

EYLÜL 2024



ASM YAŞAM



AİEF

AİLE HEKİMLERİ DERNEKLERİ
FEDERASYONU
2008

ISSN: 2822-4108

İÇİNDEKİLER

İLK ÇAĞLARDA HASTALIK KAVRAMI VE HUMORAL
PATOLOJİNİN DOĞUŞU

EL, AYAK, AĞIZ HASTALIĞI

HİPERLİDEMİDE TANI, TAKİP VE TEDAVİ YAKLAŞIMI

ÜLKEMİZDE KANSER TARAMALARI

İNFLUENZA ENFEKSİYONLARI: GENEL BAKIŞ VE AŞI İLE KORUNMA

CRP (C-REAKTİF PROTEİN)

ALZHEİMER HASTALIĞI

O AN

KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANS HAKKINDA

AHEF KONGRESİ 2024

14. ULUSLARARASI KATILIMLI
TÜRKİYE'NİN EN BÜYÜK

AİLE HEKİMLİĞİ KONGRESİ

30 EKİM - 3 KASIM 2024
Royal Seginus Hotel, Antalya



AHEF

AHEF
AKADEMİ
www.ahefakademi.org

ASM YASAM

VİTRİN

AHEF ONAM

AHEF
AİLE HEKİMLERİ DERNEKLERİ
FEDERASYONU
2008

● AHEF ADINA İMTİYAZ SAHİBİ

Dr. Türkü Yağmur NEHİR

● GENEL YAYIN YÖNETMENİ

Dr. Ömer Ufkun YILDIRIM

● YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ (SORUMLU)

Dr. Yavuz ALTINBAŞ

● EDİTÖR

Dr. Zeynep ÖZSEVİMLİ

● YAZI İŞLERİ

Dr. Yavuz ALTINBAŞ

● YAYIN DANIŞMANI

V. İpek YAĞCI

● SON OKUMA

Setenay Dilara ÖZDEMİR

● AHEF Görsel Ekibi

● AHEF Eğitim Komisyonu

● ASM YAŞAM İLETİŞİM
dergi@asmyasam.org.tr

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi

AHEF AHBS Yenilenen arayüzü ve kullanım kolaylıklarıyla beraber artık hizmetinizde !

- ✓ Kısayollar ile Hızınıza Hız Katın
- ✓ Tüm Servisler Elinizin Altında
- ✓ Birden Fazla Kişi Kartı ile Çalış



ASM YAŞAM

**İletişim
Seçeneklerimiz**

 Web Sitemiz
www.ahefahbs.com.tr

 Telefon Numaramız
0 312 394 00 15

 Mail Adresimiz
ahefahbs@ahef.org.tr



İLK ÇAĞLARDA HASTALIK KAVRAMI VE HUMORAL PATOLOJİNİN DOĞUŞU



Dr. Berna Erayman

Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi – Tıbbi Mikrobiyoloji
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalında Doktora

İnsan varolduğundan itibaren kaza ve hastalıklarla karşılaşmıştı.

Tabiati gözlemleyerek dertlerine çare bulma çabası da acıdan kaçıp, haza ulaşma tabiatındaki insanın normal bir davranışıydı. Yaralı hayvanın yarasını yalaması, gözüne perde inen keçinin hasta gözünü çalılara takarak açması, karnında şişkinlik hisseden leyleğin gagasıyla lavman yapması, baykuşun kıl bitinden kurtulmak için toprakla yıkanması insanlar için öğretici gözlemlerdi.

İnsanlar, parmak basarak veya biraz yukarıdan bağlayarak kanamayı durdurma, ateşli bedeni soğuk suya sokma gibi tedavileri önce içgüdüleriyle yaptılar. Daha sonraları “deneme-yanılma” yoluyla öğrenmeye başladılar. Ampirik yoldan pek çok bitkinin yararlı ve zararlı tıbbi etkisini keşfettiler.

İnsanlar, parmak basarak veya biraz yukarıdan bağlayarak kanamayı durdurma, ateşli bedeni soğuk suya sokma gibi tedavileri önce içgüdüleriyle yaptılar. Daha sonraları “deneme-yanılma” yoluyla öğrenmeye başladılar. Ampirik yoldan pek çok bitkinin yararlı ve zararlı tıbbi etkisini keşfettiler.

İnsanlığın yerleşik hayata geçip, tarım ve hayvancılıkla uğraşması patojen mikroorganizmalarla ilişkisini başlatmıştır.

Bilinmezliklerin fazla olduğu o yıllarda insanlar 'Hastalık neden olur?' sorusuna cevap aramışlar; sonuçta hastalığın olağanüstü güçler tarafından günah ve kabahatlere karşı bir ceza olarak geldiği fikrini benimsemişlerdir. Eski Ahit'te Tanrı'nın firavunların üstlerine ceza olarak saldığı hastalıklardan bahsedilir .

M.Ö. 1122'de Çin'deki kayıtlarda çiçek hastalığı tarifine rastlanılmaktadır. M.Ö. 8. y.y.'da Mezopotamya'daki hummadan bahseden kil tabletleri günümüze ulaşmıştır. Tivratta cüzzam, kellik, temriye, sıtma, verem ve vebadan ayrıntılı bir şekilde bahsedilip, koruyucu hekimlik adına hangi hayvanların etlerinin yenmeyeceği kurallara bağlanmıştır. M.Ö. 429 'da Peleponnes savaşının başlangıcında Atina 'da görülen salgın veba olarak tanımlanmıştır.

O dönemlerde doğaüstü sebeplerle oluşan hastalıkların tedavisinin de doğaüstü güçleri memnun ederek olacağı düşüncesi hakimdi. M.Ö. 800' lerde pagan kültürün hakim olduğu Ege kıyılarındaki asklepionlarda temiz hava, temiz su, muhtemelen yüksek mineralli içecekler, egzersiz, sağlıklı diyet ve dinlenme ile takviye edilmiş mistik ortamlarda ilahlarla iletişim halinde oldukları düşünülen rahiplerin gözetiminde tanrıların lütfuyla şifa aranıyordu.

Nedenler ve tedavide görünmez ve bilinmez güçlere dayanılması, hastalığın nedenlerinin keşfedilebileceği bir disiplin oluşmasını engelliyordu. Eski Yunanlıların Batı tıbbına belki de en büyük katkıları hastalıkların nedenleri ve tedavilerinin doğal, gözleme ve bilgiye dayalı olduğu kavramına geçişi sağlamaları olmuştur.

Antik Yunan uygarlığında Batı medeniyetine katkılarıyla tanınan ilk birey Hipokrat'tır. Aslında, Hipokrat'ın hayatında M.Ö. 460'da Cos adasında doğduğuna ait bilginin dışında neredeyse hiçbir şey bilmiyoruz. Tarihçiler ona atfedilen 70' in üzerinde yazının; "Corpus Hippocraticum (Hipokrat'ın Toplu Yapıtları)" veya 'Hipokrat Doktorlar ' denen kollektif bir yapıya ait olduğunu iddia etmektedirler. Hipokratın yaşadığı dönem sanat, mimarlık, siyaset, bilim, felsefe, drama ve tıpta batı medeniyetinin temellerinin atıldığı bir dönemdir. Tıbbın doğaüstü olandan doğal hastalık nedenlerine taşınması, çoğu paradigma kayması gibi, o dönem geçerli olan Yunan felsefesinin bir sonucudur.

Hipokrat'tan önceki yüzyılda Milet'te yaşamış olan Thales, fiziksel dünyanın anlaşılabilir olduğunu iddia eden ilk bilim insanı olarak kabul edilebilir. Thales yaşamdaki temel elementleri su (birincil element), toprak ve hava olarak tanımladı. Anaximander, Thales'in düşüncelerini genişletti ve evrenin birbirine zıt ve dengedeki güçlerden oluştuğu, doğal, anlaşılabilir ve evrensel yasaların bu kuvvetleri yönettiği felsefesini benimsedi. Efes'te yaşayan Filozof Heraclitus, Thales'in üç elementine birinci element olmak üzere ateşi ekledi. Bu dört temel unsura karşılık gelen nemli, kuru, sıcak ve soğuk özellikler vardı, bu öğeler fiziksel olarak gözlemlenebilirdi ve normalde bir tür zıtlık dengesi sözkonusuydu. Alcmaeon M.Ö. 5.yy. da bu doktrini insanlara ve sağlığa uyguladı. Sağlık, güçlerin uyumuydu. Çağdaşı olan Empedokles ise bu anlayışı geliştirdi. Ona göre; dört unsur hayat boyunca biradaydı ve kişinin ölümü üzerine ayrılıyorlardı. Hava; madde ve yetenek olarak en önemli elementti. Vücuttaki hava akışı kan akışına bağlandı. Bu dönemde Democritus canlı ve cansız tüm nesnelere görünmez parçacıklardan oluştuğu teorisini ileri sürdü. Yunan tarihindeki bu fikir mayalanmasından, Hipokrat doğdu.

Hipokrat'ın humoral teorisinde; evrendeki dört elementle vücuttaki kan, balgam, sarı safra ve siyah safra ilişkilidir. Hipokratın vücudu mikrokozmos olarak görmesi Empedokles'in evren görüşüyle uyumluydu. Bu dört humor(sıvı) ateş, hava, su ve toprağa karşılık geliyordu. En önemlisi, hastalığın nedenleri ilahi, fakat bilgili ve mantıklı bir şekilde evrenin doğasında var olan dengeye tabii idi. Hastalığın üç aşaması olduğu düşünülüyordu: (i) humoral oranlar, (ii) vücudun reaksiyonu bir semptom (örneğin ateş) ve (iii) hastalık sona ermesi için aşırı sıvının boşaltılması veya ölüm. Hipokratın eğitim aldığı Knidos tıp okulunda doğal dengenin korunmasıyla veya bozulan dengenin yerine getirilmesiyle sağlıklı olunabileceği öğretilmekteydi. İnsan diseksiyonunun yasak olması anatomi ve fizyoloji bilgilerinin oluşmasını engelliyordu. Sağlık ve hastalık arasındaki ilişki vücuda giren ve çıkanlar gözlemlenerek oluşturulmaya çalışıldı. Hipokrat kuramında hastalığın oluşmasında yenen besinlerin, onlardan oluşan atıklarından (perissomata) ortaya çıkan ve vücuda yayılarak sağlıklı nefesin (pneuma) yerini alan gazların (physai) hastalıklara yol açtığını savunmuştur. Yine iklimlerin sıcak veya soğukluğunun, nemin ve rüzgarın damarlarda dolaşan hayati havayı (pnöma) etkilemesi sayılmaktaydı. Pnömadaki değişiklikler dört mizahtan herhangi birini bozabilirdi. Hipokrat sonrası filozof hekimlerin teorileri, İskenderiye tıp okulunda başlayan sınırlı insan diseksiyonları, Galen'in hayvanlar üzerinde yaptığı çalışmalar, Salerio ve diğer aydınlanma dönemindeki Avrupa 'da kurulan tıp okulları her zaman humoral teoriyi merkeze alarak hareket ettiler. Hastalıkların açıklanabilir nedenlerinin olduğu fikrinin ispatlanması için 2000 yıl daha beklemek gerekecekti.

EL, AYAK, AĞIZ HASTALIĞI



Uzm.Dr. Betül KORKMAZ AKÇANAL

Çocuk Hastalıkları Uzmanı

El, ayak, ağız hastalığı çocuklarda en sık görülen viral enfeksiyonlardan biridir. Yaz ve sonbaharda daha sık görülür. Birkaç çeşit virüs bu hastalığa neden olabilmektedir. Ancak ortaya çıkan bulgular aynıdır.

Genellikle Coxsackie A16 virüsüne veya Enterovirüs 71'e bağlıdır.

Adından da anlaşılacağı gibi en sık el, ayak ve ağız bölgesinde ortaya çıkmaktadır. Ancak bazen döküntüler yüz, bacaklar, kollar ve kasıklarda da görülebilmektedir.

Genellikle 5 yaşın altındaki çocukluklarda görülür. El ayak hastalığı geçiren kişi, neden olan virüse karşı bir bağışıklık geliştirmektedir. Ancak bu hastalığa neden olan birkaç çeşit virüs olduğu için farklı bir virüs nedeniyle hastalık tekrar geçirilebilmektedir.

El Ayak Ağız Hastalığının Belirtileri Nelerdir?

Hastalık genellikle hafif seyretmektedir.

Çocuklarda çoğu belirti 7 – 10 gün içinde ortadan kalkmaktadır. Ancak 2 yaşından küçüklerde hastalık daha uzun sürebilmektedir.

Bu dönem içinde;

İlk 2-3 gün: Hafif ateş, boğaz ağrısı, mide ağrısı, iştahsızlık gibi belirtilerin bir veya daha fazlası

3. günden sonra: Diğer semptomların kaybolmasıyla önce ellerde avuç içlerinde ve ayak tabanında kızarıklık, sonra ağız yaraları, el – ayak veya her ikisinde de kaşıntılı veziküler döküntü, boyunda büyümüş lenf nodları görülebilir.

Bu veziküler lezyonlar su çiçeğine çok benzer, ancak su çiçeğinde döküntüler gövdede, el ayak ağız hastalığında ise adındaki gibi el ayak ve ağız çevresinde ve içindedir.

Bazı çocuklarda bu belirtilerin hepsi gelişebilmektedir. Ancak genellikle sadece birkaç tanesi gelişmektedir.



Nasıl Bulaşır?

Hastalık virüsle enfekte kişiden diğerine yayılmaktadır.

El ayak ağız hastalığı bulaşma yolları;

- Tükürük
- Kabarcıklardaki sıvı
- Dışkı
- Öksürdükten veya hapşırıdıktan sonra havaya püskürtülen solunum damlacıkları yoluyla hızlı bir şekilde yayılma eğilimi gösterir.
- Enfekte olan çocukların girdiği havuza giren çocuklara da bulaşabilir.

El Ayak Ağız Hastalığına Yakalanan Biri Ne Kadar Süre Bulaştırıcıdır?

Hastalığın ilk 7 günü bulaşın en yüksek olduğu dönemdir. Ancak virüs belirtiler tamamen kaybolduktan sonra da günler ve haftalar boyunca ağız sıvıları ve dışkı yoluyla yayılmaya devam etmektedir. Çocuklar birbiriyle yakın temas halinde olduğu için virüse yakalanan bir çocuğun ateşi düşene ve yaraları iyileşene kadar evde tutulması önerilmektedir.

El Ayak Ağız Hastalığına Kimler Yakalanır?

Bu hastalık yaygın bir çocukluk çağı hastalığıdır. Hastalığa bebeklerin ve 5 yaşından küçük çocukların yakalanma olasılığı en yüksektir. Zamanla virüslere karşı bağışıklık geliştiği için bu yaştan sonra hastalığın görülme sıklığı azalmaktadır. Daha büyük çocuk ve erişkinlerde daha az görülmektedir.

Tanısı Nasıl Konulur?

Hastanın yaşı, ilişkili semptomlarla birlikte döküntüler ve ağız yaraları hastalığın tanısını koydurmaktadır. Nadiren laboratuvarında virüs tespiti için ağızdan sürüntü veya dışkı örneği alınması gerekebilir. Viral olduğu için CRP negatiftir.

El Ayak Ağız Hastalığının Tedavisi Nedir?

Hastalık genellikle kendiliğinden 7 – 10 günde iyileşmektedir. Ağrı, kaşıntı gibi belirtileri rahatlatmak için semptomatik tedaviler verilebilmektedir.

Hastalığın bulgularını rahatlatmak için evde uygulanabilecekler ise aşağıdaki gibidir:

- Viral bir enfeksiyon olduğu için, üstüne bakteriyel enfeksiyon binmedikçe antibiyotik verilmez.
- Baharatlı ve asitli yiyecekler ağız yaralarını daha ağrılı hale getirebilmektedir. Bu nedenle bunlardan kaçınılması gerekmektedir.
- Sıcak ve ılık içecekler yaralardan kaynaklı acıyı artırabilmektedir. Bu nedenle soğuk içecekler içilmelidir.
- Ateş düşürülmelidir. Ancak bir çocuğa ateş düşürmek için aspirin verilmemelidir. Virüslerin neden olduğu bu gibi hastalıklarda aspirin vermek Reye sendromu dediğimiz karaciğer ve beyin hasarına yol açabilen ciddi bir duruma neden olabilmektedir. Çocuğun kilosuna göre uygun dozda asetaminofen güvenli ve etkilidir.
- Ağız yaralarından kaynaklı ağrıları hafifletmek için soğuk su içilmesi, erişkinlerde ise gargara ve spreylere kullanılması etkili olabilmektedir.





Hastalık Ne Zaman iyileşir?

El ayak ağız hastalığı 7 – 10 gün içinde iz bırakmadan iyileşmektedir. Ancak nadiren daha ciddi hastalık gelişmektedir. Viral menenjit ve ensefalit gibi bu tür durumlarda şiddetli baş ağrısı görülmektedir.

El Ayak Ağız Hastalığı Önlenebilir mi?

Şu an hastalığın aşısı yoktur. Ancak hastalığa yakalanma riski azaltılabilmektedir. El yıkama, birçok hastalıkta olduğu gibi bu hastalığa yakalanmayı da önlemektedir.

Ev halkından birinde el ayak ağız hastalığı gelişirse aşağıdaki önlemleri alabilirsiniz:

- Ellerinizi sık sık su ve sabunla yıkayın.
- Ellerinizi gözünüzden, burnunuzdan ve ağızınızdan uzak tutun. Hastalığa neden olan bir virüs kapı kolu, oyuncak veya başka bir yüzey üzerindeyse, yüzeye ve daha sonra yüzünüze dokunarak hastalığı alabilirsiniz. Virüs vücudunuza ağızınız, gözleriniz veya burnunuz yoluyla girebilmektedir.
- Enfekte kişilerle yakın temastan kaçınin. Bu hastalık genellikle enfekte kişi öksürdüğünde veya hapşırıldığında yayılmaktadır. Enfekte kişiyle öpüşmeyin, sarılmayın, yiyecek paylaşmayın. Çoğu insan 7 ila 10 gün sonra artık bulaşıcı değildir.
- Tezgâhları, kapı kollarını ve insanların sık sık dokunduğu diğer yüzeyleri dezenfekte edin. Hastalığa neden olan virüs, enfekte bir yüzeye dokunulduğunda bir kişiden diğerine yayılabilmektedir. Tezgahların, kapı kollarının, oyuncakların ve diğer yüzeylerin dezenfekte edilmesi hastalığın yayılmasını önlemeye yardımcı olabilmektedir.



ALZHEİMER HASTALIĞI



Dr. Öğrt. Üyesi Ufuk SANDIKÇI

Nöroloji Uzmanı
Samsun VM Medikalpark Hastanesi

Alzheimer hastalığı, kognitif bozukluk, duygusal ve davranışsal değişiklikler, fiziksel ve fonksiyonel gerilemeler ve sonuç olarak alzheimer hastalığı beyin işlevlerindeki bozukluklara bağlı olarak zihinsel işlevlerde gerileme, davranış sorunları ve işlevsellikte azalma ile giden dejeneratif bir hastalıktır. Diğer bir tanım ise şu şekilde yapılabilir: Alzheimer hastalığı, bilişsel gerilemenin yanında çeşitli nöropsikiyatrik davranışsal rahatsızlıklara neden olan, kişinin günlük yaşam faaliyetlerinde bozulmalar ortaya çıkaran ve kişide önemli fiziksel ve psikolojik yıkımlar meydana getiren bir hastalıktır.

Alzheimer hastalığı, 65 yaşın üzerindeki kişilerde %3-11, 85 yaşın üzerinde ise %20-47 oranında görülme sıklığına sahiptir. Dünyanın değişik bölgelerinde yapılan çalışmaların gösterdiği sonuçlara göre, 65 ile 85 yaşları arasında hastalığın görülme sıklığı her beş yılda bir iki katına çıkmaktadır. Yaşın ilerlemesi Alzheimer riskini artıran en önemli etkidir. Genetik etkiler de yaşlanan bireyin Alzheimer hastalığına yakalanma ihtimalini arttıran faktörlerin başında gelmektedir.

BELİRTİLER ve TANI

Alzheimer Hastalığı Nasıl Teşhis Edilir?

- Alzheimer hastalığının teşhisine yönelik net olarak bilgi verebilen bir ayırıcı tanı testi bulunmaz.
- Standart testler aracılığıyla uygun nöropsikolojik değerlendirme
- Bilgisayarlı Tomografi (BT) ya da Manyetik Rezonans (MR)
- Klinik muayene
- Laboratuvar incelemeleri
- Özellikle hasta yakınlarının vereceği anamnez

Alzheimer Hastalığının Belirtileri

İlk 10 Belirtisi:

- Unutkanlık
- Yol bulma sorunları
- Zaman şaşırma
- Kelime haznesinin azalması
- Karar verme sorunları
- Muhakeme yeteneğinin kaybolması
- Kişilik ve huy değişiklikleri
- Çeşitli davranış değişiklikleri
- Olaylara ilgi azalması
- Günlük yaşam becerilerini yerine getirmekte güçlük

Zihinsel Belirtileri

- Unutkanlık
- Öğrenme Güçlüğü
- Konuşma Bozukluğu
- Oryantasyon Bozukluğu (Yön)
- Kişileri Tanıyamama
- Karar Verme Güçlüğü
- Depresyon

Ruhsal Belirtileri

- Huzursuzluk
- İlgisizlik
- Saldırganlık
- Uyku Bozukluğu
- Amaçsız Dolaşma
- Gerçek Dışı Hayaller

RİSK FAKTÖRLERİ

- Yaş
- Cinsiyet (Kadın)
- Genetik Yatkınlık
- Eğitim Düzeyleri
- Kafa Travmaları
- Kardiyovasküler Riskler
- Tansiyon
- Kolestrol
- Diyabet
- Yüksek Dozda Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı
- Düşük Sosyoekonomik Durum
- Sağlıksız Yaşam Koşulları
- İş Kaybı
- Büyük Bir Acı Deneyimi
- Depresyon ve Stres
- Beyin/Damar hastalıkları
- Genetik Faktörler

Alzheimer hastalığının %5'inin kalıtsal olduğu düşünülmektedir. Özellikle erken yaşlarda (40-60 yaş) başlayan Alzheimer hastalığı olguları arasında kalıtsallığın daha büyük bir etken olduğu bilinmektedir. Ancak bu demek değildir ki her erken yaşta hastalık teşhisi konulan bireyin ailesinde Alzheimer geçmişi olacak ya da sonraki nesillere bu hastalık aktarılacak. Bu konudaki çalışmalar sürdürülmeye devam etmektedir ve henüz hastalığın genetik olup olmadığı ya da sonraki nesillere aktarılıp aktarılmadığı konusunda net bir bulgu bulunmamaktadır.

Alzheimer Hastalığı Riskini Azaltmak İçin ne Yapmalı

- 1) Zihinsel olarak zorlayıcı ve ilginç aktivitelerle meşgul ol.
- 2) Kademe kademe yeni bilgiler öğren yeni uğraşlarla meşgul ol, yeni bilgiler öğren (sudoku, yeni bir dil, santranç vb.)
- 3)Yeterli uyu. Beynin bilgi ve deneyimleri uzun süreli hafızaya kaydetmesi için süreye ihtiyacı vardır.
- 4)Stresi azalt. Stres dikkat, konsantrasyon ve hatırlamayı bozar.
- 5) Fiziksel aktiviteleri sürdür. Egzersiz kan dolaşımını artırarak beyin hücrelerine oksijen ve gıdaların naklini artırır ve beynin daha etkili çalışmasını sağlar.
- 6)Sosyal ilişkiler içinde ol. Araştırmalar geniş ve çeşitli sosyal ağ içinde olan kişilerin daha sağlıklı kaldığına işaret etmektedir. aktif bir sosyal yaşam içinde ol. TEDAVİLER

Kullanılan İlaçlar

Alzheimer hastalığında kullanılan ilaçlar hastalık seyrinde izlenen bulgular üzerinde kısmi olumlu etkileri olan ilaçlardır.

Hiçbir ilaç tedavisi Alzheimer hastalığı için kesin çare olmaz. Ancak ilaç tedavisi, bazı insanlarda ilerleyici belirtileri geçici olarak yavaşlatmak için geliştirilmiştir. Donepezil, Rivastigmin ve Galantamin asetilkolinesteraz inhibitörleri olarak bilinir ve benzer etkiyi gösterirler. Ayrıca Memantin adında diğer üçünden farklı şekilde etki eden başka bir ilaç da vardır.

HİPERLİDEMİDE TANI, TAKIP VE TEDAVİ YAKLAŞIMI



Dr. Nihal Türkmen TÜRKER

İç Hastalıkları Uzmanı
Fatsa Özel Medi-Tech Hastanesi

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en önemli mortalite nedenlerinden birisidir Aterosklerotik Kardiyovasküler hastalıklar(ASKVH).

Ateroskleroz(AS), önceden bilindiği gibi yaşla ortaya çıkan kaçınılmaz bir durum değildir. Hiperlipidemi, hipertansiyon, diyabet ve obezite gibi risk faktörlerinin tetiklediği, çocukluktan başlayan inflamatuvar bir prosestir. Çalışmalar göstermektedir ki AS'nin değiştirilebilir majör nedenlerinden birisi hiperlipidemidir.

Türkiye'de erişkin popülasyonun yaklaşık %80'inde dislipidemi görülmektedir. Obezite ve tip 2 DM tanısı alan hasta sayılarının artışı dislipidemide de artış görülmesine neden olmaktadır. Bu durum sadece yaşam tarzındaki hatalara bağlı olması ile açıklanamaz. En sık OD tek gen hastalığı Ailesel Hiperlipidemidir. Ancak bu da yanıtıcı olmamalıdır çünkü ailesel geçişli dislipidemi tabloları, toplam dislipidemi hastalarının % 6-7 kadarını oluşturur.

Dislipidemi takip ve tedavisi açısından Türkiye'de otör olarak görebileceğimiz TEMD, kılavuzunda bir serzenişe yer vermektedir: 'Kardiyovasküler riski yüksek hastaları yöneten hekimler dislipidemi tanı ve tedavisi açısından zor bir dönem yaşamaktadırlar. Bir yandan yazılı ve görsel basın tarafınca sürekli gündemde tutulan statin karşıtı görüşler, öte yandan karmaşık ve uzun kılavuzlar tarafınca öne sürülen birbirinden farklı yaklaşımlar, kafaları daha çok karıştırmaktadır.' denmektedir kılavuzda. Gerçekten de klinik pratikte bunu çok net hissetmekteyiz.

Aterosklerozun ilerlemesini ve kardiyovasküler sonuçlarının ortaya çıkmasını belirleyen pek çok faktör vardır. İnflamasyon, oksidatif stres, endotel disfonksiyonu, dolaşımda fazla miktar Apolipoprotein B içeren liproteinlerin bulunması, miktarı, maruziyet süresi ve eşlik eden diğer risk faktörlerinin sayısı ve şiddeti belirleyicidir.

Toplumda çok sık görüldüğü için tarama yapma gerekliliği vardır. Tarama sıklığını belirleyen; hastanın yaşı, cinsiyeti ve diğer risk faktörlerinin varlığıdır.

Gençlerde 5 yılda bir, 40 yaş üstü erkeklerde ve 50 yaş üstü kadınlarda (veya menopoz sonrasında) 2 yılda bir tarama yapmak uygun olacaktır. DM, HT, ASKVH olanlarda, Kronik böbrek hastalarında, Romatizmal hastalık öyküsü olanlarda, genetik dislipidemi bulguları olanlarda (ksantom, ksantelezma vb.), sigara içenlerde ve obezitede yılda bir tarama yapılmalıdır.

Taramada total kolesterol, HDL-K, LDL-K, Trigliserid ve non-HDL-K kullanılmalıdır. Burada önemli olan bir durum da tek başına total kolesterol değerlendirmesinin yapılmaması gerektiğidir. Çünkü HDL-K yüksekliğinde, total kolesterolün olması gerekenden daha yüksek olması kardiyovasküler riske atıfta bulunmaz, aynı şekilde metabolik sendrom olan hastalarda olduğu gibi HDL-K düşük çıkar ve Total kolesterolü düşük gösterebilir, ancak bu kardiyovasküler riski artıran bir durumdur, değerlendirme sırasında gözden kaçırılmamalıdır.

Sanılanın aksine lipid profili tok olarak da değerlendirilebilir. Toplum taramaları, ortalama yağ içeriğine sahip bir yemek sonrasında TG düzeylerinde %20 artış, LDL-K düzeylerinde de yaklaşık %10 azalma olabildiğini göstermiştir.

toplam kardiyovasküler risk hesabı esas olarak sağlıklı görünen ve herhangi bir klinik sorunu olmayan hastalarda, gelecekte ortaya çıkabilecek ASKVH nedeni olay ve ölüm riskini ortaya koyar. SCORE en sık kullanılan risk skorlama ölçütüdür, 10 yıl içinde gelişebilecek ölüm olayı riskini hesaplamamızı sağlar.

Klinik olarak tespit edilmiş ASKVH olgularında veya ASKVH risk eşdeğeri olan DM, KBH gibi kişilerde ya da ailesel hiperlipidemisi olanlarda toplam kardiyovasküler risk hesaplanmasına gerek kalmaz. Bu tip kişiler yüksek risk grubunda bulunduğu için risk faktörleriyle ilgili yoğun tedavi ve yaşam biçimi değişikliklerine ihtiyaçları vardır.

SCORE ile ölçülen ölüm riski üzerinden toplam olay riskini tahmin etmek istenirse erkeklerde bu risk puanının 3 katını, kadınlarda 4 katını almak gerekir.

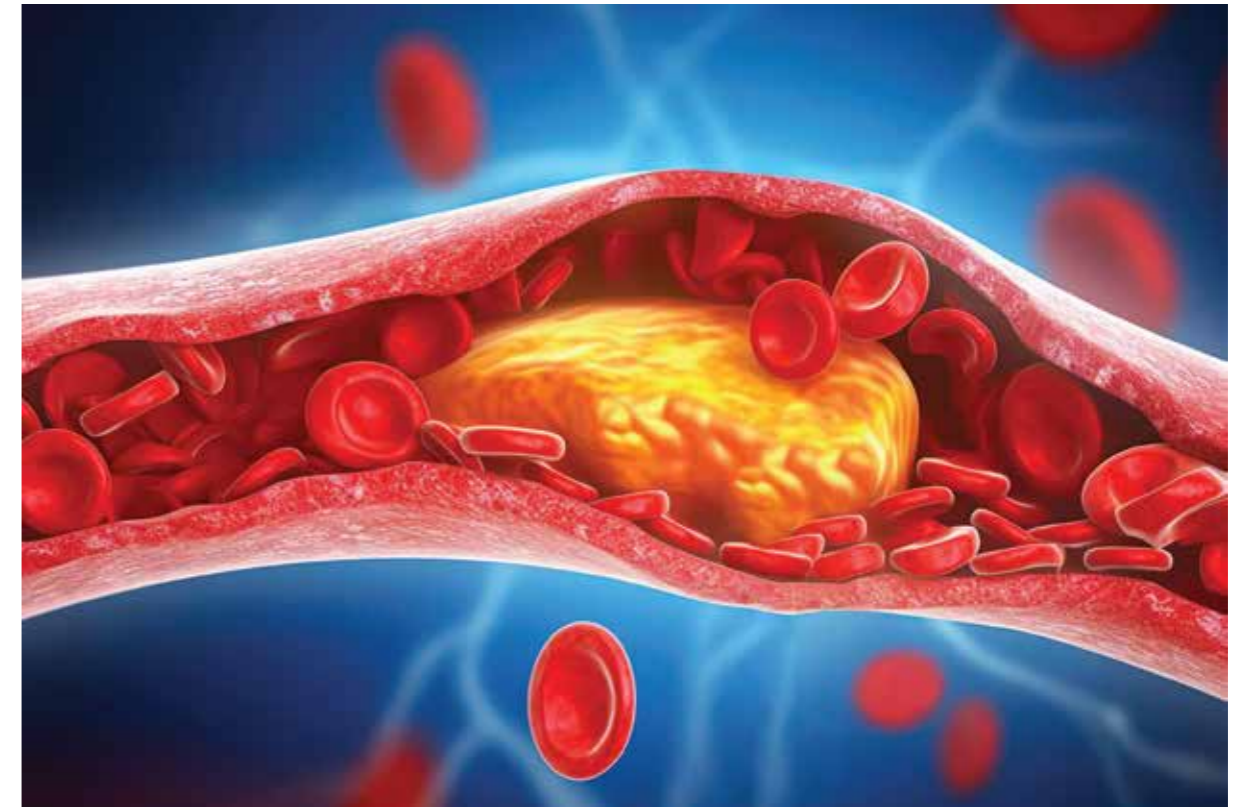
Tip 2 DM, obezite, KBH, gebelik, kolestatik hastalıklar, hipotiroidizm, nefrotik sendrom ve aşırı alkol tüketimi Dislipidemiye neden olan hastalıklar ve durumlar arasında yer alırken, bazı ilaçlara da dikkat etmek gerekir.

Klinik pratikte sık kullanılan, antikonvülzanlar, beta blokerler, oral kontraseptifler, tiazid ve loop diüretikler, steroidler...v.s. dislipidemi etyolojisinde yer alabilmektedirler.

Tedavi yaklaşımında kriterler nasıl olmalıdır?

- Riski ne olursa olsun LDL-K ≥ 190 mg/dl olan bireyler
- SCORE riski >5 ve <10 olan LDL-K değeri ≥ 100 mg/dl olan bireyler
- SCORE riski ≥ 10 olan ve LDL-K ≥ 70 mg/dl olan bireyler tedavi edilmelidir.
- Diğer durumlar için öncelik yaşam tarzı değişikliği uygulanmalıdır.

TG düzeyleri >500 mg/dl ise öncelikli hedef muhtemel pankreatit atağını önlemek için TG düzeylerini düşürmeye yönelik tedaviler olmalıdır.



Tedavi hedefleri ne olmalıdır?

Çok yüksek riskli hastalarda LDL-K <55 mg/dL ve tedavi öncesi değere göre %50'den fazla düşüş hedeflenir.

Yüksek riskli hastalarda ise hedef LDL-K<70 mg/dL ve tedavi öncesi değere göre %50'den fazla düşüş olmalıdır.

Orta derece riskli kişiler için <100 mg/dL, düşük riskli kişiler için ise <115 mg/dL LDL-K düzeyleri hedeflenmelidir

Trigliserid hedefi ile ilgili net bir kriter olmamakla beraber, >150 mg/dL değerinde riskin arttığı bilinmektedir. Trigliserid düşürücü tedaviler ile KVO'da meydana gelen iyileşmenin daha çok non-HDL-K konsantrasyonundaki azalma ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

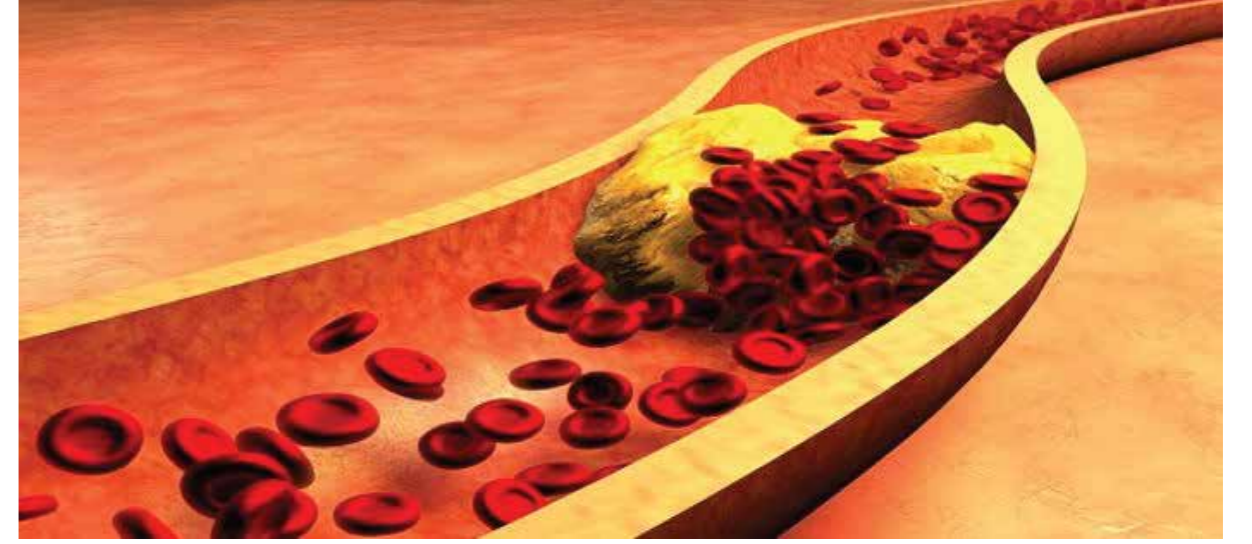
HDL-K düzeylerini artırmanın da ASKVH riskini azalttığı bilinmektedir ancak net bir hedef belirtilmemektedir.

İlaç dışı tedavi nasıl olmalıdır?

Beslenmenin önemi tartışmasız çoktur. Çok düşük karbonhidratlı beslenmede, yerine konulacak hayvansal gıdanın artırılması anlamına geleceği için ASKVH riskini artırabilir. Ancak %50-55 oranında liften zengin kompleks karbonhidrat tüketimi önerilir. Hayvansal kaynaklı protein ASKVH riskini daha artırır, o yüzden tercih bitkisel protein tüketimini önermek daha uygundur. İşlenmiş gıda tüketimi, tatlandırıcılar lipid profilini olumsuz etkiler.

Alkol ve sigaranın bırakılması önerilmelidir.

Kilo kontrolü ve Fizik aktivitenin artırılması ASKVH riskini azaltan hayat tarzı değişikliklerindedir.



İlaç tedavisi

Statinler: LDL-K düşürerek mortalite ve morbiditeyi azalttığı, onlarca çalışmada gösterilmiş ajanlardır. bu grupta, atorvastatin, rosuvastatin, pitavastatin, simvastatin, pravastatin, fluvastatin, lovastatin vardır. Pitavastatin yemeklerle etkileşebilme olasılığı daha fazla olabileceğinden aç karna kullanılmalıdır. LDL-K düşürme etkisi en fazla olan %40-55 ile Rosuvastatindir. Ayrıca statinler %10-20 oranında trigliseridleri de düşürebilirler. Kullanımı sırasında çeşitli yan etkileri gözden kaçırmamak gerekir. En yaygın olanı gastrointestinal semptomlardır. Ayrıca hepatik yan etkileri vardır ve miyozit yapabilmektedirler. CK yüksekliğinde akılda bulundurulmalıdır. Gebelik ve emzirmede kullanılmaz.

Fibratlar: Fibratlar orta ve şiddetli HTG varlığında (TG >500 mg/dL) pankreatit riskini önlemek için, hafif HTG olgularında ise (TG = 150-500 mg/dL) aterosklerotik kardiyovasküler hastalık riskini azaltmak için uygun hastalarda kullanılabilen ajanlardır.

Ayrıca bu tedavilerin yeterli olmadığı durumlarda Ezetimid, Safra asidi bağlayıcılar, Niasin, Omega-3 yağ asitleri de kullanılabilir.

O AN



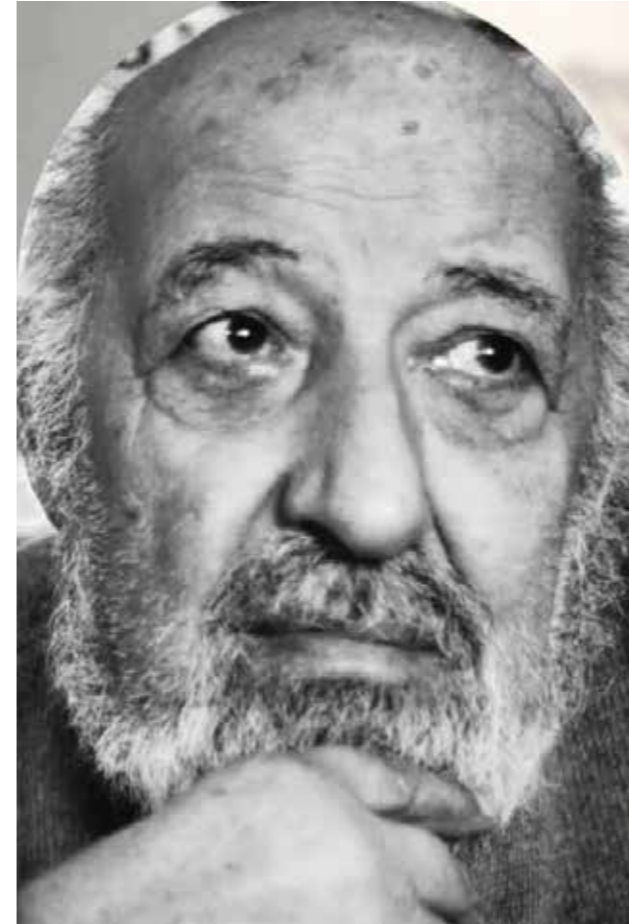
Dr.Halil Aktaş

Trabzon Akçaabat Sebati Aile Sağlığı Merkezi

Fotoğraf; insanların sevinçlerini, dramlarını, yaşama tarzlarını, korkularını kısaca insana ait her şeyin kaydedildiği "o andır".

Büyük üstat Ara Güler'in fotoğraf tanımıdır bu.

Fotoğraf bir mikrop gibi vücuda girdi mi daha duramıyorsun. Bir bakıyorsun bir otobüs adam daha önce gitmediğim, belki de hiç gitmeyeceğim yerlere elde fotoğraf makinesi fotoğraf çekmeye gidiyorum. Bayburt'un Nişantaşı Köyüne, Şebinkarahisar'a, Tirebolu'ya, İkizdere'nin Yağcılar Köyü'ne...



Ara Güler

"Fazla ciddiye almayın hayatı, bir gün her şey fotoğraflarda kalacak."

Bir bakıyorsun batmakta olan güneşin o anını yakalamak için koşuyorum. İnsanların sevinçlerini, dramlarını, yaşama tarzlarını, doğasını kısacası oranın insanına ait ne varsa onu çekmek, her gün içinde yaşadığımız doğaya şöyle bir kafamızı kaldırıp güzellikleri görmek, önce şükretmek sonra fotoğraflamak, sonra da dönüşte oturup tek tek fotoğraflara bakmak iyi geliyor bana.

Fotoğrafı çektiğiniz an o andır, hayata dair. O andan bir daha yok. Bazen siz fotoğrafa gidersiniz, bazen fotoğraf ayağınıza gelir. Bazı anlar vardır, "Şuradan bir adam geçse de fotoğraf çeksem" diye içinizden geçirirsiniz tam o sırada biri geçer deklanşöre basarsınız. Bu yazının fotoğrafını öyle bir anda çektim işte. Karlı bir günde Rize'nin İkizdere ilçesinin Yağcılar Köyünde çektim. Karşıdan gelen keçi sürüsü ve çoban kız ile o anı kaydetmiş oldum.



Bir keresinde de Kapadokya'da sabahın dördünde kalktım. Güneşin doğuşunda havalanan balonları çekmek için. Taksiyle Göreme'ye yaklaştığımızda güneş kızıl bir baklava tepsisi güzelliğinde karşıdaki peribacalarının ardından yükseliyordu. Taksiciye "tamam ben burada inebilirim" dediğimde "Hocam acele etmeyin sizi karşı tepeye çıkarayım, hem güneş hem de balonlar tepede yanınızdan geçecekler." deyince karşı tepeye kadar gittim. Ne bileyim biraz daha fazla para almak için öyle yaptığını. Güneş ile balonları bir arada yakalama anı geride kalmıştı. Kendime kızarak yürüyerek dönmüştüm otele. Çekemediğim o anın acısı içimde kaldı.

Ara Güler anlatıyor.

"Baba tarafım Şebinkarahisarlı. Şebinkarahisar'ın yemişleri meşhurdur. Elması, armudu, dutu...Babam bir gün dedi ki, yahu oğlum her yere gidiyorsun. Bir gün beni de memleketimize götür. Memleketimizi, toprağımızı görelim. Aldı, beni götürdü oralara. Arabayla gittik. Oradaki köylülerle ahbap oldu. Orda dövene indi. Hatta orda dövende dönerken de ağlıyordu, görüyordum.

Çocukluğunu hatırlamış. Altı yaşında oradan ayrılıp İstanbul'a mektebe gelmiş. İstanbul'a dönerken yolda "ulan yemişleri almayı unuttuk, aklımdaydı yemişler" dedi babam. "Aman" dedim, "Bir daha ki sefere alırız" dedim. "Elli altmış kilometre gelmişiz şimdi geri dönmeyelim. Bir daha ki sefere geldiğimizde alırız." dedim. "Aradan zaman geçti, dört ay içinde babam öldü."

"Babamın cenazesini bekliyoruz, kapı çaldı. Köylüler geldi, köyde birlikte gezdikleri. Dediler ki "Dacat beyi arıyoruz? Babamın adı, Dacat. Ben de dedim ki "Dacat bey öldü, şimdi cenazeye gidiyorduk biz de, isterseniz siz de gelin." "Getirmişler, büyük bir sandık. İçinde bütün yemişler var. Ben de kese kağıtlarına o yemişlerden koydum aldım yanıma. Babam gömülürken "Aç şu tabutu da babama hediyeler vereyim". "herif açtı tabutu elimdeki yemişleri tabutun içine bıraktım, öylece gömüldü."

Uzun lafın kisası her şey "o andır.

Fotoğraf da hayat da. O andan sonrası içinde kalır. Ya pişmanlıkla ya da sevinciyle.



ÜLKEMİZDE KANSER TARAMALARI



Dr. Ali DEMİR

Ahef Yönetim Kurulu Üyesi

Tarama testleri asemptomatik bireylerde bir hastalık saptamak üzerine tasarlanmışlardır. Ancak tarama için belirli koşullar sağlanmış olmalıdır. Taranan durum yaygın bir sağlık sorunu olmalı ve onaylanmış tarama testinin bu sorunu erken tespit edebileceği uzun bir latent periyodu içermelidir. Tarama testleri hem ekonomik açıdan makul olmalı, hem de toplum için kar ve zarar oranları kabul edilebilir düzeyde olmalıdır. Sonuç olarak tespit edilen hastalığın da tedavi edilebilir olması gerekmektedir.

Kanserler ülkemizde ve dünyada önemli ölüm nedenleri arasındadır. Taramalar sayesinde erken tanı koyularak erken tedaviyle kür sağlanacağı öngörülmekte ve hastanın yaşam süresinin kısılmasının ve yaşam kalitesinin bozulmasının önüne geçilmesi hedeflenmektedir. Erken evrede yakalanan her hastalık gibi kanserlerde de erken teşhis maliyet etkin olacaktır.

Kanser ölüme yol açan hastalıklar arasında, dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye’de kalp damar hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Uygun kanser taramaları yapılması ve mevcut kanser hastalarını erken tanımak, mortaliteyi azaltmak adına büyük önem taşır. Birinci basamakta önerilen kanser taramaları, meme kanseri, serviks kanseri, kolorektal kanser ve risk gruplarında akciğer kanseriyken; önerilmeyen kanser taramaları over kanseri, pankreas kanseri ve testis kanseridir.

En yaygın kanser türlerinden meme, kolorektal ve serviks kanseri, erken saptanabilen, önlenabilir, erken dönemde teşhis ve tedavi edildiğinde iyileşme hızları yüksek, tam iyileşme sağlanabilen kanserler arasındadır.

Ülkemizde serviks kanseri taramaları Pap-Smear ve HPV DNA ile, meme kanseri taramaları meme muayeneleri ve mamografi ile, kolorektal kanser taramaları gaitada gizli kan ve kolonoskopi ile yapılmaktadır. Ancak gerekli kanser taramalarını yaptıran nüfus oranı oldukça düşüktür. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre ülkemizde 18yaş ve üstü kadınların %34,9’u hayatında en az bir kere kendi kendine meme muayenesi yapmış, 15yaş ve üstü kadınların %19,6’sı en az bir kere mamografi çektirmiş, yine 15 yaş ve üstü kadınların%22,1’i en az bir kere Pap-smear yaptırmıştır.

Bu nedenle aile hekimlerinin, hastalarını kanser taramaları hakkında bilgilendirmeleri, gereken tarama testlerini uygulamaları veya bu amaçla hastaları yönlendirmeleri önemlidir.

Kolorektal Kanser Taraması

KRK dünyada en sık görülen üçüncü kanserdir. Ülkemizde tüm kanserler içinde % 7,8 ile kadınlarda üçüncü ve % 7,5 ile erkeklerde dördüncü sırada bulunmaktadır. Tanı anındaki evre KRK' de prognozu belirleyen en önemli unsurdur. Tarama ile prekanseröz lezyonun veya erken evre tümörün saptama olasılığı yüksektir.

Kılavuzda iki tarama testi, yani GGK ve kolonoskopi kullanılarak tarama önerilmiş ve 50-70 yaş grubundaki her bireye kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla monoklonal antikolar kullanılarak yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması ve on yılda bir gaitada gizli kan testinin yanısıra kolonoskopi yapılması önerilmiştir. Ayrıca birinci derece akrabalarında kolorektal kanser veya adenomatöz polip öyküsü olanlarda taramaya 40 yaşında başlanması, birinci derece akrabalarında erken yaşta kolorektal kanser ortaya çıkanlarda taramanın 40 yaşından bağımsız olarak kanserin çıkış yaşından beş yıl önce başlatılması uygun görülmüştür.

Serviks Kanseri Taraması

Serviks kanseri, meme kanseri ve KRK' den sonra tüm dünyada kadınlarda üçüncü en sık görülen kanserdir. İnsan papilloma virusünün (HPV) yüksek riskli serotipleri patogenezinde etkilidir. Cinsel yolla bulaşan HPV'nin oluşturduğu kanser öncülü lezyondan invaziv kanser gelişim süreci 20 yıla kadar uzayabilmektedir. Servikal sitoloji (Papanicolaou - Pap-smear), HPV-DNA, inspeksiyon, servikografi veya bunların birlikte kullanımı serviks kanserinde kullanılan tarama yöntemleri arasında yer almaktadır. Bu yöntemlerin çoğu düşük maliyetli, kolay uygulanabilir ve oldukça etkili olup ileri teknoloji gerektirmemektedir. Serviks kanserini ortadan kaldırmada sitoloji ve kolposkopi ve son yıllarda önemi çok artan HPV-DNA testi değerli araçlardır. Dünyada yeni kullanılmaya başlanan HPV-DNA testlerinin taramada kullanılması ile hem maliyette azalma hem taranan nüfusun kapsama alanında genişleme, hem de patoloğların iş yükünde azalma olması beklenmektedir. HPV-DNA testinin duyarlılığı %66-100, özgüllüğü %61-96 olarak bildirilmektedir. Ancak servikal preinvaziv lezyonların saptanmasında HPV-DNA testi ile taramanın duyarlılığı sitolojiye göre daha yüksek, özgüllüğü daha düşüktür.

Yaklaşık 50 yıldır en yaygın tarama yöntemi olarak kullanılan Pap-smear testi günümüzde HPV-DNA testi ile birlikte kullanılmaya başlanmıştır. Sitoloji ve HPV-DNA'nın birlikte değerlendirildiği bu yöntem co-test denmektedir. Co-test günümüzde 30 yaş üzerinde ki kadınlar için en çok kabul gören tarama yöntemidir.

Farklı gözlemsel çalışmalarda, servikal sitoloji testinin servikal kansere bağlı ölüm oranlarında % 60'a kadar azalma sağladığı ve daha iyi kür oranlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Bu nedenle servikal kanser için yapılan taramanın 21 yaşından itibaren 65 yaşına kadar üç yılda bir PAP- smear ek olarak; T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Aile Hekimliği Uygulamasında 30-65 yaş arası kadınlarda serviks kanseri ve prekanseröz lezyonları önleme ve erken tanı amaçlı her beş yılda bir Pap smear testi veya HPV testi yapılmalı şeklinde önerilmiştir. Serviksi de alınmak şartıyla histerektomi yapılmış ve yüksek düzey prekanseröz lezyonu (CIN 2-3) veya kanser öyküsü olmayan kadınlara servikal kanser için rutin tarama önerilmez. 65 yaş üzeri kadınlarda serviks kanseri için tarama önerilmemektedir.

HPV DNA testi servikal sürüntü örneklerinin PCR yöntemi ile incelenmesiyle, HPV DNA varlığının ve mevcutsa tipinin belirlenmesini sağlamaktadır. PAP smear testi ise serviks epitelinden dökülen hücrelerin incelenmesine dayanan sitolojik bir test olup, değerlendirilmesinde Bethesda raporlama sistemi kullanılmıştır. Bethesda sınıflaması şu şekildedir ;

- Normal, Selim hücresel farklılıklar,
- Enfeksiyon ve/veya hücresel farklılıklar,
- Epitel hücre anomalileri,
- Atipik skuamöz hücreler (ASC)
- Önemi belirli olmayan atipik skuamöz hücre (ASC-US)
- Yüksek dereceli lezyonun dışlanamadığı atipik skuamöz lezyon (ASC-H)

- Düşük dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon (LGSIL),
- Yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon (HGSIL),
- Skuamöz hücreli karsinom,
- Glandüler hücre anomalisi,
- Atipik glandüler hücreler (AGC),
- Adenokarsinom.
- Meme Kanseri

Meme kanseri, Türkiye’de kadınlarda en sık görülen ve aynı zamanda da en sık ölüme neden olan kanser türüdür. Mamografi ve diğer tarama yöntemleri ile meme kanserlerinin % 63,7’sine erken evrede tanı konabilmektedir. Bu dönemde yakalanan hastaların 5 yıllık yaşam beklentisi %97,9 olarak bildirilmektedir.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen 20 yaş üstü kadınlarda meme kanseri farkındalığını artırmak ve meme kanserinin erken tanısı amacıyla kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verilmesi ve ayda bir kez uygulaması önerilmiştir. Aynı şekilde birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü bulunan 20-40 yaş arası kadınlarda yılda bir, bulunmayanlarda ise iki yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayenenin ve 40-69 yaş arası bütün kadınlarda iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yapılması önerilmiştir.

Mamografi sonuçları BIRADS (Breast Imaging Reporting and Dated System) skora sistemine göre değerlendirilmiştir. BIRADS skoru mamografi sonucuna göre meme kanserlerinde risk düzeyini gösteren bir ölçektir. BIRADS sınıflandırması şu şekildedir;

BIRADS 0: Eksik değerlendirme. Ek bir görüntüleme değerlendirmesi ihtiyacı,
BIRADS 1: Normal. Normal aralıkla takip,
BIRADS 2: Benign. Normal aralıkla takip,
BIRADS 3: Muhtemelen benign. Kısa aralıklarla takip,
BIRADS 4: Şüpheli anormallik. Biyopsi düşünülmeli,
BIRADS 5: Malignite olma olasılığı çok yüksek. Biyopsi veya cerrahi işlem yapılmalı,
BIRADS 6; Histolojik olarak kanıtlanmış malignite. Kemoterapi sonrası kanser evreleme veya değerlendirilmesi için görüntüleme yapılmalıdır.

Tahminlere göre 2030 yılına kadar tüm dünyada kanser görülme oranının iki katına çıkması beklenmektedir. Kanserli hastaların %80’i ülkemizin de içinde bulunduğu düşük ve orta gelir düzeyli ülkelerde bulunmakla birlikte bu ülkeler dünyada kansere harcanan toplam paranın sadece %10’una sahiptir. Bu sebeple, kanser kontrol politikalarının daha çok önleyici olması, erken tanı ve tarama programlarına önem verilmesi zorunludur. Sonuçta birinci basamak sağlık hizmetlerinin ana amacının koruyucu sağlık sunumu olduğu, poliklinik yükü altında boğulduğunda bu hizmetlerin aksayacağı aşikardır. Koruyucu tıp; insan hakkıdır. Sağlıklı yaşam seçeneği ve koruyucu bakım hizmetleri bireylerin sağlığının devamlılığını, hastalık ve sakatlıktan korunmasını sağlar. Koruyucu tıp; sağlıklı yaşam için özendiricidir.. Koruyucu tıp; maliyet etkindir. Hastalıkların oluşumundan önce önlenmesi veya ciddi komplikasyonlarının gelişiminden önce tedavi uygulanması bu özelliğin temelidir. Elbette birinci basamak kanser taramaları da her yıl on binlerce yaşamın kurtulması anlamını ifade etmektedir. Bu da bu taramaları yapan Aile Hekimlerinin başarısıdır.

KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANS HAKKINDA



Dr. Elif Keleş Tayfur

Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı
Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Üriner inkontinans; istemsiz olarak herhangi bir idrar kaçırmaya şikâyetidir. Üriner inkontinans, yaygın görülmekle birlikte kadının sağlığını, sosyalliğini ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir problemdir. Kadınların yaklaşık %25-45'i bu durumu yaşamaktadır. Yaş ilerledikçe sıklığı artmaktadır.

Ülkemizde; idrar kaçırmaya şikâyeti olan kadınların, şikâyetleri değerlendirildiğinde, %42,9'u stres tipi, %27,3'ü sıkışma tipi ve %29,8'i karışık tip üriner inkontinans olduğu kaydedilmiştir.

Üretra ve mesane; alt üriner sistemi meydana getirir. Vezikoüretal ünite de denilen bu anatomik oluşum; üriner dolun ve boşaltımı gerçekleştirmektedir. Fonksiyonların yerine getirilememesi ile, dolun ve boşaltım fonksiyon bozukluğu belirtileri olan; idrar retansiyonu ve inkontinans meydana gelir.

İdrar kaçırmaya şikâyeti olan hastayı değerlendirme; anamnez, fizik muayene ve laboratuvar çalışmaları ile gerçekleştirilmekte ve klinik olarak ihtiyaç ve gereklilik halinde endoskopik ve radyografik incelemelere başvurulmaktadır. Tanıya gitmede ise Ürodinamik çalışmalar hekimlere objektif veriler sunar.

Peki idrar kaçırmaya şikâyetini güçlendiren faktörler nelerdir?

Üriner inkontinans değerlendirildiğinde; yaş, cinsiyet, ırk, sigara kullanımı, doğum, seks hormonları, menopoz, ilaçlar, aile hikayesi, geçirilmiş pelvik cerrahi, pelvik organ prolapsusu, obezite ve kronik kabızlık risk faktörleri olarak dikkat çeker. Tüm vücut sistemlerinin rezervuar kapasiteleri yaşla birlikte ters orantılı olarak azalmaktadır. Her iki cinsiyette de yaş ilerledikçe mesane kapasitesi, mesane kompliyansı ve idrar akım hızı azalır. Buna ilaveten baskılanamayan mesane kontraksiyonları da göz önüne alındığında; postvoidal rezidüel idrar volümü yaşlanmayla artar.

Üriner inkontinans tiplerine bakacak olursak...

Üriner inkontinans; akut veya kronik olabilir. Altı aydan daha kısa süren akut idrar kaçırmaya aniden ortaya çıkar ve altta yatan sebep ortadan kaldırıldığında düzelebilir. Altı aydan daha uzun süren kronik üriner inkontinans; stres, sıkışma, karışık, noktüri, istemsiz ve diğer inkontinans olarak tiplendirilmektedir. Bunlar arasında stres üriner inkontinans en fazla görülen tiptir.

1. Stres tipi idrar kaçırmaya

Hapşırma, öksürme ya da egzersiz gibi eforla açığa çıkan idrar kaçırmaya durumudur. Üretral sfinkter yetmezliği veya üretral aşırı hareketlilik sonucu görülen stres üriner inkontinans 30 yaş üstü kadınların %25 ila %45'inde görülür.

2. Sıkışma tipi idrar kaçırma

Mesane detrusor kasının aşırı aktivitesine bağlı görülen sıkışma tipi idrar kaçırma; acil idrar boşaltma ihtiyacı duyulması ile istemsiz idrar kaçırmaya neden olur ve bu hastalarda tuvalete yetişirken idrar kaçırma tipiktir. Orta yaş kadınlarda %9; ileri yaş kadınlarda %31 oranında görülmektedir. Kadınlarda en sık stres üriner inkontinans görülürken; yaşlı kadınlarda en çok sıkışma tipi inkontinans görülür.

Ayrıca, sıkışma tipi idrar kaçırma farklı biçimlerde görülebilir. Örneğin, istemli miksiyonlar arasında sık ama düşük miktarda idrar kaçırma görülebileceği gibi mesanenin tümüyle boşaldığı yüksek miktarlarda kaçırma da görülebilir.

3. Karışık tipte idrar kaçırma

Sıkışma ve stres tipi idrar kaçırma tiplerinin birlikte görülmesidir ve prevalansı %20 ila %30 arasındadır.

4. Uykuda idrar kaçırma

(Enürezis noktüra) kişi uykuya daldıktan sonra idrar kaçırmaya başlar. İdrar kaçırma sadece uykuda iken ya da uykuya daldıktan sonra uykudan uyandıracak şekilde sıkışma şeklinde görülür.

5. Üriner retansiyon ile ilişkili idrar kaçırma

6. Sürekli idrar kaçırma

7. İnsensibl idrar kaçırma

8. Fonksiyonel idrar kaçırma

9. Koital idrar kaçırma

10. Multifaktöryel idrar kaçırma

Peki idrar kaçırma şikayeti ile gelen hasta nasıl değerlendirilir?

1. Anamnez ve Fizik Muayene

Anamnezle öncelikle inkontinansın tipi ve şiddetinin ne olduğunu anlamak amaçlanır. İnkontinansın şiddeti hakkında bilgi sahibi olmak, medikal veya cerrahi tedavi sonrası değerlendirme açısından yararlı olacaktır.

Bunun için hastaya bazı sorular sormalıyız:

- Şikayetin başlangıcı ne zaman?
- Günde kaç defa idrar kaçırıyor?
- İç çamaşırı ne kadar ıslanıyor?
- Günde kaç ped değiştiriyor?
- Hapşırma, ıknma, öksürme ile idrar kaçırma oluyor mu?
- Ani başlayan sıkışma hissi ve tuvalete çıkma ihtiyacı oluyor mu?
- Bir günde kaç kere idrara çıkıyor?
- İdrar yaparken zorlanma, ağrı, sızlama oluyor mu?
- İdrarını tam olarak boşaltabiliyor mu?
- Günlük sıvı alımı ne kadar?
- Doğum sonrası başlangıcına dayanan şikayetleri var mı?
- Cerrahi tedavi geçirdi mi?
- Ek bir nörolojik hasar ya da hastalık var mı?
- Kullanılan ilaçlar neler?

Gibi sorular hastaya yöneltilerek anamnez ayrıntılı bir şekilde alınmalıdır.

Ayrıca anamnezden sonra bizi tanıya götürecek yardımcı testlere başvurmalıyız.

Öksürük Testi:

Öksürük testi; ıknma veya öksürük ile idrar kaçırmanın gözlenmesini içerir ve bu durum stres tipi idrar kaçırmayı destekleyen bir bulgudur. Bu test hasta; litotomi pozisyonunda veya ayakta ve mesanesi dolu iken yapılmalıdır.

Hastanın yeterli öksürememesi, idrarını yeni yapmış olması ve şiddetli prolapsus durumunda test yanlış negatif sonuç verebilir.

Q-tip testi:

Üretrovezikal bileşkenin mobilizasyonunu değerlendirmek için Q-tip test yapılır. Hasta vajinal masada litotomi pozisyonunda iken, steril pamuklu çubuk uretradan içeri 1cm itilir. İkinma esnasında horizontal düzlemde 30 dereceden fazla açılanma oluşursa bu durum hipermobile ve stres üriner inkontinans lehine değerlendirilir.

İşeme Günlüğü:

İlk aşamada, 3-7 günlük işeme günlüğü tutulması önerilmektedir. Hastalardan; idrar kaçırması hakkında sıklığı, ped kullanım sayısı, tüm sıvı alım miktarı, hangi sıklıkta işediği, ne kadar işediği ve hangi sıklıkta idrar kaçırdığı hakkında tüm ayrıntıları not etmeleri istenir. Bunun yanında işeme günlükleri hastanın ilerleyen dönemde tedaviden ne kadar fayda gördüğü hakkında bilgi edinmemizi sağlar.

Stres tipi üriner inkontinanstaki öksürme, ikinma gibi karın içi basıncını artıracak durumlarda az miktarda idrar kaçırma izlenirken; sıkışma tipi inkontinanstaki değişik miktarlarda ve daha sık idrar kaçırma izlenir.

Ayrıca hasta eğer sık işeyip aynı zamanda fazla miktarda idrar yapıyorsa bu durum Diyabetes mellitus ya da aşırı sıvı alımını işaret eder.

2.Laboratuvar ve Görüntüleme

Tam idrar tetkiki:

İdrar kaçırmanın akut sebeplerini dışlamak için mutlaka tam idrar tetkiki yapılıp; analiz sonucuna göre bakteriüri varsa İYE, proteinüri varsa olası böbrek yetmezliği, glukozüri varsa diabetes mellitus açısından hasta değerlendirilmelidir.

Ayrıca EAU; yaşlı hastalarda asemptomatik bakteriürinin tedavisini önermemektedir.

İşeme sonrası rezidü idrar volümü (PVR) ölçümü:

Güncel kılavuzlar; üriner inkontinansı olan hastalarda PVR ölçümünü önerilmektedir. Ayrıca PVR ölçümü, inkontinans nedeniyle tedavi başlanan hastaların tedaviden ne kadar fayda gördüklerini değerlendirmede katkı sağlamaktadır.

SÜİ, sıkışma ve karışık tipte idrar kaçırma da postmiksyonel rezidü miktarı 50 mL'nin altındayken, taşma inkontinansında 200 mL'nin üzerindedir.

Ürodinami:

Güncel kılavuzlar; üriner inkontinansın rutin değerlendirmesinde ürodinamik incelemeleri önermemektedir. Ancak; hastaya ileri cerrahi tedavi planlanıyorsa, medikal tedaviye yanıtızlık varsa, öksürme gibi karın içi basıncını artıracak eylemlerle gösterilemeyen stres üriner inkontinans varsa, yapılan inkontinans cerrahisinden fayda görmediyse, komorbid nörolojik hastalığı varsa, işeme sonrası postvoidal idrar hacmi çok artmışsa, pelvik radyoterapi öyküsü varsa, inkontinansa eşlik eden pelvik organ prolapsusu olan hastalarda ürodinamik incelemeleri önermektedir.

Üretrosistoskopi:

EAU, NICE, ICI güncel kılavuzlarında; üriner inkontinans değerlendirmesinde üretrosistoskopi rutin olarak önerilmezken; geçirilmiş pelvik organ prolapsusu ve inkontinans cerrahisi öyküsü olan, pelvik radyoterapi almış olan, üretral fistül ya da divertikül şüphesi olan hastalarda önerilmektedir.

Sonuç olarak; temel kılavuzlara göre idrar kaçırma şikayeti ile başvuran hastalarda; anamnez, fizik muayene, idrar tahlili, stres üriner inkontinansın öksürük testi ile gösterilmesi, postvoidal idrar volümünün ölçümü uygulanması gereken ilk basamaklardır.

Tedavi seçeneklerimiz nelerdir?

Üriner inkontinans ile başvuran hastalarda ileri tedavi yöntemlerine geçmeden önce, konservatif tedavilerin mutlaka denenmesi gerektiği tüm kılavuzlar tarafından vurgulamaktadır.

Konservatif tedavilerin uygulanması; şikayeti ileri derecede olmayan, cerrahi istemeyen, gebelik isteği olan ve ek hastalıkları nedeniyle cerrahi tedavinin riskli olabileceği hastalarda daha uygun olabilmektedir.

A.Konservatif tedaviler

1.Hayat Tarzı Değişiklikleri

1.1. Kilo verme

Üriner inkontinans etiolojisinde kilo önemli bir risk faktörüdür. Abdominal basınç artışı; mesane içi basıncı artırarak üretral hiper mobiliteye sebep olur ve bu da stres üriner inkontinans ve detrusor instabilitesindeki artış ile aşırı aktif mesaneye neden olur.

Kilo kaybı ile maksimal mesane içi basıncında azalma olduğunun gösterilmiş olması kilo kaybının üriner inkontinans tedavisinde önemli bir yerinin olduğunu desteklemektedir.

Vücut kitle indeksindeki her beş birimlik artış; üriner inkontinans riskinde %20-70 artışa sebep olmaktadır.

1.2. Sigaranın bırakılması

Kronik öksürüğe sebep olmasıyla sigara; stres üriner inkontinans artışına neden olmaktadır.

Sigaranın bırakılması Avrupa Üroloji Derneği Kılavuzlarında "A" derecesinde önerilmektedir.

1.3. Diyetin düzenlenmesi

Üriner inkontinans şikâyeti nedeniyle başvuran hastaların hikayesinde diyet alışkanlıklarının değerlendirilmesi önemlidir. Ülkemizde fazla tüketilen çay ve kafein içeren içeceklerin sorgulanması gerekmektedir. Kafein içeren içeceklerin fazla tüketilmesi diürezi artırarak üriner inkontinansa neden olmaktadır.

Kafein alımının azaltılmasının inkontinans sıklığını azalttığını gösteren kanıtlar mevcuttur.

Konstipasyonun üriner inkontinansla ilişkili olduğu göz önüne alındığında konstipasyona neden olabilecek yiyecek ve içeceklerden kaçınılması konusunda hastanın bilgilendirilmesi üriner inkontinansın önlenmesinde önem arz etmektedir.

1.4. Sıvı tüketiminin düzenlenmesi

Sıvı tüketiminin fazlalığı üriner inkontinansı şiddetlendirebilir. Mesane günlüklerinin değerlendirilmesi sonucunda fazla miktarda sıvı tüketimi saptanan hastalarda sıvı kısıtlaması önerilebilir. Ancak; sıvı tüketiminin çok azaltılmasının da konsantrite idrara ve konstipasyona neden olarak mesane fonksiyonlarını olumsuz etkileyebileceği hatırlanmalıdır.

2. Davranışsal Tedaviler

Davranışsal tedaviler olarak adlandırılan bu eğitimlerle amaç; mesane kapasitesini artırmak ya da pelvik taban kaslarını güçlendirerek stres üriner inkontinansı önlemektir.

2.1.Mesane Egitimi

Mesane eğitiminde amaç; işeme sıklığı fazla olan hastanın işeme aralıklarını uzatmak, az olanın ise kısaltmaktır. Sık işeme; mesane kapasitesinin azalmasına ve detrusor kasında aşırı aktif kasılmalara neden olmaktadır. Hasta idrar yapma isteğini baskılayarak günde 3-4 saat aralıklarla miksiyon yapacak şekilde işeme sıklığını düzenlemelidir.

Mesane eğitiminin etkinliği randomize kontrollü bir çalışmada %57 olarak bildirilmiştir.

2.2. Pelvik Taban Kas Eğitimi

Stres, sıkışma ve karışık tip üriner inkontinansda PTKE; faydası gösterilmiş bir tedavi yöntemidir.NİCE tarafından pelvik taban kas egzersizleri en az 3 ay önerilmektedir.

Dr. Kegel tarafından yapılan çalışmalar; pelvik taban kaslarının güçlenmesiyle üretral sfinkter fonksiyonunun iyileştiğini göstermiştir.

Pelvik taban kas eğitimlerinde hedeflenen kas grupları levator ani, eksternal anal sfinkter ve çizgili üretral sfinkterdir., Pelvik organ prolapsusu riski; pelvik taban kas eğitimi sonucu pelvik taban kaslarının güçlenmesiyle azalır.

Pelvik taban kas eğitiminde amaç; karın içi basıncın arttığı durumlarda, pelvik taban kaslarının güçlü ve hızlı bir şekilde kasılmasıyla, üretral basıncın artırılmasıyla üretranın kapanarak ve idrar kaçırmının engellenmesidir.

2.3. Elektriksel Uyarılma

Elektriksel uyarılma; üriner inkontinans tedavisinde kullanılabilir. Yüksek frekans; stres üriner inkontinansda tercih edilirken, düşük frekans sıkışma tipi üriner inkontinansda tercih edilmektedir. Elektriksel uyarılma ile pudental sinir uyarımı hedeflenmekte olup pelvik taban kaslarının pasif kontraksiyonu ve mesanenin re_ eks inhibisyonu ile sonuç alınmaktadır

Mobil kullanılabilen cihazların yanısıra vajinal, rektal ya da yüzeysel elektrotlarla uygulamalar da söz konusudur.

Kılavuzlarda; elektriksel uyarılma stres üriner inkontinansda tek başına önerilmezken, sıkışma tipi inkontinansda davranış tedavileri ile birlikte uygulanması önerilmektedir.

2.4. Biyofeedback

Vücuttaki fizyolojik olayların görüntülü ve sesli olarak hastaya iletilmesine biyofeedback denir. Biyofeedback tedavi yönteminde amaç; karın kaslarında herhangi bir kasılma olmadan pelvik taban kaslarının kasılması sonucu; bu grup kasların gücünün artırılmasıdır. Bu yöntemle hasta, pelvik taban kaslarını istemli olarak kasıp gevşetmeyi öğrenir.

2.5. Pesserler

Stres üriner inkontinans ve pelvik organ prolapsusu birlikteliği sıkça gözlenmektedir.

Günümüzde pelvik organ prolapsusu olan hastalarda; vajinal pesser uygulaması cerrahi dışı tedavi amacıyla kullanılabilir tek alternatiftir.

Pelvik organ prolapsusunu azaltmak amacıyla pesserler vajen içine yerleştirilir.

Temel olarak destek sağlayan ve boşluk dolduran olmak üzere iki çeşit pesser vardır.

POP ve SÜİ birlikteliğinde cinsel ilişkiyi engellemeyen; destek sağlayan pesserler tercih edilmektedir. Halka, destekli halka, Gelhorn ve Donut en çok tercih edilen pesser çeşitleridir. İnkontinans ve pop birlikteliğinde başlıklı halka pesserler tercih edilmelidir. Başlık sayesinde üretra komprese edilerek üretral basıncın artırılması amaçlanmaktadır. Pesser yerleştirildikten sonra hastaya karın içi basıncını artırıcı hareketler yaptırılmalı ve sıkıntısız işediğine emin olunmalıdır.

B. Medikal Tedavi

NİCE tarafından; medikal tedavinin uygun olan en düşük dozla başlanması gerektiği ve ayrıca hastaların 4 haftadan önce ilaçların etkilerinin başlamayacağı konusunda bilgilendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Antimuskarinik ilaçlar:

Muskarinik reseptörlerin 5 alt tipi (M1-M5) bulunmaktadır. M1, M2 ve M3 mesane içinde bulunan alt tipleri olup mesane kasılmasında en önemli alt tipi ise M3' tür.

Antimuskarinik ajanlar, postganglionik reseptör alanlarını inhibe ederek detrusor kasının kontraksiyonlarını baskırlar. Mesane dolum fazını etkileyip, sıkışma hissini azaltırlar ve mesane kapasitesini arttırlar.

EUA, CUA ve AUA kılavuzları; sıkışma tipi üriner inkontinans tedavisinde birinci ve ikinci seçenek tedavi olarak antimuskarinik ajanları önermektedir. Bu grup içerisinde yer alan ilaçlar (fesoterodin, oksibutinin, propiverin, solifenasin, tolterodin, darifenasin ve trospiyum) plasebo ile karşılaştırıldığında semptomları hafifletmede ve iyileşmede plasebodan üstün bulunmuştur ancak aynı grup içerisinde yer alan ilaçların birbirine üstünlüğü gösterilememiştir. EUA; antimuskarinik ilaç başlanan hastaların, 30gün içerisinde yan etki kontrolü amacıyla kontrole çağrılmasını önermektedir. Tedaviye başladıktan 8-12 hafta içerisinde ilaç etkinliğinin başlamakta olduğu, öncesinde doz değişikliği yapılmaması gerektiği AUA tarafından vurgulanmaktadır.

Muskarinik reseptörler vücut içerisinde yaygın olarak bulunduğu için; antimuskarinik ilaçların kullanımına bağlı geniş yan etki profili karşımıza çıkmaktadır. Baş ağrısı, ağız kuruluğu, görme bulanıklığı, konstipasyon, taşikardi, aritmi, kaşıntı, dispepsi, akomodasyon paralizi, bilişsel fonksiyonlarda bozulma ve uyku hali yan etkileridir.

EUA kılavuzunda; antimuskarinik ilaçların yaşlılarda da etkili olduğu ancak yan etki profili nedeniyle ilk olarak ilaç dışı tedavilerin denenmesi gerektiği belirtilmektedir.

NICE kılavuzunda ise oksibutinin yaşlılarda günlük aktiviteleri olumsuz etkileyebileceğinden, kullanılmaması gerektiği belirtilmektedir. Dar açılı glokom açısından oftalmolojik değerlendirme yapıldıktan sonra hastalara antimuskarinik ilaç başlanmalıdır.

Aritmi, dar açılı glokom, myastenia gravis, gastrik retansiyon, geçirilmiş miyokard infarktüsü, ileri karaciğer yetmezliği, üriner retansiyon ve monoamin oksidaz inhibitörü kullanımı varlığında antimuskarinik ilaçlar kontrendikedir.

Alfa-adrenerjik ilaçlar; SÜİ olan hastalarda plaseboya göre herhangi bir üstünlükleri gösterilememiştir (EUA).

Beta-adrenerjik ilaçlar:

Sıkışma tipi idrar kaçırma şikayeti olan hastalarda; antimuskarinik tedaviye cevap alınmadığında; ikinci basamak tedavi seçeneği olarak önerilmektedir. Bir beta adrenerjik ilaç olan mirabegron; hafif adrenerjik yan etkileri olması nedeniyle sıkışma tipi üriner inkontinansda kullanılması EUA kılavuzları tarafından önerilmektedir.

Duloksetin;

SÜİ ve karışık tip üriner inkontinansın geçici tedavisinde bir seçenek olmasıyla birlikte; nadir görülen ciddi GIS ve SSS yan etkileri göz önüne alındığında kür beklentisi olan hastalara önerilmemesi gerektiği EUA ve ICI kılavuzları tarafından vurgulanmaktadır.

Desmopresin;

Sentetik bir antidiüretik hormon analogu olan desmopressin noktüri tedavisinde üriner inkontinansı yaklaşık 4 saat azaltmaktadır. Ancak düzenli ve uzun süre kullanıldığında hiponatremiye yol açabileceğinden mevcut kılavuzlar tarafından uzun dönem kullanılması önerilmemektedir. Ayrıca hiponatremi yan etkisi nedeniyle böbrek yetmezliği ve kalp yetmezliği olan hastalarda kontrendikedir.

Östrojen:

Vajinal östrojen tedavisi konjuge östriol veya östradiol olarak, vajinal pezerlerle, vajinal krem veya halkalarla uygulanabilmektedir. Postmenopozal dönemde intravajinal östrojen tedavisi, SÜİ tedavisinde etkin değilken; sıkışma tipi inkontinans tedavisinde etkindir. Tedavi süresi net olarak belirtilmemekle birlikte postmenopozal hastalara sistemik tedavi yerine intravajinal yoldan uzun dönem uygulanmalıdır.

İdrar kaçırma ile başvuran ve beraberinde inkontinans ile ilişkili ağrı yakınması bulunan, pelvik organ prolapsusu (POP) olan, hematüri saptanan, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu olan, pelvik radyasyon öyküsü bulunan ve işeme sonrası artık idrar hacmi artmış olguların ileri incelemeye alınması ICI tarafından önerilmektedir. İleri incelemede altın standart ürodinamidir.

C.Üriner İnkontinansta İleri Tedavi

1.Cerrahi Tedavi

AUA ve NiCE tarafından; konservatif ve davranışsal tedavilere yanıt vermeyen stres üriner inkontinans veya stres ağırlıklı karışık inkontinans yakınması için cerrahi tedavi planlanacaksa anti inkontinans cerrahi tedavilerden (midüretal sling, burch kolposüspansiyon, otolog fasia pubovajinal sling, üretral dolgu maddesi enjeksiyonları) herhangi birinin uygulanabileceği vurgulanmaktadır. ACOG,FIGO ve EAU Stres üriner inkontinanstaki cerrahi tedavi uygulanacak kadınlar için ilk etkin ve güvenilir seçenek sentetik mid-üretral sling (MUS) olarak kabul etmiştir. Ancak MUS uygulanamıyor ise diğer seçenek olan LT-LS kolposüspansiyon veya otolog fasiyal slinglerin önerilmesi gerektiğini savunmaktadırlar.

AUA tarafından tüm MUS uygulamalarından sonra komplikasyon riskini azaltmak için rutin sistoskopi yapılması önerilmektedir. Kılavuzlar; pelvik organ prolapsusu cerrahisi uygulanacak olan hastalarda eşzamanlı stres üriner inkontinans varsa eğer ikisinin birlikte onarılması gerektiğini vurgulamaktadırlar.

FIGO 2017 kılavuzunda stres tipi idrar kaçırmaya olan hastalarda özel durumlara göre önerilen cerrahi tipleri belirtilmektedir.

Durumlar	Öncelikli öneri	Diğer seçenek
Saf SÜİ	TOT, TVT	PVS, BK
Karışık SÜİ	TVT, TOT	PVS, BK
Eşlik eden POP	TOT, TVT, BK	PVS
İSY	TVT, PVS, TOT	BK, Üretral enjeksiyon, TOT, AÜS
Cerrahi başarısızlık	TVT, PVS, BK	TOT, Üretral enjeksiyon, AÜS
İmmünite hastalığı	BK	PVS, TVT, TOT
≥65 yaş	TOT	TVT, Üretral enjeksiyon, BK, PVS
Morbid obezite	TOT	TVT, BK, PVS

SÜİ: Stres üriner inkontinans, TOT: Transobturator tape, TVT: Transvajinal tape
PVS: Pubovajinal sling, BK: Burch kolposüspansiyonu, POP: Pelvik organ prolapsusu,
İSY: İntrensek sfinkter yetmezliği, AÜS: Artifiyel üretral sfinkter.

2.Botulinum Toksin Uygulamaları

Botulinum toksini, istenmeyen kas aktivitelerinin önlenmesi ya da düz kas tonusunun azaltılması amacı ile pek çok alanda tedavi için kullanılmaktadır. Botulinum toksinin sıkışma tipi inkontinanstaki mesane detrusor kas inhibisyonu ile semptomlarda anlamlı düzelme sağladığı gösterilmiştir.

Konservatif ve medikal tedavilere cevap vermeyen sıkışma tipi inkontinans hastalarında; botulinum toksini (100U) enjeksiyonunun, semptomlarının iyileşmesinde ve yaşam kalitesinin düzelmesinde plaseboya üstün olduğu EAU ve ACOG tarafından bildirilmektedir. Enjeksiyon öncesinde hasta; iyileşmenin geçici süre devam ettiği, tekrarlayan enjeksiyonların olacağı, artmış idrar yolu enfeksiyonu riski ve mesane kateterizasyonuna gereksinimlerin olabileceği konusunda bilgilendirilmelidir.

3.Sakral sinir modülasyonu

Konservatif ve veya antimuskaridik tedavilere yanıt vermeyen sıkışma tipi üriner inkontinans hastalarında; EAU sakral sinir nöromodülasyonunu önermektedir. Yapılan çalışmalar; konservatif ve medikal tedaviye yanıt alınamayan hastalarda invaziv cerrahi girişimler öncesinde sakral nöromodülasyon tedavisinin semptomları iyileştirdiğini ve hayat kalitesini artırdığını göstermiştir.

4.Kadınlarda Mesane Boynu Enjeksiyon ve Artifiyel Sfinkter Uygulamaları

ACOG; para üretral enjeksiyon uygulamasını cerrahi tedaviyi tolere edemeyen, yüksek riskli ek hastalığı olan, cerrahi tedavi sonrası iyileşme göstermeyen ya da iyileşme gösterdikten sonra şikayetleri tekrarlayan hastalarda önermektedir. Ancak tedavi 3 ay süre ile iyileşme sağlamak ve tekrarlayan uygulamalara ihtiyaç duyulmaktadır.

EAU tarafından artifiyel sfinkter implantasyonu; ağır sfinkter yetmezlikli stres üriner inkontinans hastalarında deneyimli merkezlerde uygulanabilecek bir yöntem olarak bildirilmektedir.

İNFLUENZA ENFEKSİYONLARI: GENEL BAKIŞ VE AŞI İLE KORUNMA



Prof. Dr. Mustafa K. Hacimustafaoğlu

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Bursa

(Dip not: İnfluenza çocuk ve erişkinlerde genel olarak aynı prensipleri taşımakla birlikte, epidemiyoloji, klinik, tedavi ve korunmada bazı farklılıklar vardır. Bu yazıda genel bilgiler verilerek, esas olarak çocuk olgular üzerinde ve korunma ve aşılama konusunda daha ayrıntılı değerlendirmeler yapılmıştır.)*

Epidemiyolojiye kısa bakış: İnfluenza A ve B virüsleri önemli insan patojen etkenleri arasındadır. İnfluenza virüsünün, ana antijenik yapılarına göre 4 tür (A, B, C, D) influenza virüs alt tipi vardır. Bunlar arasında İnfluenza A ve B en sık görülür, epidemiyolojik olarak anlamlı hastalık yükü oluşturur. İnfluenza virüsü, sadece insanlar değil birçok başka hayvanlarda da enfeksiyona yol açabilir. Bunlar arasında kanatlılar (kuşlar, tavuklar gibi) ve domuzlar özellikle önemlidir. Kanatlı ve domuzlarda, insanlarda görülenlerden çok daha fazla influenza tipi enfeksiyona yol açabilir.

Bu hayvanlardan insanlara bulaşabilir ve hatta antijenik tipi çok farklı ve yeni bir influenza tipiye küresel pandemilere yol açabilir. Bunlardan İnfluenza A önemli pandemi etkenleri arasında sayılır ve kabaca 10-30 yılda bir tüm dünyayı etkileyen ciddi hastalık yükü ve mortaliteye yol açan küresel salgınlara (pandemi) yol açar. Pandemi İnfluenza A virüslerindeki majör ve yeni bir mutasyona veya değişikliğe bağlı olarak (antijenik şift) gelişir (örneğin H ve N antijenlerinde majör değişiklikler). İnfluenza virüsü, bunun dışında ve aslında bundan daha önemli olarak, her yıl mevsimsel influenza enfeksiyonlarına yol açar, bu durum influenza antijenlerinde, her yıl gelişebilen minör antijenik değişikliklere bağlıdır (antijenik drift). Mevsimsel influenza enfeksiyonları tüm dünyada hem çocuk hem erişkinlerde özellikle risk gruplarında olmak üzere, tüm ülkelerde ciddi bir hastalık yükü oluşturur ve hatırı sayılır bir mortaliteye neden olur, bu açıdan önemli halk sağlığı sorunu oluşturur. Küresel olarak her yıl semptomatik ve asemptomatik olarak aşısız çocukların %20 sini, aşısız erişkinlerin %10 u mevsimsel influenza geçirir. Örneğin, ABD de yıldan yıla değişebilmek üzere her yıl <18 yaş tüm çocukların %10-40 ı en az bir kez influenza enfeksiyonu geçirir. İnfluenza geçiren kişilerde, influenza mortalite riski (case fatality rate) %0.-0.2 kadardır, hastalık sıklığı dikkate alındığında bu önemli bir mortalite yüküne işaret eder. Örneğin, ABD gibi gelişmiş bir ülkede, 2023-2024 sezonunda, influenzaya bağlı kabaca yılda, 20 milyon dr a başvuru, 600 000 yatış ve 50 000 ölüm olgusu saptanmıştır. Bu rakamlar, ABD ile benzer gelişmişlikte olduğumuz varsayılırsa ve sadece nüfus olarak Türkiye ye yansıtılacak olursa, kabaca yılda 5 milyon dr a başvuru, 150 000 yatış ve 12 500 yıllık ölüme denk gelir. Bu tablo dikkate değer bir hastalık yükü ve bu nedenle önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturur. Bu hastalık yükünün rutin aşılama ile ciddi oranda azalacağı dikkate alındığında influenza aşılmasının önemi ortaya çıkar. Mevsimsel İnfluenza salgınları İnfluenza mevsiminin başlangıcında önce çocuklarda münferit olgular şeklinde başlar birkaç hafta içinde çocuklarda/okullarda olgu artışları salgın dikkati çeker, ardından erişkinlerde salgın başlar. Salgın genellikle 1-2 ay sürer ve sonlanır. Bir influenza mevsiminde belli aralıklarla, birden çok influenza salgını görülebilir. Bir kişi bir mevsimde, eğer toplumda dolaşımda varsa, 4 defaya kadar (2 influenza A, 2 influenza B) influenza enfeksiyonu geçirebilir.

Bazı risk gruplarında influenza enfeksiyonları, hem daha sık, hem de daha ağır seyredebilir. Bu risk gruplarında hastaneye yatış ve mortalite riski daha yüksektir. Bu nedenle risk gruplarındaki aşılanmanın önemi ve aşıdan sağlanacak sağlık yararı daha üst düzeydedir. Ayrıca bu risk gruplarının bakıcı veya yakın temaslılarına da yapılacak aşılama, dolaylı olarak risk grubunu da koruyucu etki gösterebilir. Bu risk grupları arasında; ileri yaş erişkinler (>65 yaş), gebeler, post partum 2 hafta lohusalar, <5 yaş çocuklar (özellikle <2 yaş), aşırı obezite (vücut kitle indeksi >40 BMI),immün yetmezlik/immün baskılanma durumları (HIV/AIDS, immün yetmezlik sendromları, kanser, transplant, immün supresif ilaç kullanımı gibi), bazı kronik hastalıklar (kronik kalp, kronik akciğer, kronik böbrek, kronik karaciğer, kr metabolik, nörolojik, hematolojik hastalıklar gibi) sayılabilir. Bu geniş risk grubu, aslında tüm toplumun kabaca üçte birinden fazlasını oluşturmaktadır. Gebelikte geçirilen influenza enfeksiyonunda mortalite oranı diğer yaş gruplarına göre anlamlı yüksek olmamasına rağmen, anlamlı biçimde yüksek hastaneye yatış oranı (7 kat fazla) ve ölü doğum oranı (3.6 kat fazla) ile birliktedir.

Kliniğe kısa bakış: İnflenzanın inkübasyon süresi kısadır (1-4, ortalama 2 gün). Enfekte kişideki viral saçılma ki başka kişilere bulaştırıcılık ile koşut gider, semptomlar başlamadan 1-2 gün önce başlar. Bulaştırıcılık, çocuklarda 7-10 gün kadar devam eder. Erişkinlerde bulaştırıcılık daha kısadır ve genellikle birkaç gün sürer. Bulaştırıcılık immün baskılanmış bireylerde daha uzun sürebilir. Klinik bulgular ateşli non spesifik üst solunum yolu enfeksiyonu bulguları şeklindedir. Ateş, öksürük, boğaz ağrısı, baş ağrısı, burun akıntısı, kas-eklem ağrıları, halsizlik, otit, sinüzit bulguları bunlar arasında sayılabilir. Ateş ve ağrılar 3-5 gün devam eder, ama öksürük daha uzun sürebilir (özellikle küçük çocuklarda 1-2 hafta veya daha fazla). Özellikle büyük çocuklarda, enfeksiyon sonrası yorgunlukla karakterize ve haftalarca sürebilen "post influenza sendromu" tablosu gelişebilir. Bazı olgularda yatış gerektirecek daha ağır tablolar (pnömoni, myokardit, ensefalit, myosit, rabdomyoliz, sepsis, çoklu organ yetmezliği gibi) olabilir. Ayrıca influenza enfeksiyonu sırasında veya sonrasında sekonder bakteriyel enfeksiyonlar (Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Staphylococcus aureus gibi) gelişebilir. Bu sekonder enfeksiyonlar tabloyu ağırlaştırabilir ve ek mortalite riski doğurabilir.

Tanı ve ayırıcı tanıya kısa bakış: İnfluenza tanısı, influenza mevsiminde uyumlu klinik bulguları olan bir çocukta laboratuvar pozitifliği ile konulur. İnfluenza klinik bulguları, diğer üst solunum yolu enfeksiyonlarına çok benzer. Etyolojik ayırım kesin yapılamazsa bu klinik tablo "İnfluenza benzeri sendrom/hastalık" olarak adlandırılır. İnfluenza mevsiminde, ateşli bir çocukta, influenza benzeri hastalık bulguları ve hastada laboratuvar kanıtli influenza hastası ile temas öyküsü varlığı klinik influenzayı düşündürür. Rutin kan testleri ayırd ettirici değildir. Rutin tanıda nasofarengeal sürüntüde; influenza hızlı antijen test pozitifliği (duyarlılık %40-80, özgüllük %>90), veya nasofarengeal sürüntüde influenza RT-PCR pozitifliği (duyarlılık ve özgüllük %>95) kullanılır. Hızlı antijen testleri, çok çeşitlidir, duyarlılıkları da çok değişken olabilir. Hızlı antijen testlerinin erişkinlere kıyasla, çocuklardaki tanısallı duyarlılığı daha yüksektir. Hızlı antijen testi negatif olguda, influenza klinik tanı şüphesi yüksekse tanıyı doğrulamak veya dışlamak için RT-PCR yapmak önerilir. Hızlı antijen testi veya PCR pozitifliği, influenza tanısını kesinleştirir. Viral kültür rutinde kullanılmaz.

Tedaviye kısa bakış**:(Dip not: **Burada influenza tedavi ve ilaç profilaksisinden ayrıntılara değinilmeden kısaca ve genel bilgiler çerçevesinde bahsedilmiştir).

Destekleyici tedavi; İnfluenza enfeksiyonunda gereken durumlarda (ateş, baş ağrısı ve miyalji gibi) parasetamol verilebilir. Reye sendromu riski nedeniyle <18 yaş çocuklarda salisilat verilmemelidir. Diğer soğuk algınlığı ilaçları olarak belirtilen ilaçların yararı saptanmamıştır, önerilmezler. Sekonder bakteriyel enfeksiyon düşünüldüğünde (bakteriyel pnömoni, otitis media, sinüzit gibi) antibiyotik verilebilir. Ampirik antibiyotik seçimi, hastanın klinik değerlendirmesi sonrası ve özellikle pnömokok Grup A Streptokok, S. aureus, H. influenza tip b ve tiplendirilemeyen H. influenza etkenlerine yönelik olmalıdır.

İnfluenzada spesifik antiviral tedavide çocuklarda rutin olarak oral oseltamivir önerilir. Oseltamivir, günde 2 kez, 5 gün süreyle verilir, hastaneye yatan ve ciddi/riskli olgularda süre uzatılabilir. İnfluenza klinik tanı konulunca (daha önce aşı olmuş olsa bile, veya daha önce aynı mevsimde başka bir influenza enfeksiyonu geçirse bile) tedavi önerilir. Tedaviye başlamak için özellikle riskli olgularda, eğer tedavide gecikmeye yol açacaksa laboratuvar sonuçları beklenmeden tedavinin erken başlanması (semptomlar başladıktan sonra ilk 2 gün içinde) uygundur. Antiviral tedavi erken (ilk 2 gün içinde) başlanırsa etkinliği daha fazladır. Antiviral tedavi, hastalık komplikasyonlarını ve influenza ilişkili antibiyotik kullanımını da azaltabilir. Oseltamivir (12mg/cc süspanسیون, 75 mg kapsül formları vardır), yaş gruplarına/vücut tartısına göre doz ayarı yapılarak verilir. Prematürelde; ilk 9 ayda doz daha değişikdir.

İnfluenza tedavisinde, ayrıca oral inhale zanamivir, oral baloxavir, iv peramivir de verilebilir. Zanamivir tedavide >7 yaşta önerilir, ülkemizde mevcuttur. Baloxavir ülkemizde >12 yaş onaylıdır, oral tek doz önerilir.

İnfluenza riskli temaslılarda antibiyotik profilaksisinde oseltamivir verilir.

Korunma: Korunmada en önemli ve esas yol aşılama ve antiviral kemoproflaksi aşının yerini almamalıdır. Ancak aşılama kontrendikasyon varsa ve/veya aşının etkinliği gelişene kadar (aşı yapılmış bir bireyde) kemoproflaksi uygulanabilir. Bu arada, hastalığın yayılmasını azaltmak/önlemek için, enfeksiyon kontrol önlemleri uygulanmalıdır. Kemoproflaksi endikasyonu esas olarak yüksek riskli temaslılara yönelik olmalı, gereksiz profilaksinin direnç gelişimini indükleyebileceği hatırlanarak, profilaksi endikasyonun bireysel düzeyde ve ancak gerekli ise verilmesi düşünülmelidir. Bu çerçevede, potansiyel temaslı sağlıklı çocuk ve erişkinlere, son temastan sonra 48 saatten fazla geçtiyse, hasta kişinin enfeksiyöz olmadığı bir dönemde hasta kişiyle temas varsa (ateşten bir günden önceki ve ateş geçtikten 24 saat sonraki temaslar gibi) profilaksi endike değildir. Temaslı kişilerin profilaksi yerine influenza kliniği açısından inkübasyon süresi boyunca yakın izlenip, klinik tablo gelişirse erken tedavi verilmesi bir diğer alternatif yöntem olabilir. Profilakside oral oseltamivir (genel olarak 10 gün veya, son bilinen temastan 10 gün sonrasına kadar), günde tek doz olarak, yaşa ve kiloya göre değişen dozlarda verilir.

İzolasyon önlemleri: Hastaneye yatan olgulara hastalık süresince standart önlemler ve damlacık izolasyonu önlemleri uygulanmalıdır. İzolasyon önlemleri, bulaştırıcılık süresince (ateş geçtikten 24 saat sonra veya semptomlar başladıktan 7 gün sonrasına kadar, hangisi daha uzunsa) devam etmelidir. Okula veya kreşe giden çocuklarda ateş geçtikten (antipiretik vermeksizin) 24 saat sonrasına kadar ev istirahati, ve bu arada damlacık enfeksiyon kontrol önlemleri önerilir. Temaslı kişilerin, enfeksiyon gelişimi açısından kuluçka döneminin sonuna kadar (4 gün) influenza semptomları açısından izlenmesi uygundur.

İnfluenza aşıları: İnfluenza aşıları 3 (2 influenza A, 1 influenza B tipi içerir) veya 4 bileşenli (2 influenza A, 2 influenza B tipi içerir) olabilir. Gene inaktif influenza aşıları (split viron, yumurta/civciv embrio kökenli, hücre kültür kökenli veya rekombinant aşılar şeklinde olabilir), veya canlı zayıflatılmış influenza aşıları (her burun deliğine birer sprey şeklinde verilir) şeklinde olabilir. Ülkemizde piyasada halen 4 bileşenli (2 influenza A 2 influenza B aşı suşu içerir) inaktif split (influenza hemaglütinin;HA antijeni içeren) inaktif influenza aşıları (İİA-4) vardır. Bu aşılar, tiomersal içermez, adjuvansızdır ve normal doz antijen (her bir influenza tipi için 15mcg HA antijeni) içerirler. Hücre kültür kökenli İİA, rekombinant İİA, canlı zayıflatılmış influenza aşıları, ayrıca adjuvanlı veya yüksek doz influenza aşıları halen (2025-25 influenza sezonu) ülkemizde kullanımda değildir. Bu nedenle aşağıda sunulan bilgiler özellikle inaktif influenza split aşıları (inaktif influenza aşısı; İİA) ağırlıklıdır.

İnaktif influenza aşılarının (İİA); 6 ay ve üzerinde tüm çocuklara ve erişkinlere (risk grubunda veya değil) her yıl intra müküler (im) olarak yapılması önerilir. İİA tüm sağlıklı bebek ve çocuklara önerilmekle birlikte, riskli olgu grubunda bu durum özellikle daha önemlidir. Riskli hastalara bakım veren veya yakın temaslı olan kişilere de İİA yapılması önem arz eder. İnfluenza virüsleri her yıl antijenik yapılarını değiştirdikleri için (antijenik drift) sanki yeni bir virüsmüşçesine davranır ve enfeksiyona yol açma kapasitesi taşır. Ayrıca bir yıl önce geçirilen enfeksiyon veya aşıya bağlı gelişen antikörlerin de zamanla azalmasıyla yeni sezon için duyarlılık ve enfeksiyon riski artar.

influenza aşıları altı ayın altındaki bebeklere önerilmez. 6 ay-8 yaş arası çocuklara; daha önceden ilk kez İİA aşısı yapılan çocuklara; bir ay arayla 2 doz İİA aşısı uygulanır, daha sonraki yıllarda yılda tek doz İİA olarak devam edilir. İnfluenza aşıları, >9 yaş çocuklara daha önceden yapılmamış olsa bile, tek doz uygulanır. Bazı İİA aşıları 6-35 ay arası çocuklarda, yarım doz (0.25 ml) ve >36 ay çocuklarda tam doz (0.5 ml) uygulanır. Ancak halen (2024-25 influenza sezonu) ülkemizdeki piyasada mevcut İİA -4 larının, 6 ay-36 ay bebeklerde de tam doz (0.5ml) uygulanması önerilir, yanlışlıkla yarım doz (0.25ml) yapıldığında bu geçerli sayılmaz.

İİA ları Dünya Sağlık Örgütü'nün kontrol ve denetiminde, her yıl Şubat ayından sonra değerlendirme ve üretimleri planlanır. En son dönemlerde piyasada dolanan influenza virüs tipleri dikkate alınarak, gelecek mevsimde görülebilecek influenza tiplerini öngörerek, olası aşı içerikleri planlanır ve üretim izni verilir. Bu öngörülen aşıdaki influenza virüs tipleri, aşının yapılacağı sezonda dolanacak influenza virüs tipleri ile tam uyumlu çıkarsa aşının klinik etkinliği artar. İİA larının klinik etkinliği; çocuk ve erişkinlerde ve ayrıca değişik influenza mevsimlerinde dolaşan influenza tiplerinin, uygulanan aşı tipiyle uyumuna (denk düşüp düşmediğine) bağlı olarak değişken olabilir. İleri yaşlarda (>65 yaş) aşının etkinliği daha düşük olabilir. Aşının etkinliğini değerlendirirken veya yorumlarken, farklı klinik etkinlik tanımlamalarının dikkate alınması gerekir. Aşının; laboratuvar ile doğrulanmamış klinik semptomatik influenza enfeksiyonu (influenza benzeri hastalık), laboratuvar olarak doğrulanmış semptomatik influenza enfeksiyonu, hastaneye yatış gerektiren ciddi influenza enfeksiyonu gibi klinik alt gruptaki etkinliği veya gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerdeki ki etkinlik oranlarında da farklılık olabilir. Genel olarak Dünya Sağlık Örgütü'nün raporuna göre İİA nın çocuklarda koruyuculuk oranları (VE; vaccine efficacy) %45-91 arasında değişmektedir. İlgili mevsimde dolanan aşı tipleri ile aşının virüs tipi içeriğinin uyumlu olması durumunda aşı etkinliğinin daha yüksek olması beklenir. Aşılı bir çocukta influenza enfeksiyonu gelişebilir, ancak gelişse bile daha hafif olması beklenir. Aşısız bir çocukta, daha önceden gelişen laboratuvar kanıtlı influenza veya kanıtlanmamış influenza benzeri hastalık geçirme öyküsü olsa bile aşının yapılması yine önerilir.

İİA emziren annelere güvenle verilebilir. Gebelik influenza enfeksiyonu için risk oluşturur. İİA gebelikte önerilir. İİA hem gebeleri riskli influenza enfeksiyonundan korumak için önerilir, hem de doğacak bebeklerini (transplental antikör geçişi yoluyla) aşının yapılmadığı ilk 6 aylık sürede korumak için önerilir. İİA aşısı, gebelik trimestrinden bağımsız, gebeliğin herhangi bir döneminde influenza sezonu için önerilen zamanda (tercihan influenza mevsimi başlamadan) önerilir. Ancak gebeye canlı zayıflatılmış influenza aşısı kontrendikedir.

İnfluenza aşısı diğer çocukluk aşılarıyla veya tüberkülin deri testiyle eş zamanlı uygulanabilir.

İİA yapıldıktan sonra gelişen anafilaksi veya aşıdaki herhangi bir bileşene karşı gelişen anaflaktik reaksiyon influenza aşısına karşı kontrendikasyon oluşturur (43). Çocukta aşı yapılacağı zamanda mevcut olan ateşli veya ateşsiz orta veya ciddi akut hastalık varsa, aşı hastalık düzeline kadar ertelenir. Çocuklarda bu nedenle aşı yapmadan önce gene bir muayenenin yapılması uygun olur.





İİA genellikle en güvenli aşılar arasındadır. İİA e bağlı en sık yan etkiler, enjeksiyon bölgesinde ağrı şeklinde lokal yan etkidir. Bazı olgularda ateş olabilir ve genellikle düşük derecelidir, ateş genellikle <2 yaş çocuklarda %10-35 oranında özellikle aşıdan sonra 6-24 saat içinde gelişir. İİA a yönelik geniş kapsamlı yan etki çalışmalarında; İİA hem lokal hem de sistemik istenmeyen etkiler açısından, en güvenli aşılar arasında bildirilmiştir. Astımlı çocuğun aşılması astım atağına yol açmaz, astım influenza enfeksiyonu açısından risk grubu olarak kabul edildiğinden İİA yapılması önerilir. İİA nın Guillain Barre Sendromu (GBS) riskini arttırdığına yönelik yeterli güçlü kanıtlar yoktur ve GBS geçirmiş olmak İİA için kontrendikasyon olarak kabul edilmez. Aşı sonrası 6 hafta içinde GBS gelişen çocuklarda, sonraki İİA uygulaması yarar-zarar dengesi gözetilerek ve aileye bilgi verilerek yapılmalıdır. Thiomersal alerjisi olan çocuklarda thiomersal içeren influenza aşıları kullanılmamalıdır, ama ülkemizde tek kullanımlık İİA larında thiomersal yoktur.

Tüm aşılarda olduğu gibi, orta veya ciddi ateşli hastalığı olan çocuklara semptomlar düzelineye kadar İİA yapılması ertelenmelidir. Ancak, hafif ateşli veya ateşsiz hafif hastalıklar aşıya kontrendikasyon oluşturmaz. Herhangi bir ciddiyetteki yumurta alerjisi İİA aşısı yapılmasına kontrendikasyon oluşturmaz. Ancak tüm aşı uygulamalarında olduğu gibi aşı uygulanan çocuğun ilgili sağlık kurumunda uygun bir süre (15 'kadar) gözlenmesi önerilir.

İİA inaktif bir aşı olduğu için immün baskılanmış/immün supresif çocuklarda ek bir risk oluşturmaz, ancak aşı yanıtları düşük olabilir. Bunu azaltmak ve aşıdan arzu edilen yararı sağlamak için, optimal antikor yanıtı oluşturabilecek bir zamanda verilmesi gerekir. Genelde aşılar, immünsüpresif kemoterapi alan çocuklarda daha düşük antikor yanıtı oluşturur. Uygun antikor yanıtı için, kemoterapi alan çocuklarda İİA için en uygun zaman; kemoterapi kesildikten sonra en az 3 hafta geçmesi ve tercihan periferik granulosit ve lenfosit sayılarının $>1000/ml^3$ olduğu zamandır. İİA antikor yanıtı kısa süreli steroid (<14 gün) veya gün aşırı steroid alan çocuklarda etkilenmez. Ancak uzun süreli $>2mg/kg/gün$ veya $>20mg/gün$ dozlarda prednizolon eş değeri kortikosteroid alan çocuklarda antikor yanıtı etkilenebilir/düşebilir. Kanseri hastaları gibi bağışıklık sistemi baskılanmış hastaların yakın temaslılarına, hem kendileri hem temasta oldukları riskli hastayı korumak için İİA yapılması özellikle önerilir. Keza <5 yaş çocukların bakımını yapan erişkinlere de İİA yapılması özellikle önerilir. Sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarında yüksek virüs yüküyle gelen hastalarla karşılaşmaları çok olasıdır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının (özellikle doktor ve hemşire olmak üzere) hem kendi sağlıkları için, hem aileleri hem de baktıkları hastalar için risk oluşturmaması için İnfluenza mevsimi öncesinde veya başlangıcında gecikmeden İİA olmaları önemlidir.

CRP (C-REAKTİF PROTEİN)



Dr. Ali Coşkun

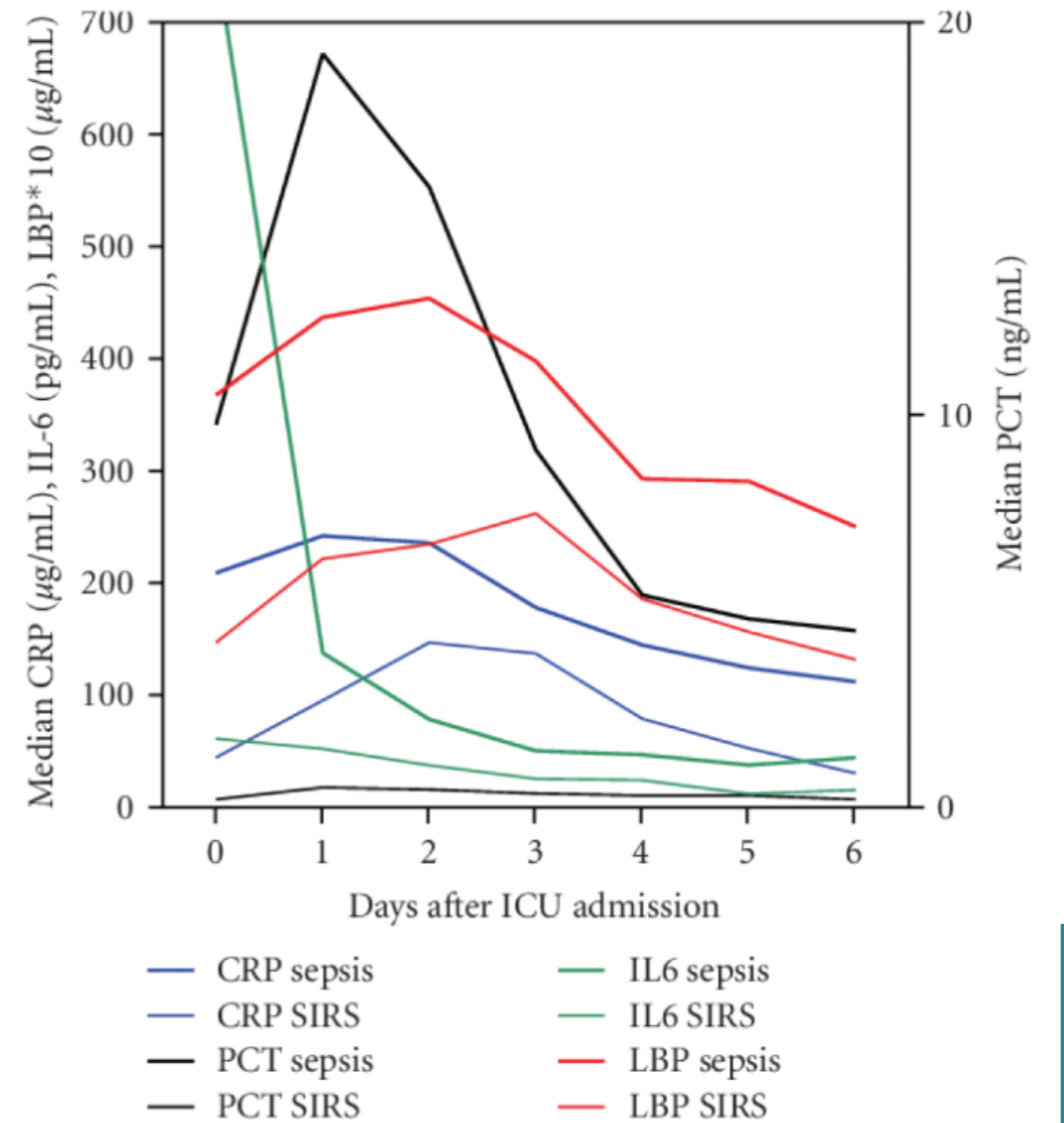
Ünye Özel Çakırtepe Hastanesi Başhekim

CRP tek başına kullanılmaz! İyi bir anamnez, detaylı bir fizik muayene, kanda ESR, WBC ve PCT (prokalsitonin); CRP 'yi anlamlı kılar!

CRP tek başına kullanılmaz ! İyi bir anamnez, detaylı bir fizik muayene, kanda ESR, WBC ve PCT (prokalsitonin); CRP 'yi anlamlı kılar!

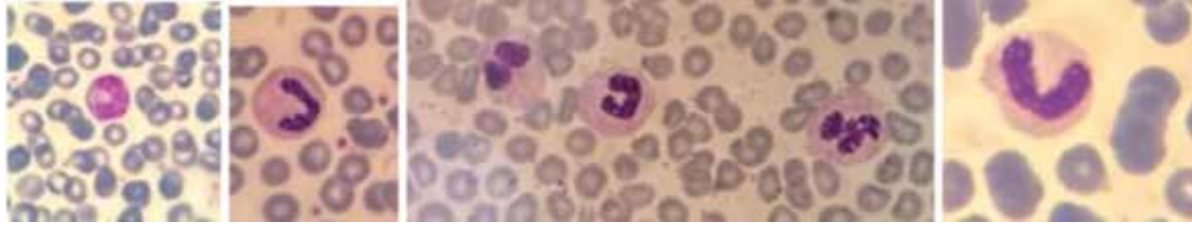
C-reaktif protein (CRP) ; karaciğer tarafından üretilen bir akut faz proteinidir. Doku inflamasyonu gelişen her durumda, immün hücrelerden salınan sitokinlerden, interlökin-1, tümör nekroz faktör ve özellikle interlökin-6 aracılığı ile üretimi uyarılır; klasik yoldan kompleman yolunun aktivasyonu ve fagositozun uyarılmasından sorumludur.

Genellikle akut sistemik bir inflamasyonun klinik belirtisi olarak kullanılan CRP, bakteriyel infeksiyonlar başta olmak üzere, infeksiyon hastalıklarının çoğunda artar. Bununla birlikte, serum CRP düzeyi, infeksiyon hastalıkları dışında akut inflamasyona yol açan travma, romatolojik hastalıklar, yanıklar, doku hasarı gibi durumlarda da önemli ölçüde yüksektir.



CRP; inflamatuvar süreçlerde en hızlı artan ve iyileşme durumunda da en hızlı düzelen akut faz reaktanıdır. C-reaktif protein düzeyi; anemi, polisitemi, eritrosit şekli, plazma protein düzeyi, yaş, cinsiyet gibi durumlardan etkilenmez. Özellikle bakteriyel infeksiyonlar saatler içinde CRP değerinin yükselmesine yol açar. Yarı ömrünün (<24 saat) kısa olması nedeniyle infeksiyon hastalıkları için antimikrobiyal tedavi etkinliğinin değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılır.

Konsültasyon istemlerinin en önemli nedenlerinden biri, herhangi bir nedenle CRP yüksekliği tespit edilen hastalarda olası bir infeksiyon hastalığının varlığının araştırılması olmaktadır. Genellikle, CRP yüksekliği tespit edildiğinde ilgili branştan konsültasyon istenen hastaların sadece yaklaşık %40'ının gerçekten bir infeksiyon hastalığına sahip olduğu tesbit edilmiştir.

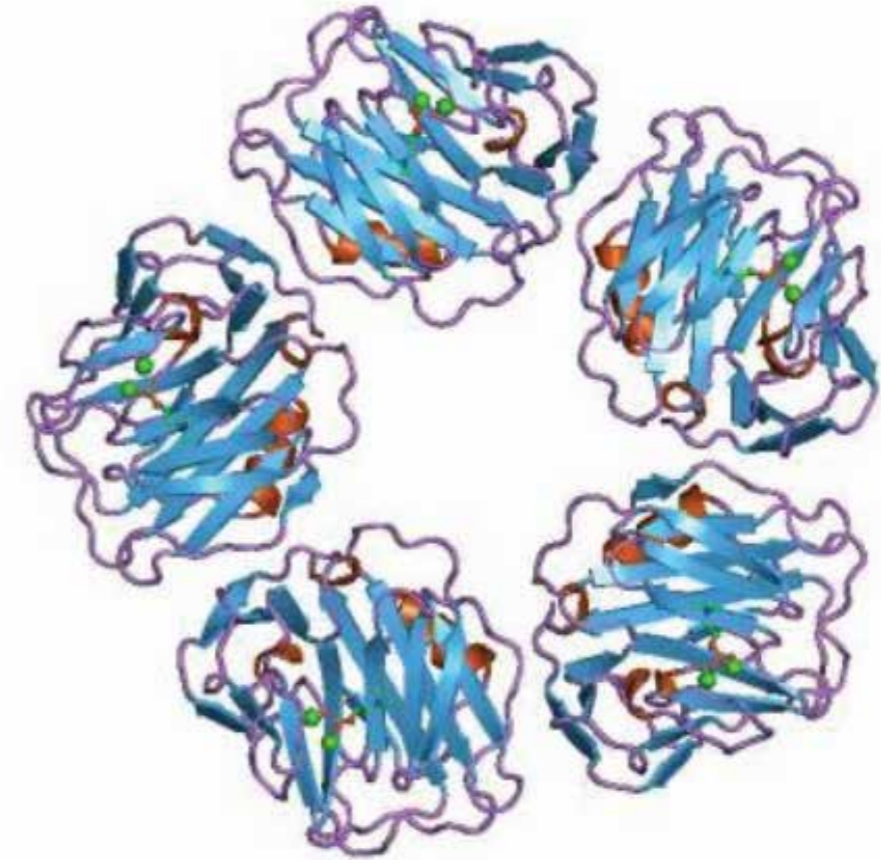


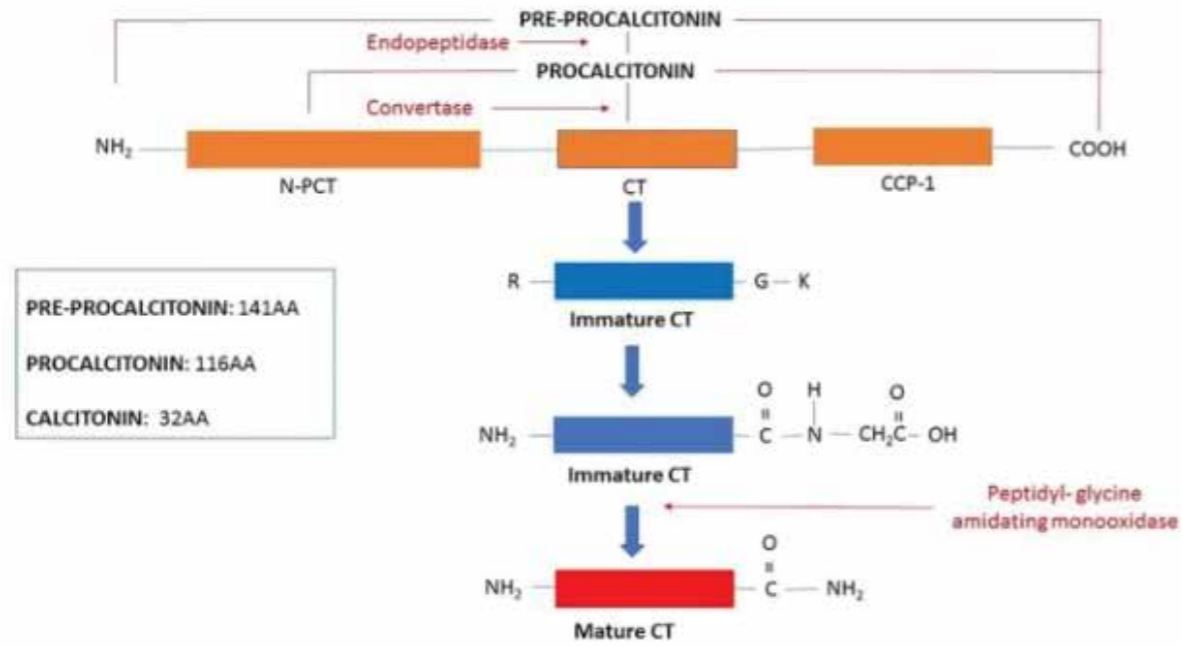
Serum CRP yüksekliği, infeksiyon hastalıkları tanısında önemli bir gösterge olmakla birlikte, infeksiyon hastalıkları dışında inflamasyonla seyreden birçok durumda da karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle infeksiyon hastalıklarında serum CRP düzeyi, tanıdan daha çok tedavi takibinde kullanılan önemli bir göstergedir.

Ancak ülkemizde, sağlık hizmeti verilen her kurumda, CRP yüksekliği olan her hastada öncelikle infeksiyon hastalıklarının dışlanması beklenmekte, bu nedenle ilgili uzmanlarının CRP yüksekliği olan hastaları değerlendirme zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Ancak yapılan bu çalışmada, çalışma dönemi içinde değerlendirilen hastaların yarısından fazlasında bir infeksiyon odağı saptanmadığı tesbit edilmiştir.

Ayrıca bu ve benzeri çalışmalar ile hekimliğin temeli olan hastadan alınan öykü ve fizik muayene bulgularının, olası infeksiyon hastalığını göstermede serum CRP değerine göre daha önemli olduğu bir kez daha gösterildi. Zira CRP yüksekliği olan hastaların yarısından fazlasında infeksiyöz odak saptanmazken, öyküsünde infeksiyon hastalığı ile uyumlu bir semptomunun bulunması ve pozitif bir fizik muayene bulgusunun olması infeksiyon varlığı ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmaktadır.

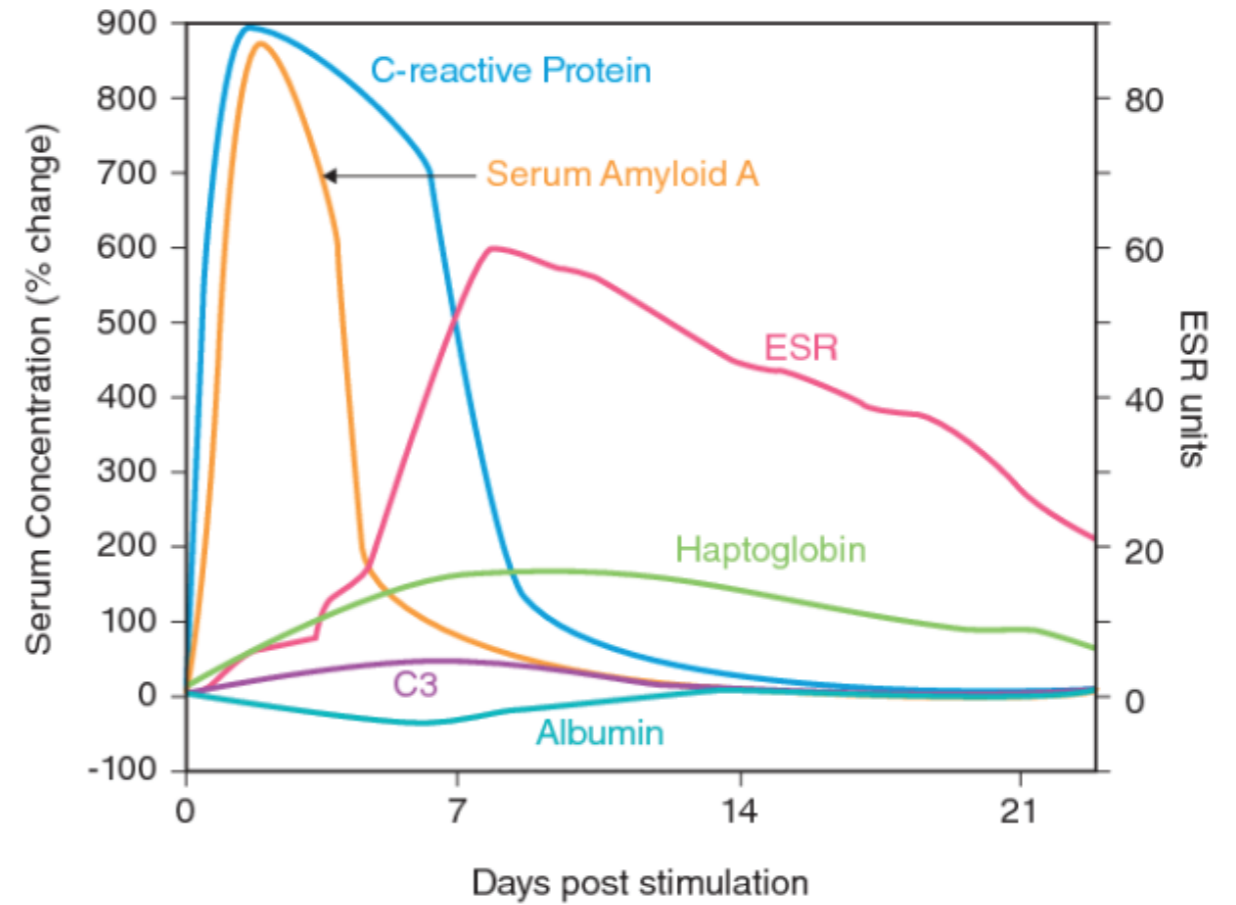
Serum CRP düzeylerinin infeksiyon hastalıklarının tedavi ve takibinde önemli bir biyo-belirteç olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur. Yapılan bir meta-analizde toplumda görülen pnömonilerde en iyi kanıt, doğruluğu ve düşük maliyeti göz önüne alındığında, ayakta tedavi süresinin belirlenmesinde tercih edilen biyo-belirteç olarak CRP'dir. Bununla birlikte sistematik bir derlemede bakteriyemisi olan yaşlı hasta grubunda CRP yüksekliğinin, prokalsitonin düzeyine göre daha az yardımcı olabileceği bildirilmiştir.





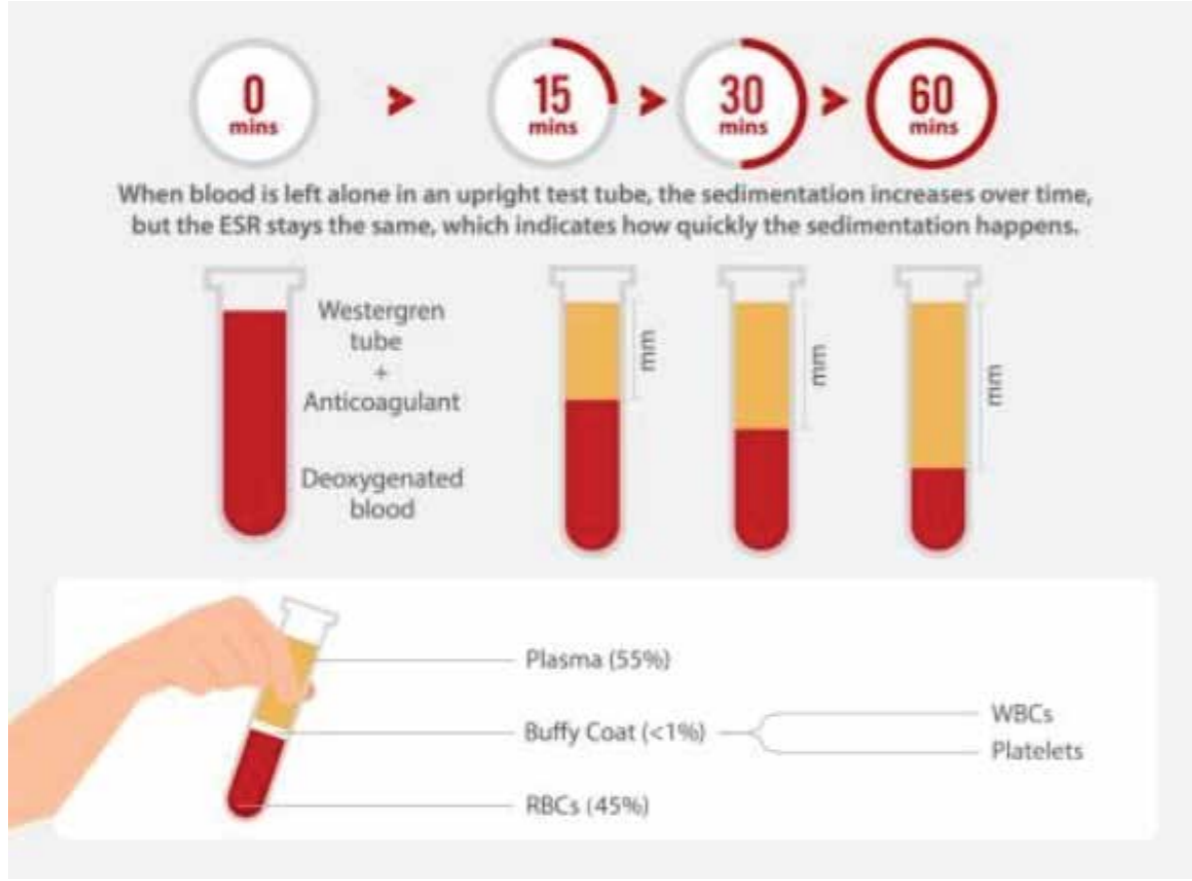
İnfeksiyon hastalıkları dışında, inflamasyona yol açan birçok hastalık CRP yüksekliğine sebep olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda kronik böbrek hastalığı olanlarda CRP yüksekliği görüldüğü, CRP yüksekliğinin kardiyovasküler mortalite ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. İskemik serebrovasküler olay geçiren hastalarda, kolorektal kanser, endometrial kanser gibi birçok kanser türünde CRP yüksekliği görüldüğü saptanmıştır. Literatürde infeksiyon hastalığı olmayan malignite hastalarında CRP'nin yükselebileceği, hatta CRP düzeylerinin metastatik malignite hastalarında prognostik faktör olarak kullanılabilceği bildirilmektedir. Depresyonu olan hastalar üzerine yapılan bir meta-analizde, depresyona eşlik eden düşük dereceli inflamasyona sekonder CRP yüksekliğinin eşlik ettiği gösterilmiştir. Obezite de, Yüksek rakımlara tırmanma da başlı başına bir CRP yüksekliği nedenidir. Bu nedenle CRP yüksekliği olan hastalarda, bir infeksiyon hastalığını dışlamak öncelikli amaç olmamalı diğer olası nedenler de dikkate alınmalıdır.

Yapılan çalışmada, sadece detaylı anamnez ve fizik muayene ile CRP yüksekliği olan hastaların çoğunda infeksiyon hastalıklarının dışlanabileceği gösterilmiştir.



Herhangi bir nedenle bakılan serum CRP değeri normalin üstünde bulunan hastalarda, ilgili uzmandan konsültasyon istenmeden önce, detaylı bir anamnez, sistem sorgulaması ve fizik muayene ile olası bir infeksiyon hastalığı dışlanabilir. Böylece gereksiz konsültasyon istemleri de engellenebilir. Ne yazık ki günümüzde klinisyenler, gelişen teknoloji olanakları ile birlikte, hastayı klinik olarak değerlendirmeden önce laboratuvar bulguları ile tanı koymayı benimsemektedirler. Sonuç olarak; hastalara tanı koymada yapay zekanın yerinin tartışıldığı günümüzde yaptığımız çalışma bize gösteriyor ki hastaların şikayetlerinin dikkatle dinlenmesi ve detaylı yapılan fizik muayene hala önemini korumaktadır (4).

Yapılan başka bir prospektif çalışmada çocuklarda akut hematogen osteomyelitin tanı ve takibinde eritrosit sedimentasyon hızı (ESR), C-reaktif protein (CRP) ve beyaz kan hücresi (WBC) sayısının klinik değerleri karşılaştırılmıştır.



Başka bir çalışmada Bakteriyolojik olarak akut hematojen osteomyelit tanısı doğrulanan, yaşları 2 hafta ile 14 yıl arasında değişen 44 çocuk incelenmişti. Vakaların 39'undan (%89) Staphylococcus aureus, 3 vakadan (%7) Haemophilus influenzae tip b, 1 vakadan (%2) pnömokok ve 1 vakadan (%2) mikroaerofilik streptokok sorumluydu. ESR başvuru sırasında ve tedavinin 3, 5, 7, 10, 14, 19 ve 29. günlerinde ölçüldü ve CRP, ESR ile aynı günlerde ve ayrıca 2, 9, 12, 17. günlerde ölçüldü. ve 23. Başvuru anında ve 5, 10, 19 ve 29. günlerde WBC sayımı incelendi.

Vakaların %92'sinde başlangıçta ESR yükselmişti (> veya = 20 mm/saat); ortalama değer 45 mm/saat idi ve en yüksek değerlere (ortalama 58 mm/saat), 3 ila 5. günlerde ulaşıldı. Bundan sonra seviyeler yaklaşık 3 hafta içinde (ortalama 18 gün) yavaş yavaş normale döndü.

Olguların %98'inde başvuru sırasında CRP yüksekliği (> 19 mg/L) vardı, ortalama değer 71 mg/L idi. Zirve CRP değerine 2. günde ulaşıldı (ortalama 83 mg/L). Düşüş çok hızlı oldu ve normal değerlere bir hafta içinde (ortalama 6,9 gün) ulaşıldı.

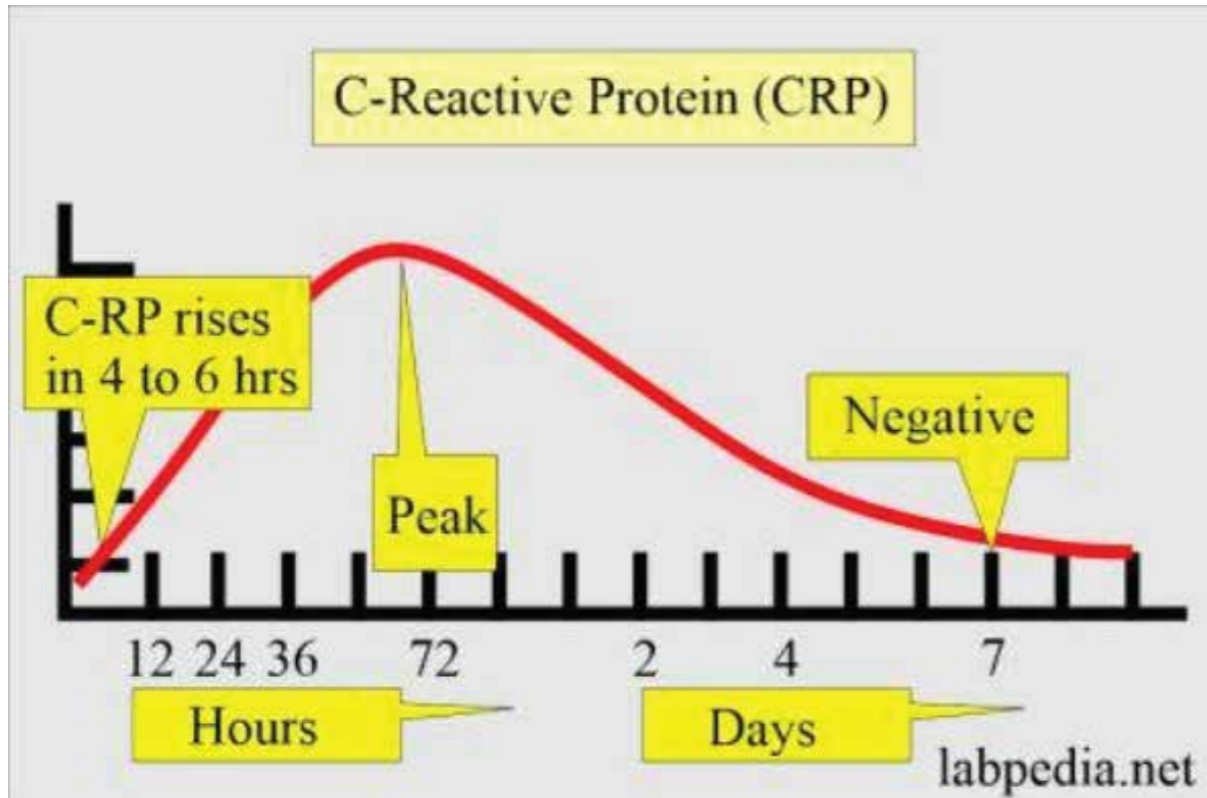
Başvuru sırasında çocukların yalnızca %35'inde lökositoz (WBC'ler > $12 \times 10^9/L$) olduğundan, WBC sayımı akut hematojen osteomyelit için zayıf bir göstergesiydi.

Akut hematojen osteomyelitli hastalarda CRP'nin ESR'den anlamlı derecede daha hızlı artması ve özellikle daha hızlı azalması, verilen tedavinin etkinliğini göstermektedir ve CRP ; iyileşmeyi ESR veya WBC sayısından daha duyarlı bir şekilde tahmin etmiştir (1).

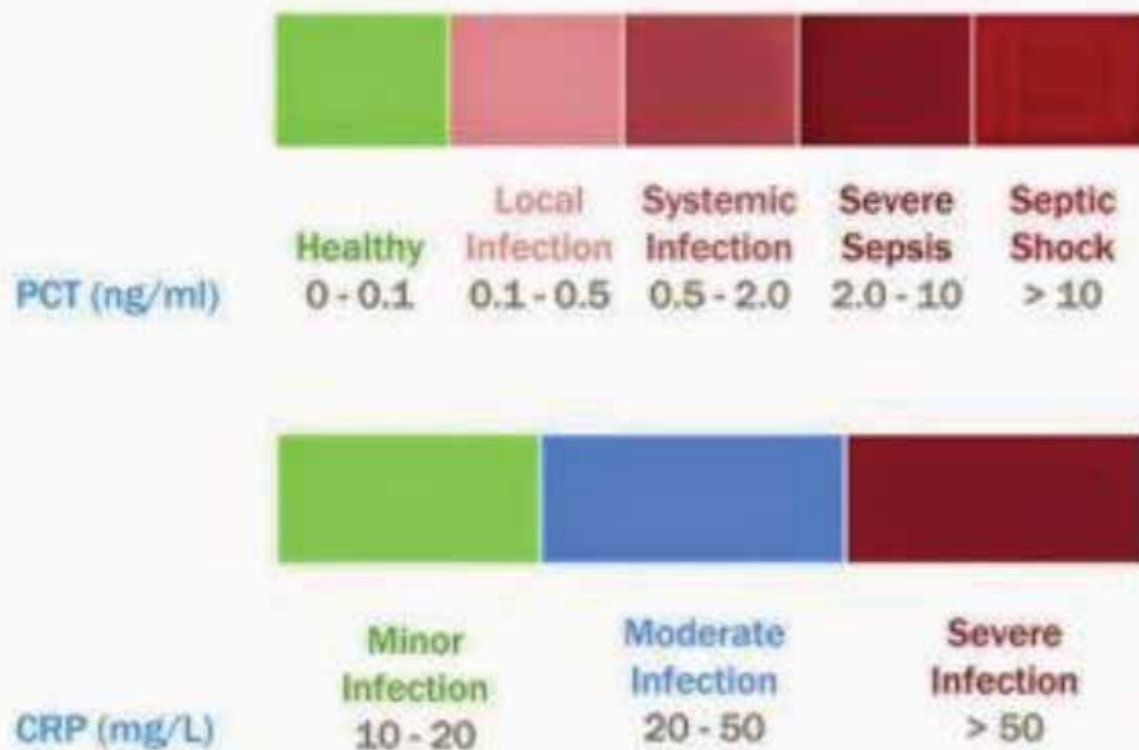
C-reaktif protein (CRP), inflamasyona akut faz yanıtının en iyi göstergelerinden biridir. CRP metabolizmasının hızlı kinetiği inflamasyonun derecesine yakından paralel görünmektedir. Bu çalışmada, parapnömonik ampiyemli çocuklarda tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde CRP, eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) ve beyaz kan hücresi sayısının (WBC) klinik değerleri ortaya konmuştur. Otuz sekiz çocuk ileriye dönük olarak incelendi.

Tüm hastalarda hastaneye başvurdıkları gün CRP düzeyi yüksekti. Antibiyotik tedavisi ile serum CRP düzeyleri ilk günlerde hızla düştü ve komplikasyonsuz seyreden 32 hastada seri CRP düzeyleri her ölçümde progresif olarak düştü. Hastaneden taburcu oldukları gün dört hasta dışında hepsinin CRP düzeyleri normaldi.

Hastaneye kabul edildiği gün tüm hastalarda ESR de yüksekti. Antibiyotik tedavisine rağmen ESR tüm hastalarda ilk birkaç günde artmaya devam etti ve 3. günde en yüksek değerlere ulaştı. Hastaneden taburcu oldukları gün sadece üç hastanın ESR düzeyi normaldi. Komplike bir seyir izleyen altı hastada, başlangıçtaki düşüşten sonra CRP düzeyleri, ESR ve WBC sayısından daha erken yükselmeye başladı.

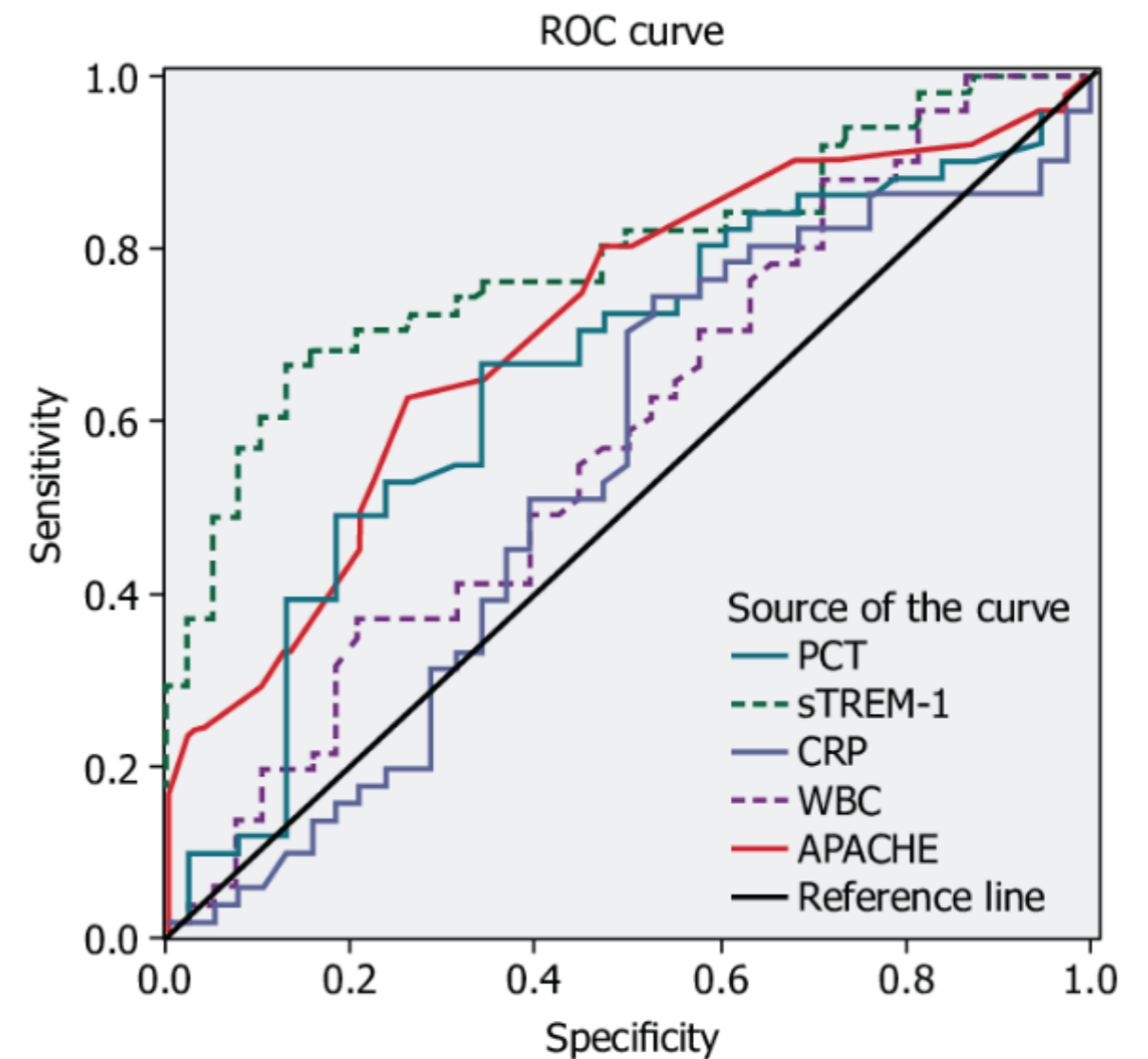


Procalcitonin or C-reactive protein



Plazma CRP düzeyi sadece parapnömonik ampiyemin tanısında değil aynı zamanda tedaviye yanıtın yönetiminde de duyarlı bir belirteçtir (2).

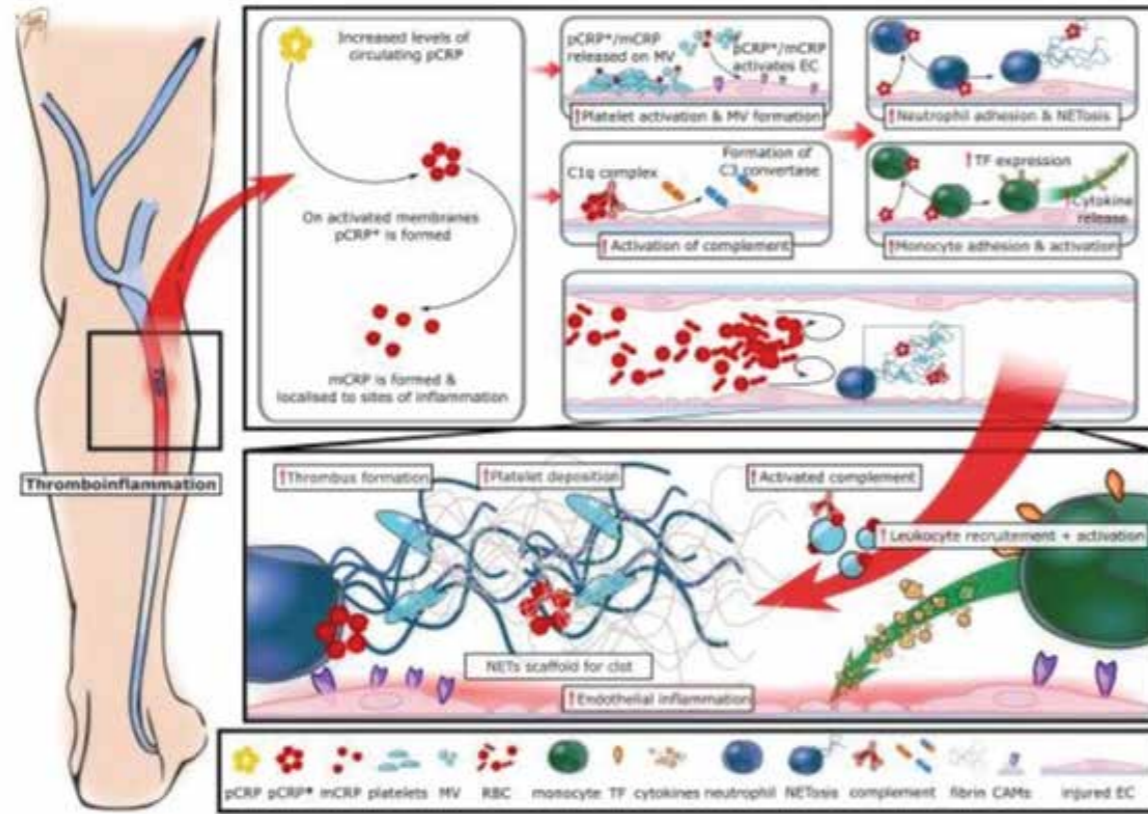
Akut alt solunum yolu enfeksiyonu olan hastalarda beyaz kan hücresi sayımı (WBC), prokalsitonin (PCT), C-reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimantasyon hızı (ESR) düzeylerini ve bunların birleşik tespitinin değerini araştırmak için yapılan çalışmada : 218 hasta incelendi.



APACHE: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation; CRP: C-reactive protein; PCT: Procalcitonin; sTREM-1: Soluble triggering receptor expressed on myeloid cells-1; WBC: White blood cell.

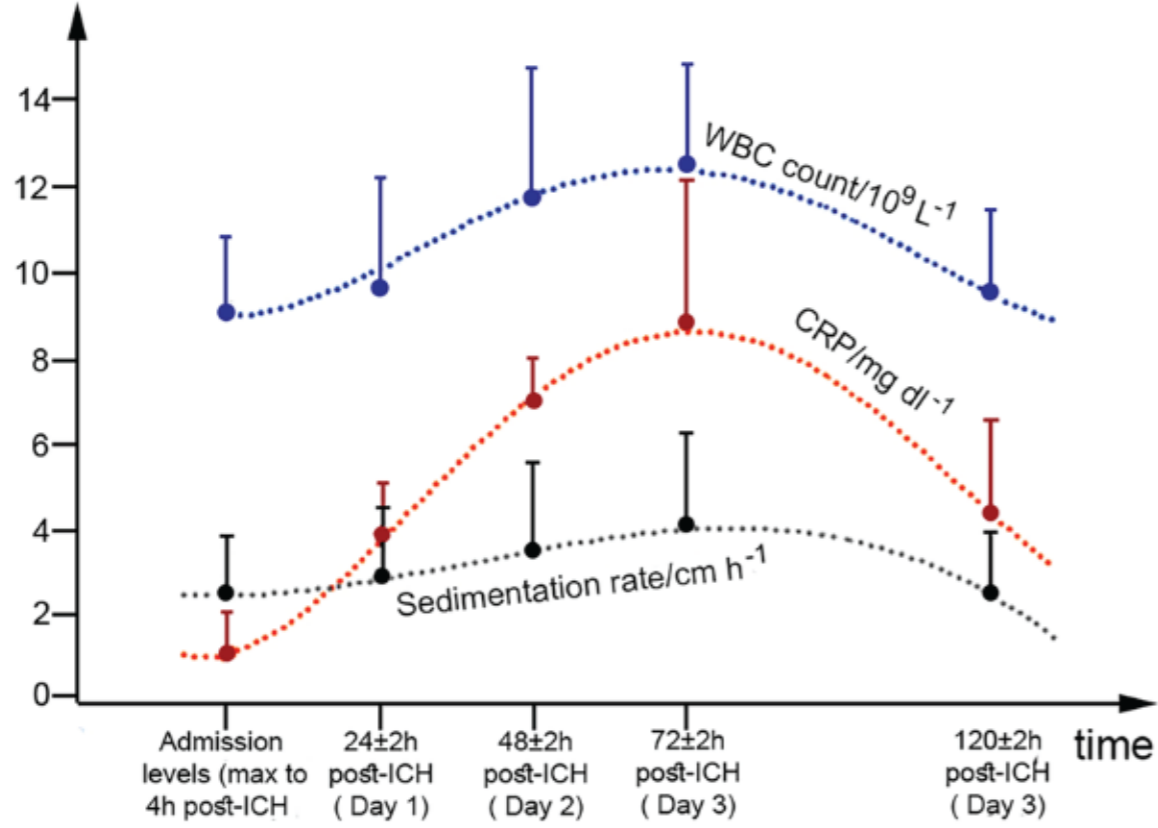
WBC, PCT, CRP ve ESR'nin tek başına değil de, birlikte saptanması, alt solunum yolu enfeksiyonu olan hastalarda komplikasyonların ortaya çıkmasının tahmin edilmesinde önemli bir prognostik değere sahiptir. Gözlem grubunda hastanede kalış süresi kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkla anlamlı derecede daha uzun bulundu ($P < 0.05$). Gözlem grubundaki kombine plevral efüzyon yüzdesi, kontrol grubundan daha yüksekti ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı.

PCT, 116 amino asitten oluşan kalsitoninin bir peptid öncüsüdür. Tiroid bezinin parafoliküler hücrelerinde kopyalanır ve üretilir, stabildir ve kolayca tespit edilebilir. Fizyolojik olarak PCT kan dolaşımına salınmaz. Bu nedenle, sağlıklı insanlarda serum PCT düzeyi son derece düşüktür; çoğunlukla $< 0,5 \mu\text{g/L}$ iken, $0,5 \mu\text{g/L}$ 'den fazlası organizmada önemli bir enfeksiyon olarak kabul edilebilir. PCT düzeyinin enfeksiyonun ciddiyeti üzerinde yakın bir etkisi vardır ve aynı zamanda hastalığın prognozunu belirlemede yüksek klinik değeri ortaya koyduğu rapor edilmiştir.



Organizmada enfeksiyon olması durumunda PCT, inflamatuvar faktörler tarafından iki ila üç saatlik uyarımdan sonra yükselebilir ve enfeksiyonun yaklaşık 24 saatinde zirveye ulaşır. PCT özellikle bakteriyel enfeksiyonları olan hastalarda yükselirken, bakteriyel olmayan enfeksiyonlarda genellikle yükselmez. Bu nedenle PCT'nin bakteriyel enfeksiyonların teşhisinde yüksek özgüllüğü ve duyarlılığı vardır ve erken tespit edilebilir. Bu çalışmada, gözlem grubundaki PCT düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olması, PCT'nin vücudun inflamatuvar yanıtına, özellikle şiddetli inflamatuvar yanıtına, daha yüksek düzeyde bir artışla hızlı bir şekilde yanıt verebileceğini göstermektedir.

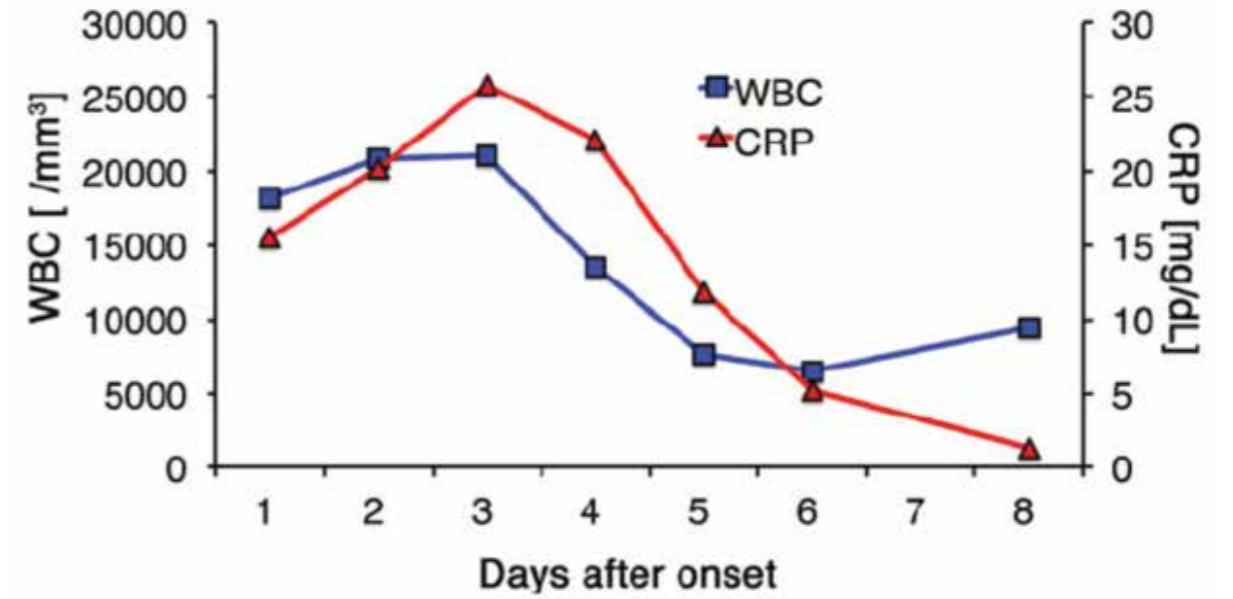
Akut toplum kökenli alt solunum yolu enfeksiyonlarının tipik klinik semptom ve bulguların olmaması durumunda hastalığın ayırıcı tanısı zordur. Bu amaçla, zamanında ve doğru bir şekilde teşhis edilmesi zordur. Akut toplum kökenli alt solunum yolu enfeksiyonlarının tanısı, klinik tedavi sonrası prognoz açısından çok önemlidir. Beyaz kan hücresi sayısındaki (WBC) değişiklikler ve inflamatuvar belirteçlerin ekspresyonu, organizma enfeksiyonu ile açıkça ilişkilidir; bunlar, enfeksiyonun belirlenmesinde önemli göstergelerdir. Organizmanın inflamatuvar yanıtı. Organizmada inflamatuvar yanıtın varlığını ve ciddiyetini belirlemede büyük klinik değere sahiptirler. Klinik olarak en yaygın kullanılan göstergeler WBC, PCT, CRP ve ESR'dir.



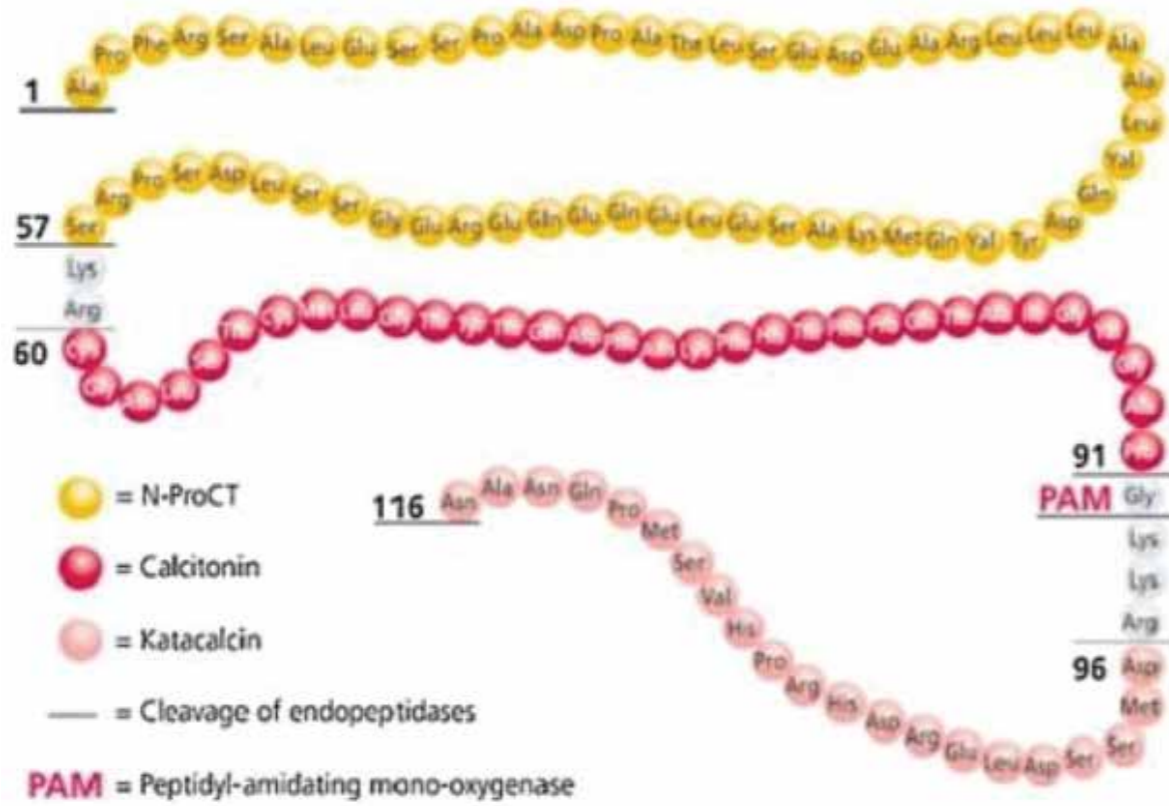
Kan rutinindeki WBC, sigara içme, fiziksel çalışma ve yorucu egzersiz gibi fizyolojik faktörlere ve çevresel faktörlere duyarlıdır ve refleks olarak ancak sınırlı ölçüde artacaktır. Günümüzde WBC, çeşitli enfeksiyonların gözlemlenmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Organizmada bakteriyel enfeksiyon olması durumunda enfeksiyon derecesi ile pozitif korelasyonla WBC düzeyi hızla artacaktır. WBC seviyesi ayrıca bazı bakteriyel olmayan enfeksiyonlarda da yükselirken, viral veya diğer enfeksiyonlarda normal veya daha düşüktür. Bu nedenle, WBC tek başına inflamatuvar reaksiyonların tanısında yüksek özgüllüğe ancak düşük duyarlılığa sahiptir. Bu çalışmada, gözlem grubunda klinik tedavi sırasında ciddi bir inflamatuvar yanıt işaret eden komplikasyonlar meydana geldi ve WBC düzeyi, diğer hastalara göre anlamlı derecede yükseldi. Kontrol grubu, klinik literatürde bildirilenlerle tutarlıdır.

Günümüzde akut toplum kökenli alt solunum yolu enfeksiyonlarının tanısında önemli bir gösterge CRP düzeylerinin saptanmasıdır. Bir akut faz reaksiyon proteini (APRP) olan CRP, fizyolojik durumda çok düşük seviyelere sahiptir ve seviyeleri, inflamatuvar yanıt sırasında hızla yükselerek yaklaşık 36-50 saatte zirveye ulaşabilir.

Bu nedenle enfeksiyonun erken teşhisinde PCT'nin yanı sıra CRP de bir diğer göstergedir. Ancak PCT'ye kıyasla enfekte olmayan ve stresli durumlarda bile yükselebilen yeteneği gibi bazı sınırlamaları vardır ve yalnızca inflamasyonun başlangıcından 12 saat sonra yükselmesi klinik olarak anlamlıdır ve bu da klinik özgüllüğünü etkiler. Bir çalışma, CRP seviyeleri ile enfeksiyon derecesi arasında pozitif bir korelasyon olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada komplikasyon gelişen gözlem grubundaki CRP düzeyleri komplikasyon gelişmeyen kontrol grubuna göre anlamlı derecede yükseldi ve bu durum klinik çalışmalarla tutarlıydı.



ESR, inflamatuvar hastalıkların tanısı için spesifik olmayan bir göstergedir ve organizmada inflamasyon varlığında kırmızı kan hücrelerinin örtüşmesine yol açabilir. Sonuç olarak kırmızı kan hücrelerinin direnç alanı azalır ve bu da ESR düzeylerinde artışa yol açar. Ancak ESR seviyelerindeki değişiklikler, kırmızı kan hücrelerinin sayısı, hemogloblin içeriği, trigliserit seviyeleri vb. gibi çeşitli faktörlerden etkilenir. Genellikle tek başına klinik teşhis için kullanılmaz, sıklıkla rutin gibi diğer belirteçlerle kombinasyon halinde uygulanır. kan ve CRP seviyeleri. Bu çalışmada komplikasyon gelişen gözlem grubunda ESR düzeyleri komplikasyon gelişmeyen kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulundu (3).



1. 1994 Jan;93(1):59-62. Serum C-reactive protein, erythrocyte sedimentation rate, and white blood cell count in acute hematogenous osteomyelitis of children ; L Unkila-Kallio ve ark.

2. Turk J Pediatr. 2003 Oct-Dec;45(4):311-4.C-reactive protein: a sensitive marker in the management of treatment response in parapneumonic empyema of children. Embiya Dilber ve ark.

3. Pak J Med Sci. 2024 Jan-Feb; 40(3Part-II): 405-409. doi: 10.12669/pjms.40.3.7699.PMCID: PMC10862452.PMID: 38356842. Changes in the levels of WBC count, PCT, CRP and ESR in Patients with acute Community-acquired Lower Respiratory tract infections and their diagnostic value. Na Li ve ark.

4. Klimik Dergisi. 2024; 37: 50-3. Bir Üniversite Hastanesinde C-Reaktif Protein Yüksekliği Nedeniyle İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniğine Konsülte Edilen Hastaların Değerlendirilmesi. Elif Betül Koşar ve ark.

BASINDA AHEF

Cumhuriyet

Haberler Türkiye Haberleri

Aile hekimleri şiddeti 'siyah' ile kınamaya devam ediyor



Abone Ol

Google News

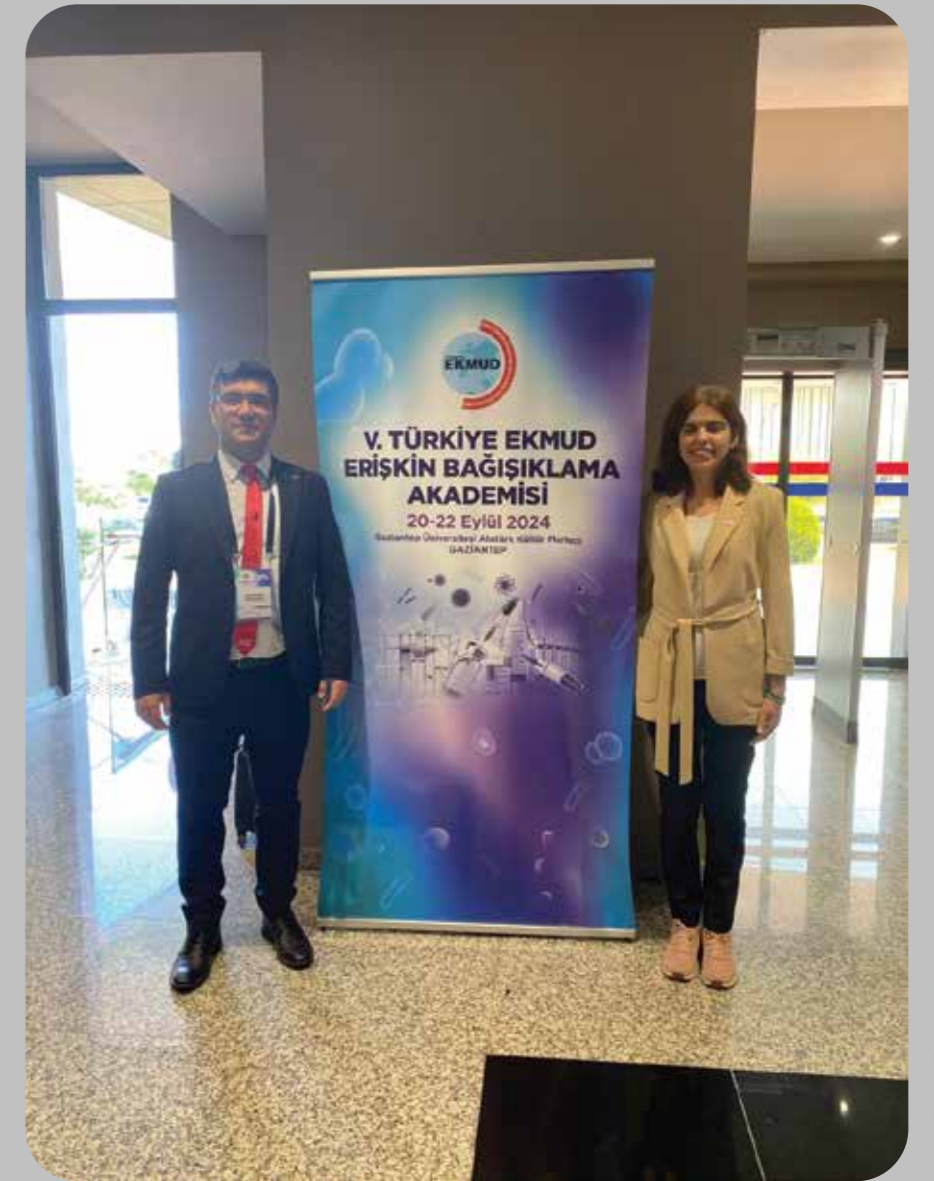
Temmuz ayının son günlerinde Muğla'nın Bodrum ilçesinde hasta ve hasta yakını şiddeti sonucu kalbi duran ve hala yoğun bakımda tedavisi süren aile hekimi Dr. Mustafa Hürkal Tezvar'ın uğradığı şiddet için meslektaşları "Siyah Protesto" başlattı.



Adana ilimizde gerçekleşen sağlıkta şiddet olayına karşı Adana ilinde basın açıklamasına katılım sağladık.



Mersin ilinde gerçekleşen sağlıkta şiddet olayına karşı Mersin ilinde basın açıklamasına katıldık.



Türkiye EKMUD Tarafından Düzenlenen Erişkin Bağışıklama Akademisi'ne katılım sağladık

BASINDA AHEF



Örgütlenme komisyonu koordinatörümüz Dr. Ali Demir örgütlenme komisyonu faaliyetleri kapsamında Zonguldak ilini ziyaret etti.

BASINDA AHEF



**AHEF Yönetim Kurulu SGK
Hizmet Sunumu Genel
Müdürlüğü ile Görüşme**

www.ahef.org.tr

@ahef2008



**AHEF Yönetim Kurulu'ndan
Halk Sağlığı Genel Müdür
Yardımcılarına Ziyaret**

www.ahef.org.tr

@ahef2008

BASINDA AHEF



Çocukları Tütün Salgınından Koruma İnisiyatifi Kapsamında Sağlık Bakanlığı ile İşbirliği Görüşmelerine katıldık

'Sağlık raporu talebi şiddeti tırmandırıyor'

MERVE KILIC

AİLE Hekimleri Dernekleri Federasyonu (AHF) Başkanı Dr. Türkü Yağmur Nehir, aile sağlığı merkezlerinde (ASM) şiddetin en önemli nedeninin "raporlar" olduğuna işaret etti. Cumhuriyet'e konuşan Nehir, aile sağlığı merkezlerinde sağlık rapor işlemleri günlük poliklinik başvurularında ciddi bir pay oluşturduğu ve sağlık hizmeti işleyişinin verimini de engellemeye başladığını belirtti. Aile hekimlerinin 400 civarında farklı rapor talebiyle karşı karşıya kaldığının altını çizen Nehir şöyle devam etti: "Farklı usulde talep edilen raporlar, işleyişteki standardı bozduğu gibi usulsüz

taleplerin önünü açmaktadır. Raporu hukuka uygun olmadığı için tanzim etmeyen hekim arkadaşlarımı, haklı olmalarına karşın raporunu alamayan bazı kişilerce şiddete maruz bırakılmaktadır."

"Sağlık raporu vermek aile hekiminin işi olmamalı" diyen Nehir, "Sağlık raporlarının deyim yerindeyse 'sadece imzalanacak basit bir evrak' olarak görülmesi ve aile sağlığı merkezlerinin tıbbi donanımını görmezden gelerek aile hekimleri üzerinden işlemlerin yaptırılmaya çalışılması, aile hekimliğinde gerçekleşen sağlıkta şiddetin önemli sebeplerinden biridir. Aile hekimleri sadece yetkili ve yetkin olduğu tıbbi işlemlerden sorumlu tutulmalı" dedi. • ANKARA

BASINDA AHEF



Türkiye Aile Sağlığı Hizmetlerini Güçlendirme Çalıştayı'na katılım sağladık.



Cumhuriyet Halk Partisi'nin düzenlediği Herkes İçin Sağlık Birinci Basamak ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri Çalıştayı'na katılım sağladık.