında DYKÖ toplam puanı ortalaması 17.12 ± 8.73 iken erkek psoriyazis hastalarında 18.78 ± 9.78 'dir. Sonuçta psoriyazis hastalarında da DYKÖ toplam puan ortalaması bakımından cinsiyetler arasında istatistiksel fark gözlenmemiştir ($p=0.799$). Behçet ve psoriyazis hastalarında DYKÖ toplam puan ortalamalarının cinsiyetlere göre dağılımı ve istatistiksel sonuçlar tablo 12'de gösterilmektedir.

Tablo 12. Behçet ve psoriyazis hastalarında DYKÖ toplam puan ortalamalarının cinsiyetlere göre dağılımı ve istatistiksel sonuçlar

Hasta Grubu	Cinsiyet	n	DYKÖ Toplam puan ortalaması	(±) Standart sapma	P
Behçet	Kadın	24	15.96	8.1	0.174
	Erkek	27	13.11	9.76	
Psoriyazis	Kadın	24	17.12	8.73	0.799
	Erkek	27	18.78	9.78	

5. TARTIŞMA

BH'da belirtiler alevlenme ve remisyonlarla kronik bir seyir göstererek organlarda geçici ve kalıcı işlev bozukluğuna yol açar. Bu durum hastaların günlük etkinliklerinin ve yaşam tarzlarının kısıtlanmasına neden olur. Kronik bir seyir gösteren BH bir yandan kişinin bedensel ve ruhsal sağlığını, diğer yandan fiziksel özürllülüğe yol açarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.^{8,84}

Behçet hastalarında anksiyete ve depresif belirtilerin sıklıkla gelişmesi, hastalığın başlangıcı ve alevlenmesinden önce stresli yaşam olaylarının yüksek oranda varlığı hastalığın psikosomatik yönünün de bulunduğunu düşündürmektedir. Vücutta pekçok organı tutabilen BH'da beyin tutulumundan bağımsız olarak psikiyatrik belirtiler ortaya çıkabilir veya psikiyatrik belirtiler BH'na öncülük edebilir. En sık rastlanan psikiyatrik belirtiler; psikosomatik belirtiler, anksiyete ve depresyondur. Bu psikiyatrik belirtilerin BH'nın ortaya çıkmasından sonra %86 gibi yüksek oranda görüldüğü iddia edilmektedir. BH'da görülen psikiyatrik belirtilerin etyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte hastalığın ilerlemesi, işlevsel bozulmaların olması veya kullanılan steroidlerle ilişkili olabileceği ileri sürülmektedir.⁸

Karlıdağ ve ark. 34 Behçet hastası ve 43 sağlıklı kişiyi BAÖ, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ve Toronto Alexitimi Ölçeği ile değerlendirdikleri çalışmalarında, hastaların anksiyete ve depresyon ölçek puanlarının daha yüksek olduğunu saptamışlardır.⁸⁶ Benzer şekilde Tanrıverdi ve ark. göz tutulumu olan 45 Behçet hastası ve yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi olarak eşleştirilmiş 45 sağlıklı gönüllünün BDÖ ve BAÖ kullanılarak karşılaştırıldığı çalışmalarında, hasta grubunun anksiyete ve depresyona daha meyilli olduklarını göstermişlerdir. Yine Uğuz ve ark. BDÖ ve BAÖ kullanarak karşılaştırdıkları 73 Behçet hastası ve 34 sağlıklı kişi ile yaptıkları araştırmada, Behçet hastalarının anksiyete ve depresif belirtilerin yanı sıra diğer ruhsal belirtiler yönünden de daha fazla zorlanma içinde bulduklarını saptamışlardır.⁸⁴ Havlucu ve ark. yakın tarihte yapmış oldukları çalışmalarında, Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği kullanarak 33 Behçetli hasta ile yaş ve cins uyumlu 33 sağlıklı kontrolü karşılaştırmışlardır. Sonuçta hasta grubunda anksiyete ve depresyon düzeyleri kontrollere göre daha fazla saptanmıştır.⁸⁸ Eren ve ark. ise anksiyet ve depresyon açısından kontrollerle benzer sonuçlar saptamışlardır.⁸⁹ Bizim çalışmamızda da diğer çalışmalara benzer şekilde Behçet hastalarının anksiyete ve depresyon düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti.

Behçet hastalarında cinsiyet ve ruhsal belirtiler arasındaki ilişki konusunda veriler kısıtlıdır. BAÖ ve BDÖ kullanılarak yapılan çalışmalarda, kadın Behçet hastalarında anksiyete düzeyinin erkek hastalardan daha yüksek olduğu ancak depresyon düzeyinin ise cinsiyetler arasında fark göstermediği saptanmıştır.^{84,87,89} Havlucu ve ark. ise Behçet hastalarında anksiyete ve depresyon açısından cinsiyetler arasında fark bildirmemişlerdir.⁸⁸ Bizim çalışmamızda kadın Behçet hastalarının BAÖ puan ortalamaları erkek Behçet hastalarına göre anlamlı derecede daha yüksekti. Aynı durum BDÖ puan ortalamaları için geçerli değildi.

BH'nın yaşam kalitesine etkisini araştıran çalışmalarda pek çok farklı ölçek kullanılmıştır. Bu durum çalışmaların karşılaştırılmasında zorluk teşkil etmektedir. Behçet hastalarında yaşam kalitesini araştıran en geniş seri 1997 yılında yayınlanan ve Blackford ve ark.'na ait 325 olguluk seridir. Bu çalışmada DYKÖ kullanılarak özellikle simptom, duygular ve kişisel ilişkiler alt kategorilerinin etkilendiği gösterilmiştir. En olumsuz etkilenen hastaların genital lezyonu olan hastalar olduğu saptanmıştır. BH'da yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla en çok kullanılan ölçek Kısa Form-36'dır.^{87,88,89,91} Tanrıverdi ve ark. göz tutulumu olan 45 hastayla yaptıkları çalışmalarında Kısa Form-36'nın tüm alt alanlarında kontrol grubuna göre daha düşük değerler bildirmişlerdir.⁸⁷ Eren ve ark. 54 tane Behçet hastasında Kısa Form-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyonlar, fiziksel rol güclüğü, genel sağlık ve sosyal fonksiyonlar alt gruplarında daha düşük puanlar saptamışlardır.⁸⁹ Ertam ve ark. hasta grubunda tüm alanlarda kontrol grubundan daha düşük puanlar saptarken, aktif grupta canlılık, mental ve fizik sağlık alanlarındaki puanlar remisyondakilere göre daha düşük bulmuşlardır.⁹¹ Havlucu ve ark. da 33 Behçet hastası ve yaş, cinsiyet olarak uyumlu 33 sağlıklı kontrolde Kısa Form-36'yı kullanarak yaptıkları çalışmalarında Behçetli hastalarda fiziksel fonksiyon ve canlılık dışındaki diğer Kısa Form-36 alt gruplarında ölçek puanlarını daha düşük olarak bulmuşlardır. Remisyonda ve aktif bulguları olan hastalar arasında ise anlamlı bir farklılık saptamamışlardır.⁸⁸ Uğuz ve ark. 73 Behçet hastası ve 34 sağlıklı kişi ile yaptıkları çalışmalarında Behçet hastalarının yaşam kalitesinin fiziksel sağlık ve psikolojik sağlık alanlarında daha düşük, sosyal ilişkiler ve çevre alanları yönünden ise kontrol grubuna benzer olduğunu ortaya koymuşlardır.⁸⁴ Hem 23 Behçet ve 17 kronik plak tip psoriasis hastasını karşılaştıran Çalikoğlu ve ark. hem de 112 Behçet ve 95 psoriasis hastasını karşılaştıran Taner ve ark. Behçet hastalarının anksiyete ve depresyon puan ortalamalarını psoriasislilere göre daha yüksek saptamışlardır.^{8,92}

Biz ise çalışmamızda Behçet ve psoriyazis hastaları arasında ortalama BAÖ ve BDÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptamadık. DYKÖ puan ortalamalarında ise psoriyazis hastalarının puan ortalamaları daha yüksek olmakla birlikte sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildi. DYKÖ alt alanlarından bilişsel işlevler ve duygusal yaşam alt alanlarında psoriyazis hastalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puanlar aldıklarını saptadık. Hem psoriyazis hem de kontrol grubunda DYKÖ ortalama puanları cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiyordu.

Cinsel yaşamın ve doğurganlığın en aktif olduğu genç ve orta yaş döneminde görülen BH'da, hastaların sağaltımı ve bakımı planlanırken cinselliğin de ilgili ölçekler kullanılarak değerlendirilmesi önem taşımaktadır. BH'nın yaygın belirtilerinden olan genital ulserasyonlar oturma, yürüme, cinsel ilişki ve miksiyon sırasında ağrıya neden olabilir. Ayrıca ulserasyonların boyut ve derinliğine göre iyileşme süresi, perforasyon ve fistül gibi komplikasyonlara neden olma durumu farklılık gösterebilmektedir.⁸⁵

Özdemir ve ark. 96 Behçet hastasında ACYÖ'ni kullanarak yaptıkları çalışmalarında hastaların ACYÖ puan ortalamalarının 14.2 ± 5.8 olduğu ve %68.7 hastada cinsel işlev bozukluğu olduğunu göstermişlerdir. Çalışmanın bir diğer sonucu da kadın Behçet hastalarında ACYÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğudur.⁸⁵ Bizim çalışmamızda da hem Behçet hastalarında hem psoriyazis hastalarında hem de kontrol grubunda ACYÖ puanları kadın hastalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olarak bulunmuştur. ACYÖ puan ortalamalarının kontrol grubunda da erkeklere göre kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olması bu sonuçlara hastalık dışında, toplumun gelenek görenekleri, toplumun kadın ve erkeğe yüklemiş olduğu cinsel roller, utanma gibi başka faktörlerin de katkısı olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamızın bir diğer önemli sonucu aktif genital ulserasyonu olan hastalarda ACYÖ puan ortalamalarının yine BDÖ ve BAÖ puan ortalamalarının aktif genital ulserasyonu olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemesiydi.

Psoriyazis toplumda %1-2 oranında görülen, bireyin kendilik algısı ve sosyal ilişkileri üzerindeki etkileri nedeniyle yaşam kalitesini bozabilen kronik inflamatif bir deri hastalığıdır. Psikiyatrik belirtilerin şiddeti ile cilt lezyonlarının şiddeti arasında pozitif bir korelasyon olduğu bildirilmektedir.⁸ Mercan ve ark. 2008 yılında yayınladıkları çalışmalarında BDÖ ve ACYÖ'ni kullanarak 31 nörodermatit, 24 psoriyazis ve 33 kontrol hastasını değerlendirmişlerdir. Sonuçta nörodermatit

grubunun psoriyazis ve kontrol grubundan daha fazla cinsel sorun yaşadığı ayrıca nörodermatitli ve psoriyazisli hastaların, hastalık süresince cinsel işlev bozukluğu ve depresyon yaşadıkları saptanmıştır.⁹³ Güleç ve ark. tarafından 105 psoriyazis hastası ve 109 sağlıklı kontrolden oluşan, BDÖ, BAÖ'nin kullanıldığı çalışmada iki grup arasında anksiyete açısından fark saptanmazken, depresyonun psoriyazis hastalarında daha sık görüldüğü saptanmıştır.⁹⁴ Bizim çalışmamızda ise Behçet hastalarının ortalama ACYÖ puanı ve BDÖ puanı ile psoriyazis hastalarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamakla beraber her iki hasta grubunun puan ortalamaları kontrol grubu ile kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti. Yine Güleç ve ark. tarafından yapılan çalışma sonucundan farklı olarak bizim çalışmamızın sonuçlarına göre psoriyazis hastaları kontrol grubuna göre hem daha anksiyöz hem de daha depresifti.

Sonuçta hem psoriyazis hem de Behçet hastaları kontrol grubuna göre daha yüksek depresyon, anksiyete ve CİB göstermektedir. Ayrıca yaşam kaliteleri de kontrol grubuna göre anlamlı oranda bozulmuştur. Çalışma esnasında aktif eritema nodozum benzeri lezyonları olan hastaların yaşam kalitesi olmayanlara göre anlamlı derecede azalmış olarak saptandı. Cinsiyetlere göre kıyaslandığında hem psoriyazis grubunda hem Behçet grubunda hem de kontrol grubunda kadınların ACYÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve daha fazla CİB gösterdiği saptandı. BDÖ açısından ise her üç grupta da cinsiyetler arasında anlamlı istatistiksel fark saptanmadı. BAÖ puan ortalamalarında ise sadece Behçet hastalarında kadınlar lehine daha yüksek olmak üzere cinsiyetler arasında fark gözlemlendi. Behçet ile psoriyazis hastaları kıyaslandığında, ACYÖ, BDÖ, BAÖ ve DYKÖ puan ortalamalarının benzer olduğu, DYKÖ alt alanlarına bakıldığında ise psoriyazis hastalarının duygusal yaşam ve bilişsel işlevler alt alanlarında daha fazla bozulma olduğu saptandı.

ÖZET

Bu çalışmada Behçet hastalarının dermatolojik yaşam kalitesi, cinsel işlev bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeylerinin saptanarak, bu konuda dermatolojik hastalıklar içerisinde en fazla çalışma yapılmış olan psoriyazis hastaları ve sağlıklı gönüllülerle karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmaya Ekim 2010-Temmuz 2011 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran ve Uluslararası Behçet Hastalığı Çalışma Grubu tanı kriterlerine göre Behçet hastalığı tanısı almış 51 Behçet hastası yanında aynı tarihlerde yine bölümümüze başvuran Behçet hastalarıyla yaş ve cinsiyet olarak eşleştirilmiş 51 psoriyazis hastası alınmıştır. Kontrol grubu ise Behçet ve psoriyazis hastaları ile yaş, cinsiyet ve sayı olarak benzer nitelikte, herhangi bir dermatolojik ve psikiyatrik hastalığı olmayan sağlıklı gönüllülerden seçilmiştir. Dermatolojik Yaşam Kalite Ölçeği (DYKÖ) sadece psoriyazis ve Behçet hastalarına uygulanırken, sosyodemografik ve klinik veri formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) tüm katılımcılara uygulanmıştır.

Çalışmamızın neticesinde hem psoriyazis hem de Behçet hastalarında kontrol grubuna göre daha yüksek oranda depresyon, anksiyete ve cinsel işlev bozukluğu saptanmış, yaşam kalitelerinin de kontrol grubuna göre anlamlı oranda bozulduğu belirlenmiştir. Ayrıca aktif eritema nodozum benzeri lezyonları olan hastaların yaşam kalitesinin olmayan hastalara göre anlamlı derecede azalmış olduğu saptanmıştır. Cinsiyetlere göre kıyaslandığında hem psoriyazis ve Behçet hastalarında hem de kontrol grubunda kadınların ACYÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve daha fazla cinsel işlev bozukluğu gösterdiği belirlenmiştir. BDÖ açısından ise her üç grupta da cinsiyetler arasında anlamlı istatistiksel fark saptanmamıştır. BAÖ puan ortalamalarında ise sadece Behçet hastalarında kadınlar aleyhine daha yüksek olmak üzere cinsiyetler arasında fark gözlenmiştir. Behçet hastaları ile psoriyazis hastaları kıyaslandığında, ACYÖ, BDÖ, BAÖ ve DYKÖ puan ortalamalarının benzer olduğu, DYKÖ alt gruplarına bakıldığında ise psoriyazis hastalarının duygusal yaşam ve bilişsel işlevler alt alanlarında daha fazla bozulma olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda Behçet hastalarında gerekli görülen durumlarda psikiyatrik yönden de değerlendirilme yapılmasının uygun olacağı görüşünderiz.

Anahtar kelimeler: Behçet hastalığı, psoriyazis, anksiyete, depresyon, yaşam

SUMMARY

The purpose of this study is to determine the dermatological quality of life, sexual disorders and the anxiety and depression levels of Behçet's patients, and also to make a comparison between these patients and psoriasis patients whom the most number of studies in this area have been carried out and healthy volunteers.

Besides the 51 patients who applied to the Dokuz Eylül University, Faculty of Medicine, Department of Dermatovenerology between October 2010 and July 2011 and who were diagnosed as Behçet's disease according to the diagnostic criteria of International Behçet Disease Study Group, and at the same time 51 psoriasis patients applied to the same department and who were matched in terms of age and sex were also taken into the study. The control group was selected from healthy volunteers without any dermatological and psychiatric diseases who were in similar qualities of age, sex and number of Behçet's and psoriasis patients. While the Dermatological Life Quality Index (DLQI) was implemented on only psoriasis and Behçet's patients, socio-demographic and clinical data form, the Beck Depression Inventory (BDI), the Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) were carried on the whole participants.

As a result of our study, it was determined that on both psoriasis and Behçet's patients, higher levels of depression, anxiety and sexual disorders were observed than the control group. It was also determined that the quality of life deteriorated quite reasonably. Moreover, it was determined that the quality of life of patients with active erythema nodosum-like lesions decreased quite reasonably than those who did not have. When it was compared in terms of sex, it was determined that the average ASEX points were higher and there were more sexual disorders on women both on the Behçet's and psoriasis patients and on the control group. In terms of the BDI, no meaningful statistical difference was observed on the three groups between the sexes. In the average BAI points, a difference was observed between the sexes, mainly higher in women. When Behçet's and psoriasis patients were compared, average points of ASEX, BDI, BAI and DLQI were similar. In terms of the sub-groups of DLQI, it was determined that there were more deteriorations in emotional life and cognitive functions on psoriasis patients.

In accordance with these results, we are of the opinion that a psychiatric evaluation would be appropriate in Behçet's patients when deemed necessary.

KEY WORDS: Behçet's disease, psoriasis, anxiety, depression, the quality of life, sexual disorders.

KAYNAKLAR

1. Behçet H. Über rezidivierende Aphtöse, durch ein virus verursachte geschwure am mund, am Auge und an den Genitalien. Dermatol Wochenschr 1937;105:1152-1157
2. Alpsoy E. Behçet hastalığının deri ve mukoza belirtileri. TÜRKDERM 2003;37:92-99
3. Alpsoy E, Akman A. Behçet hastalığı: Etyopatogeneizde yeni kavramlar. T Klin J Int Med Sci 2007;3:8-14.
4. Soygür H. Şizofreni ve yaşam niteliği. Klinik psikiyatri 2003;1:9-14.
5. Bilaç C, Öztürkcan S. Dermatolojide Yaşam Kalitesi. Sağlıkta birikim 2006;1:48-58.
6. Mercan S. Deri Hastalıklarının Psikojenik Sonuçları ve Komorbiditeler. Türkderm 2010;44 Özel sayı 1:25-35
7. Ermertcan AT. Dermatolojide Cinsel Fonksiyon Bozuklukları. T Klin J Dermatol. 2010;20:81-87
8. Taner E, Burhanoğlu S, Coşar B, Önder M. Behçet hastalığı olan hastalarda anksiyete ve depresyonun psoriyazis hastalarıyla karşılaştırılması. Türkiye'de psikiyatri 2006;8:27-29
9. Öztürkcan S, Bilaç C. Psoriasisite yaşam kalitesi. T Klin J Dermatol 2008;1:82-90
10. Dilşen N. Behçet hastalığının tarihçesi. Aktüel Tıp Dergisi. Behçet Hastalığı sayısı 1997;2:62-65
11. Tüzün Y, Fresko İ, Mat MC, Özyazgan Y, Hamuryudan V. Behçet sendromu. In: Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL, (eds). Dermatoloji. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri:2008;p:913-928
12. Pamuk ÖN, Çakır N. Behçet hastalığı epidemiyolojisi. T Klin J Int Med Sci 2005;1:3-9
13. Önder M. Behçet hastalığı: Epidemiyoloji. Türkderm 2009;43 Özel sayı 2:28-31
14. Saylan T, Mat C, Fresko I, Melikoğlu M. Behçet's disease in the Middle East. Clin Dermatol 1999;17:209-223
15. Marshall SE. Behçet's disease. Best Pract Res Clin Rheumatol 2004;18:291-311

16. Tursen Ü, Gürler A, Boyvat A. Evaluation of clinical findings according to sex in 2313 Turkish patients with Behçet's disease. *Int J Dermatol* 2003;42:346-351
17. Barnes CG. History and Diagnosis. In: Yazıcı Y, Yazıcı H, (eds). *Behçet's Syndrome*. London: Springer Science+Business Media, LLC:2010,p.7-34
18. Akman A, Alpsoy E. Behçet Hastalığı: Etyopatogenezi Güncel Bilgiler. *Türkderm* 2009;43 Özel sayı 2:32-38
19. Pay S. Behçet hastalığı: etyoloji ve patogenezi. *T Klin J Int Med Sci* 2005;1:10-18.
20. Gül A, Hajeer AH, Worthington J, Ollier WE, Silman AJ. Evidence for linkage of the HLA-B locus in Behçet's disease, obtained using the transmission disequilibrium test. *Arthritis Rheum*. 2001;44:239-240
21. Baskan EB, Yılmaz E, Sarıcaoğlu H, Alkan G, Ercan I, Mistik R, Adım SB, Goral G, Dilek K, Tunali S. Detection of Parvovirus B19 DNA in the lesional skin of patients with Behçet's disease. *Clin Exp Dermatol* 2007; 32:186-190
22. Bang D, Oh S, Lee KH, Lee ES, Lee S: Influence of sex on patients with Behçet's disease in Korea. *Adv Exp Med Biol* 2003;528:59-63
23. Doğan B, Taşkan O, Harmanyeri Y: Prevalence of pathergy test positivity in Behçet's disease in Turkey. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2003;17:228-229
24. Ohno S, Ohguchi M, Hirose S, Matsuda H, Wakisaka A, Aizawa M: Close association of HLA-Bw51 with Behçet's disease. *Arch Ophthalmol* 1982;100:1455-1458
25. Gül A, Hajeer AH, Worthington J, Ollier WE, Silman AJ: Linkage Mapping of a Novel Susceptibility Locus for Behçet's Disease to Chromosome 6p22-23. *Arthritis Rheum* 2001;44:2693-2696
26. Akman A, Sallakçı N, Coşkun M, Bacanlı A, Yavuzer U, Alpsoy E, Yegin O: TNF-alfa gene 1031 T/C polymorphism in Turkish patients with Behçet's disease. *British Journal of Dermatology* 2006;155:350-356
27. Studd M, McCance DJ, Lehner T: Detection of HSV-1 DNA in patients with Behçet's syndrome and in patients with recurrent oral ulcers by the polymerase chain reaction. *J Med Microbiol* 1991;34:39-43
28. Lee ES, Lee S, Bang D, Sohn S: Herpes simplex virus detection by polymerase chain reaction in intestinal ulcer of patients with Behçet's disease. In: *Melasma Hamza*, ed. *Proceedings of the 7th International Conference on Behçet's Disease*. Tunis, Tunisia: Pub Adhona 1997;71-74

29. Mumcu G, Ergun T, Inanc N, Fresko I, Atalay T, Hayran O, Direskeneli H. Oral health is impaired in Behcet's disease and is associated with disease severity. *Rheumatology (Oxford)*. 2004;43:1028-1033
30. Lehner T, Lavery E, Smith R, van der Zee R, Mizushima Y, Shinnick T. Association between the 65-kilodalton heat shock protein, streptococcus sanguis, and the corresponding antibodies in Behçet's disease. *Infect Immun* 1991;59:1434-1441
31. Ben Ahmed M, Houman H, Miled M, Dellagi K, Louzir H. Involvement of chemokines and Th1 cytokines in the pathogenesis of mucocutaneous lesions of Behçet's disease. *Arthritis Rheumatism* 2004;50:2291-2295
32. Ozyazgan Y. Behçet hastalığında göz tutulumu. *Türkderm* 2009;43 Özel sayı 2:48-53
33. Zouboulis CC. Epidemiology of Adamantiades-Behçet's disease. *Ann Med Interne* 1999;150:488-498
34. Aktan Ş, İlknur T. Behçet hastalığı mukokutan bulguları. *T Klin J Int Med Sci* 2007;3:15-20
35. Ekmekçi P, Boyvat A, Özdemir E, Gürler A, Gürgey E. Is long term observation of patients with recurrent aphthous stomatitis necessary ? Clinical follow-up of 1238 cases. *Adv Exp Med Biol* 2003;528:127-130
36. Jorizzo JL, Taylor RS, Schmalstieg FC, et al. Complex aphthosis: A forme fruste of Behçet's syndrome? *J Am Acad Dermatol* 1985;13:457-462
37. Mat C, Göksugür N, Engin B, Yurdakul S, Yazıcı H. The frequency of scarring after genital ulcers in Behçet's syndrome: a prospective study. *Int J Dermatol* 2006;45:554-556
38. Ghate JV, Jorizzo JL. Behçet's disease and complex aphthosis. *J Am Acad Dermatol* 1999;40:1-18
39. Alpsoy E, Aktekin M, Er H, Durusoy Ç, Yılmaz E. A randomized, controlled and blinded study of papulopustular lesions in Turkish Behçet's patients. *Int J Dermatol* 1998;37:839-842
40. İlknur T, Pabuccuoglu U, Akin C, Lebe B, Gunes AT. Histopathologic and direct immunofluorescence findings of the papulopustular lesions in Behcet's disease. *Eur J Dermatol* 2006;16:146-150
41. Boyvat A. Behçet Hastalığında Deri ve Mukoza Belirtileri. *Türkderm* 2009;43 Özel sayı 2:42-47

42. Evereklioglu C. Current concepts in the etiology and treatment of Behçet disease. *Surv Ophthalmol* 2005;50:294-350
43. Evereklioglu C, İlhan Ö. Okular Behçet Hastalığı. *T Klin J Int Med Sci* 2007;3:21-25
44. Yurdakul S, Yazıcı H, Tüzün Y, Pazarlı H, Yalçın B, Altaç M, Özyazgan Y, Tüzüner N, Müftüoğlu A. The arthritis of Behçet's disease: a prospective study. *Ann Rheum Dis* 1983;42:505-515
45. Kim HA, Choi KW, Song YW. Arthropathy in Behçet's disease. *Scand J Rheum* 1997;26:125-129
46. Can M, Direskeneli H. Behçet Hastalığında Kas, İskelet Sistemi ve Damar Tutulumu. *Türkderm* 2009;43 Özel sayı 2:54-60
47. Korkmaz C. Behçet Hastalığında Damar ve Diğer Organ Tutulumları. *T Klin J Int Med Sci* 2005;1:42-47 B
48. Calamia K, Schimer M, Melikoğlu M. Major vessel involvement in Behçet's disease. *Current Opinion in Rheuma* 2005;17:1-8
49. Akman-Demir G. Behçet Hastalığında Nörolojik tutulum. *Türkderm* 2009;43 Özel sayı 2:61-64
50. Akman-Demir G, Serdaroglu P, Tasci B. Clinical patterns of Neurological involvement in Behcet's disease: evaluation of 200 patients. *Brain* 1999;122:2171-2181
51. Akman-Demir G, Bahar S, Çoban O, Taşçı B, Serdaroğlu P. Cranial MRI findings in Behcet's disease. *Neuroradiology* 2003;45:851-859
52. Örmeci N. Behçet Hastalığında Gastrointestinal Tutulum. *Türkderm* 2009;43 Özel sayı 2:65-68
53. Ebert EC. Gastrointestinal manifestations of Behçet's disease. *Dig Dis Sci* 2009;54:201-207
54. Sağlam F, Çamsarı T. Multisistem Tutulumlarıyla Behçet Hastalığı: böbrek tutulumuyla Behçet Hastalığı. *T Klin J Int Med Sci* 2007;3:44-46
55. Akpolat T, Akkoyunlu M, Akpolat I, Dilek M, Odabas AR, Ozen S. Renal Behcet's disease: a cumulative analysis. *Semin Arthritis Rheum* 2002;31:317-337.
56. Karıncaoglu Y, Borlu M, Toker SC, Akman A, Onder M, Gunasti S, Usta A, Kandi B, Durusoy C, Seyhan M, Utaş S, Sarıcaoglu H, Özden MG, Uzun S, Tursen U, Cicek D, Donmez L, Alpsoy E. Demographic and clinical properties

- of juvenile-onset Behçet's disease: A controlled multicenter study. *J Am Acad Dermatol.* 2008;58:579-584
57. Karıncaoğlu Y. Çocukluk Çağı Behçet Hastalığı. *Türkderm* 2009;43 Özel sayı 2:69-70
58. Ünsal E. Çocukluk Çağında Behçet Hastalığı. *T Klin J Int Med Sci* 2007;3:47-49
59. Uzun S. Gebelikte Behçet Hastalığının Klinik Seyri. *Türkderm* 2009;43 Özel sayı 2:71-73.
60. Öztürk MA. Behçet Hastalığında Laboratuvar Bulguları. *T Klin J Int Med Sci* 2005;1:55-58
61. Lakshampal S, Tani K, Pathologic features of Behçet's syndrome. *Hum Pathol* 1985;16:790-795
62. International Study Group for Behçet's disease. Criteria for diagnosis of Behçet's disease. *Lancet* 1990;335:1078-1080
63. Aytuğar E, Pekiner FN. Behçet Hastalığı. *MÜSBED* 2011;1:65-73
64. Yurdakul S, Mat C, Tuzun Y, Ozyazgan Y, Hamuryudan V, Uysal O, Senocak M, Yazici H. A double-blind trial of colchicine in Behçet's syndrome. *Arthritis Rheum* 2001;44:2686-2692.
65. Mat C. Behçet Hastalığında Tedavi. *Türkderm* 2009;43 Özel sayı 2:92-97
66. Bhat A, Naguwa SN, Cheema GS, Gershwin ME. Colchicine revisited *Ann N.Y. Acad Sci* 2009;1173:766-773
67. Yazıcı H, Pazarlı H, Barnes CG, Tüzün Y, Özyazgan Y, Silman A, Serdaroğlu S, Oğuz V, Yurdakul S, Lovatt GE, Yazıcı B, Somani S, Müftüoğlu A. A controlled trial of azathioprine in Behçet's syndrome. *N Engl J Med* 1990;322:281-285
68. Hamuryudan V, Mat C, Saip S, Ozyazgan Y, Siva A, Yurdakul S, Zwingenberger K, Yazıcı H. Thalidomide in the treatment of the mucocutaneous lesions of the Behçet syndrome. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med* 1998;128:443-450.
69. Mat C, Yurdakul S, Uysal S, Gogus F, Ozyazgan Y, Uysal O, Fresko I, Yazıcı H. A double-blind trial of depot corticosteroids in Behçet's syndrome. *Rheumatology (Oxford)* 2006;45:348-352
70. Hatemi G, Silman A, Bang D, Bodaghi B, Chamberlain AM, Gül A, Houman MH, Kötter I, Olivieri I, Salvarani C, Sfikakis PP, Siva A, Stanford MR, Stübiger

- N, Yurdakul S, Yazıcı H. EULAR recommendations for the management of Behçet's disease: report of a task force of the European standing Committee for international Clinical studies therapeutics. *Ann Rheum Dis* 2008;68:1528-1534
71. Beşiroğlu L, Ağargün MY. Obsesif kompulsif bozuklukta sağlık yardımı arama davranışı ile ilişkili etmenler: hastalık ile ilişkili ve genel etmenlerin rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17:213-222
72. Finlay AY. Quality of life measurement in dermatology. *Br J Dermatol* 1997; 136:305-314
73. Köse O, Gür AR. Dermatolojide Yaşam Kalitesi ve Ölçümü . *T Klin Dermatoloji* 2000;10:270-274
74. Gurel MS, Yanık M, Simsek Z, Kati M, Karaman A. Quality of life instrument for Turkish people with skin disease. *Int J Dermatol* 2005;44:933-938
75. Aydemir EH. Kronik deri hastalıklarında yaşam kalitesi. *T Klin J Dermatol.* 2004;14:4-7.
76. Cohen AD, Ofek - Shlomai A, Vardy DA, Weiner Z, Shvartzman P. Depression in dermatological patients identified by the Mini International Neuropsychiatric Interview questionnaire. *J Am Acad Dermatol.* 2006;54:94-99
77. McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL, McKnight KM, et al. The Arizona Sexual Experiences Scale: Reliability and validity. *J Sex Marital Ther* 2000;26: 25-40
78. Soykan A. The reliability and validity of Arizona Sexual Experiences Scale Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *Int J Impot Res* 2004;16:531-534
79. Woodruff PWR, Higgins EM, Vivier AWP, Wessely S. Psychiatric illness in patients referred to a dermatology - psychiatric clinic 1997. *Gen Hosp Psychiatry* 1997;19:29-35
80. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989;7:3-13
81. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-571
82. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *J Cogn Psychother, Int Q* 1998;12:163-172

83. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:893-897
84. Uguz F, Dursun R, Kaya N, Cilli AS. Behçet hastalarında ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006;7:133-139
85. Özdemir L, Kalyoncu U, Akdemir N. Behçet Hastalığında Cinsel Sorunlar ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Trakya Univ Tıp Fak Derg* 2010;27:238-242
86. Karlıdağ R, Ünal S, Evereklioğlu C, Sipahi B, Er H, Yoloğlu S. Stressful life events, anxiety, depression and coping mechanisms in patients with Behçet's disease. *JEADV* 2003;17:670-675
87. Tanrıverdi N, Taşkın T, Duru C, Özdal P, Ortaç S, Ferat E. Health-related quality of life in Behçet patients with ocular involvement. *Jpn J Ophthalmol* 2003;47:85-92
88. Havlucu DY, Inanır I, Aydemir Ö. Behçetli hastalarda yaşam kalitesi, anksiyet, depresyon ve hastalık hakkındaki bilgiler. *Anatol J Clin Investig* 2011;5:82-88
89. Eren I, Şahin M, Cüre E, Çivi-Inanlı I, Tunç ŞE. Psychiatric symptoms and quality of life in Behçet's disease. *Neurology, psychiatry and Brain Res.* 2006;13:169-174
90. Blackford S, Finlay AY, Roberts DL. Quality of life in Behcet's syndrome: 335 patients surveyed. *Br J Dermatol* 1997;136:293
91. Ertam I, Kitapcioglu G, Aksu K, et al. Quality of life and its relation with disease severity in Behçet's disease. *Clin Exp Rheumatol* 2009;27:18-22
92. Çalikoğlu E, Onder M, Coşar B, Candansayar S. Depression, anxiety levels and general psychological profile in Behçet's disease. *Dermatology* 2001;203:238-240
93. Mercan S, Altunay IK, Demir B, Akpınar A, Kayaoğlu S. Sexual dysfunctions in patients with neurodermatitis and psoriasis. *J Sex Marital Ther.* 2008;34:160-168
94. Güleç MY, Kılıç A, Gül Ü, Güleç H. Psoriasis hastalarında aleksitimi ve öfke. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009;46:169-174

Ek 1. Dermatolojik Yaşam Kalite Ölçeği. Aşağıdaki soruları okurken **son bir aylık dönemi** düşünerek size uyan cevap seçeneğini işaretleyiniz. Eğer soru sizin durumunuzla ilgili değilse (Hiçbir zaman-Asla) seçeneğini işaretleyiniz. Burada belirttiğiniz bilgiler araştırma amaçlıdır. Başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bize yardımcı olduğunuz için teşekkür ederiz.

1. Cilt hastalığınızdan dolayı kendinizi rahatsız, sinirli ve stresli hissediyor musunuz?
 - a. Her zaman- daima
 - b. Sıklıkla- çoğunlukla
 - c. Ara sıra- bazen
 - d. Nadiren
 - e. Hiçbir zaman- asla

2. Cilt hastalığınızdan dolayı fiziksel görünümünüzün bozulduğunu düşündüğünüz, aynaya aşırı baktığınız veya bakmaktan kaçındığınız oluyor mu?
 - a. Her zaman- daima
 - b. Sıklıkla- çoğunlukla
 - c. Ara sıra- bazen
 - d. Nadiren
 - e. Hiçbir zaman- asla

3. Cilt hastalığınız ev işlerinizi yapmanıza engel oluyor, okul/iş hayatınızı olumsuz yönde etkiliyor mu?
 - a. Her zaman- daima
 - b. Sıklıkla- çoğunlukla
 - c. Ara sıra- bazen
 - d. Nadiren
 - e. Hiçbir zaman- asla

4. Cilt hastalığınızın çevrenizdeki kişiler tarafından sorular sorularak hatırlatılmasından dolayı kendinizi rahatsız hissediyor musunuz?
 - a. Her zaman- daima
 - b. Sıklıkla- çoğunlukla
 - c. Ara sıra- bazen
 - d. Nadiren
 - e. Hiçbir zaman- asla

5. Cilt hastalığınızdan dolayı arkadaşlarınızdan uzak durduğunuz, sosyal ortamlara giremediğiniz oluyor mu?
 - a. Her zaman- daima
 - b. Sıklıkla- çoğunlukla
 - c. Ara sıra- bazen
 - d. Nadiren
 - e. Hiçbir zaman- asla

6. Cilt hastalığınızdan dolayı ortaya çıkan (kanama, yara, ağrı, kaşıntı, leke gibi) şikayetleriniz yaşantınızı kısıtlıyor mu?
 - a. Her zaman- daima
 - b. Sıklıkla- çoğunlukla
 - c. Ara sıra- bazen
 - d. Nadiren
 - e. Hiçbir zaman- asla

7. Cilt hastalığınızdan dolayı insanların sizden uzak durduğunu, el sıkışmak, öpüşmek gibi yakın temasa girmediğinizi düşünüyor musunuz? Bundan dolayı çevrenizdeki insanlardan uzaklaşıyor musunuz?

- a. Her zaman- daima
- b. Sıklıkla- çoğunlukla
- c. Ara sıra- bazen
- d. Nadiren
- e. Hiçbir zaman- asla

8. Cilt hastalığınızdan dolayı cinsel yaşantınız etkileniyor mu?

- a. Her zaman- daima
- b. Sıklıkla- çoğunlukla
- c. Ara sıra- bazen
- d. Nadiren
- e. Hiçbir zaman- asl

9. Cilt hastalığınızın düzelmeyeceği veya tekrarlayacağını düşünerek umutsuzluğa kapıldığınız oluyor mu?

- a. Her zaman- daima
- b. Sıklıkla- çoğunlukla
- c. Ara sıra- bazen
- d. Nadiren
- e. Hiçbir zaman- asla

10. Cilt hastalığınızın tedavisi ile uğraşırken zaman ve para kaybınız olduğunu düşünüyor musunuz?

- a. Her zaman- daima
- b. Sıklıkla- çoğunlukla
- c. Ara sıra- bazen
- d. Nadiren
- e. Hiçbir zaman- asla

11. Cilt hastalığınızın istediğinizi yemenize, giyinmenize, makyaj yapmanıza, vücudunuzu temizlenize engel oluyor mu?

- a. Her zaman- daima
- b. Sıklıkla- çoğunlukla
- c. Ara sıra- bazen
- d. Nadiren
- e. Hiçbir zaman- asla

Değerlendirme (0-44): Her zaman-daima=4, Sıklıkla-çoğunlukla=3, Ara sıra-bazen=2, Nadiren=1, Hiçbir zaman-asla=0

Quality of life instrument for Turkish people with skin diseases. Gurel MS, Yanik M, Simsek Z, Kati M, Karaman A. Int J Dermatol 2005;44:933-938.

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Ek 2. Açıklama: Aşağıda kişilerin ruh durumlarını belirtirken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. **Bugün de dahil olmak üzere son bir hafta içindeki** kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz. Sunduğunuz bilimsel katkı ve verdiğiniz içten cevaplar için teşekkür ederiz.

1. a) Kendimi üzüntülü hissetmiyorum.
b) Kendimi üzgün hissediyorum.
c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. a) Gelecekte umutsuz değilim.
b) Gelecek konusunda umutsuzum.
c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3. a) Kendimi başarısız görmüyorum.
b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
c) Geriye dönüp baktığımda pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
4. a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı.
5. a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. a) Cezalandırılmışım gibi duygular içinde değilim.
b) Sanki, bazı şeyler için cezalandırılmışım gibi duygular içindeyim.
c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
7. a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
d) Kendimden nefret ediyorum.
8. a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.
c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
10. a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.

- b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
c) Şimdilerde her an ağlıyorum.
d) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
11. a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.
b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
12. a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
b) Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.
b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum.
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
d) Hiç çalışmıyorum.
16. a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.
b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
18. a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
c) Şimdilerde iştahım epey kötü.
d) Artık hiç iştahım yok.
19. a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
20. a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.

- c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
- d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.

21. a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
- b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
- c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
- d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

BECK ANKSİYETE ENVANTERİ

Ek 3. Açıklama: Değerli katılımcı , aşağıda insanların kaygılı boşluk yada endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **buğün dahil son bir haftadır** sizi ne kadar rahatsız ettiğini alttaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz. Her maddeyi yanıtlayınız. Sunduğunuz bilimsel katkı ve verdiğiniz içten cevaplar için teşekkür ederiz.

1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	Hiç-0 ()	Hafif-1 ()	Orta-2 ()	Ciddi-3 ()
2. Sıcak/ateş basmaları	Hiç-0 ()	Hafif-1 ()	Orta-2 ()	Ciddi-3 ()
3. Bacaklarda halsizlik, titreme	Hiç-0 ()	Hafif-1 ()	Orta-2 ()	Ciddi-3 ()
4. Gevşeyememe	Hiç-0 ()	Hafif-1 ()	Orta-2 ()	Ciddi-3 ()
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu	Hiç-0 ()	Hafif-1 ()	Orta-2 ()	Ciddi-3 ()
6. Baş dönmesi veya sersemlik	Hiç-0 ()	Hafif-1 ()	Orta-2 ()	Ciddi-3 ()
7. Kalp çarpıntısı	Hiç-0 ()	Hafif-1 ()	Orta-2 ()	Ciddi-3 ()
8. Dengeyi kaybetme korkusu	Hiç-0 ()	Hafif-1 ()	Orta-2 ()	Ciddi-3 ()
9. Dehşete kapılma	Hiç-0 ()	Hafif-1 ()	Orta-2 ()	Ciddi-3 ()
10. Sinirlilik	Hiç-0 ()	Hafif-1 ()	Orta-2 ()	Ciddi-3 ()
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu	Hiç-0 ()	Hafif-1 ()	Orta-2 ()	Ciddi-3 ()
12. Ellerde titreme	Hiç-0 ()	Hafif-1 ()	Orta-2 ()	Ciddi-3 ()
13. Titreklilik	Hiç-0 ()	Hafif-1 ()	Orta-2 ()	Ciddi-3 ()
14. Kontrolü kaybetme korkusu	Hiç-0 ()	Hafif-1 ()	Orta-2 ()	Ciddi-3 ()
15. Nefes almada güçlük	Hiç-0 ()	Hafif-1 ()	Orta-2 ()	Ciddi-3 ()
16. Ölüm korkusu	Hiç-0 ()	Hafif-1 ()	Orta-2 ()	Ciddi-3 ()
17. Korkuya kapılma	Hiç-0 ()	Hafif-1 ()	Orta-2 ()	Ciddi-3 ()
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi	Hiç-0 ()	Hafif-1 ()	Orta-2 ()	Ciddi-3 ()
19. Baygınlik	Hiç-0 ()	Hafif-1 ()	Orta-2 ()	Ciddi-3 ()
20. Yüzün kızarması	Hiç-0 ()	Hafif-1 ()	Orta-2 ()	Ciddi-3 ()
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olamayan)	Hiç-0 ()	Hafif-1 ()	Orta-2 ()	Ciddi-3 ()

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ
(Kadın Formu)

Ek 4. Lütfen her maddede, **bugün de dahil, geçen haftadaki** durumunuzu işaretleyin.

1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz
1-()	2-()	3-()	4-()	5-()	6-()

2. Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor
1-()	2-()	3-()	4-()	5-()	6-()

3. Vajinanız / cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir ?

Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz
1-()	2-()	3-()	4-()	5-()	6-()

4. Ne kadar kolay orgazm olursunuz ?

Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam
1-()	2-()	3-()	4-()	5-()	6-()

5. Orgazmınız tatmin edici midir ?

Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Orgazma ulaşamam
1-()	2-()	3-()	4-()	5-()	6-()

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ
(Erkek Formu)

Ek 5. Lütfen her maddede, **bugün de dahil, geçen haftadaki** durumunuzu işaretleyin.

1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz
1-()	2-()	3-()	4-()	5-()	6-()

2. Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor
1-()	2-()	3-()	4-()	5-()	6-()

3. Penisiniz / cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay sertleşir ve sertliğini sürdürür mü ?

Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz
1-()	2-()	3-()	4-()	5-()	6-()

4. Ne kadar kolay orgazm olursunuz ?

Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam
1-()	2-()	3-()	4-()	5-()	6-()

5. Boşalmanız tatmin edici midir ?

Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Hiç boşalamam
1-()	2-()	3-()	4-()	5-()	6-()

Ek 6.**Hasta Sosyodemografik Formu**

İsim Soyisim:

Protokol No:

Tarih:

1. Yaş:

2. Cinsiyet: a-Kadın () b-Erkek ()

3. Medeni Hali: a-Evli () b-Bekar () c-Dul

4. Eğitim düzeyi: a-İlköğrenim () b-Lise () c-Yükseköğrenim ()

5. Meslek: a-Ev hanımı () b-Kamu Görevlisi () c-İşçi () d-Emekli ()
e-Serbest () f-Diğer ()

6. Aktif (şu an) çalışıyor musunuz ? a-Evet () b-Hayır ()

7. Maddi durumunuz ? a-Kötü () b-Orta () c-İyi () d-Çok iyi ()

8. Bildiğiniz kronik bir hastalığınız var mı ? a-Var () Nedir? b-Yok ()

9. Sigara kullanır mısınız ? a-Evet () paketyılı b-Hayır ()

10. Alkol kullanır mısınız ? a-Evet () Sosyal içici () b-Hayır ()
Bağımlı ()**Buradan sonrakiler yalnızca psoriyazis ve Behçet hastaları tarafından doldurulacaktır.**

11. Hastalığınızın tanısı ilk ne zaman konuldu ?

12. Aile bireyleriniz arasında başka benzer hastalığı olan var mı ? a-Evet () Kim? b-Hayır ()

13. Hastalığınıza yönelik herhangi bir tedavi kullanıyor musunuz ? a-Evet () Kullandığım ilaçlar:
b- Hayır ()14. Bu hastalığınızın nedeni ile daha önce hastaneye yatarak tedavi gördünüz mü ? a-Evet ()
b-Hayır ()**Altındaki bölümler doktor tarafından doldurulacaktır.****Behçet Hastaları:**

	<u>Tanımlıyor</u>	<u>Mevcut</u>
Oral aft	()	()
Genital ülser	()	()
Deri bulguları		
-EN benzeri lezyonlar	()	()
-Papülopüstüler lezyonlar	()	()
-Patergi pozitifliği	()	()
Artrit	()	()
Damar bulguları		
-Tromboflebit	()	()
-DVT	()	()
Üveit	()	()
GIS bulguları	()	()

Psoriyazis Hastaları:

PAŞİ skoru: ...