

ASM YAŞAM

ARALIK AYI BÜLTENİ



AİEF

AİLE HEKİMLERİ DERNEKLERİ
FEDERASYONU
2008

AHEKON HEKON 2024

14. ULUSLARARASI KATILIMLI
TÜRKİYE'NİN EN BÜYÜK

AİLE HEKİMLİĞİ KONGRESİ

30 EKİM - 3 KASIM 2024
Royal Seginus Hotel, Antalya



İÇİNDEKİLER

01

2023'e Veda Ederken

Dr. Ömer Ufkun Yıldırım

02

Yetişkin Hipertansiyon Tanılı
Hastaya Yaklaşım

Dr. Nihal Türkmen Türker

03

Pnömonok ve
İnfluenza Aşılamaları

Dr. Çağatay İşyapan

04

Human Papilloma Virüs Hakkında

Dr. Elif Keleş Tayfur

05

Hastalar ilk 24 saat içerisinde
yaşamını kaybedebilirler 1

Prof. Dr. Nuri Zafer Kurugöl

06

El-Ayak-Ağız Hastalığı

Dr. Esra Çakmak Taşkın

ASM YAŞAM
ARALIK AYI
BÜLTENİ

AHEF

AİLE HEKİMLERİ DERNEKLERİ
FEDERASYONU
2008

2023'e Veda Ederken

19.12.23

Bir yılın daha sonuna geliyoruz. 2023 yılı yine ülkemiz ve dünya için neredeyse her gün gündemin değiştiği bir sene oldu.

Çok üzüldüğümüz, canlar yitirdiğimiz, içimizin parçalandığı anlar yaşadık. Özellikle Şubat ayındaki deprem felaketi hepimizi derin bir hüzne boğdu. Depremde canlarını kaybeden vatandaşlarımıza tekrardan rahmet, yakınlarına da sabırlar diliyoruz.



2023 yılı ayrıca cumhuriyetimizin de 100. yılı olduğu için önem arz eden bir sene. Dünya savaşından çıkmış bir ülke, ekonomisi yerle bir edilmiş, ordusu dağıtılmış, toprakları paylaşılmış, ama son sözünü henüz söylememiş yüce Türk milleti, ve o milletin kahramanı **Mustafa Kemal Atatürk**.

100 sene önce atılan sağlam temellerin herşeye rağmen bugün dim dik ayakta durduğu güzel ülkemize cumhuriyeti armağan eden Gazi Mustafa Kemal Atatürk ve silah arkadaşlarına sonsuz minnet ve özlemle...



Dr. Ömer Ufkun Yıldırım

ASM YAŞAM ARALIK AYI BÜLTENİ

Bu sayımızda Aile Sağlığı Merkezlerimizde primer olarak ilgilendiğimiz, gördüğümüz bir kaç konuya değindik. Hipertansiyon ülkemizde komplikasyonları nedeniyle en sık ölümün görüldüğü hastalık. Toplumun da neredeyse 3 te 1'i Hipertansif grupta. Dolayısıyla bunun tespiti tedavisi ve yönetimi bir hayli önem arz etmekte.



Hipertansiyon Tanılı Hastalara Yaklaşım

2023'e Veda Ederken

19.12.23

Bunun yanında aşılamalara, özellikle Pnömokok ve İnfluenza aşılamalarına değindik.



Pnömokok ve İnfluenza aşıları

Hpv kadınlarda ilerleyen dönemlerde yapabildiği serviks kanseri nedeniyle hali hazırda Aile Sağlığı Merkezlerimizde taramasını yaptığımız bir virüs. Ancak sadece tarama yeterli mi? Taramanın yanında HPV aşılmasını da yapabilirsek bu virüsü ve sebep olduğu hastalıkları çok ciddi oranda azaltabiliriz.

Menenjitin ne kadar ciddi ve ölümcül bir hastalık olduğunu hatırlattık.

Dolayısıyla korunmanın yani aşılanmanın önemi her geçen gün daha net ortaya çıkıyor.



Menenjit

Okul ve kreşlerin açılmasıyla birlikte,

solunum yolu ile bulaşan hastalıklar grubunda bir artış görmüştük, daha farklı bulaş yolları olsa da bu hastalıklardan birisi de El-Ayak-Ağız Hastalığı.



El-Ayak-Ağız Hastalığı

Keyif alarak okuyacağımız, bilgilerimizi tazeleyeceğimiz bir sayı olması dileğimizle.

Dr. Ömer Ufkun Yıldırım
AHEF Yönetim Kurulu Üyesi

Aile Hekimliğinde Yetişkin Hipertansiyon Tanılı Hastaya Yaklaşım

19.12.23



Dr. Nihal Türkmen Türker

Ülkemizde her 3 yetişkinden 1 tanesinin hipertansif olduğu, bu hastaların da yarıya yakınının durumdan haberinin olmadığı

bilinmektedir. Hipertansiyon toplumda çok sık görülmekle beraber; kardiyak ve serebrovasküler hastalıklar, böbrek hastalığı ve erken ölüm gibi durumlarla ilişkili olup, hem sağlık hem de ekonomik açıdan önemli bir yüküdür. Oysa ki önlenabilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır.

Özellikli hasta grubuna yaklaşımda farklılıklar olabilir, ancak %85-90 hasta altta sekonder bir neden olmayan Primer Hipertansiyon olarak tanımladığımız gruptadır, bu yazımızda bu hastalardan bahsedeceğiz.

Kan basıncı sistolik ≥ 140 mmHg, diastolik ≥ 90 mmHg olması Hipertansiyon olarak tanımlanır. Evre 1 ve eşlik eden komorbiditesi olmayan hastalarda öncelikli yaklaşım hayat tarzı değişikliği olmalıdır.

- Tütün ve alkol kullanımından vazgeçilmeli ya da azaltılmalı,
- Kilo kontrolü sağlanmalı, fazla kilolu/ obez ise kilo vermesi desteklenmeli,
- Düzenli fizik aktiviteye yönlendirilmeli,
- Tuz tüketimini azaltmalı, potasyumdan ve liften zengin beslenme desteklenmeli,
- İlaçlarını önerilen dozda ve sürede, aksatmadan kullanmalı,
- Kan basıncı düzenli izlenmeli ve evde nasıl takip edeceği hastaya öğretilmelidir.

Çalışmalar göstermektedir ki kan basıncı toplumun yaşam biçimine, özellikle beslenme özelliklerine sıkıca bağlıdır. Her yöreye göre bile alınan kalori miktarları, tuz tüketimi, lif oranı değişmektedir. Lifli gıdalar daha fazla potasyum ve daha az sodyum içermektedirler, bu nedenle liften zengin beslenme hipertansiyon gelişiminin önüne geçebilen nedenler arasındadır. Omega-3 çoklu doymamış yağ asidi (n-3-PUFA) günde 3-6 g alınırsa hipertansiflerde sistolik kan basıncında 4 mmHg, diyastolik kan basıncında 3 mmHg düşüş sağlanmaktadır.

Hipertansiyon prevansiyon çalışmalarının (TOHP) ilk 6 ayında zayıflama ve tuz kısıtlamasının sistolik kan basıncında 2-4 mmHg'lık ve diyastolik kan basıncında 1-3 mmHg'lık bir düşüşe yol açtığı bulunmuş, ikinci fazında 3-4 yıllık takipte zayıflama ve tuz kısıtlamasının hipertansiyon sıklığını yaklaşık %20 oranında azalttığı gözlenmiştir.

Hipertansiyon tedavisinde amaç, morbidite ve mortalitenin mümkün olduğunca azaltılmasıdır. Tolere edilebilmesi halinde kan basıncını sistolik 140 mmHg, diyastolik 90 mmHg'nın altında olması hedeflenmelidir. Eşlik eden başka kardiyovasküler risk faktörleri varsa kontrol altına alınmalıdır. Kan basıncının daha da azaltılması inme riskinde azalmaya, böbrek fonksiyonlarının korunmasına ve kalp yetmezliği progresyonunun önlenmesine yardımcıdır.

Aile Hekimliğinde Yetişkin Hipertansiyon Tanılı Hastaya Yaklaşım

19.12.23

Antihipertansif ilaç seçiminde kullanılacak ilaç grupları şöyledir:

- Diüretikler
- Betablokerler
- ACE inhibitörleri
- Kalsiyum antagonistleri
- Alfa blokerler
- Angiotensin II reseptör blokerleri

Tedaviye olabilen en düşük doz ilaçla başlanmalı, hastanın tolere edebileceği düşük kan basıncı seviyesine kadar doz artırılmalıdır. Yan etkilerin azaltılması için uygun ilaç kombinasyonları kullanmak gereklidir. İlk başlanan ilaca yanıt olmamış ya da ilaç yan etkisine bağlı kullanım güçlüğü varsa (örneğin ACEi kullanımını sonrası öksürük gelişmesi v.b.) ilaç grubunu değiştirmek ya da kombine ilaç kullanımını daha mantıklıdır. 3 ya da 4 lü tedaviye geçilecekse, bunlardan birinin diüretik olmasına dikkat edilmelidir. 24 saat etkili ilaç kullanımını tercih edilmelidir, çünkü hasta uyumu azami olmaktadır ayrıca daha stabil kan basıncı kontrolü sağlamaktadırlar.

Hipertansiyona en sık eşlik eden hastalık olan Diyabetin varlığında hedef, kan basıncını 130/85 mmHg'nin altına düşürmek olmalıdır. Bu hastalarda ve koroner arter hastalığı, metabolik sendrom, böbrek hasarı olan hastalarda ilk tercih ACE inhibitörleridir.

Kalp yetmezliği olanlarda Diüretikler, Taşiaritmisi olan hastalarda betablokerler, Gebelerde ise öncelikli olarak alfa metildopa kullanılmalıdır.

Ancak ACEi/ ARBler gebelik, hiperpotasemi ve bilateral renal arter stenozunda, yine ACEiler anjionörotik ödem olan hastalarda verilmemelidir.

Tiazid grubu diüretikler Gut olanlarda Beta blokerler astımda AV blok ve kalp yetmezliğinde non-dihidropiridin grubu kalsiyum kanal blokerleri verilmemelidir.

Eğer hastaya ACEi/ARB başlamışsak, potasyum ve kreatinin kontrolü için hastayı 1 haftanın sonunda görmek gerekir. Ayrıca kalsiyum kanal blokeri başlandığında en sık görülen yan etkisinin ayak bileği ödemi olabileceği hastayla paylaşılmalıdır, hastanın konforunu çok fazla bozmadıkça tedavinin kesilmesine gerek olmayacaktır. Alfa bloker başlanan hastada refleks taşikardi, ilk doz senkopu ve ortostatik hipotansiyon olabileceği bilinmeli, hasta bu konuda bilgilendirilmelidir. Ortostatik hipotansiyon nedeniyle baş dönmesi gibi şikayeti olursa hastanın kan basıncı regülasyonu sağlanmış, tedavi değiştirilmek istenmiyorsa, tedavi saati günün ileri saatlerine konulabilir.

Tedavi başladıktan ortalama 2 hafta sonra ilaç etkinliği başlar, ancak bu süre 2 aya kadar uzayabilir. İlk ziyaret 2 ay içine planlanmalıdır. Kan basıncı regüle edildikten sonra hastaya göre değişebilmekle beraber 3-6 ay aralığında hasta takibi planlanmalı, hedef organ hasarı da ortalama 2 yılda bir değerlendirilmelidir.

Dr. Nihal Türkmen Türker
İç Hastalıkları Uzmanı
Özel Fatsa Meditech Hastanesi

Pnömonok ve Influenza Aşılamaları

19.12.23



Dr. Çağatay İşyapan

Pnömoni halk arasında bilinen tabiriyle zatürre; akciğer dokusunun iltihaplanmasıdır. Bakteri, virüs ve daha nadiren mantarlar nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Bakteriyel pnömonilerin en sık etkeni ise Streptococcus pneumoniae' dir.

Toplumda pnömonok açısından en önemli risk grubu 5 yaş altı çocuklar ve 65 yaş üzeri erişkinler olup; bu yaş gruplarında pnömoniye bağlı ölümler olabilmektedir. Dünyada yaşlı nüfus oranı hızla artmaktadır. Yaşlı nüfusta bağışıklık sistemini olumsuz etkileyen kalp hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diyabet gibi hastalıklar direnci azaltarak pnömoni gelişme sıklığını arttırmaktadır.

Pnömoni; aşılama, dengeli ve yeterli beslenme, temizlik ve hijyen kurallarına dikkat edilmesi ile azaltılabilen bir hastalıktır. Hastalık ortaya çıktığında uzun süreli bir tedavi ve sonrasında uzun bir iyileşme dönemine ihtiyaç olmaktadır. Bu nedenle hastalıktan korunmada aşılama en önemli yöntemdir. Aşılama ile pnömoni görülme sıklığının ve ölüm oranlarının azaltılabilmesi mümkündür. Ülkemizde çocuklara rutin aşılama programı kapsamında 13 valanlı konjuge pnömonok aşısı (KPA13) aşısı yapılmakta ve 6 ay üzeri tüm çocuklara, özellikle de risk grubunda olanlara influenza (grip) aşısı önerilmektedir. 65 yaş üzeri kişiler ve kronik hastalığı olanlara da polisakarit pnömonok aşısı (PPA23) ve influenza aşısı önerilmektedir.

PNÖMOKOK AŞISI

Pnömoni nedenleri arasında dünyada en sık rastlanan mikroorganizma Streptococcus pneumoniae' dir. Pnömonoklar üst solunum yolu enfeksiyonları başta olmak üzere pnömoni, menenjit gibi ağır komplikasyonları olabilen tablolara yol açabilmektedir. Elimizde hastalığı ve komplikasyonları azaltmak için aşılarımız mevcuttur.



Pnömoni Hastalığı

Pnömonok ve Influenza Aşılamaları

19.12.23



Ülkemizde bebeklik döneminde de uygulanabilen KPA 13 ve 2 yaş üzerinde uygulanabilen PPA 23 olarak iki tür pnömonok aşısı bulunmaktadır. Ülkemizde doğan her çocuğa Çocukluk Çağı Aşılama Programı dahilinde KPA13 aşısı Ulusal Aşılama Programına göre 2., 4. ve 12. ayın sonunda ücretsiz uygulanmaktadır. Ayrıca splenektomi, aspleni, kohlear implant, orak hücre anemisi gibi risk grubundaki çocuklara eski şemada olduğu gibi 6. ayda da KPA aşısı yapılmaktadır. Pnömonok aşıları inaktif aşılar olup diğer aşılarla aynı anda uygulanabilir. İki yaşın üzerinde risk grubundaki bireylere ayrıca KPA13 ten en az 8 hafta sonra PPA23 yapılmaktadır. Erişkinler için de PPA23 ve KPA13 uygulamaları mevcuttur.

Pnömonok Aşısı Önerilen Kişiler:

- 65 yaş ve üzerindeki kişiler
- Bağışıklık sistemi normal olup kalp hastalığı, akciğer hastalığı, şeker hastalığı, alkolizm, siroz, beyin- omurilik sıvı kaçağı gibi kronik hastalığı olanlar

- Bağışıklık sistemi yetersiz olup pnömonokal hastalık riskinin artmış olduğu dalağı alınmış kişiler, bazı kan hastalıkları, kronik böbrek hastalığı bulunanlar ve organ nakli yapılmış olanlar
- Menenjit riski taşıyanlar (Beyin omurilik sıvısı kaçağı olanlar, kohlear implant kullananlar)
- AIDS taşıyıcısı erişkinler

INFLUENZA

İnfluenza aşısı her yıl Ekim-Kasım aylarında yapılmaya başlanmakta, bu süreyi kaçıranlar için ise grip sezonu boyunca yapılması önerilmektedir. Hamileler risk açısından öncelikli gruptadır. İnfluenza komplikasyonları açısından diğer riskli gruplar ise sağlık çalışanları, astım, diyabet, metabolik hastalıklar, kalp hastaları, kronik karaciğer hastaları, böbrek hastaları, nörolojik veya hematolojik hastalığı olanlar, yüksek riskli hastalara bakım verenler ve ev halkı, 65 yaş üstü erişkinler, immunitesi baskılanmış olanlar, kanser hastaları, HIV/AIDS hastaları, morbid obezite, bakımevinde kalanlar ve çalışanlarıdır. Dünya Sağlık Örgütü 6 -59 çocukları da influenza aşısı için öncelikli grup olarak belirlemiştir. Amerikan Pediatri Akademisi de 6 ay üzeri tüm çocuklara grip aşısını önermektedir. Aşılama ile hastaneye yatış ve ölüm oranı bu gruplar için azalmaktadır. Canlı influenza aşısı ülkemizde bulunmamaktadır. Ülkemizde şu anda tetravalan aşı uygulanmaktadır. İnfluenza her yıl antijenik değişiklik yapabileceği için aşılar o yılın baskın suşuna göre yeniden üretildiğinden influenza aşısını her yıl yaptırmak gerekir.

Hem pnömonok hem de influenza aşısı oldukça güvenlidir. Bu aşıların tek kontrendikasyonu anafilaksidir. Bazen hafif yan etkiler olabilir. Aşı uygulanan yerde ağrı ve kızarıklık gelişebilir. Ateş, halsizlik, kırıklık gibi bazı yan etkiler olabilir, bunlar geçici ve hafiftir.

Dr. Çağatay İşyapan
Aile Hekimliği Uzmanı
Gürgentepe Devlet Hastanesi

Human Papilloma Virüs Hakkında

19.12.23



Dr. Elif Keleş Tayfur

Dünyada; her iki dakikada bir kadının ölümüne neden olan serviks kanseri; kadınlarda meme kanserinden sonra en sık görülen ikinci kanserdir. Görülme sıklığı ise 50-59 yaşlar arasında artmaktadır.

Günümüzde serviks kanseri gelişimi için HPV' nin mutlaka var olması gerektiği bilinmektedir. Sigara kullanımı, multipartner ilişki, parite sayısının çokluğu, OKS kullanımı, immun sistemi baskılayan hastalıklar gibi risk faktörleri ise virüsle karşılaşma ihtimalini artırmakta ya da karsinojenik sürecin hızlanmasına sebep olmaktadır.

HPV; kanserojen özelliklerine göre düşük riskli ve yüksek riskli olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır.

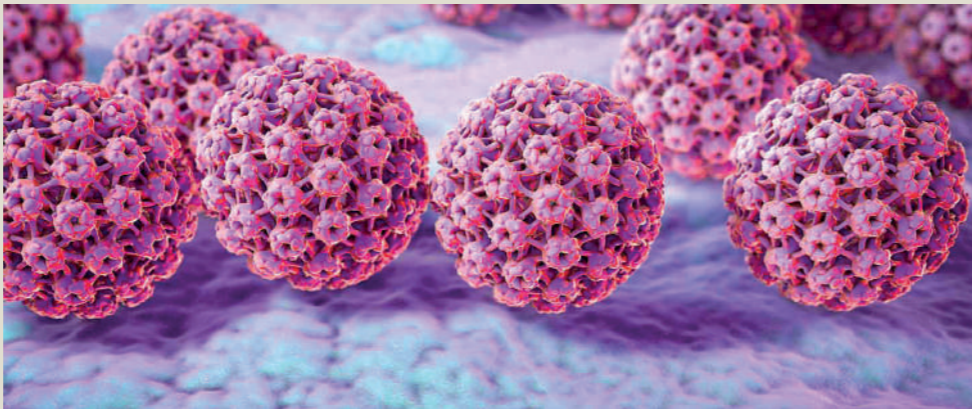
HPV 6 ile 11; düşük riskli grubu oluşturmakta olup servikal lezyonlar ve genital siğillere neden olmaktadır. HPV 16 ile 18 ise yüksek riskli grubu oluşturmakta olup vajina, vulva, serviks, anüs ve penisin skuamöz kaynaklı karsinomuna neden olmaktadır.

Serviks kanserlerinin %99'unun ilişkili olduğu HPV; cinsel yolla en sık bulaşan virüstür. Cinsel temastan sonra enfeksiyon gelişme oranı %65'tir. HPV bulaşı; serviks kanseri riskini 250-400 kat artırmaktadır. Bariyer ile korunma yöntemleri riski azaltsa da tam olarak korunma sağlamamaktadır.

Postkoital kanama veya kanlı vajinal akıntı şikayeti ile sağlık profesyonellerine başvuran hastalarda akla ilk gelmesi gereken serviks kanseridir. Bunun yanısıra genital ve anal mukozalarda karnabahar görünümünde ağrısız lezyonlar, anormal uterin kanama, postmenopozal kanama, dispareni, tedaviye dirençli kötü kokulu vajinal akıntı, kilo kaybı, idrar yapmada güçlük gibi şikayetlerle de hastalar gelebilir.

Serviks kanseri nasıl taranır?

Taramanın ilk hedefi; serviksin intraepitelyal prekürsör lezyonlarının tespit edilmesi, tedavisinin zamanında yapılması ve serviks kanserine ilerlemesini önlemektir. Bunun için; sitoloji ve kolposkopi kullanılmaktadır. Servikal kanser tarama programları, bu kanserin görülme sıklığını ve ölüm oranlarını azaltmak için son derece önemlidir. Ülkemizde de cinsel aktif bütün kadınlarda 3 yılda bir PAP (Papanicolaou) smear; 30-65 yaş arası cinsel aktif kadınlarda ise 5 yılda bir HPV-DNA taraması programları uygulanmaktadır. Servikal smear'ın sitolojik olarak değerlendirilmesi ve aynı örnekte eş zamanlı HPV-DNA çalışılması "co-test" olarak adlandırılmaktadır.



Human Papilloma Virüs Hakkında

19.12.23

Peki kolposkopi endikasyonları nelerdir?

HPV-DNA sonucu yüksek riskli tipleri ile enfekte olmuş olmak, sürekli yetersiz smear sonucu, postkoital kanama varlığı, smear sonucunun LGSIL, HGSIL, glandüler lezyonların varlığı veya adenokarsinoma in situ olması

HPV'den primer nasıl korunulur?

Dünya Sağlık Örgütü; HPV aşısının rutin aşılama programına alınmasını önermektedir. Ancak Türkiye ulusal aşılama programında yer almamaktadır. Uygulanması kişinin isteğine bağlıdır ve ücretlidir. Aşılama hem kadınlar hem de erkekler için önerilmektedir.

HPV aşısı; yeni enfeksiyon oluşumunu önlemekte ancak mevcut HPV enfeksiyonunu tedavi etmemektedir. Cinsel aktivite başlamadan 9-13 yaş döneminde, 3 doz aşı uygulanmasıyla yüksek düzeyde korunma sağlanmaktadır. HPV enfeksiyonunu önlemek için, farklı HPV aşı tipleri bulunmaktadır. Bivalan aşı HPV tip 16 ve 18'e, kuadrivalan aşı HPV tip 6, 11, 16 ve 18'e, nanovalan aşı HPV tip 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 ve 58'e karşı geliştirilmiştir. Gardasil9, Gardasil4 ve Cervarix; FDA tarafından kabul edilmiş HPV aşılardır.

Yaştan bağımsız, tarama gerektirmeksizin HPV öyküsünden bağımsız isteyen her kadın aşılanabilmektedir.



Gebelerin aşılınması yeterli çalışma olmadığından önerilmemektedir ancak gebe olduğu bilinmeden aşılanan kadınlarda terminasyon gerekmemektedir. Emziren kadınlar aşılanabilmektedir.

3 doz aşılama sonucunda teep antikor seviyesine ulaşılmakta; zamanla antikor seviyesi düşmektedir ancak halen doğal bağışıklığın üzerinde bir antikor seviyesi mevcut olduğundan rapel doza gerek görülmemektedir.

Serviks kanserinden korunmada; özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan Aile Hekimleri toplumdaki kadınların farkındalıklarının artırılmasında, HPV aşısı ve servikal tarama yaptırma-larına teşvik edilmelerinde kilit rol oynamaktadırlar.

HPV enfeksiyonu ile karşılaşma riskini azaltmak için uygulanması gereken diğer birincil önleme stratejileri; bireylere cinsel başlangıç-larını geciktirmeyi, ömür boyu cinsel partner sayısını azaltmayı ve kondom kullanımını arttırmayı içerir.

Dr. Elif Keleş Tayfur
Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı
Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Hastalar ilk 24 saat içerisinde yaşamını kaybedebilirler.(1)

19.12.23

Meningokok hastalığı deyince, aklımıza öncelikle menenjit, meningokoksemi (meningokok kan zehirlenmesi) gibi ölümcül ağır hastalıklar gelir.(2)

Özellikle meningokoksemi, en yüksek ölüm hızına sahip, antibiyotik tedavisi yapılsa bile yakalananların %40'ının yaşamını kaybettiği, en öldürücü bulaşıcı hastalıklardan biridir.* Menenjitte yine ölümlere yol açan, yaşayanlarda da önemli ölçüde, %30'dan fazla oranda sakatlığa yol açan bulaşıcı bir hastalıktır.(3)



Prof.Dr. Nuri Zafer Kurugöl

Meningokoksemi geçirenlerde kol ve bacaklarda gangren gelişir ve hastanın yaşaması için kol veya bacağı kesilmesi zorunlu olabilir. Tüm bu sakatlıklar, kişinin ölümden kurtulsa bile sonraki hayatını normal devam etmesini engelleyecek şekilde önemli sorunlara yol açar. Bu nedenle, meningokok hastalığı hepimizin çok korktuğu önemli bir bulaşıcı hastalıktır.(5)

Meningokok menenjit geçiren çocuklarda zeka geriliği, işitme kaybı, sağırılık, böbrek yetmezliği, sara gibi sakatlıklar görülebilir.

Meningokok hastalığının önemli özelliklerinden biri de, hastalığın başlangıcında, ilk 12 saatte bulguların nonspesifik olması, yani meningokok hastalığına özgü belirtilerin olmamasıdır.(6)



Hipertansiyon Tanılı Hastalara Yaklaşım

Hastalar ilk 24 saat içerisinde yaşamını kaybedebilirler.(1)

19.12.23

Hastalık, ateş, baş ağrısı, bulantı, kusma, ishal, nezle, kırıklık, iştah azalması, huzursuzluk gibi birçok hastalıkta görülen belirtilerle başlar.(7)



Menenjit teşhisi ortalama 19 saatte konulabilir.

Bu ilk dönemde hastalar, Grip, COVID veya barsak enfeksiyonu gibi yanlış tanımlanabilir. Hastalığa özgü ense sertliği, döküntü gibi belirtiler veya menenjite özgün diğer belirtiler hastalığın 13 ile 16. saatinden sonra ortaya çıkar. Bu nedenle, menenjit teşhisi ortalama 19 saatte konulabilir.

Ancak, bundan sonra uygun tedavi yapılsa bile hastalık hızla ilerler; deliryum, havale, bilinç kaybı oluşabilir ve hastalar ilk 24 saat içerisinde yaşamını kaybederler. Tüm bu özellikleri meningokok hastalığının ne kadar önemli ve korkutucu bir hastalık olduğunu göstermektedir.*



* Söylemler hekimin günlük klinik pratiğine dayanan uzman görüşleridir.

NP-TR-MNU-WCNT-230017

Referanslar:

- 1) World Health Organization. Meningococcal Meningitis. Accessed August, 2023.
- 2) Centers for Disease Control and Prevention, CDC, Meningococcal Disease/About the Disease/Signs and Symptoms, February 7, 2022.
- 3) T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk sağlığı Genel Müdürlüğü/ Bulaşıcı Hastalıklar ve Erken Uyarı Dairesi Başkanlığı / Menenjit. <https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/menenjit/menenjit-liste/menejit.html>
- 4) Sadarangani M et al. Clin Infect Dis 2015;60:e27-35.
- 5) Meningokok hastalıkları Tanı ve Tedavi Kitabı, Prof.Dr.Mehmet Ceyhan,Meningokoksemi; 2013: 26-32
- 6) Thompson MJ et al. Lancet. 2006;367:397-403
- 7) Centers for Disease Control and Prevention, CDC, Meningococcal Disease/About the Disease/Signs and Symptoms, February 7, 2022.

Prof.Dr. Nuri Zafer Kurugöl
Ege Üniv. Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Ana Bilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı

El-Ayak-Ağız Hastalığı

19.12.23



Dr. Esra Çakmak Taşkın

El-ayak-ağız hastalığı ağızda, ellerde ve ayaklarda döküntülerle karakterize genellikle coxsakievirüse bağlı gelişen viral bir hastalıktır. Sıklıkla 5 yaşından küçük çocukları etkiler, ancak bazen daha büyük çocukları, ergenleri ve yetişkinleri de etkileyebilir. Bazen büyük salgınlara yol açabilir. Yaz aylarında daha sık görülmektedir.

Çoğu insan yaşamı boyunca el, ayak, ağız hastalığına neden olan virüslere maruz kalmaktadır. Virüs genellikle öksürme veya hasta bir kişiyle veya onun eşyalarıyla kişisel temas yoluyla yayılır. Dolayısıyla okullar ve kreşlerde salgınlar yapılabilir. Kuluçka süresi 3-5 gündür. Virüs, hastalığın başlangıcından

önceki günlerde enfekte bireylerin farenksinde ve dışkıında tespit edilebilir ve genellikle semptomların başlamasından sonraki bir hafta içinde en bulaşıcı hale gelir. Bu nedenle asemptomatik enfeksiyonların ve kuluçka dönemindeki enfeksiyonların varlığı, el-ayak-ağız hastalığını önleme ve kontrol etme çabalarını zorlaştırabilir.

Hastalarda ateş yoktur ya da subfebrildir. Ağız tutulduğunda sıklıkla dilde, yanak mukozasında, farenks arka kısmında, damakta, dış etlerinde ve/veya dudaklarda dağınık, ağrılı veziküller bulunur. Ellerde ve parmaklarda, ayaklarda, kalçalarda ve kasıkta makülopapüler, veziküler ve/veya püstüler lezyonlar meydana gelebilir. Deri lezyonları ayaklardan ziyade ellerde daha sık görülür, avuç içi ve ayak tabanlarını da etkiler. El, ayak ve ağız hastalığını teşhis etmek için spesifik bir laboratuvar testi kullanılmamaktadır. Tanı klinik görünüm ve semptomlara dayanarak kolayca konulabilir. El ve ayak lezyonları genellikle hassastır ve 7-10 gün içinde düzelir. Kalça lezyonları genellikle vezikülleşmez. Hastalık genellikle kendini sınırlar.

Bazı vakalarda döküntü, tek bir bölge veya yalnızca makülopapüler döküntü gibi atipiktir. Ürtiker, su çiçeği, herpes zoster, kızamıkçık ve herpes simpleks hastalığından ayırt edilmesi gerekir. Özellikle Coxsackievirus A6, yetişkinleri ve çocukları etkileyen, ateş, yaygın döküntü (ellere ek olarak yüz, proksimal ekstremiteler ve gövde) ile karakterize edilen daha şiddetli atipik el-ayak-ağız hastalığından ve herpanginadan sorumludur. Enterovirüs A71'in neden olduğu el-ayak-ağız hastalığı, özellikle küçük çocuklarda nörolojik ve kardiyopulmoner tutulumuna neden olabilir. Coxsackievirus A16'nın neden olduğu el-ayak-ağız hastalığında ensefalit, akut flask paralizi, miyokardit, perikardit ve şok gibi komplikasyonlar görülebilir.

El-ayak-ağız hastalığını takiben onikomadesis (tırnak dökülmesi) gözlenebilir. Genellikle hastalığın başlangıcından sonraki 1-2 ay içinde gözlenir ve 1-8 hafta sürer. Tırnak değişimi genellikle kendi kendini sınırlar ve tedavi gerektirmeden kendiliğinden iyileşir.

El-Ayak-Ağız Hastalığı

19.12.23

El, ayak ve ağız hastalığında spesifik tedavi yoktur. Semptomlara yönelik tedavi verilir. Tedavilerin amacı hastaların kendilerini daha iyi hissetmelerine yardımcı olmaktır. Ağız yaralarından kaynaklanan ağrı, çocuğun yemek yeme veya içme konusunda isteksiz olmasına neden olabilir, bu nedenle sıvı alımını teşvik etmek önemlidir. Çapraz enfeksiyonu önlemek için hastalar izole edilir ve kontaminasyonu önlemek için iyi ağız ve cilt bakımı yapılır.



İmmüsuprese hastalarda Interferon alfa (IFN-α) ve ribavirin tedavisi vaka bazında kullanılabilir. Bazı vakalarda erken evrede IVIG kullanımının hastalığın ilerlemesini iyileştirebileceği ve mortaliteyi azaltabileceği görülmüştür.

En iyi korunma, enfekte kişilerle temastan kaçınmak ve ellerin uygun şekilde yıkanması, hijyen ve kontamine yüzeylerin temizlenmesidir. Aşılama, vakaları kontrol etmede en etkili ve uygun maliyetli yaklaşım olarak kabul edilmektedir.

Enterovirüslere karşı tek değerli ve çok değerli aşılar hayvan deneylerinde başarılı bulunmuştur. Şu anda EV71 için Çin'de lisans alan aşı mevcuttur, bu inaktif tam virüs aşısı etkin bulunmuştur. Ancak enterovirüslerde farklı serotipler arasında çapraz koruma düşük olduğundan multivalan aşılar ihtiyaç vardır.

KAYNAKÇA

Messacar K, Abzug MJ. Nonpolio Enteroviruses. Nelson Textbook of Pediatrics, Kliegman RM, Stanton BMD, St. Geme J, Schor NF, eds. 21th ed. 2019, s.6806-7.

American Academy of Pediatrics. Enteroviruses (Nonpoliovirus) In: Kimberlin DW, Barnett ED, Lynfield R, Sawyer MH, eds. Red Book: 2021 Report of the Committee on Infectious Diseases. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics: 2021, 315-18.

Cherry JD, Federman M. Enteroviruses, Parechoviruses, and Saffold Viruses. Cherry JD, Krogstad P. Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases. 8th ed. Chapter 166: 1499-1544.

Messacar K, Modlin JF, Abzug MJ. Enteroviruses and Parechoviruses. Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases. 5th ed. Long SS, ed. 2018; Chapter 236: 6341-84.

Cox B, Levent F. Hand, Foot, and Mouth Disease. JAMA. 2018 Dec 18;320(23):2492. doi: 10.1001/jama.2018.17288.

Zhu P, Ji W, Li D, Li Z, Chen Y, Dai B, Han S, Chen S, Jin Y, Duan G. Current status of hand-foot-and-mouth disease. J Biomed Sci. 2023 Feb 24;30(1):15. doi: 10.1186/s12929-023-00908-4.

Dr. Esra Çakmak Taşkın
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı
Kocaeli Şehir Hastanesi