

Psoriyazisli Olgularda Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları; Demografik ve Klinik Özellikler

UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTIONS IN PATIENTS WITH PSORIASIS: DEMOGRAPHIC AND CLINICAL FEATURES

Sevgi AKARSU, Turna İLKNUR, Ceylan CANBAZ AVCI, Özlem ÖZBAĞÇIVAN, Saim ÇARŞANBALI, Emel FETİL, Ali Tahsin GÜNEŞ

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Literatürde psoriyazisli olgularda bakteriyel veya viral boğaz enfeksiyonlarının deri lezyonlarının oluşumu ve/veya alevlenmesini tetikleyebildiği bildirilmiştir. Bu çalışmada psoriyazis vulgaris klinik alt tiplerinde Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu (ÜSYE) sıklığının değerlendirilmesi ve ÜSYE olan olgulardaki klinik ve demografik özelliklerin ÜSYE olmayan olgularla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Retrospektif olarak planlanmış çalışmamızda kliniğimizde yatan 258 psoriyazis vulgaris olgusunun dosyası psoriyazis klinik tipi, demografik veriler, psoriyazis alan şiddet indeksi ve eşlik eden ÜSYE'leri açısından taranmıştır. Klinik olarak plak psoriyazisli olgular "stabil", guttat psoriyazisli veya guttat saçlımlı olan plak psoriyazisli olgular ise "aktif" psoriyazis olarak tanımlanmıştır.

Bulgular: Toplam 258 psoriyazis olgusunun 188 (%72,9)'ünün aktif psoriyazis, 70 (%27,1)'inin ise stabil psoriyazis klinik özelliklerini taşıdığı saptanmıştır. Toplam 103 (%39,9) olguda ÜSYE belirlenmiş olup, aktif psoriyazisli olgularda %45,2 olarak saptanan ÜSYE sıklığının stabil psoriyazisli olgulara (%25,7) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla olduğu gösterilmiştir. Aktif grupta ÜSYE olan olgularda yaş ortalamasının anlamlı olarak daha düşük olduğu, ayrıca ÜSYE saptanan aktif ve stabil psoriyazisli olgularda psoriyazis başlangıç yaşının daha düşük, aile öyküsünün daha fazla, son alevlenme sürelerinin daha kısa ve psoriyazis alan şiddet indeksi değerlerinin ≥ 10 olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Aktif psoriyazisli olgularda ÜSYE sıklığının stabil olgulara göre daha fazla görülmesi nedeniyle guttat psoriyazis ve guttat saçlımlı plak psoriyazis olgularında ÜSYE araştırılmasının yararlı olacağı görüşündeyiz.

Anahtar sözcükler: Psoriyazis, guttat, plak, aktif, stabil, üst solunum yolu enfeksiyonu

SUMMARY

Objective: In the literature, it has been reported that bacterial or viral infections of the throat can trigger the occurrence and/or exacerbation of the skin lesions in patients with psoriasis. The aim of our study was to evaluate the frequency of Upper Respiratory Tract Infection (URTI) and compare the clinical and demographic features of cases with and without an URTI in clinical subtypes of psoriasis vulgaris.

Material and method: In this retrospective study, the files of 258 psoriasis vulgaris

Sevgi AKARSU
Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Deri ve Zührevi Hastalıkları
AD
35340 İnciraltı, İZMİR
Tel: (232) 4123860 - 4123851
GSM: (530) 926 95 20
e-posta:
sevgi.akarsu@deu.edu.tr

Bu makale daha önce 4-8 Mayıs 2011 tarihleri arasında "6. Ege Dermatoloji Günleri" adlı ulusal kongrede yazılı poster olarak sunulmuştur.

inpatients were evaluated for clinical type of psoriasis, demographic data, psoriasis area severity index and accompanying URTIs. Clinically, the patients of plaque psoriasis were defined as "stable" psoriasis, and those of guttate psoriasis or guttate flare of plaque psoriasis were defined as "active" psoriasis.

Results: Of the 258 psoriasis patients, 188 (72.9%) patients were in active group and 70 (27.1%) of them were in stable group. Of all the patients, 103 (39.9%) were determined to have URTI. In patients with active psoriasis, the frequency of URTI was statistically higher (45.2%) than the stable group (25.7%). In active group, mean age was significantly lower in patients with URTI. Additionally, it was determined that the mean onset age of psoriasis was earlier, family history was more common, the time of the last exacerbation of lesions was shorter and the psoriasis area severity index values were ≥ 10 in both active and stable psoriasis patients with URTI compared to those of without URTI.

Conclusion: Because of the higher frequency of URTI in patients with active psoriasis than stable psoriasis, we assumed that it would be beneficial to investigate of URTI in guttate psoriasis or guttate flare of plaque psoriasis.

Key words: Psoriasis, guttate, plaque, active, stable, upper respiratory tract infection

Toplumun yaklaşık %1-3'ünde görülen psoriyazis T hücre aracılı kronik seyirli, tekrarlayıcı ve inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Psoriyazisin saçlı deriye lokalize hafif sebopsoriyazisten generalize püstüler psoriyazise kadar değişen bir spektrum içinde birbiriyle örtüşme gösterebilen birden fazla klinik tipi bulunmaktadır. En sık görülen tipi olan psoriyazis vulgariste eritemli skuamli papüler lezyonların büyüklüğü noktasal büyüklükten daha geniş deri yüzeyini kaplayan plaklara kadar değişebilir (1-4).

Psoriyazis etyopatogenezinde multipl genetik komponentler ve çevresel faktörlerin birlikte rol oynadığı bildirilmiştir. Genetik olarak yatkın kişilerde başlıca ilaçlar ve enfeksiyonlar olmak üzere çeşitli faktörler psoriyazis lezyonlarını ilk kez ortaya çıkarabileceği gibi mevcut lezyonlarda alevlenmelere de neden olabilir (3-5). Çevresel faktörler arasında yer alan enfeksiyonların psoriyazis olgularının %15-76'sında tetikleyici rol oynadığı gösterilmiştir (6-10). Tetikleyici faktör olarak bildirilen fokal enfeksiyonlardan ise özellikle üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE)'nin rolü olduğundan söz edilmiştir (11-14). Fokal enfeksiyonlarla psoriyazis alevlenmesinin bakteriyel süperantijenlerle ilişkili olduğu ve mikrobiyal ısı şok proteinlerine karşı oluşan immün reaksiyonun psoriyatik deri enflamasyonunda rol oynadığı düşünülmektedir (12,15,16). Literatürde enfeksiyonlarla psoriyazis klinik tipleri arasında da ilişki kurulmaya çalışılmakta olup özellikle guttat psoriyazis ve guttat saçılımlı plak psoriyazisli olgularla daha sıklıkla ilişkilendirildiği görülmektedir (17-20). Bu çalışmada kliniğimizde yatırılan

psoriyazis vulgarisli olgularda ÜSYE sıklığının belirlenmesine ilaveten, mevcut ÜSYE varlığının demografik ve klinik özelliklerle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışmaya Ocak 2006- Aralık 2010 tarihleri arasında kliniğimizde yatırılmış olan psoriyazis vulgarisli olgular alınmıştır. Son altı ay içinde tedavi türünde değişiklik yapılan veya major bir travma öyküsü olan, bilinen metabolik veya endokrin bir hastalığı ile psoriyazisi tetikleyebilecek herhangi bir ilaç kullanımı öyküsü ve alkolizm öyküsü bulunan, ayrıca dosyalardaki kayıtları eksik olan olgular çalışmaya alınmamıştır.

Retrospektif olarak planlanmış olan bu çalışmada psoriyazis klinik tipi lezyonların morfolojik görünümüne göre plak psoriyazis (nummular, plak ve/veya plakard lezyonları olanlar), guttat psoriyazis (sadece punktata ve guttat lezyonları olanlar) ve guttat saçılımları olan plak psoriyazis (nummular, plak ve/veya plakard lezyonların yanında punktata ve/veya guttat lezyonları olanlar) olarak sınıflandırılmıştır. Plak psoriyazisli olgular "stabil", guttat psoriyazisli veya guttat saçılımları olan plak psoriyazisli olgular ise "aktif" psoriyazis olarak tanımlanmıştır (17).

Olguların cinsiyet ve yaş (çocuk <18 yaş, erken erişkin 19-45 yaş, orta erişkin 46-64 yaş veya yaşlı ≥ 65 yaş) gibi demografik verileri yanında, psoriyazis başlangıç yaşı (erken <40 yaş veya geç ≥ 40 yaş başlangıçlı), hastalık süresi, ailede psoriyazis varlığı, lezyonlarda alevlenme varsa bu durumun ne kadar süre önce (son 1 ay, 1-3 ay, 3-6 ay

veya 6-12 ay içinde ya da 12 aydan daha uzun bir süre önce) olduğu ile ilgili ayrıntılı öyküleri ve Psoriyazis Alan Şiddet İndeksi ("Psoriasis Area and Severity Index", PASI)'ne göre değerlendirilmiş olan klinik şiddet skorları kaydedilmiştir.

Çalışmaya dosyasında hemogram, eritrosit sedimentasyon hızı, antistreptolizin O, C-reaktif protein, boğaz kültürü ve Water's grafisi bulunan ve kulak burun boğaz bölümünce de değerlendirmesi yapılmış olan olgular dahil edilmiştir. Bu veriler doğrultusunda ÜSYE varlığı ile ilgili bulgular kaydedilmiştir.

Veriler SPSS 15 sunumu kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı analiz ile sayısal değişkenler ortalama \pm standart sapma olarak, diğer değişkenlerin ise yüzde sıklıkları elde edilmiştir. Psoriyazis alt gruplarının kendi aralarında karşılaştırılmasında ve her bir alt grupta ÜSYE saptanan olguların demografik ve klinik parametrelerinin ÜSYE olmayan olgularla karşılaştırılmasında ki-kare, Fisher'in kesinlik testi, *t* testi ve ANOVA testleri kullanılmıştır. İstatistiksel olarak $p < 0,05$ olan değerler anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışma kapsamında değerlendirilen toplam 258 olgunun 188 (%72,9)'ünün aktif psoriyazis, 70 (%27,1)'inin ise stabil psoriyazis klinik özelliklerini taşıdığı saptanmıştır. Aktif psoriyazisli 188 olgunun ise 32 (%17,1)'sini guttat psoriyazisli ve 156 (%82,9)'sini guttat saçılımlı plak psoriyazisli olguların oluşturduğu belirlenmiştir. Çalışmaya alınan olguların demografik ve özgün klinik verileri Tablo I'de gösterilmektedir. Totalde aktif ve stabil psoriyazisli olgular arasında karşılaştırma yapıldığında; cinsiyet açısından farklılık olmadığı ancak yaş ortalamalarının aktif grupta anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür. Aktif psoriyazisli olguların çoğunun erken erişkin (%34,6) ve orta erişkin (%38,3) dönemde iken stabil psoriyazisli olguların istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olmak üzere yarısından fazlasının (%57,1) orta erişkin dönemde olduğu belirlenmiştir. Ortalama hastalık süreleri ve aile öyküsü varlığı açısından her iki grup arasında anlamlı fark olmadığı, ancak aktif gruptaki olguların stabil gruptaki olgulara göre ortalama psoriyazis başlangıç yaşının daha düşük, son alevlenme sürelerinin daha kısa

ve PASI değerlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya alınan toplam 258 olgunun 103 (%39,9)'ünde ÜSYE saptanmış olup psoriyazis alt gruplarına göre değerlendirildiğinde aktif psoriyazisli olgularda %45,2 (GP'te %68,8, guttat saçılımlı PP'te %40,4) oranında saptanan ÜSYE sıklığının stabil psoriyazisli olgularda %25,7 olduğu belirlenmiştir. Aktif ve stabil olgular karşılaştırıldığında aktif olgularda istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde ÜSYE sıklığında artış saptanmış olup, saptanan enfeksiyonlar ve bunların klinik tiplere göre dağılımı Tablo II'de gösterilmiştir.

Her bir psoriyazis alt grubunda ÜSYE saptanmayan olgularla saptanan olguların demografik ve psoriyazise özgün klinik verileri Tablo III'te gösterilmektedir. Tüm olgular değerlendirildiğinde ÜSYE varlığının erkeklerde anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlenmiştir. ÜSYE saptanan tüm olgularla ÜSYE olmayanların ortalama yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken çocukluk ve erken erişkinlik döneminde ÜSYE'nun anlamlı olarak daha fazla görüldüğü, orta erişkin ve yaşlı olgularda ise ÜSYE varlığının azaldığı saptanmıştır. ÜSYE olan tüm olgularda başlangıç yaşının daha düşük ve aile öyküsünün daha fazla olduğu, ayrıca ortalama hastalık süreleri arasında fark izlenmemekle birlikte son alevlenme süresinin anlamlı olarak daha kısa olduğu belirlenmiştir. Ortalama PASI değerleri arasında fark yok iken PASI değeri ≥ 10 olan olgularda ÜSYE varlığının arttığı görülmüştür.

Psoriyazis alt tipleri açısından değerlendirildiğinde ise stabil grupta ÜSYE olan olgularda cinsiyet açısından anlamlı fark izlenmezken aktif grupta ÜSYE sıklığının erkeklerde daha fazla olduğu gösterilmiştir. Aktif grupta ÜSYE olan olgularda yaş ortalamasının anlamlı olarak daha düşük olduğu, ayrıca çocukluk ve erken erişkinlik döneminde ÜSYE sıklığının daha fazla iken orta erişkin ve yaşlılarda daha az olduğu saptanmış, ancak stabil grupta değişik yaş gruplarındaki ÜSYE sıklığı açısından anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Hem aktif hem de stabil grupta ÜSYE olan olgularda aile öyküsünün daha fazla, psoriyazis başlangıç yaşının daha düşük ve ortalama hastalık süresi açısından fark izlenmemekle birlikte son alevlenme sürelerinin daha kısa olduğu görülmüştür. Her iki grupta

da son bir ay içinde alevlenme geçirmiş ÜSYE olan ve olmayan olgu sayıları açısından anlamlı fark olmamasına rağmen bir aydan daha uzun süre önce alevlenmesi olmuş olgular arasında ÜSYE'lu olguların anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır. ÜSYE saptanan stabil psoriyazisli

olgularda ortalama PASI değerleri ÜSYE olmayan olgulara göre anlamlı olarak daha yüksek saptanırken, aktif grupta anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bununla birlikte hem aktif hem de stabil grupta PASI değeri ≥ 10 olan olgularda ÜSYE varlığının anlamlı olarak arttığı görülmüştür.

Tablo I. Aktif ve stabil psoriyazisli olguların demografik ve klinik özellikleri

Demografik ve klinik özellikler	Aktif Psoriyazis (n=188) (%)	Stabil Psoriyazis (n=70) (%)	Toplam (n=258) (%)
Cinsiyet			
Kadın	88 (46,8)	41 (58,6)	129 (50,0)
Erkek	100 (53,2)	29 (41,4)	129 (50,0)
Yaş (yıl) *	46,8 \pm 18,6 (5-87)	53,6 \pm 13,0 (22-91)	48,6 \pm 17,5 (5-91)
Çocuk	14 (7,4)	0 (0)	14 (5,4)
Erken erişkin	65 (34,6)	18 (25,7)	83 (32,2)
Orta erişkin*	72 (38,3)	40 (57,1)	112 (43,4)
Yaşlı	37 (19,7)	12 (17,1)	49 (19,0)
Başlangıç yaşı (yıl) *	34,9 \pm 19,4 (1,5-85)	41,0 \pm 15,8 (8-77,5)	36,6 \pm 18,7 (1,5-85)
Erken (< 40 yaş)*	116 (61,7)	32 (45,7)	148 (57,4)
Geç (≥ 40 yaş)*	72 (38,3)	38 (54,3)	110 (42,6)
Aile öyküsü (+)	143 (76,1)	23 (32,9)	68 (26,4)
Hastalık süresi (yıl)	12,4 \pm 11,1 (0,1-68)	12,6 \pm 10,7 (0,1-60)	12,4 \pm 10,9 (0,1-68)
Son alevlenme zamanı (ay) *	5,3 \pm 6,3 (0,3-36)	8,9 \pm 9,0 (0,3-36)	1,59 \pm 1,28 (0,3-36)
<1 ay*	50 (26,6)	10 (14,3)	60 (23,3)
<1-3 ay*	63 (33,5)	15 (21,4)	78 (30,2)
<3-6 ay*	35 (18,6)	19 (27,1)	54 (20,9)
<6-12 ay*	28 (14,9)	10 (14,3)	38 (14,7)
> 12 ay*	12 (6,4)	16 (22,9)	28 (10,9)
PASI*	11,6 \pm 6,8 (2,1-48,0)	9,1 \pm 5,9 (2,1-29,4)	10,9 \pm 6,6 (2,1-48,0)
<10*	95 (50,5)	48 (68,6)	143 (55,4)
≥ 10 *	93 (49,5)	22 (31,4)	115 (44,6)

n: olgu sayısı; PASI: Psoriyazis alan şiddet indeksi; *: İstatistiksel olarak anlamlı özellikler ($p < 0,05$)

Tablo II. Aktif ve stabil psoriyazisli olgularda saptanan üst solunum yolu enfeksiyonları

ÜSYE	Aktif Psoriyazis (n=188) (%)	Stabil Psoriyazis (n=70) (%)	Toplam (n=258) (%)
Tonsillit	10 (5,3)	1 (1,4)	11 (4,3)
Otit	16 (8,5)	2 (2,9)	18 (6,9)
Farenjit	22 (11,7)	1 (1,4)	23 (8,9)
Sinüzit	35 (18,6)	12 (17,1)	47 (18,2)
Farenjit+tonsillit	1 (0,5)	1 (1,4)	2 (0,7)
Farenjit+sinüzit	1 (0,5)	1 (1,4)	2 (0,7)
Total	85 (45,2)	18 (25,7)	103 (39,9)

ÜSYE: Üst solunum yolu enfeksiyonu; n: olgu sayısı

Tablo III. Üst solunum yolu enfeksiyonu saptanan aktif ve stabil psoriyazisli olguların demografik ve klinik özellikleri

Demografik ve klinik özellikler	Aktif Psoriyazis (n=188)		Stabil Psoriyazis (n=70)		Toplam (n=258)	
	ÜSYE (-) (n=103) (%)	ÜSYE (+) (n=85) (%)	ÜSYE (-) (n=52) (%)	ÜSYE (+) (n=18) (%)	ÜSYE (-) (n=155) (%)	ÜSYE (+) (n=103) (%)
Cinsiyet (n, %)*						
Kadın	58 (56,3)	30 (35,3)	33 (63,4)	8 (44,4)	91 (58,7)	38 (36,8)
Erkek	45 (43,7)	55 (64,7)*	19 (36,5)	10 (55,5)	64 (41,2)	65 (63,1)*
Yaş *	54,4 ± 16,2 (23-87)	37,5 ± 17,0 (5-80)*	55,3 ± 12,7 (29-91)	48,4 ± 13,0 (22-68)	54,7 ± 15,1 (23-91)	39,5 ± 16,8 (5-80)
Çocuk	0 (0)	14 (16,5)*	0 (0)	0 (0)	0 (0)	14 (13,5) *
Erken erişkin	25 (24,3)	40 (47,1)*	11 (21,1)	7 (38,8)	36 (23,2)	47 (45,6) *
Orta erişkin	47 (45,6)	25 (29,4)*	30 (57,6)	10 (55,5)	77 (49,6) *	35 (33,9)
Yaşlı	31 (30,1)	6 (7,1)*	11 (21,1)	1 (5,5)	42 (27) *	7 (6,7)
Başlangıç yaşı (yıl) *	42,5 ± 19,2 (8-85)	25,8 ± 15,4* (1,5-74)	43,5 ± 15,8 (9-78)	33,6 ± 13,4 (8-53)*	42,8 ± 18,1 (8-85)	27,1 ± 15,3 (1,5-74)*
Erken (< 40 yaş)	44 (42,7)	72 (84,7)*	20 (38,4)	12 (66,6)*	64 (41,3)	84 (81,6)*
Geç (≥40 yaş)	59 (57,3)	13 (15,3)	32 (61,5)	6 (33,3)	91 (58,7)	19 (18,4)
Aile öyküsü (+)*	12 (11,6)	33 (38,8)*	11 (21,1)	12 (66,6)*	23 (24,7)	45 (43,6)*
Hastalık süresi (yıl)	12,8 ± 12,3 (0,2-68)	11,8 ± 9,4 (0,1-50)	11,8 ± 10,9 (0,1-60)	14,8 ± 10,0 (1-36)	12,5 ± 11,8 (0,1-68)	12,4 ± 9,5 (0,1-50)
Son alevlenme zamanı (ay) *	6,3 ± 7,01 (0,5-36)	3,3 ± 3,5 (0,3-24) *	10,5 ± 9,7 (0,3-36)	4,1 ± 4,5 (0,3-18)*	7,7 ± 8,2 (0,3-36)	3,4 ± 3,7 (0,3-24)*
<1 ay	22 (21,4)	28 (32,9)	5 (9,6)	5 (27,7)	27 (17,4)	33 (32)*
<1-3 ay	33 (32,04)	30 (35,3)*	10 (19,2)	5 (27,7)*	43 (27,7)	35 (33,9)*
<3-6 ay	17 (16,5)	18 (21,2)*	13 (25)	6 (33,3)*	30 (19,3)	24 (23,3)*
<6-12 ay	20 (19,4)	8 (9,4)*	9 (17,3)	1 (5,5)*	29 (18,7)	9 (8,7)*
> 12 ay	11 (10,7)	1 (1,2)*	15 (28,8)	1 (5,5)*	26 (16,7)	2 (1,9)*
PASI*	11,2 ± 7,7 (2,1-48)	12,1 ± 5,5 (4,2-30,1)	7,3 ± 3,5 (2,1-17,1)	14,4 ± 8,1(4,2-29,4)*	9,9 ± 6,8 (2,1-48)	12,5 ± 6,0 (4,2-30,1)
<10	62 (60,2)	33 (38,8)	41 (78,8)	7 (38,8)	103 (66,4)	40 (38,8)
≥10	41 (39,8)	52 (61,2)*	11 (21,1)	11 (61,1)*	52 (33,5)	63 (61,1)*

ÜSYE: Üst solunum yolu enfeksiyonu; n: olgu sayısı; *: İstatistiksel olarak anlamlı özellikler ve anlamlılığın kaynaklandığı veriler (p<0,05)

TARTIŞMA

Psoriyazis vulgarisli olguların çoğunluğunu oluşturan plak psoriyazis özellikle lumbosakral alan, saçlı deri, diz ve dirseklerde yoğunlaşmış üzeri sedefi beyaz renkli skuamla kaplı eritemli papüler lezyonlarla karakterizedir. Psoriyazisli olguların yaklaşık %10'unu oluşturan guttat psoriyazis ise genellikle çocuklarda ve genç erişkinlerde görülen ve sıklıkla akut tonsillit veya farenjit gibi bir ÜSVE'dan 1-2 hafta sonra birdenbire ortaya çıkan eritemli küçük papüler lezyonlarla karakterize psoriyazis tipidir. Guttat psoriyazis daha önceden psoriyazis öyküsü olmayan bir olguda ilk kez oluşabileceği gibi, genellikle sınırlı deri alanlarını tutan kronik plak psoriyazis lezyonlarına eşlik etmektedir (1-4). Psoriyazisin bu çeşitlilik gösteren klinik görünümünün tesadüfi veya sadece Koebner etkisi ile olmaktan ziyade, mikrobiyal uyarının özelliği ve lokalizasyonuna bağlı olarak alternatif kompleman yolu aktivasyonu ile oluşabileceği ileri sürülmüştür (1,2,6). Literatürde psoriyazisin başlaması, süregenliği ya da şiddetlenmesinde en çok suçlanan ajanlar streptokoklar ve daha az oranda stafilokoklar olmakla birlikte, bazı yazarlar tarafından hastalığın alevlenmesinde daha geniş bir spektrum oluşturan bakteriyel, viral veya fungal kökenli farklı mikroorganizmaların rol oynadığı ileri sürülmüştür. Bunlar arasında en tutarlı ilişkinin psoriyazisin hem akut hem kronik formlarında suçlanmış olan A grubu beta hemolitik streptokoklar ile olduğu bildirilmiş, diğer mikrobiyal etkenlerin etyopatogeneze rolü olup olmadığı henüz kesin bir netlik kazanmamıştır (5,7,11).

Psoriyazis klinik tiplerinden özellikle guttat psoriyazis olmak üzere guttat saçlımlı ve stabil plak psoriyazisin, daha az oranda da püstüler psoriyazisin ÜSVE'ları, dental enfeksiyonlar, üriner enfeksiyonlar ve perianal enfeksiyonlar gibi fokal enfeksiyonlarla tetiklenebildiği bildirilmiştir (6,17,23). Literatürdeki psoriyazis klinik tipi ile ÜSVE varlığı arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalara göre özellikle guttat psoriyazisli olgularda tonsillit veya farenjit gibi streptokokal boğaz enfeksiyonlarının önemli rolü olduğu desteklenmiş olsa da, bazı çalışmalarda guttat psoriyazisli olguların %25'inde tonsillit saptanmasına rağmen hiçbirinde streptokok izole edilememesinin

tonsillerdeki veya diğer üst solunum yolu boşluklarındaki enfeksiyon olasılığını dışlayamayacağı ve stafilokokkus aureus başta olmak üzere diğer oral enfeksiyöz etkenlerin rol oynayabileceği ileri sürülmüştür (7,16,19,20). Boğaz enfeksiyonlarının guttat psoriyazise benzer şekilde plak psoriyazisli olgulardaki guttat alevlenmelerden de sorumlu olabileceği bildirilmiştir (20). Plak psoriyaziste de lezyonların ilk oluşumunda, devamında veya alevlenmesinde boğaz enfeksiyonlarının rol oynayabileceği bildirilmiş olsa da streptokokların plak psoriyazis patogenezindeki rolü çok net değildir (11,18,24). Bazı çalışmalarda streptokokal antikor titrelerinin plak psoriyazisli olgularda psoriyazis olmayan kontrol grubuna göre daha yüksek olduğundan bahsedilirken, bir diğer çalışmada ise psoriyazis olmayan kontrol grubundan daha düşük olduğu gösterilmiştir (18,24). Gudjonsson ve arkadaşları tarafından plak psoriyazisli olguların %30'unda farenjit sonrasında alevlenme olduğu gözlenmiş olup, süregen subklinik enfeksiyonların dirençli plak psoriyazis olgularından sorumlu olabileceği ileri sürülmüştür. Plak psoriyazisli olgularda farenjit enfeksiyonunun kontrol grubuna göre on kat daha fazla olduğu gösterilmesine rağmen beta hemolitik streptokokların farenjit olan psoriyazisli olguların %10'unda ve kontrol grubundaki olguların %1'inden azında saptanabilmesinin, akut farenjit oluşumuna bakterilerden ziyade daha sık virüslerin neden olmasına ek olarak influenza, parainfluenza ve genellikle eksüdatif farenjite neden olan adenovirüs enfeksiyonlarının streptokokal farenjit ile benzerlik gösterebilmesi ile ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (20). Bartenjev ve arkadaşları tarafından yapılan retrospektif bir çalışmada da klinik olarak enfeksiyon bulgusu olmayan ve yakın zamanda alevlenmiş 195 plak psoriyazis olgusunun %76'sında subklinik mikrobiyal enfeksiyon varlığı saptanmış, alınan nazofarenjial kültürlerde bu olguların %68'inde A grubu streptokok ve stafilokok türleri, daha az oranda da hemofilus influenza, klebsiella oxytoca, moraxella catarrhalis, escherichia coli ve kandida albicans gibi mikroorganizmalar üretilmiştir (25). Yine yakın zamanda psoriyazisin farklı klinik tipleri arasında yapılan bir çalışmada guttat psoriyazisli olguların %85,7'sinin kanında streptokokal DNA, ayrıca guttat alevlenmeleri olan plak psoriyazisli olguların %71,4'ünde ve kronik plak

psoriasisli olguların %66,6'sında stafilokokkal DNA saptanırken, daha az oranlarda streptokokkal, probionobacterium, exiguobacterium ve bacillus türüne ait DNA belirlenmiştir (17). Görüldüğü gibi en sık guttat psoriasisle birlikte guttat saçılımlı plak psoriasis ve plak psoriasisli olgularda çeşitli ÜSYE etkenlerinin tetikleyici rol oynayabileceği bildirilmiştir. Sonuç olarak psoriasisli olgularda bakteriyel veya viral süperantijenler normal immunolojik yolları geçerek immun sistemde güçlü bir stimülasyona yol açar ve psoriasis gelişiminde en önemli rolü oluşturan T lenfositlerinin üretimine neden olmaktadır (11). Biz de çalışmamızda psoriasisli olgularda viral veya bakteriyel etkenli olmasına bakmaksızın klinik ve laboratuvar bulgulara dayanarak ÜSYE sıklığını saptamayı ve ÜSYE varlığının psoriasis klinik tipi, demografik ve klinik değişkenleri ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Son yıllarda Blok ve arkadaşları tarafından 45 psoriasisli olgusunda yapılmış olan bir anket çalışmasında son bir yıl içinde geçirilen tonsillit, farenjit, sinüzit, ürosistit ve diğer enfeksiyonların psoriasisle ilişkisi sorgulanmıştır. Bu olguların %33'ü enfeksiyon sonrası psoriasisle alevlenme olduğunu belirtmiş, ayrıca bu olgularda psoriasis başlangıç yaşının diğer olgulara göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Suçlanan enfeksiyonların sıklığıyla ilgili ayrıntılı veriler olmamakla birlikte, sırasıyla farenjit, sinüzit ve sistit şeklinde olduğu belirtilmiştir (12). Bizim çalışmamızda ise olgularımızın %39,9'unda olmak üzere sıklık sırasına göre sinüzit, farenjit, otit ve tonsillit gibi bir ÜSYE varlığı saptanmıştır. Ayrıca guttat psoriasisli veya guttat saçılımlı olan plak psoriasisli olguları aktif psoriasis, plak psoriasisli olguları ise stabil psoriasis olarak kabul ettiğimiz bu çalışmada aktif psoriasisli olgularda ÜSYE sıklığının anlamlı olarak daha fazla olduğu gösterilmiştir.

Literatürde ÜSYE'larının en sık puberte civarında olduğu ve 35 yaş sonrasında giderek azaldığı, bununla uyumlu olarak psoriasis başlangıç insidansının da en sık 11 ile 20 yaşları arasında görüldüğü bildirilmiştir (20). Henseler ve Cristophers tarafından psoriasisin erken başlangıçlı (<40 yaş) ailesel tipi ve geç başlangıçlı (≥40 yaş) ailesel olmayan tipi olmak üzere iki tipinin olduğu belirtilmiştir (26). Boğaz enfeksiyonlarının ailesinde psoriasis

öyküsü bulunan ve/veya başlangıç yaşı erken olan psoriasis vulgarisli olgularda daha fazla saptandığı bildirilmiştir (27). Yine yeni bir alevlenmeden önce olası bir tetikleyici faktörün varlığı daha sık erken başlangıçlı psoriasisli olgularda bildirilmiş, en sık suçlanan faktörler ise ÜSYE'ları olmuştur (28). Bizim çalışmamızda da literatüre benzer şekilde yaş ortalaması arttıkça azalan ÜSYE sıklığının çocukluk ve erken erişkinlik döneminde daha fazla iken orta erişkin ve yaşlılıkta giderek azaldığı belirlenmiştir. Yine başlangıç yaşı erken olan, ailesinde psoriasis öyküsü bulunan ve yakın zamanda alevlenen aktif ve stabil psoriasisli olgularda ÜSYE'nun daha fazla görüldüğü belirlenmiştir.

Literatürde enfeksiyon varlığı ile PASI değerleri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar yeterli olmasa da, boğaz kültüründe beta hemolitik streptokok üreyen plak psoriasisli olgularda ve ASO değerleri yüksek olan plak psoriasisli çocuk olgularda PASI değerlerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir (20,29). Bununla birlikte Yıldırım ve arkadaşları tarafından psoriasis ve parvovirüs B19 arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir diğer çalışmada viral DNA yükü ile psoriasis klinik tipi ve PASI değerleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (30). Bizim çalışmamızda ise ÜSYE saptanan stabil psoriasisli olgularda olmayanlara göre ortalama PASI değerleri anlamlı olarak daha yüksek saptanmış, ayrıca PASI değeri ≥10 olan aktif ve stabil psoriasisli olgularda ÜSYE varlığının arttığı görülmüştür.

Aktif ve stabil psoriasisli olgularda ÜSYE sıklığının araştırıldığı bu çalışmanın retrospektif nitelikte olması, olgu sayısının çok fazla olmaması ve yatan hasta kümesini içerdiği için herhangi bir enflamatuvar hastalığı olmayan kontrol grubunun dahil edilememiş olması çalışmamızın sınırlılıkları arasındadır.

Sonuç olarak; bu çalışmada aktif psoriasisli olgulardaki ÜSYE sıklığının stabil olgulara göre anlamlı olarak daha fazla oranda olduğu gözlenmiştir. Bununla birlikte hem aktif hem de stabil psoriasisle özellikle psoriasis başlangıç yaşı erken olan, ailesinde psoriasis öyküsü bulunan, yakın zamanda alevlenme geçirmiş veya klinik şiddet skorları yüksek olan olgularda ÜSYE araştırılmasının uygun olacağı kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Naldi L, Gambini D. The clinical spectrum of psoriasis. *Clin Dermatol* 2007;25:510-518.
2. Griffiths CE, Barker JN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet* 2007;370:263-271.
3. Gürer MA, Adışen E. Psoriasis, introduction, general information, epidemiology [Psoriasis, genel bilgiler, epidemiyoloji]. *Türkderm* 2008;42:15-17.
4. Bilen N. Non-pustular psoriasis [Non-püstüler psoriyazis]. *Turkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2005;1:22-26.
5. Erkek E. The etiopathogenesis of psoriasis [Psoriyazis etyopatogenezi]. *Turkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2008;1:1-14.
6. Rosenberg EW, Noah PW, Skinner RB Jr, Vander Zwaag R, West SK, Browder JF. Microbial associations of 167 patients with psoriasis. *Acta Derm Venereol Suppl* 1989;146:72-74.
7. Fry L, Baker BS. Triggering psoriasis: the role of infections and medications. *Clin Dermatol* 2007;25:606-615.
8. Tagami H. Triggering factors. *Clin Dermatol* 1997; 15:677-685.
9. Rigopoulos D, Gregoriou S, Katrinaki A, et al. Characteristics of psoriasis in Greece: an epidemiological study of a population in a sunny Mediterranean climate. *Eur J Dermatol* 2010;20:189-195.
10. Norholm-Pedersen A. Infections and psoriasis; a preliminary communication. *Acta Derm Venereol* 1952; 32:159-167.
11. Owen CM, Chalmers RJ, O'Sullivan T, Griffiths CE. A systematic review of antistreptococcal interventions for guttate and chronic plaque psoriasis. *Br J Dermatol* 2001;145:886-890.
12. Blok S, Vissers WH, van Duijnhoven M, van de Kerkhof PC. Aggravation of psoriasis by infections: a constitutional trait or a variable expression? *Eur J Dermatol* 2004;14:259-261.
13. Farber EM, Nall ML. The natural history of psoriasis in 5,600 patients. *Dermatologica* 1974;148:1-18.
14. Nyfors A, Lemholt K. Psoriasis in children. A short review and a survey of 245 cases. *Br J Dermatol* 1975;92:437-442.
15. Leung DY, Travers JB, Norris DA. The role of superantigens in skin disease. *J Invest Dermatol* 1995; 105: 375-425.
16. Izaki S, Goto Y, Kaburagi Y, Kitamura K, Nomaguchi H. Antibody production to heat shock proteins with Mr 65 kD (HSP65) in cutaneous inflammation: a possible relation to focal infection. *Acta Otolaryngol Suppl* 1996; 523:197-200.
17. Munz OH, Sela S, Baker BS, Griffiths CE, Powles AV, Fry L. Evidence for the presence of bacteria in the blood of psoriasis patients. *Arch Dermatol Res* 2010;302:495-498.
18. Nahary L, Tamarkin A, Kayam N, et al. An investigation of antistreptococcal antibody responses in guttate psoriasis. *Arch Dermatol Res* 2008;300:441-449.
19. Caca-Biljanovska NG, Vlečkova-Laskoska MT. Management of guttate and generalized psoriasis vulgaris: prospective randomized study. *Croat Med J* 2002;43:707-712.
20. Gudjonsson JE, Thorarinnsson AM, Sigurgeirsson B, Kristinnsson KG, Valdimarsson H. Streptococcal throat infections and exacerbation of chronic plaque psoriasis: a prospective study. *Br J Dermatol* 2003;149: 530-534.
21. Seyhan M, Coşkun BK, Sağlam H, Özcan H, Karıncaoğlu Y. Psoriasis in childhood and adolescence: evaluation of demographic and clinical features. *Pediatr Int* 2006;48:525-530.
22. Raychaudhuri SP, Gross J. A comparative study of pediatric onset psoriasis with adult onset psoriasis. *Pediatr Dermatol* 2000;17:174-178.
23. Adışen E, Tekin Ö, Gülekon A, Gürer MA. Childhood psoriasis: retrospective evaluation of 130 patients [Çocukluk dönemi psoriyazisi: 130 olgunun retrospektif değerlendirilmesi]. *Türk Dermatoloji Dergisi* 2008;2:43-46.
24. El-Rachkidy RG, Hales JM, Freestone PP, Young HS, Griffiths CE, Camp RD. Increased blood levels of IgG reactive with secreted *Streptococcus pyogenes* proteins in chronic plaque psoriasis. *J Invest Dermatol* 2007; 127:1337-1342.
25. Bartenjev I, Rogl Butina M, Potocnik M. Subclinical microbial infection in patients with chronic plaque psoriasis. *Acta Derm Venereol Suppl* 2000;211:17-18.
26. Henseler T, Christophers E. Psoriasis of early and late onset: characterization of two types of psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 1985;13:450-456.

27. Weisenseel P, Laumbacher B, Besgen P, et al. Streptococcal infection distinguishes different types of psoriasis. *J Med Genet* 2002;39:767-768.
28. Ferrándiz C, Pujol RM, García-Patos V, Bordas X, Smandía JA. Psoriasis of early and late onset: a clinical and epidemiologic study from Spain. *J Am Acad Dermatol* 2002;46:867-873.
29. Kim SK, Kang HY, Kim YC, Lee ES. Clinical comparison of psoriasis in Korean adults and children: correlation with serum anti-streptolysin O titers. *Arch Dermatol Res* 2010; 302:295-299.
30. Yıldırım M, Ceyhan AM, Arıdoğan BC, Koç İG, Kaya S. Investigation of relationship between Parvovirus B19 infection and psoriasis [Psoriasis ve parvovirus B19 enfeksiyonu arasındaki ilişkinin araştırılması]. *Türkderm* 2010;44:200-203.