

Karaciğer Safra Yolu Fonksiyonları ile Kronik Ürtiker İlişkisi

RELATION BETWEEN CHRONIC URTICARIA AND HEPATIC AND BILIARY FUNCTIONS

Yrd.Doç.Dr.Muammer PARLAK¹, Yrd.Doç.Dr.Leyla YILDIZ^{2*},
Yrd.Doç.Dr.Mehmet PARLAK^{3**}, Yrd Doç.Dr.Akın AKTAŞ^{4*}, Dr.Nükhet ERDEMLİ^{5*}

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi »Dermatoloji ABD, ¹Biyokimya ABD, ²Klinik Bakteriyoloji ve enfeksiyon Hastalıkları ABD, ERZURUM

ÖZET

Karaciğer ya safra yolu fonksiyonlarını değerlendirmekte kullanılan safra asidi, trigliserid, kolesterol, fosfolipit, ALP, SGOT, SGPT, GGT'nin kronik ürtikerli 25 olgudaki değerlerini saptadık. Trigliserid, kolesterol, fosfolipit, ALP ve SGPT değerleri olgularda kontrol grubundaki değerlerden istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksekti,

Anahtar Kelimeler: Kronik ürtiker, Safra asidi, Trigliserid, Kolesterol, Fosfolipit, ALP, SGOT, SGPT, GGT

T Klin Dermatoloji 1994, 4:5-7

SUMMARY

We investigated the serum levels of bile acids, triglyceride, cholesterol, phospholipid, ALP, SGOT, SGPT in 25 patients with chronic urticaria. We observed that, in our cases, triglyceride, cholesterol, phospholipid, ALP, SGPT values were statistically higher than those of controls.

Key Words: Chronic urticaria, Bile acids, Triglyceride, Cholesterol, Phospholipid, ALP, SGOT, SGPT, GGT

Turk J Dermatol 1994, 4:5-7

Kronik ürtiker genellikle hastayı bıktıran ve hekimi uçaştıran bir tablodur (1-3). Bazen altı hafta veya daha uzun süren aralıksız semptomlarla, bazen de günler veya haftalar süren semptomsuz aralıklar ve nökslerle karşımıza çıkar (2). Bazı olgularda etyolojik ajan tespit edilebilir fakat çoğunlukla detaylı araştırmaları gerektirir ve çoğu olgu idyopatik olarak kabul edilir (1).

Ürtikerin pekçok sistemik hastalıkta sekonder olarak görülebileceği bildirilmektedir. Bunlardan bir kısmı karaciğer ve safra yolu hastalıkları gibi gastrointestinal sistem hastalıklarıdır (1,2,4). Bu durumda sebep olan hastalık tedavi edilmediği sürece ürtiker devam eder (1,3,4).

Bu çalışmada kronik ürtikerle karaciğer ve safra yolu hastalıklarının veya fonksiyon yetmezliğinin ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Geliş Tarihi: 29.1.1994

Kabul Tarihi: 10.3.1994

Yazışma Adresi: Yard.Doç.Dr.Muammer PARLAK
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dermatoloji ABD, ERZURUM

MATERYEL VE METOD

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Kliniğine başvuran ürtikerli hastalardan, altı haftadan daha uzun süredir ürtiker hikayesi veren ve kronik ürtikere sebep olabilecek belirli bir faktör tespit edilemeyen 25 hasta çalışma kapsamına alındı. Hastaların yaş, cinsiyet ve meslekleri, anamnezleri, bütün sistemik ve dermatolojik şikayetleri kaydedildi. Sistemik muayene yapıldı ve rutin kan sayımı, ürogram, biyokimyasal tetkiklerin yanısıra safra asidi, fosfolipit, kolesterol, trigliserid, alkalen fosfataz (ALP), serum glutamik oksalasetik transaminaz (SGOT), serum glutamik piruvik transaminaz (SGPT), gamma glutamil transferaz (GGT) tayinleri yapılmak üzere aç karnına alınan serum örnekleri Biyokimya laboratuvarına gönderildi.

Kontrol grubunu oluşturan, herhangi bir sistemik veya dermatolojik şikayeti olmayan 20 sağlıklı kişinin de aynı biyokimyasal laboratuvar tetkikleri yapıldı.

Sonuçların istatistiksel karşılaştırılması için t testi uygulandı.

BULGULAR

Kronik ürtikerli 25 olgunun 15(%60)*i kadın 10(%40)'u erkek idi. En küçüğü beş, en yaşlısı 55

Tablo 1. Olguların yaş ve cinsiyet dağılımları

	Kadın	%	Erkek	%	Toplam	%
0-10	—	"	1	10	1	4
11-20	—		1	10	1	4
21-30	7	48,6	2	20	9	36
31-40	5	33,3	4	40	9	36
41-50	3	20	1	10	4	16
51-60	—		1	10	1	4
Toplam	15		10		25	

Tablo 2. Olgu ve kontrol grubu değerlerinin istatistiksel karşılaştırılması

	Olgu n:25 (Ortalama ± SD)	Kontrol n:20 (Ortalama + SD)	p değeri
Safra asidi*	64±34.9	62±30.2	p>0.05
Trigliserif*	310±162.1	114.5±87.6	p<0,05
Kolesterol**	257±104.3	159±42.4	p<0.05
Fosfolipif	30±7.0	26±4.5	p<0.05
ALP***	59±16.5	45.5±14.2	p<0.05
SGOT—	57±19.3	43.5±14.4	p>0.05
SGPT""	48±16.6	34.5±13,5	p<0.05
GGT****	31±61.5	22,5±17.5	p>0.05
*fimol/L	**mg/dl	"IU/L	j/L

Tablo 3. 30 yaşından küçük ve 30 yaşından büyük olguların değerlerinin karşılaştırılması (Grup I: 30 yaşından küçük olgular, Grup II: 30 yaşından büyük olgular)

	Grup I n:11 (Ortalama ± S D)	Grup II n:14 (Ortalama ± S D)	P
Safra asidi*	68±32.1	43,5±36,9	p>0.05
Trigliserif*	310±141.3	315.5±182,0	p>0.05
Kolesterol**	189±68,0	282±106	p<0,05
Fosfolipit*	30±6.7	30.5±7.5	p>0.05
ALP***	48±11.5	65±15.2	p<0,05
SGOT****	42±20,5	59±14.3	p<0.05
SGPT****	40±14.5	50.6±15,2	p<0,05
GGT****	32±25.5	60±17.4	p>0,05
*pmol/L	**mg/dl	**IU/L	****U/L

yaşında idi. Yaş ortalamaları kadınlarda 31.4, erkeklerde 31.2 ve toplam yaş ortalaması 31.3 idi (Tablo 1).

Kadın olguların çoğu (%60) ev kadını, erkek olguların çoğu (%70) ise memurdu. Olguların hikayesinde geçirdikleri ilk ürtiker atağı altı hafta ile 13 yıl arasında değişiyordu. Kadın olguların ikisinde yemeklerden sonra hazımsızlık, iki kadın, bir erkek olguda zaman zaman

mide ağrısı şikayeti vardı. Diğer hastalarda gastro-intestinal sistemle ilgili herhangi bir semptom bulunmadı. Kontrol grubu 12 kadın, sekiz erkek, toplam 20 kişiden oluşuyordu. Yaş ortalamaları 32 idi.

Kronik ürtikerli hastalardan saptanan safra asidi, kolesterol, trigliserit, fosfolipit, ALP, SGOT, SGPT, GGT değerleri kontrol grubunun değerlerinden yüksekti. Trigliserit, kolesterol, fosfolipit, ALP ve SGPT değerlerindeki yükseklik istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0.05). Bununla birlikte kolesterol, fosfolipit, ALP, GGT değerleri normal sınırları aşmıyordu (Tablo 2). Ayrıca kronik ürtikerli hastaların kolesterol, ALP, SGOT, SGPT değerleri 30 yaş üzerindeki hastalarda istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek bulundu (p<0.05) (Tablo 3).

TARTIŞMA

Ürtikerin orta yaş grubunda ve kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir (1,3,5). Olgularımızın yaş ve cinsiyet oranları literatüre uygunluk gösteriyordu.

Yapılan bazı çalışmalarda kronik ürtikerli hastalarda abdominal ağrı, gastrit, konstipasyon ve diyare tarzında şikayetlere oldukça sık rastlandığı bildirilmektedir. Ancak bu şikayetlerin çoğu akut atak esnasında histamin salımını ve mukoza ödemeine bağlanmış, etyolojik faktör olarak değerlendirilmemiştir (1,3). Bununla birlikte başlıca karaciğer ve safra kesesi hastalıkları olmak üzere gastrointestinal sistem hastalıklarının kronik ürtikerli hastalarda etyolojik faktör olabileceği de bildirilmiştir (1,3,6).

Safra asitleri bilirubin esterleriyle birlikte safranin yapısına giren, karaciğerde kolesterolden oluşturulan asitlerdir. Bunlar safra tuzları şeklinde yemek yenildikten sonra safra kesesinden duodenuma boşalırlar ve portal dolaşıma absorbe olup, tekrar karaciğere geri dönüp yeniden salınırlar. Özellikle kolestaz durumlarında serumdaki seviyeleri yüksek bulunur. Karaciğer aynı zamanda trigliserit ve kolesterol sentez organıdır. Yüksek dansiteli lipoprotein olan fosfolipit de karaciğerde sentezlenir. Aynı zamanda SGOT, SGPT gibi enzimler karaciğer hücre hasarı sonunda, ALP kanaliküler membran hasarı ve biliyer obstrüksiyon durumlarında, GGT hem hepatosellüler hem de obstrüktif durumlarda serumda yüksek seviyelerde bulunurlar (7). Bu biyokimyasal değerlerdeki değişiklikler karaciğer fonksiyonları hakkında fikir edinebilmek açısından önemlidir. Aslında karaciğerin sayısız fonksiyonlarını belirleyebilmek için bu tetkiklerin yanısıra bilirubin, albumin, pıhtılaşma faktörleri gibi çok sayıda tetkik de kullanılabilir. Hastaların rutin laboratuvar tetkikleri esnasında bakılan bilirubin, protein ve albumin değerleri normal sınırlar içinde idi. Fakat bu değerleri çalışma kapsamını fazla genişletmemek için istatistiksel değerlendirmeyi almadık.

Kraig ve arkadaşlarının (8) 125 kronik ürtikerli hastada yaptığı laboratuvar incelemeler sonucunda karaciğer ve safra yolu hastalıkları ile ilgili herhangi bir anormal laboratuvar bulgusu bildirilmemiştir. Gürlü ve

arkadaşları (5) 220 kronik ürtiker olgusunun sadece ikisinde ALP yüksekliği bildirmişlerdir. Kronik ürtikerli hastalarda safra asidi seviyesi beklenen değerden yüksek olmakla birlikte kontrollerden anlamlı olarak yüksek değildi. Masclee ve arkadaşları (9) yüksek serum safra asidinin ince barsaklarda aşırı bakteriyel çoğalma ile izah edilebileceğini bildirmişlerdir. Benzer şekilde Gutova ve arkadaşları (6) kronik ürtikerde görülen gastrointestinal şikayetlerin başlıca bakteriyel ve viral kaynaklı olduğunu ileri sürmüşlerdir.

Kronik ürtikerli hastalardaki trigliserit seviyesindeki artış anlamlıdır. Serum trigliserit seviyesinin yüksek oluşu, karaciğer ve safra yolu hastalıkları dışında arteriyoskleroz ve kardiyovasküler hastalıklara yatkınlık göstergesi olabilir. Kortikosteroid, östrojen, alkol alınımı, karbonhidrattan zengin beslenme ve stress de trigliserit seviyesini arttırabilir (10). Bu bahsedilen durumların her biri tek başına ürtiker sebebi olabilir.

Her iki grupta kolesterol, fosfolipit, ALP seviyeleri istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olmakla birlikte değerler normal sınırlar içindeydi. SGPT değeri olgularda normalin biraz üzerinde ve kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti. SGPT, özellikle karaciğerin akut inflamatuvar durumlarında SGOT'dan daha fazla yükselir (7).

Olguların değerlerinin yaşlara göre değerlendirilmesinde kolesterol, ALP, SGOT, SGPT, değerlerinin 30 yaş üzerinde anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü, fakat değerler normal veya normalin biraz üzerindeydi. Yaşla birlikte bu biyokimyasal değerlerin artması beklenmeyen bir durum değildir. Sonuç olarak, çalıştığımız biyokimyasal değerlerin bir kısmı kontrol grubunda istatistiksel olarak yüksek olmakla birlikte hiçbirisi herhangi karaciğer ve safra yolu hastalığı düşünürecek kadar yüksek değildi. Buna rağmen, olgularda yapılan ek tetkiklerde kronik ürtikerli 25 olgunun üç (%12)'ünde anli-HBs, bir (%4)'ünde HBs-Ag pozitifliği tespit edildi. Gürler ve arkadaşları (5) çalışmalarında %33.3 oranında anti-HBs, %3.03 oranında HBs-Ag pozitifliği bildir-

mişlerdir. Bu oranlar çalıştığımız biyokimyasal parametrelere istatistiksel anlam ile birlikte değerlendirildiğinde kronik ürtikerli hastalarda karaciğer ve biliyer sistem hastalıklarının rolünü gözardı etmemek gerektiği sonucuna vardık.

KAYNAKLAR

1. Juhlin L. Recurrent urticaria: clinical investigation of 330 patients. *Br J Dermatol* 1981; 104:389-81.
2. Katz HI. Anaphylactic syndrom in dermatology. In: Moschei SL, et al. Third edition. Philadelphia: WB Saunders Company, 1992: 280-301.
3. Sibbald RG, Cheema AS, Lozinski A, Tarlo S. Chronic urticaria. Evaluation of the role of physical, immunologic and other contributory factors. *Int J Dermatol* 1991; 30:381-8.
4. Metzger WJ. Urticaria, angiodema and hereditary ang(oedema). In: Patterson R, et al. Allergic diseases, 4th ed Philadelphia: JB Lippincott Company, 1992: 340-8.
5. Gürler A, Akyürek N, Akyol A, Akın M, Kundakçı N, Yalçın E. Kliniğimizde yatmış olan 220 kronik ürtiker olgusunda ürtikere neden olabilecek faktörlerin araştırılması, İstanbul: XII. Ulusal Dermatoloji Kongresi Serbest Bildiriler Kitabı, 1989: 147-53.
6. Gutova VM, Kolganova NA. The role of a lesion of the gastrointestinal tract in the origin of urticaria. *Terk Arkh* 1992; 64(2):87-9.
7. Bishop ML, Duben JL, Fody EP. Clinical chemistry principles, procedure, correlations. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1985: 438-51.
8. Maj Kraig W, et al. Laboratory tests in chronic urticaria, *JAMA* 1980; 243:1644-46.
9. Masclee A, Tangerman A, Van Schaik A, Vander Hoeg EW, Van Tongeren JH. Unconjugated serum bile acids a marker of small intestinal bacterial overgrowth. *Eur J Clin Invest* 1989; 19(4):384-9.
10. Vural S, Çetin ET, Tuztaç U, Tağ T. Klinik teşhiste laboratuvar. İstanbul, 1986,