

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.

Diğer taraftan sunulan çalışmada yazarlar kene tutunması ile başvuran olgulara Kırım-Kongo kanamalı ateşi, babesiosis, tularemi, borreliosis, Q humması, kayalık dağlar benekli humması ve kene ensefaliti gibi keneler ile bulaşan hastalıklardan korunmak amacıyla profilaktik antibiyotik tedavisi (9 yaşından büyük çocuklara doksisisiklin, 9 yaşından küçük çocuklara klaritromisin) başlamışlardır. Ancak yapılan araştırmalarda Lyme hastalığı dışında kene ile bulaşan hastalıklara yönelik olarak profilaktik antibiyotik tedavisi önerilmemektedir (2,3). Lyme hastalığında ise aşağıdaki şartların tümünün oluşması halinde profilaksi önerilmektedir (4):

- 1- Kan emme ve keneye temas süresinin kesinliğine dayanarak 36 saat ve üzerinde yapışmış olduğu tahmin edilen erişkin veya nimfal *I. scapularis* olarak tanımlanabilen kene varlığında,
- 2- Kene çıkarıldıktan sonra 72 saati geçmemişse,
- 3- Ekolojik bilgiler bu kenelerin *Borrelia burgdorferi* ile %20 veya daha fazlasının enfekte olduğunu gösteriyorsa,
- 4- Doksisisiklin tedavisi kontrendike değilse.

Bu bağlamda, yazarların bu konuya açıklık getirmeleri gerekmektedir. Öncelikle çalışmada rasyonel olmayan antibiyotik kullanımı söz konusudur. Ayrıca çalışmanın prospektif karakterde olması nedeniyle rutin olarak önerilmemesine rağmen başlanan profilaktik antibiyotik tedavisi hakkında olguların ebeveynlerine konu hakkında bilgi verilip onayları alınmış mıdır?

Dr. Mehmet Uluğ

Özel Ümit Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği,
Eskişehir, Türkiye
Tel: +90 532 447 57 56
Faks: +90 222 335 01 70
E-posta: mehmetulug21@yahoo.com
doi:10.5152/ced.2011.19

Kaynaklar

1. Çelebi S, Aydın L, Hacımustafaoğlu M, et al. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne kene tutunması ile başvuran çocuk olgularının değerlendirilmesi. J Pediatr Inf 2010; 4: 133-7.
2. Moss P, Beeching NJ. Arthropods and ectoparasites. In: Cohen J, Powderly WG, Opal SM (eds). Infectious Diseases. 3rd ed. Maryland: Mosby-Elsevier; 2010. p.128-39.
3. Ağalar C, Aydos TR, Gürdal H. Deneysel araştırma laboratuvarı ve zoonozis. Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2005; 9: 175-86.

4. Bayındır Y. Boreliyo. In: Doğanay M, Altıntaş N (eds). Zoonozlar. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi; 2009. p.71-83.

Yanıt:

Sayın Editör,

"Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne kene tutunması ile başvuran çocuk olgularının değerlendirilmesi" isimli makale için Uluğ, Tezer ve Tanır tarafından yapılan eleştiriler değerlendirilmiştir. Çalışmamızda kene tutunması ile başvuran olgular prospektif olarak izlendi, ancak olgulardan çıkarılan kenelerin tiplendirmesi hemen yapılamamıştır. Lyme hastalığı, *Borellia burgdorferi* isimli bakterinin neden olduğu ve *Ixodes ricinus* kompleksindeki kene türleriyle bulaştırılan bir hastalıktır (1). Ülkemizde kenelerde *B. burgdorferi* pozitifliğin araştırıldığı çalışmalarda, Silivri'de 835 kenenin hiçbirinde pozitiflik saptanmamış iken, Antalya'da %1.1, İstanbul'da erişkin kenelerin %44'ünde, nimflerin %39'unda, Trakya'da %95.8'inde etken gösterilmiştir (2,3). İstanbul merkezinde kene ısırığı ile başvuran kişilerin incelendiği diğer bir çalışmada, sıklıkla *Hyalomma aegyptium* nimf formu (%52.19) ve ikinci sıklıkta *Ixodes ricinus* dişi kene (%27.23) saptanmıştır (4). Bu çalışmalarda da bildirildiği gibi Marmara Bölgesinde Lyme etkenini taşıyan *Ixodes ricinus* kene sıklığı yüksek bulunduğundan olgularımıza aileye bilgi verilerek onamları alınmış ve profilaktik tedavi verilmiştir.

Dr. Solmaz Çelebi

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, 16059 Görükle, Bursa, Türkiye
Tel.: +90 224 295 04 25
Faks: +90 224 442 87 49
E-posta: solmaz@uludag.edu.tr

Kaynaklar

1. Özkurt Z. Türkiye'de *Borrelia burgdorferi* enfeksiyonları ve tanı ilkeleri. Klinik Dergisi 2007; 20: 109-20.
2. Anlar FY, Durlu Y, Aktan G et al. Clinical characteristics of Lyme disease in 12 cases. Mikrobiyol Bul 2003; 37: 255-9.
3. Güner ES, Hashimoto N, Takada N, Kaneda K, Imai Y, Masuzawa T. First isolation and characterization of *Borrelia burgdorferi* sensu lato strains from *Ixodes ricinus* ticks in Turkey. J Med Microbiol 2003; 52: 807-13.
4. Vatansever Z, Gargili A, Aysul NS, Sengoz G, Estrada-Pena A. Ticks biting humans in the urban area of İstanbul. Parasitol Res 2008; 102: 551-3.