

Bizim hastamızda ise aminoglikozidin kesilmesi ve yoğun destek tedavisine rağmen 2 hafta sonra serum kreatinin seviyesi normale geldi.

Saygılarımla,

Dr. Mesut Okur

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konuralp, Düzce, İstanbul, Türkiye

Tel: + 90 380 542 13 90

E-posta: okurmesut@yahoo.com

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne Kene Tutunması ile Başvuran Çocuk Olgularının Değerlendirilmesi

Sayın Editör,

Derginizin 2010 yılı 4. sayısında yayınlanan (1) "Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne Kene Tutunması ile Başvuran Çocuk Olgularının Değerlendirilmesi" (1) makalesini ilgiyle okudum. Çocuklardan çıkarılan kene türlerinin tiplendirildiği bu çalışmayı, ülkemizdeki bu alandaki çalışmaların kısıtlı olması nedeniyle bilgi verici bir çalışma olarak değerlendirdim. Türkiye'de memeliler, sürüngenler ve kuşlarda 32 kene türü bildirilmiştir. *Ixodes spp.* çoğunlukla Karadeniz bölgesinde görülmüş ve bunun bölgenin yağmurlu ve yoğun ormanlık olmasıyla ilişkili olduğu düşünülmüştür. Sporadik olarak bulunan türler: *Amblyomma variegatum* Hatay'da (Suriye sınırında), *Boophilus kohlsi* Güney Doğu bölgesinde (Suriye sınırında), *Ornithodoros* Orta Anadolu ve Doğu Anadolu'da ve *Otobius megnini* Doğu Anadolu'da (Malatya ilinde) saptanmıştır. *Haemaphysalis*, *Hyalomma*, *Boophilus*, *Dermacentor*, *Rhipicephalus* ve *Argas* türlerine ait keneler bütün Anadolu'da yaygındır (2). Bu klinik çalışma ile de Bursa yöresinde görülen kene türleri ve yaşam evreleri hakkında veriler ortaya konmuştur. Ayrıca kene tutunması ile başvuran çocuklarda izlenecek yollar ve kene ile bulaşan hastalık spektrumu ortaya konmuştur. Keneler riketsiyal, spiroketal bakteriyel ve parazitik hastalıkların vektörü olan kan emen ektoparazitlerdir. Kene ile taşınan hastalıklar, sağlıklı çocuklar ve erişkinlerde ciddi hastalıklar ve ölüme neden olmaya devam etmektedir. Bu hastalıkların erken belirti ve bulguları sıklıkla hafif ve nonspesifik viral hastalıklara benzediği için tanı zor olabilir. Tanısal zorluklar nedeniyle keneler, kenelerin yaşadıkları doğal ortamlar, kene kökenli hastalıkların semptomları ve tedaviler hakkında bilgi sahibi olmak gereklidir. Kene tutunması olan bir hasta başvurduğunda, kenenin doğru olarak çıkarılması, kenenin tipinin belirlenmesi ve sınıflandırılması uygun tedavi için önemlidir (3).

Dr. Gönül Tanır

Pediyatrik Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı

Dr. Sami Ulus Kadın-Doğum ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Kliniği, Ankara, Türkiye

Tel: +90 312 305 61 81

E-posta: gonultanir58@yahoo.com

doi:10.5152/ced.2011.17

Kaynaklar

1. Çelebi S, Aydın L, Hacımustafaoğlu M ve ark. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne Kene Tutunması ile Başvuran Çocuk Olgularının Değerlendirilmesi. J Pediatr Inf 2010; 4: 133-7.
2. Aydın L, Bakirci S. Geographical distribution of ticks in Turkey. Parasitol Res 2007; 101 (Suppl 2): 163-6.
3. Tanır G, Özgelen Ş, Tuynun N. Kenelerin Biyolojik Özellikleri, Kene ile Bulaşan Hastalıklar ve Türkiye'deki Epidemiyolojik Veriler. J Pediatr Inf 2008; 3: 117-23.

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne Kene Tutunması ile Başvuran Çocuk Olgularının Değerlendirilmesi

Sayın Editör,

Derginizin 2010 yılı 4. sayısında yayınlanan Çelebi ve arkadaşlarının yazdıkları "Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne Kene Tutunması ile Başvuran Çocuk Olgularının Değerlendirilmesi" adlı yazıyı (1) ilgi ve dikkatle okudum. Bilindiği gibi 2002 yılından itibaren ülkemizde Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) hastalığına bağlı vakalar ve ölümler bildirilmektedir. Erişkin hastalar vakaların çoğunu oluştururken, çocuklarda KKKA'dan etkilenen diğer bir grubu oluşturmaktadır. Türkiye'de özellikle Kuzeydoğu Anadolu ile Bolu arasındaki Kelkit, Çekerek, Yeşilirmak vadilerinin bulunduğu coğrafik alanlardaki bölgelerde ağırlıklı olarak vakalar görülmektedir (2,3). Ancak 2010 yılına gelindiğinde neredeyse tüm Türkiye'den sporadik KKKA vakaları bildirilmiştir. Belirli bölgelerden KKKA hastalığının sık olarak bildirilmesi, *Hyalomma marginatum* cinsi keneler için bu coğrafik bölgelerde uygun yaşam alanlarının olması ve insanlarla temas riskinin artması ile ilişkilidir. Bursa bölgesinde ise KKKA vakasına rastlanılmaması, *Hyalomma marginatum* cinsi keneler için uygun yaşam alanlarının olmaması ile ilişkilidir. Bu çalışmaya benzeyen ve Ankara'da 2008 yılında polikliniğimize kene tutunması nedeniyle başvuran çocuklarda yapmış olduğumuz bir çalışmada; Ankara merkezinde KKKA vakası tespit edilemezken, Ankara'nın çevresindeki kırsal bölgelerden başvuranlarda KKKA vakası tespit edilmiştir (4). Ayrıca akılda tutulması gereken diğer bir konuda her kenenin KKKA virusunu taşımasıdır. Bu yazıda kenele-

rin ülkemizde mekanik ve biyolojik vektör olarak brusellosis, veba, salmonellosis, listeriosis, Lyme, borreliosis, tropikal theileriosis, babesiosis, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) ve riketsial etkenleri naklettiği ile ilgili bir vurgu yapılmış. Ancak kenelerin ülkemizde mekanik ve biyolojik vektör olarak özellikle brusellosis, veba, salmonellosis ve listeriosis naklettiği ile ilgili yeterli verilerin olmadığı kanısındayım.

Literatürde KKKA ile ilgili yazıların neredeyse hepsi erişkin vakalar ile ilgili iken, çocuk vakalar ile ilgili az sayıda yayın bulunmaktadır (4-7). Bu yazıda da çocuk vakaların klinik durumu ile ilgili başka yazıların refere edilmiş olması bir eksiklik olarak göze çarpmaktadır. Zira ülkemizde çocuk vakalarda klinik seyir erişkinlere göre farklı seyretmektedir. Kendi tecrübelerimizin değerlendirildiği çalışmada, çocuk vakalarda KKKA daha hafif seyirli olurken, ölümlerde çocuklarda daha az görülmüştür (5). Buda çocuklarda hastalığın neden daha hafif seyirli olduğu sorusunu gündeme getirmektedir (8).

Bu yazıda üzerinde durulması gereken diğer bir konuda kene tutunması ile başvuran hastalara başlanılan profilaktik tedaviler. Hastalara neden profilaktik tedavilerin başlandığı daha ayrıntılı anlatılmalı idi. Neredeyse tüm Türkiye’de nisan ve ekim ayları arasında hastanelere kene tutunması nedeniyle başvurular olmaktadır. Dolayısıyla bu çalışma refere edilerek profilaktik tedaviler başlanılabılır. Oysaki Sağlık Bakanlığı’nın genelgelerinde kene ile başvuran kişilere böyle bir profilaktik tedavi önerisi bulunmamaktadır. Kenenin insanlar üzerinden çıkartılırken, başının içeride kalmamasına dikkat edilmesi gerektiği konusunda vurgu yapılmış. Ancak kenenin başının içeride kalmasının hastalık için ek bir risk getirmediği bilinmelidir. Üzerinde durulması gereken diğer bir konuda ilk başvuruda hastalara rutin bakılan tetkikler (tam kan sayımı, karaciğer fonksiyonları ve koagülasyon testleri). Sağlık Bakanlığı’nın yayınlamış olduğu algoritmada, kene tutunması nedeniyle başvuran her hastadan rutin laboratuvar tetkiklerinin, özellikle karaciğer fonksiyonları ve koagülasyon testleri istenmesi önerilmemektedir. Sonuç olarak; uzun zamandır ülkemizde endemik olarak görülen KKKA hakkında bilgilendirici yazıların yayınlanması, hekimlerin hastalığı zaman zaman hatırlaması açısından önemlidir.

Dr. Hasan Tezer

Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Çocuk Enfeksiyon Kliniği, 06100
Dışkapı, Ankara, Türkiye
Tel: +90 312 596 99 37
Fax: +90 312 347 23 30
E-posta: hasantezer@yahoo.com
doi:10.5152/ced.2011.18

Kaynaklar

1. Çelebi S, Aydın L, Hacimustafaoğlu M, et al. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi’ne kene tutunması ile başvuran çocuk olgularının değerlendirilmesi. J Pediatr Inf 2010; 4: 133-7.
2. Özkurt Z, Kiki I, Erol S et al. Crimean-Congo hemorrhagic fever in Eastern Turkey: clinical features, risk factors and efficacy of ribavirin therapy. J Infect 2006; 52: 207-15.
3. Ergonul O, Celikbas A, Dokuzoguz B, Eren S, Baykam N, Esener H. Characteristics of patients with Crimean-Congo hemorrhagic fever in a recent outbreak in Turkey and impact of oral ribavirin therapy. Clin Infect Dis 2004; 39: 284-7.
4. Tezer H, Sayli TR, Bilir Arman Ö, Demirkapı S. Çocuklarda Kene ısırması Önemli midir? 2008 Yılı Verilerimiz. J Pediatr Inf 2009; 3: 54-7.
5. Tezer H, Sucaklı IA, Sayli TR et al. Crimean-Congo hemorrhagic fever in children. J Clin Virol 2010; 48: 184-6.
6. Dilber E, Cakir M, Acar EA, et al. Crimean-Congo haemorrhagic fever among children in north-eastern Turkey. Ann Trop Paediatr 2009; 29: 23-8.
7. Sharifi-Mood B, Mardani M, Keshtkar-Jahromi M, Rahnavardi M, Hatami H, Metanat M. Clinical and epidemiologic features of Crimean-Congo hemorrhagic fever among children and adolescents from southeastern Iran. Pediatr Infect Dis J 2008; 27: 561-3.
8. Tezer H, Sayli TR, Metin A, Köker Y, Devrim I, Ergönül O. Lymphocyte subgroups in children with CCHF: a marker for prognosis. J Infect 2009; 59: 291-3.

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi’ne Kene Tutunması ile Başvuran Çocuk Olgularının Değerlendirilmesi

Sayın Editör,

Derginizin 2010 yılı 4. sayısında yayınlanan “Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi’ne kene tutunması ile başvuran çocuk olgularının değerlendirilmesi” isimli makaleyi (1) ilgiyle okudum. Çelebi ve arkadaşları (1), bu çalışmada kene tutunması nedeniyle hastanelere başvuran çocuk olguların epidemiyolojik, klinik, laboratuvar ve izlem bulgularını irdemişlerdir.

Kene ısırıklarının ve sonucunda oluşan ölümlerin yazılı ve görsel basında yer bulması ile birlikte toplumda ciddi endişe, kenelere karşı duyarlılık ve bilinçlenme gelişmiştir. Buna paralel olarak da Acil, Çocuk ve Enfeksiyon Hastalıkları polikliniklerine başvuran olgu sayılarında yıllara göre artış saptanmıştır. Bununla birlikte, kene ısırması nedeniyle hastanelere başvuran hastalar ve yakınları, kene ile bulaşan hastalıklardan birine yakalanabileceklerini düşünmektedirler ve hastaneye yatırılıp tedavi olmak istemektedirler. Bu da hasta yakınları ve doktorlar arasında istenmeyen tartışmalara neden olmaktadır. Bu durumda her kene ısırığı vakasının, kene ile bulaşan hastalıklara yakalanmayacağı ve ilgili semptomların olması halinde nasıl davranılması gerektiği konusunda hasta ve yakınlarına bilgi verilmeli ve onların tedirginlikleri giderilmelidir.