

# Aile Hekimliği Polikliniğine Kronik Kaşıntı ile Başvuran 65 Yaş Üstü Bireylerin Değerlendirilmesi

Nurcan Akbaş Güneş

<https://doi.org/10.33880/ejfm.2019080304>

Original Research / Orijinal Araştırma

## AUTHORS / YAZARLAR

Nurcan Akbaş Güneş  
(Corresponding Author)

dnurak@hotmail.com

Yeni Aile Sağlığı Merkezi,  
Eskişehir, Türkiye  
ORCID iD:  
0000-0001-8688-5839

## ÖZ

**Amaç:** 65 yaş üzerinde kronik kaşıntı şikâyeti ile başvuran bireylerin hematolojik değerlerinin, çoklu ilaç kullanımlarının, kaşıntılı bölgelerin, kaşıntılı bölge sayısının ve sistemik hastalıklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmamıza aile sağlığı merkezine son 1 yıl içerisinde kronik kaşıntı şikayeti ile başvuran 65 yaş ve üzeri 102 hastanın hematolojik değerlerinin, kaşıntılı bölgelerinin, çoklu ilaç kullanımlarının ve sistemik hastalıklarının ayrıntılı değerlendirilmesi yapılmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların ek hastalıkları değerlendirildiğinde 39 (%38,2) katılımcının sadece bir, 63 (%61,8) katılımcının ise birden çok ek hastalığının olduğu tespit edildi. Katılımcıların ilaç kullanımları değerlendirildiğinde ise 36 (%35,3) katılımcının tek, 27 (%26,5) katılımcının iki farklı ve 39 (%38,2) katılımcının ise üç ve üzeri farklı ilaç kullandığı belirlendi. Kaşıntılı bölge sayısının, ek hastalık sayısı açısından tek ya da çok olmasına bağlı olarak değişiklik göstermediği tespit edildi. Kullanılan ilaç sayısına göre kaşıntılı bölge sayısında herhangi bir artışın olup olmadığı değerlendirildiğinde ise anlamlı farklılıkların olmadığı tespit edildi.

**Sonuç:** Kronik kaşıntı nedeniyle aile sağlığı merkezlerine başvuran 65 yaş üzeri bireylerde yapılacak ayrıntılı hematolojik, sistemik hastalık değerlendirmeleri ve kullanılan ilaçların sorgulanması ile kronik kaşıntılı yaşlı bireylere genel bir yaklaşım oluşturulabilir.

**Anahtar kelimeler:** yaşlı, kaşıntı, kronik, Aile Hekimliği

## Evaluation of Chronic Pruritus in Patients Over Age 65 Who Admitted to Family Medicine Outpatient Clinic

### ABSTRACT

**Aim:** This study aims to evaluate the hematologic values, multiple drug use, regions with pruritus, number of regions with pruritus, and systematic diseases of patients over age 65 with chronic pruritus.

**Methods:** A detailed evaluation was made of the hematologic values, itchy regions, multiple drug use, and systematic diseases of 102 patients age 65 and older who presented to our Family Health Center within the past year.

**Results:** When the patients were evaluated according to additional disease, 39 (38.2%) patients had one, and 63 (61.8%) patients had more than one additional disease. According to drug use, 36 (35.5%) patients were using one drug, 27 (26.5%) were using two different drugs, and 39 (38.2%) patients were using three or more different drugs. Number of itchy regions was found to have no significant impact on number of additional diseases. There was no significant difference in number of itchy regions according to number of different drugs used.

**Conclusion:** A detailed hematologic, systematic disease, and multiple drug use assessment of patients ages 65 and older who presenting with chronic itching to Family Health centers could establish a general approach to elderly individuals with chronic pruritus.

**Keywords:** elderly, pruritus, chronic, family practice

Date of submission  
10.04.2019

Date of acceptance  
23.09.2019

**How to cite / Atıf için:** Akbaş Güneş N. Aile Hekimliği Polikliniğine kronik kaşıntı ile başvuran 65 yaş üstü bireylerin değerlendirilmesi. Euras J Fam Med 2019;8(3):113-20. doi:10.33880/ejfm.2019080304

**Conflict of interest:** No conflict of interest was declared by the authors.

**Financial disclosure:** No financial disclosure was declared by the authors.

## Giriş

Kaşıntı bölgesel olabileceği gibi, tüm vücudu da etkileyebilen akut ya da kronik olarak oluşan rahatsız edici bir durumdur. Basınç, farklı maddelerle temas, vibrasyon, ısı ve elektriksel stimülasyon gibi farklı uyaranlar kaşıntıyı tetikleyebilir. Birçok dermatolojik hastalığın belirtisidir. Ayrıca birçok sistemik hastalıkta, nörolojik ve ruhsal bozuklukta karşımıza çıkabilmektedir. Altı haftadan kısa süreli kaşıntılar akut kaşıntı olarak ifade edilirken, altı haftadan uzun süreli kaşıntılar ise kronik kaşıntı olarak ifade edilir. Kaşıntı vakalarında etyolojik sebep %85 oranında belirlenebilirken, %15 vakada etyolojik sebep bulunamamaktadır. Avrupa kronik kaşıntı rehberine göre kaşıntılar, cilt hastalıklarına bağlı olarak oluşan kaşıntı, sistemik hastalıklara bağlı, nörolojik, mikst tip ve somatoform tip olmak üzere gruplandırılmıştır (1). Kronik kaşıntı her yaşta görülebilen ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir durumdur. Genel olarak popülasyonun %16-23 kadarının kronik kaşıntıdan etkilendiğini gösteren bilimsel çalışmalar bulunmaktadır (2,3). Kronik renal yetmezlik, çeşitli karaciğer hastalıkları ve atopik dermatitler kronik kaşıntı ile karşımıza çıkabilmektedir. Ayrıca kronik ya da yaygın kaşıntısı olan, cilt lezyonu bulunmayan ve 65 yaş üzeri bireyler sistemik hastalıklar ve ilaç kullanımları açısından mutlaka değerlendirilmelidir (4,5).

Kronik kaşıntı çok kompleks ve heterojen bir patogeneze sahiptir. Altta yatan nedene yönelik tedavi başlayabilmek için doğru tanısall değerlendirilmelidir. Cilt lezyonu olmayan kronik kaşıntılı hastalarda ayrıntılı hematolojik değerlendirmeler yapılmalıdır. Yapılan bilimsel çalışmalarda kronik kaşıntı hastalarında tam kan sayımı, CRP, sedimentasyon, üre, kreatinin, bilirubin düzeyleri, AST ve ALT seviyeleri, serum alkalin fosfatase seviyesi, açlık ve tokluk şeker düzeyi, sT4 ve TSH seviyesi değerlendirilmelidir (6).

Biz yaptığımız bu çalışmada Aile Sağlığı Merkezimize 65 yaş üzerinde kronik kaşıntı şikayeti ile başvuran bireylerin hematolojik değerlerini, çoklu ilaç kullanımlarını, kaşıntı bölgesi, kaşıntılı bölge sayısı ve sistemik hastalıklarını değerlendirdik. Ayrıca

kullanılan ilaç sayısındaki farklılıkların ve ek hastalık sayısının kaşıntılı bölge sayısı ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

## Yöntem

Çalışma için öncelikle klinik araştırmalar yerel etik kurulundan gerekli izinler alınmıştır (2019-03-01). Ayrıca çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan imzalı "bilgilendirilmiş gönüllü olur belgesi" alınmıştır. Ayrıca bu çalışma Helsinki deklarasyonu prensiplerine uyularak yapılmıştır. Çalışmamıza Aile Sağlığı Merkezimize son 1 yıl içerisinde kronik kaşıntı şikayeti ile başvuran 65 yaş ve üzeri hastaların hematolojik değerlerinin, kaşıntı bölgelerinin, çoklu ilaç kullanımlarının ve sistemik hastalıklarının retrospektif olarak dosya arşivleri üzerinden değerlendirilmesi yapılmıştır. Çalışmamıza 65 yaş üzerinde 102 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyleri, kaşıntı bölgeleri, cilt lezyonunun olup olmadığı, kullandıkları ilaçlar, ek hastalıkları, hemoglobin, hematokrit, trombosit, nötrofil, lenfosit, eozinofil, bazofil, açlık glukoz, HbA1c, AST, ALT, alkali fosfatase, TSH, sT4, B12 vitamin seviyesi, demir, ferritin, Na, K, Ca, üre, kreatinin, total bilirubin, direkt bilirubin değerleri incelenmiştir. Kronik kaşıntısı olup, cilt lezyonu olmayan katılımcılar çalışmaya alınmış olup, kronik kaşıntıya ek cilt lezyonu olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Katılımcıların ilaç kullanımları üç gruba ayrılmıştır. Tek ilaç kullananlar, iki farklı ilaç kullananlar ve üç ve daha çok çeşit ilaç kullanan şeklinde gruplandırma yapılmıştır. Ek hastalık varlığına göre de tek ek hastalığı olanlar ve birden çok ek hastalığı olanlar şeklinde gruplandırma yapılmıştır. Ayrıca katılımcıların ek hastalıkları da görülme sıklıklarına göre değerlendirilmiştir. Aynı zamanda katılımcıların eğitim seviyeleri de okuryazar değil, ilköğretim mezunu, lise mezunu ve üniversite mezunu şeklinde dört farklı sınıflama şeklinde belirtilmiştir.

Verilerin istatistiksel analizi için SPSS Windows programının 25.0 versiyonu kullanılmıştır. Sayısal veriler için aritmetik ortalama±standart sapma hesaplandı. Nitelik olarak belirtilen veriler yüzde (%) olarak ifade edildi. Gruplar arasındaki karşılaştırmada Mann-Whitney U testi ve T test kullanıldı. P<0,05

anlamli olarak kabul edildi.

## Bulgular

Çalışmamıza katılan katılımcıların yaş ortalaması 72,62±7,74 (min:65, max:97) olarak tespit edildi. Cinsiyet dağılımları değerlendirildiğinde 102 katılımcının 87'si (%85,3) kadın, 15'i (%14,7) erkek olarak tespit edildi. Katılımcıların eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde ise 33 (%32,4) katılımcının okuryazar olmadığı belirlendi. 57 (%55,9) katılımcı ilköğretim, 9 (%8,8) katılımcı lise, 3 (%2,9) katılımcının ise üniversite mezunu olduğu tespit edildi. Katılımcıların ek hastalıkları değerlendirildiğinde ise 39 (%38,2) katılımcının sadece bir, 63 (%61,8) katılımcının ise birden çok ek hastalığının olduğu tespit edildi. Katılımcıların ilaç kullanımları değerlendirildiğinde ise 36 (%35,3) katılımcının tek, 27 (%26,5) katılımcının iki farklı ve 39 (%38,2) katılımcının ise üç ve üzeri farklı ilaç kullandığı belirlendi (Tablo 1).

**Tablo 1.** Gruplardaki cinsiyet, eğitim düzeyi, ek hastalık varlığı ve ilaç kullanımları

		N	%
Cinsiyet	Kadın	87	85,3
	Erkek	15	14,7
Eğitim durumu	Okuryazar değil	33	32,4
	İlköğretim	57	55,9
	Lise	9	8,8
	Üniversite	3	2,9
Ek hastalık varlığı	Tek	39	38,2
	Birden çok	63	61,8
Kaç ilaç kullanıyor	Tek	36	35,3
	İki	27	26,5
	Üç ve üzeri	39	38,2

Çalışmamızda kaşıntı bölgeleri olarak genital bölge, sırt, göğüs, karın, eller, kollar, ayaklar ve bacaklar değerlendirildi. Genital bölge kaşıntısı 15 (%14,7) katılımcıda, sırt kaşıntısı 33 (%32,3), göğüs bölgesi kaşıntısı 54 (%52,9), karın bölgesi 42 (%41,1), eller 33 (%32,3), kollar 63 (%61,7), ayaklar 30 (%29,4) ve bacaklardaki kaşıntı 51 (%50) katılımcıda tespit edildi (Tablo 2).

**Tablo 2.** Katılımcılardaki kaşıntı bölgeleri ve görülme sıklıkları

Değerlendirmede sorgulanan kaşıntı bölgeleri	N	%
Genital bölge	15	14,7
Sırt	33	32,3
Göğüs	54	52,9
Karın	42	41,1
Eller	33	32,3
Kollar	63	61,7
Ayaklar	30	29,4
Bacaklar	51	50

Çalışmamıza katılanların kaşıntılı bölge sayıları değerlendirildiğinde; 9 (%8,8) katılımcının sadece tek bölgede kaşıntısının olduğu tespit edildi. 36 (%35,3) katılımcının iki, 18 (%17,6) katılımcının üç, 27 (%26,5) katılımcının dört, 3 (%2,9) katılımcının beş farklı bölgesinde ve 9 (%8,8) katılımcının ise değerlendirilen tüm bölgelerinde (sekiz bölge) kaşıntısının olduğu tespit edildi (Tablo 3).

**Tablo 3.** Katılımcıların kaşıntılı bölge sayıları

Kaşıntılı bölge sayısı	N	%
1 bölge	9	8,8
2 bölge	36	35,3
3 bölge	18	17,6
4 bölge	27	26,5
5 bölge	3	2,9
8 bölge	9	8,8
Toplam	102	100

Yapılan değerlendirmede kaşıntılı bölge sayısının, ek hastalık sayısı açısından tek ya da çok olmasına bağlı olarak değişiklik göstermediğini tespit ettik (p=0,340). Kullanılan ilaç sayısına göre kaşıntılı bölge sayısında herhangi bir artışın olup olmadığı değerlendirildiğinde ise; kullanılan ilaç sayısına göre tek ilaç kullananlar ile iki farklı ilaç kullananlar arasındaki istatistiksel değerlendirmede kaşıntılı bölge sayısında farklılıklar izlenmedi (p=0,078). Tek ilaç kullananlar ile üç ve daha fazla farklı ilaç kullananlar arasındaki istatistiksel değerlendirmede de kaşıntılı bölge sayısında farklılıklar izlenmedi (p=0,721). Ayrıca iki farklı ilaç kullananlar ile üç ve daha fazla farklı ilaç kullananlar arasındaki istatistiksel değerlendirmede de kaşıntılı bölge sayısında anlamlı farklılıklar izlenmedi (p=0,059).

Katılımcıların mevcut ek hastalıkları değerlendirildiğinde; 81 (%79,4) katılımcıda hipertansiyon, 27 (%26,5) katılımcıda diyabetes mellitus, 9 (%8,8) katılımcıda aterosklerotik kalp hastalığı, 24 (%23,5) katılımcıda gastro özefageal reflü hastalığı, 18 (%17,6) katılımcıda hipotiroidi, 6 (%5,9) katılımcıda osteoporoz, 12 (%11,8) katılımcıda anksiyete bozukluğu, 9 (%8,8) katılımcıda hiperlipidemi ve 15 (%14,7) katılımcıda ise astım-koah tespit edildi (Tablo 4).

**Tablo 4.** Çalışmaya dahil edilen katılımcıların ek hastalıkları

Ek hastalık Varlığı	N	%
Hipertansiyon	81	79,4
Diyabetes Mellitus	27	26,5
Aterosklerotik kalp hastalığı	9	8,8
Gastroözefageal reflü	24	23,5
Hipotiroidi	18	17,6
Osteoporoz	6	5,9
Anksiyete Bozukluğu	12	11,8
Hiperlipidemi	9	8,8
Astım-KOAH	15	14,7

Ayrıca çalışmaya katılan katılımcıların hematolojik parametreleri, nötrofil lenfosit oranı (N/L oranı) ve trombosit lenfosit oranı (Plt/L) oranı hesaplandı. Hemoglobün, hematokrit, trombosit, nötrofil, lenfosit, eozinofil, bazofil, açlık glukoz, HbA1c, AST, ALT, alkali fosfataz, TSH, sT4, B12 vitamin seviyesi, demir, ferritin, Na, K, Ca, üre, kreatinin, total bilirubin, direkt bilirubin değerlerinin ortalama±standart sapma değerleri tablo 5'de belirtilmiştir. Ayrıca ek hastalık sayısına göre iki grup arasındaki istatistiksel değerlendirme ile kullanılan ilaç sayısına göre üç grup arasındaki istatistiksel değerlendirme verileri de tablo 5'de belirtilmiştir. Yapılan değerlendirmelerde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

#### Tartışma

Bölgesel farklılıklar ve örneklem büyüklüğüne bağlı olarak yaşlılarda kaşıntı prevalansının %11,5 ile %41 arasında değiştiği bilinmektedir (7). Yapılan çalışmalarda kronik kaşıntı prevalansının yaşla birlikte arttığı gösterilmiştir. 16-30 yaş aralığında kronik kaşıntı görülme sıklığı genel popülasyonda %12,3

iken, bu oran 65-70 yaş aralığında %20,3 olarak belirtilmektedir (8). Kronik kaşıntı yaşam kalitesinde azalmalara neden olması ve sağlık ekonomisi üzerindeki yüksek etkileri nedeniyle önemli bir sorundur (9). Genel popülasyonda birçok cilt problemlerine eşlik eden kronik kaşıntı durumları mevcuttur (10). Ancak biz yaptığımız bu çalışmada cilt problemi olmayan kronik kaşıntılı hastaları değerlendirdik. Ayrıca yaptığımız bu çalışmada ek hastalık varlığının kronik kaşıntı üzerindeki etkinliğini değerlendirdik. Literatürde birçok hastalığa bağlı kronik kaşıntının görülebildiğini gösteren yayınlar mevcuttur (1). Ancak literatürde hiçbir çalışma ek hastalıkların sayısal fazlalığının kronik kaşıntı üzerindeki etkinliğini karşılaştırmamıştır. Biz yaptığımız bu çalışmada tek ek hastalığı olan hastalar ile birden çok ek hastalığı olan hastaların kronik kaşıntı bölgelerindeki sayısal değişiklikleri değerlendirdik. Yapılan istatistiksel değerlendirmede ek hastalık sayısındaki farklılıkların kaşıntılı bölge sayısında herhangi bir artışa neden olmadığı sonucuna vardık. Bu sonuç hasta sayımızın az olmasına bağlanabilir. Daha çok sayıda hasta ile yapılacak çalışmalar sonuçları değiştirebilir.

Birçok sistemik hastalığa bağlı cilt lezyonu olmaksızın kronik kaşıntı ile karşılaşılabilir. Kronik böbrek hastalığına bağlı kaşıntı olarak da bilinen üremik kaşıntı, ileri veya son dönem böbrek hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesi üzerinde önemli etkileri olan ciddi ve sık görülen bir durumdur (11). Dünyada kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda kronik kaşıntı prevalansı %22 ile %90 arasında değişmektedir (12,13). Yapılan farklı bir çalışmada özellikle şiddetli kronik kaşıntısı olan hastaların prognozlarının diğerlerinden anlamlı derecede daha kötü olduğu saptanmıştır (12). Biz de yapmış olduğumuz bu çalışmada, kronik kaşıntı etyolojisini araştırmak amacıyla hastaların böbrek fonksiyon testlerini değerlendirdik. Üre ve kreatinin değerleri incelendiğinde tüm hastalarda normal sınırlarda olduğunu saptadık. Ayrıca ek hastalık sayılarına ve çoklu ilaç kullanım durumlarına göre yapılan gruplandırmalarda, hiçbir grupta anormal üre ve kreatinin değerlerine rastlamadık.

**Tablo 5.** Hematolojik parametrelerin ortalama± standart sapma değerleri, minimum-maksimum değerleri ve gruplardaki istatistiksel değerlendirmeler

	Ortalama±standart sapma (Min-max değer)	Pa	Pb	Pc	Pd
Hemoglobin	13,3±1,51 (10,1-17,7)	0,337	0,696	0,407	0,687
Hematokrit	40,2±3,70 (32,3-49,1)	0,703	0,809	0,717	0,920
Platelet	262±76,16 (140-428)	0,469	0,950	0,517	0,513
Nötrofil	4,5±2,07 (1,2-12,9)	0,855	0,925	0,818	0,851
Lenfosit	2,2±0,72 (0,7-3,7)	0,672	0,709	0,835	0,475
Eozinofil	0,30±0,39 (0,01-1,9)	0,096	0,118	0,110	0,464
Bazofil	0,05±0,03 (0,01-0,1)	0,047	0,230	0,180	0,950
Crp	3,4±1,48 (0,2-5,0)	0,706	0,578	0,975	0,142
Sedimentasyon	20,1±10,23 (5-34)	0,978	0,110	0,513	0,097
Direkt bilirubin	0,1±0,18 (0,1-0,8)	0,397	0,282	0,708	0,427
Total bilirubin	0,7±0,34 (0,4-1,9)	0,628	0,613	0,426	0,284
Glukoz	116,4±35,60 (76-227)	0,109	0,078	0,061	0,460
HbA1c	6,3±1,32 (4,1-11,2)	0,245	0,185	0,213	0,807
Ast	20,2±4,35 (14-36)	0,357	0,986	0,505	0,538
Alt	18,03±7,60 (7-42)	0,834	0,427	0,863	0,465
Mpv	10,4±1,01 (8,3-13,3)	0,879	0,923	0,929	0,877
Alkalifosfataz	82,7±22,33 (40-138)	0,670	0,757	0,483	0,289
TSH	2,2±1,25 (0,1-5,1)	0,993	0,657	0,840	0,720
sT4	1,06±0,51(0,4-3,5)	0,313	0,991	0,442	0,512
B12 vitamin	291,7±111,06 (121-513)	0,784	0,676	0,432	0,298
Demir	75,2±29,23 (36-160)	0,250	0,137	0,352	0,852
Ferritin	46,2±34,33 (6-166)	0,630	0,309	0,579	0,098
Na	138,5±2,97 (130-143)	0,229	0,278	0,478	0,724
K	4,5±0,33 (4,1-5,5)	0,755	0,724	0,859	0,842
Ca	9,5±0,56 (7,9-11,1)	0,277	0,528	0,550	0,343
Üre	18,5±6,62 (10-37)	0,553	0,397	0,404	0,056
Kreatinin	0,9±0,30 (0,5-2,0)	0,688	0,402	0,835	0,119
N/L oranı *e	2,2±1,73 (0,7-11,22)	0,370	0,825	0,508	0,335
PLT/L oranı *f	124,1±38,44 (58,5-200)	0,620	0,913	0,778	0,701

Pa: ek hastalık sayısına göre iki grup arasındaki istatistiksel değerlendirme

Pb: Kullanılan ilaç sayısına göre tek ilaç kullananlar ile iki farklı ilaç kullananlar arasındaki istatistiksel değerlendirme

Pc: Kullanılan ilaç sayısına göre tek ilaç kullananlar ile üç ve daha fazla farklı ilaç kullananlar arasındaki istatistiksel değerlendirme

Pd: Kullanılan ilaç sayısına göre iki farklı ilaç kullananlar ile üç ve daha fazla farklı ilaç kullananlar arasındaki istatistiksel değerlendirme

\*e: N/L: Nötrofil lenfosit oranı; \*f: PLT/L: Platelet lenfosit oranı

Kronik kaşıntı etyolojisini tespit etmek için yapılan farklı çalışmalarda; kronik kolestaza bağlı kaşıntı, hem kolestatik karaciğer hastalığının hem de çeşitli hepatobiliyer hastalıkların doğrudan bir sonucudur. Genellikle primer biliyer sirozun ilk klinik belirtisi olarak ortaya çıkar ve bu nedenle önemli bir tanı aracıdır (14). Kolestaza bağlı gelişen kronik kaşıntı, hastalık boyunca devam eder. Hepatik fonksiyonun iyileşmesiyle düzelenken, azalan hepatik fonksiyonla daha da kötüleşmektedir (14). Yapılan çalışmalar primer biliyer sirozlu hastaların %70'inde ve Hepatit C'li hastaların %15-31'inde kronik kaşıntının olduğunu göstermektedir (15,16). Altmış hasta ile yapılan diğer bir çalışmada ise kronik karaciğer hastalığı tespit edilmeden önce de hastaların

%25 kadarında kronik kaşıntının olduğu gösterilmiştir (17). Biz de yapmış olduğumuz bu çalışmada hastaların karaciğer fonksiyon testlerini ayrıntılı şekilde değerlendirdik. AST, ALT, total ve direkt bilirubin değerleri incelendiğinde tüm hastalarda normal sınırlarda olduğunu saptadık. Ayrıca ek hastalık sayılarına ve çoklu ilaç kullanım durumlarına göre yapılan gruplandırmalarda da hiçbir grupta anormal değerlere rastlamadık.

Bazı hematolojik hastalıklarda da kronik kaşıntı görülebilmektedir. Polisitemia vera (PV) miyelo proliferatif bir neoplazmdir. Miyeloid hücrelerin klonal proliferasyonu ile karakterizedir. PV'li 397 hastanın retrospektif olarak değerlendirildiği bir çalışmada hastaların %48 kadarında kronik kaşıntının

olduğu gösterilmiştir (18). Biz de yapmış olduğumuz bu çalışmada hastaların hematolojik parametrelerini ayrıntılı şekilde değerlendirdik. Ek hastalık sayılarına ve çoklu ilaç kullanım durumlarına göre yapılan gruplandırmalarda hiçbir grupta anormal hematolojik değerlere rastlamadık.

Tiroid bozukluklarında da kronik kaşıntı görülebilmektedir. Tiroid fonksiyon bozukluğu olan özellikle Graves hastalarında kronik kaşıntının olabileceği gösterilmiştir. Yüz yirmi hasta ile yapılan bir çalışmada hipertroidi tespit edilen hastaların %60 kadarında kronik kaşıntının görüldüğü belirtilmiştir (10). Biz yaptığımız bu çalışmada ise hastaların %17,6'sında hipotiroidi tespit ettik.

Diyabetes mellitus'u (DM) olan 500 hasta ile yapılan farklı bir çalışmada ise kronik kaşıntı insidansının %6,5 olduğu bildirilmiştir. Yapılan diğer bir çalışmada ise diyabet hastalığı olan 100 katılımcının kronik kaşıntı oranı %18,4 bulunurken, kontrol grubunda ise bu oran %5,6 olarak tespit edilmiştir (19-22). Biz yapmış olduğumuz bu çalışmada da hastalarda %26,5 oranında DM saptadık. Ancak DM olan hastalardaki kaşıntılı bölge sayısı ve hangi bölgelerin kaşıntılı olduğu konusunda herhangi bir değerlendirme yapmadık.

Kronik kaşıntının psikiyatrik hastalıklarla olan birlikteliği değerlendirildiğinde; kronik kaşıntı hastalarının %20 ila %70 aralığında psikiyatrik komorbidite veya psikosomatik faktörlere sahip olduğu gösterilmiştir. Ayrıca psikiyatrik tedavi gören hastalarda ise %36-42 oranında idiyopatik kronik kaşıntının olduğu bilimsel çalışmalarda gösterilmiştir (10). Yapılan farklı çalışmalarda kaşıntılı dermatozlar ve sistemik kaşıntı nedenleri dışlandığında, psikiyatrik hastaların %17,5'inde kronik kaşıntının görüldüğü bildirilmiştir. Ayrıca mevcut kronik kaşıntıların duygusal stres, psikolojik travma, kaygı, depresyon ve psikozlarla da yoğunlaştığı bildirilmiştir (23,24). Biz yaptığımız bu çalışmada ise kronik kaşıntısı olanlarda %11,8 oranında anksiyete bozukluğu olduğunu tespit ettik.

İlaç kullanımına bağlı olarak da kronik kaşıntı görülebilmektedir. İlaça bağlı kaşıntı, akut (<6 hafta) veya kronik (> 6 hafta) olabilir. Akut ilaca bağlı kaşıntı

en sık opioidlerden kaynaklanır ve genellikle ilacın kesilmesiyle düzelir. Kronik ilaca bağlı kaşıntı ise genellikle rahatsız edici ajanın çekilmesinden sonra kendiliğinden çözülmez. Kronik ilaca bağlı kaşıntıların en sık sebebi şiddetli kan kayıplarında hipovolemik şoku önlemek için kullanılan volüm genişletici ilaçlardır (25). Yapılan çalışmalarda çeşitli antihipertansiflerin de %1 ila %15 arasında değişen oranlarda kronik kaşıntıya yol açabileceği bildirilmiştir (25,26). Biz yapmış olduğumuz bu çalışmada %79,4 oranında hipertansiyon hastalığı tespit ettik. Ancak DM hastalarında olduğu gibi hipertansiyon hastalarında da kaşıntılı bölge sayısı ve hangi bölgelerin kaşıntılı olduğu konusunda herhangi bir değerlendirme yapmadık.

Literatürde oral anti-diyabetik ilaçlara bağlı kronik kaşıntı oranları %5 civarında gösterilmesine rağmen, genel olarak vaka sunumları şeklinde görülmektedir (27). Ayrıca yapılan bir derlemede antidepresanlara ve anti-tiroid ilaçlarına bağlı kronik kaşıntının nadiren görülebileceği bildirilirken, plazma volüm genişleticilerinde ise %50 oranında görülebileceği bildirilmiştir (25). Ancak biz yapmış olduğumuz bu çalışmada hipertansiyon ve DM hastalarında olduğu gibi antidepresan kullanımı ve tiroid fonksiyon bozukluğu için ilaç kullanımının kaşıntılı bölge sayısı ve hangi bölgelerin kaşıntılı olduğu konusunda da ayrıntılı herhangi bir değerlendirme yapmadık. İlaç kullanımının kaşıntılı bölge sayısı üzerindeki etkisi ve hangi bölgeleri etkilediği konusunda ayrıntılı değerlendirme yapmamamız çalışmamızın kısıtlılığını oluşturmaktadır.

### **Sonuç**

Sonuç olarak kronik kaşıntı nedeniyle aile sağlığı merkezlerine başvuran 65 yaş üzeri bireylerde yapılacak ayrıntılı hematolojik, sistemik hastalık değerlendirmeleri ve kullanılan ilaçların sorgulanması ile kronik kaşıntılı yaşlı bireylere genel bir yaklaşım oluşturulabilir.

### **Teşekkürler**

Çalışmanın istatistiksel analizi için desteklerinden dolayı sayın hocam Prof. Dr. Süleyman Görpelioğlu'na teşekkürlerimi sunarım.

**Kaynaklar**

- Weisshaar E, Szepietowski JC, Darsow U, Misery L, Wallengren J, Mettang T, et al. European guideline on chronic pruritus. *Acta Derm Venereol* 2012;92(5):563-81.
- Savin JA. How should we define itching? *J Am Acad Dermatol* 1998;39(2 Pt 1):268-9.
- Zucker I, Yosipovitch G, David M, Gafter U, Boner G. Prevalence and characterization of uremic pruritus in patients undergoing hemodialysis: uremic pruritus is still a major problem for patients with end-stage renal disease. *J Am Acad Dermatol* 2003;49(5):842-6.
- Yosipovitch G, David M. The diagnostic and therapeutic approach to idiopathic generalized pruritus. *Int J Dermatol* 1999;38(12):881-7.
- Zirwas MJ, Seraly MP. Pruritus of unknown origin: a retrospective study. *J Am Acad Dermatol* 2001;45(6):892-6.
- Reich A, Stander S, Szepietowski JC. Pruritus in the elderly. *Clin Dermatol* 2011;29(1):15-23.
- Weisshaar E, Dalgard F. Epidemiology of itch: adding to the burden of skin morbidity. *Acta Derm Venereol* 2009;89(4):339-50.
- Ständer S, Schäfer I, Phan NQ, Blome C, Herberger K, Heigel H, et al. Prevalence of chronic pruritus in Germany: results of a cross-sectional study in a sample working population of 11,730. *Dermatology* 2010;221(3):229-35.
- Cao T, Tey HL, Yosipovitch G. Chronic Pruritus in the geriatric population. *Dermatol Clin* 2018;36(3):199-211.
- Mollanazar NK, Koch SD, Yosipovitch G. Epidemiology of chronic pruritus: where have we been and where are we going? *Curr Derm Rep* 2015;4(1):20-9.
- Mettang T, Kremer A. Uremic pruritus. *Kidney Int* 2015;87(4):685-91.
- Narita I, Alchi B, Omori K, Sato F, Ajiro J, Saga D, et al. Etiology and prognostic significance of severe uremic pruritus in chronic hemodialysis patients. *Kidney Int* 2006;69(9):1626-32.
- Patel TS, Freedman BI, Yosipovitch G. An update on pruritus associated with CKD. *Am J Kidney Dis* 2007;50(1):11-20.
- Kremer AE, Oude Elferink RP, Beuers U. Pathophysiology and current management of pruritus in liver disease. *Clin Res Hepatol Gastroenterol* 2011;35(2):89-97.
- Cribier B, Samain F, Vetter D, Heid E, Grosshans E. Systematic cutaneous examination in hepatitis C virus infected patients. *Acta Derm Venereol* 1998;78(5):355-7.
- Koulentaki M, Ioannidou D, Stefanidou M, Maraki S, Drigiannakis I, Dimoulios P, et al. Dermatological manifestations in primary biliary cirrhosis patients: a case control study. *Am J Gastroenterol* 2006;101(3):541-6.
- Huesmann M, Huesmann T, Osada N, Phan NQ, Kremer AE, Stander S. Cholestatic pruritus: a retrospective analysis on clinical characteristics and treatment response. *J Dtsch Dermatol Ges* 2013;11(2):158-68.
- Diehn F, Tefferi A. Pruritus in polycythaemia vera: prevalence, laboratory correlates and management. *Br J Haematol* 2001;115(3):619-21.
- Neilly JB, Martin A, Simpson N, MacCuish AC. Pruritus in diabetes mellitus: investigation of prevalence and correlation with diabetes control. *Diabetes Care* 1986;9(3):273-5.
- Yamaoka H, Sasaki H, Yamasaki H, Ogawa K, Ohta T, Furuta H, et al. Truncal pruritus of unknown origin may be a symptom of diabetic polyneuropathy. *Diabetes Care* 2010;33(1):150-5.

21. Yosipovitch G, Hodak E, Vardi P, Shraga I, Karp M, Sprecher E, et al. The prevalence of cutaneous manifestations in IDDM patients and their association with diabetes risk factors and microvascular complications. *Diabetes Care* 1998;21(4):506-9.
22. Schneider G, Driesch G, Heuft G, Evers S, Luger TA, Stander S. Psychosomatic cofactors and psychiatric comorbidity in patients with chronic itch. *Clin Exp Dermatol* 2006;31(6):762-7.
23. Pacan P, Grzesiak M, Reich A, Szepietowski JC. Is pruritus in depression a rare phenomenon? *Acta Derm Venereol* 2009;89(1):109-10.
24. Reich A, Stander S, Szepietowski JC. Drug-induced pruritus: a review. *Acta Derm Venereol* 2009;89(3):236-44.
25. Nunes AC, Amaro P, Mac as F, Cipriano A, Martins I, Rosa A, et al. Fosinopril-induced prolonged cholestatic jaundice and pruritus: first case report. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001;13(3):279-82.
26. Nammour FE, Fayad NF, Peikin SR. Metformin-induced cholestatic hepatitis. *Endocr Pract* 2003;9(4):307-9.
27. Kilo C, Dudley J, Kalb B. Evaluation of the efficacy and safety of Diamicron in non-insulin-dependent diabetic patients. *Diabetes Res Clin Pract* 1991;14(Suppl 2):S79-82.