

Tüberküloz hastalarında aile içi temas taraması yeterli midir? Köy taraması sonuçları

Is household contact screening enough in tuberculosis patients? A Village screening results

Abdurrahman Abakay¹, Abdullah Çetin Tanrikulu¹, Özlem Abakay², Hatice Selimoğlu Şen¹, Arzu Ataman³, Abdurrahman Şenyiğit¹

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

²Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Diyarbakır

³1 Nolu Verem Savaşı Dispanseri, Diyarbakır

Geliş Tarihi / Received: 01.09.2009, Kabul Tarihi / Accepted: 13.11.2009

ÖZET

Amaç: Tüberküloz (TB) damlacık enfeksiyonu ile bulaşan bir hastalık olup bulaşmada temas süresi ve yoğunluğu önemlidir. Bu yazıda TB tedavisini terk eden bir hastadan hareketle yapılmış köy taraması sonuçları sunulmuştur.

Gereç ve yöntem: Diyarbakır 1 Nolu Verem Savaş Dispanserinde 21 "Yeni yayma pozitif Akciğer TB" tanısıyla tedaviye alınan 18 yaşındaki erkek hasta tedavisinin 2. ayında tedaviyi terk etti ve üç ay sonra hasta tekrar bulunarak "Tedaviyi terkten dönen yayma pozitif akciğer TB" tanısıyla doğrudan gözetimli tedaviye alındı. Tedavi kür ile sonuçlandı.

Bulgular: Hasta, Diyarbakır iline bağlı bir köyde ikamet etmekteydi ve 810 nüfuslu bu köyde tarama yapıldı. 485 kişinin mikrofilmi çekildi, 255 kişiye Tüberkülin Cilt Testi yapıldı, 15 kişiye balgam yayması yapıldı. Taramalar sonucunda 4 kişi TB tanısıyla Anti TB tedavisine, 18 kişi isoniazid ile koruyucu ilaç tedavisine alındı. TB saptanan bu dört hasta da kaynak olgunun akrabasıydı. Tarama yapılan köydeki 2006 yılı prevalansı yüz binde 617 olarak bulundu.

Sonuç: Sosyoekonomik düzeyin yüksek olmadığı bölgelerde sadece pasif yöntemlerle değil aktif yöntemlerle de TB tanısının araştırılması ülkemiz için önemli olabilir. Ayrıca temaslı muayenesinin kaynak hastanın sadece aynı evi paylaştığı kişilere değil sosyal yaşam nedeniyle yakın ilişkide olduğu kişilere de yapılmasının faydalı olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, temas, tarama, yakın akrabalar, köy

ABSTRACT

Objectives: Transmission of tuberculosis (TB) disease occurs with droplet infection and contact time and intensity are important factors in contagion. In this report, the results of a village TB screening were presented, due to a non-compliant patient that abandoned regular TB treatment.

Materials and methods: In 'Diyarbakir No.1 Tuberculosis Dispensary, TB treatment was started in a 18 year-old male patient with the diagnosis of 'new sputum smear positive lung tuberculosis'. However, this patient lost to follow-up of therapy in the second month. After three months, the patient was found again and then anti-TB drugs were began for the diagnosis of 'treatment after interruption smear positive lung tuberculosis'. Therefore directly observed TB treatment was given to this patient and therapy resulted in complete cure.

Results: Patient was an inhabitant of a village bound to Diyarbakir city and 810 people lived there, thus a microfilm screening was performed in this village. Microfilms of 485 persons were taken and tuberculin skin test (TST) was performed to 225 people in this investigation. Sputum smear was obtained from 15 people. Four additional people diagnosed as pulmonary TB so these people received antituberculosis therapy. Eighteen people took prophylactic isoniazid therapy due to positive TST reactivity. Four patients with TB were close relatives of the index patient. In this village, tuberculosis prevalence was 617 per thousand in 2006.

Conclusion: In low-socioeconomic people, TB patient should be looked for not only with passive methods, but also with active methods. Furthermore, TB scanning should be carried not only in index patient's household contacts, but also in persons having close relationships with him because of social life.

Key Words: Tuberculosis, contact, screening, village life, close relatives

Yazışma Adresi /Correspondence: Abdurrahman Abakay, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Diyarbakır E-mail: arahmanabakay@hotmail.com

Copyright © Dicle Tıp Dergisi 2010, Her hakkı saklıdır / All rights reserved



GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün özellikle az ve orta gelişmiş ülkelere yönelik önerdiği Tüberküloz (TB) Kontrol Programı stratejilerinde “pasif olgu bulma yöntemi” temel alınmaktadır. Kısıtlı kaynaklara sahip olan bu ülkelerde uygulanan programda özellikle en fazla bulaştırıcı olan yayma pozitif akciğer TB olgularının erken tanısı ve doğrudan gözetim altında tedavisi öncelik taşımaktadır¹. Öncelikler ve kısıtlı kaynaklar dikkate alınarak uygulanan bu yaklaşımın, muhtemelen bulaştırıcı da olabilecek birçok hastanın daha erken tanı ve tedavi şansının da yitirilmesine yol açabileceği düşünülebilir.

Temaslılar, hasta tanı aldıktan sonraki en kısa sürede (bir hafta içinde) TB açısından kontrolden geçirilir, ikinci ve üçüncü muayeneler iki-üç ay aralıklarla yapılır. TB saptananlara tedavi başlanır. TB saptanmayan, önceden TB tedavisi almamış ve akciğer filminde üst zonlarda sekel lezyonu olan hastalarda balgam teksif ve kültürleri istenir. Sekel lezyonu başka hastalığa bağlı değilse, kültür sonuçları negatif gelince 35 yaş altı gruba koruyucu İsoniazid tedavisi 6 ay süreyle verilir; 35 yaş ve üstündeki deki kişilere ise en az 2 yıl süreyle balgam ve filmlerle periyodik takip yapılır².

Yeni olgu bulmak için eskiden yaygın olarak risk grubu gözetmeksizin tüm topluma yapılan kitlesel mikrofilm taramalarının günümüz koşullarında pratik bir yararının olmadığı anlaşılmış ve bu nedenle terk edilmiştir³. Fakat riskli grupların bu yöntemle taranmasının faydalı olacağını düşünmekteyiz. Çünkü mikrofilm nispeten ucuz ve daha kolay ulaşılabilen bir tarama yöntemidir.

Günümüzde yüksek riskli gruplarda aktif tarama önerilmektedir. Yüksek riskli gruplar, TB insidansının yüksek (yüz binde 100 ve üzeri) olduğu topluluklar olarak tanımlanmaktadır⁴.

Ülkemizde yüksek insidansı topluluklar, TB hastalarının temaslıları⁵, cezaevlerinde

Kalanlar⁶ ve sağlık çalışanlarıdır⁷.

Bu çalışmanın amacı; yüksek oranda bulaştırıcı olan TB hastalığının sadece ev içi temaslılara değil aynı zamanda sosyal yaşam nedeniyle sık görüştüğü temaslılarının da yüksek riskli grup olarak algılanıp rutin tarama programına alınmasının gerekip gerekmediğinin tartışılması amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Diyarbakır, Güneydoğu Anadolu bölgesinde yer alan bir ildir. Kırsal yerleşim ilimiz nüfusunun büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Ülkemizde 2006 yılında TB insidansı yüz binde 28 iken 2007 yılı insidansı yüz binde 27.9 idi. İlimizde ise 2007 yılı TB insidansı yüz binde 25.8 iken ülke insidansı yüz binde 25 olarak saptanmıştır⁸.

Diyarbakır 1 Nolu Verem Savaş Dispanserinde (VSD) 21.03.2006 tarihinde “Yeni yayma pozitif Akciğer TB” tanısıyla tedaviye alınan 18 yaşındaki erkek hasta tedavisinin 2. ayında tedaviyi terk etmiş ve 13.09.2006 tarihinde hasta tekrar bulunarak “Tedaviyi Terkten Dönen Yayma Pozitif Akciğer TB” tanısıyla doğrudan gözetimli tedaviye alınmıştır. Bu hastanın arada geçen sürede kırsal bir alanda yaşadığı ve herhangi bir tedavi almaksızın sosyal yaşantısına aynen devam ettiği saptandı. Kırsal alandaki sosyal yaşam özellikleri ve yakın ilişkiler göz önüne alınarak kendi ev dışındaki kişilerle temas süre ve sayısının kentsel yaşam özelliklerine göre daha yoğun olduğu göz önünde bulunduruldu ve tüm köyün taranmasına karar verildi. Taramanın yapıldığı köyün nüfusu 810 idi. 1 nolu VSD tarafından oluşturulan tarama ekibi bir doktor, bir hemşire, bir sağlık memuru, bir röntgen teknisyeni ve bir şoförden oluşmaktaydı. Tüberküloz deri testi reaksiyonunu değerlendirmek üzere 72 saat sona tekrar köye gidildi.

Tarama, ulusal TB programında aşağıda belirtilen hususlara uyularak yapıldı²:

Temaslılar, hasta tanı aldıktan sonraki en kısa sürede (bir hafta içinde) TB yönünden kontrolden geçirilir, ikinci ve üçüncü muayeneler iki-üç ay aralıklarla yapılır. Kontrollerde temaslı kişi eğitilir. İlk muayenede temasının öyküsü alınır, Fizik muayenesi yapılır, Tüm temaslılara Tüberkülin cilt testi (TCT) yapılır. Mikrofilm ya da standart akciğer filmi çekilir. Değerlendirilemeyecek kadar kötü filmler yeniden çekilir. Çekilen filmlerde patoloji saptanan kişiler, en yakın VSD' ne çağrılır. Öksürüğü ya da başka semptomları olanlar ve/veya filminde patolojik görüntü bulunanların en az üç kez balgam yayması ve kültürü yapılır. Dispanserde klinik durumları değerlendirilir, ilk çekilen film mikrofilm ise dispanserde standart film çekilir ve üç kez balgam ARB incelemesi yapılır.



Tüm köyün taraması sonucunda fizik muayene, radyolojik ve TCT pozitifliği ile TB şüphesi olan kişiler ileri değerlendirme amacıyla dispansere çağrıldı. TB yönünden tetkikleri yapıldı. TB saptananlara standart anti-TB tedavi başlandı. Saptanmayanlara ulusal TB programa göre koruma tedavisi verildi.

Ülkemizde koruyucu ilaç tedavisi endikasyonları ulusal programa göre Tablo 1 de verilmiştir (2). Bizde koruma tedavisini bu endikasyonlara göre belirledik.

Tablo 1. Koruma tedavisi²

TÜBERKÜLOZ HASTASI İLE TEMASI OLMAYANLAR	
15 yaşından küçük TCT pozitif çocuklar	Yeni enfeksiyonda TB hastalığı gelişme riski yüksektir ve çocuklarda genellikle yeni enfeksiyon söz konusudur. Çocuklarda TB hastalığı, hayatı tehdit eden milyer ve menenjit formlarda ortaya çıkabilir.
TCT konversiyonu	Son 2 yılda, bu arada BCG aşısı yapılmamış olmak koşuluyla, daha önce negatif olan TCT'nin en az 6 mm artış göstermesi ve pozitifleşmesi.
Akciğer filminde TB sekeli lezyonu	Eski TB ile uyumlu sekel lezyonu olan 35 yaş altındakiler
TB riskini artıran bağışıklığı baskılanmış TCT pozitif kişiler	Bu grup hastada TCT pozitifliği kriteri 5 mm ve üzeri değerlerdir.
TÜBERKÜLOZ HASTASI İLE TEMASI OLANLAR	
35 yaşından daha genç olanlar	Koruyucu tedavi 6 ay süreyle verilir. 6 yaşından küçük çocuklara koruyucu tedavinin sonunda TCT yapılır. Negatif bulunursa, BCG aşısı yapılır; pozitif bulunursa bir şey yapılmaz. (Önceki kılavuzlarda 15 yaşa kadar öneriliyordu. İstanbul'da yapılan bir çalışma ile 16-35 yaş grubundaki temaslılarda TB hastalığı gelişme riskinin yüksek olduğu gösterilmiştir (54))
TCT konversiyonu	Son 2 yılda, bu arada BCG aşısı yapılmamış olmak koşuluyla, daha önce negatif olan TCT'nin en az 6 mm artış göstermesi ve pozitifleşmesi.
Akciğer filminde TB sekeli lezyonu	Eski TB ile uyumlu sekel lezyonu olan 35 yaş altındakiler.
TB riskini artıran bağışıklığı baskılanmış kişiler	

Köyün tarama yapıldığı tarihteki TB prevalansı saptanan hasta sayısı / köyün o günkü nüfusu ×100.000 olarak hesaplandı.

BULGULAR

Tarama yapılan köyde tespit edilen hasta Diyarbakır 1 Nolu Verem Savaş Dispanserinde "Yeni yayma pozitif Akciğer TB" tanısıyla dörtlü (İzoniazid, Rifampisin, Etambutol, Pirazinamid) standart anti-TB tedaviye alınmıştı. Bu hasta 18 yaşında erkekti. Hasta tedavisinin 2. ayında ailevi ve adli bir olaydan ötürü tedaviyi terk etmişti. Hasta köy muhtarının girişimleri sonucu ancak tedaviye başlamasından altı ay sonra tekrar bulunarak "Tedaviyi Terkten Dönen Yayma Pozitif Akciğer TB" tanısıyla standart doğrudan gözetimli tedaviye alındı. Hastanın bu seferki tedavisi beş ilaçla (İzoniazid, Rifampisin, Etambutol, Pirazinamid ve Streptomisin) başlan-

dı ve hastanın tedavisi kür ile sonuçlandı. Köy içi sosyal yaşam özellikleri nedeniyle temaslı muayene hizmetinin genişletilerek tüm köy halkının taranmasına karar verildi.

Taramanın yapıldığı köyün nüfusu 810 idi. 422 kadın (% 52,1) ve 388 (% 47,9) erkekti. Köyde mevcut tarama gününde 648 kişi mevcuttu. Bu kişilerden 163'ü herhangi bir şikayeti olmadığını beyan ederek tarama işlemi kabul etmedi. Tarama işlemi toplam 485 kişiye yapıldı. Bu kişilerden 485'i mikrofilm çekirtmeyi ve 255'i ise kişi TCT yaptırmayı kabul etti (Tablo 2).



Tablo 2. Köye ait demografik veriler

Veriler	n	%
Köy Nüfusu	810	100
Tarama sırasında köyde bulunan Nüfus	648	80
Cinsiyet		
Erkek	388	52.1
Kadın	422	47.9
Mikrofilimde şüpheli lezyon	33	5.9
Tarama yapılabilen Nüfus	485	59.9

Toplam 33 kişinin mikrofilminde şüpheli lezyon görüldü ve balgam verebilen 15 kişiye balgam yayması yapıldı. Bu taramalar sonucunda üç çocuk yaş grubundaki kişiye “yeni yayma bilinmeyen akciğer TB” ve bir yetişkin çağdaki kişiye “yeni yayma negatif akciğer TB” olmak üzere toplam dört kişiye TB tanısı konularak tedavi başlandı. Kaynak olgu dışında saptanan bu dört olgudan üçü hastanın kuzeniydi. Diğer hasta ise kaynak olgunun hem komşusu hem de uzak akrabası idi. Bu dört hastanın kaynak olgumuzla vakit geçiren ve yakın temas halinde olan kişiler oldukları saptandı. Bu hastalar standart tedavilerini başarıyla sonuçlandırdı. Köyün TB prevalansı yüz binde 617, TB riski ülke insidansına göre ise 22 kat fazla olarak bulundu. Toplam olarak 255 kişiye yapılan TCT sonucu ulusal TB programına göre 43 kişide TCT pozitif bulundu. Tablo 1’de verilen koruma endikasyonlarına göre 18 kişiye koruma tedavisi verildi. Koruma tedavisi alanlar koruma tamamlama sonucuyla koruma tedavisini tamamlamıştı.

TARTIŞMA

DSÖ’nün özellikle az ve orta gelişmiş ülkelere yönelik önerdiği TB kontrol programı stratejilerinde “pasif olgu bulma yöntemi” temel alınmaktadır. Kısıtlı kaynaklara sahip olan bu ülkelerde uygulanan programda özellikle en fazla bulaştırıcı olan yayma pozitif akciğer TB olgularının erken tanısı ve doğrudan gözetim altında tedavisi öncelik taşımaktadır¹. Ülkemizde yapılan bir çalışmada temaslılarının taramasının özellikle de erişkinler için öncelikli olarak kabul edilmemesinin (öncelikler ve kısıtlı kaynaklar dikkate alınarak uygulanan bu yaklaşımın) muhtemelen bulaştırıcı olabilecek birçok hastanın daha erken tanı ve tedavi şansını ortadan kaldırabileceği bildirilmiştir⁹.

Kaynak TB hastamızın köyde yaşaması ve köydeki yakın sosyal ve akrabalık ilişkileri nedeniyle sadece ev halkının değil diğer hanelerde yaşayanlarla da temas sıklığının ve süresinin fazla olduğu saptandı. Bu nedenle tüm köy halkının yüksek risk altında olabileceği düşünülerek temaslı taramasının ev içi ile sınırlandırılmayarak tüm köye yapılmasına karar verildi. Yapılan tarama sonucu köydeki TB insidansı yüz binde 617 olarak saptandı. Bu nedenle bu köyün yüksek insidanslı grup olarak kabul edilebileceği düşünüldü. Çalışmamızda olduğu gibi köy ve benzeri sosyal yaşam özellikleri gösteren topluluklarda yaşayan kaynak TB hastalarının yapılacak temaslı muayenelerinin genişletilerek topluluğun tümüne uygulanmasının faydalı olabileceğini düşünmekteyiz.

Abakay ve ark.¹⁰ ilimizde yaptıkları bir çalışmada kaynak TB hastası başına ortalama 5.51 ± 2.96 adet yakın temaslı kaydedildiği saptamışlardı. Kaydedilen 1986 yakın temasının 596’sında (% 30) tarama muayenesi yapılmadığını bildirmişlerdir. Yine tüm ülkemiz verilerini kapsayan bir çalışmada hasta başına 3.54 temaslı saptanmış ve bunlardan %71,8’i muayene edilmiştir¹¹. Bu veriler bize ülkemizde TB hastası başına yapılan temaslı muayene sayısının yetersiz olduğunu göstermektedir. Ancak bu yayınların her ikisi de doğrudan gözetimli tedavi (DGT) uygulamalarından önceki döneme aittir. Bu konuda özellikle DGT sonrası dönemde temaslı muayene sayısı hakkında daha geniş serili çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynak olgumuzun ilk tedavisinde doğrudan gözetim uygulanmamıştı. Hasta tedavisini bu yöntemle alsaydı, etkin ve kısa sürede bulaştırıcılığının kısa sürede kaybolma ihtimali olduğunu ve ayrıca temas taramasının daha etkin olabileceğini düşünmekteyiz.

Sonuç olarak TB hastalarının sosyoekonomik düzeyleri genellikle düşüktür. Bu nedenle sadece pasif yöntemlerle değil aktif yöntemlerle de TB tanısının konulması ülkemiz açısından önemli olabilir. Ayrıca kaynak hastanın sadece aynı evi paylaştığı kişilere değil sosyal yaşam nedeniyle yakın ilişkide olduğu kişilere de temaslı muayenesinin yapılmasının faydalı olabileceğini düşünmekteyiz.



KAYNAKLAR

1. World Health Organization Global Tuberculosis Programme. An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control (WHO/CDS/TB/2002.297). Genava: WHO, 2002.
2. Özkara Ş, Aktaş Z, Özkan S, Ecevit H.T.C. Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Daire Başkanlığı, Türkiye’de Tüberkülozun Kontrolü için Başvuru Kitabı, Ankara, Rekmay Matbaacılık, 2003, 19-22.
3. WHO Technical Report Series, No 552, 1974. (Ninth report of the WHO Expert Committee on Tuberculosis).
4. Clancy L, Rieder HL, Enarson DA, Spinaci S. Tuberculosis elimination in the countries of Europe and other industrialized countries. Eur Respir J 1991;4:1283-1295.
5. Küçük G, Kümbetli Ş, Sarımurat N, et al. Yayma (+) akciğer tüberkülozlu olguların 15 yaş üzeri temaslarında takip sonuçları. Toraks Dergisi 2002;3:71-75.
6. Kiter G, Arpaz S, Keskin S, et al. Tuberculosis in Nazilli District Prison, Turkey, 1997-2001. Int J Tuberc Lung Dis 2003;7:153-158.
7. Özkara Ş. Sağlık kurumlarında tüberküloz bulaşması ve alınması gereken önlemler. Toraks Dergisi 2002;3:89-97.
8. <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF404F9755767D76FF073F52E6932F1252>.
9. Kılıçaslan Z, Amasya A, Çuhadaroğlu Ç. Çocuk ve kadın tüberkülozlu olguların saptanmasında temaslı taramasının önemi; İstanbul’da retrospektif bir olgu-kontrol çalışması Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2006;54:11-16.
10. Abdurrahman Abakay, Özlem Abakay, A Çetin Tanrıku- lu, Mehmet Coşkunsel. Diyarbakır 1 No’lu Verem Savaş Dispanseri’nde Temaslı Muayene Ve Kemoprofilaksi Hizmetlerinin Düzeyi. Göztepe Tıp Dergisi 2006; 21:129-135.
11. Şeref Özkara, Zeki Kılıçaslan, Filiz Öztürk, ve ark. Bölge Verileriyle Türkiye’de Tüberküloz. Toraks Dergisi 2002;3:178-187.

