

T.E.B'nin USULSÜZ SÜRSAJ İÇİN SON UYARISI

BÖLGE ECZACI ODALARI YÖNETİM KURULU BAŞKANLIKLARINA

Sayı : 21-664

ANKARA

Genelge 18

13.11.1985

14.3.1984 tarih ve 18489 sayılı Resmî Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiş olan «SÜRSAJ»ın bazı meslektaşlarımız tarafından tebliğ'e ve konu ile ilgili genelgelerimize aykırı olarak yapıldığı tesbit edilmiştir. Yasal mesleki hakkımızı bu türden sorumsuzca davranışlarla zedeleyen meslektaşlarımız hakkında, TCK 401 ve 526. maddeleri ve Türk Eczacıları Deontoloji tüzüğü, 6197 sayılı kanun ve 6643 sayılı kanun hükümleri gereği olarak yasal işlemler yapılmaktadır.

Meslektaşlarımızın bu tür cezai tedbirlere başvurulmadan adı geçen TEBLİĞ ve Genelgelere uygun şekilde sürsarj yapmaları, yanlış uygulamalara sapmamaları zorunludur.

Tesbit edilen hataların başlıcaları şunlardır:

- Sürsarj, etiket kullanılmadan yapılmaktadır.
- Sürsarj etiketleri ufak parçalanarak bölünerek kullanılmaktadır.
- Liste fiyatlarına riayet edilmeden, söylentilere göre fiyat uygulanmaktadır. Asıl olan SSBY liste fiyatıdır.
- Etiketler, Eczaneler ve Depolarca takas edilmektedir. Etiketleri hangi eczaneye, hangi depoya verildiği seri numaraları ile kayıtlıdır.

İhtilaf halinde Birlik ve Odalardaki seri numaralarına itibar edilmektedir.

Etiket ve Numaratör ihtiyaçlarını her zaman için Bölge Eczacı Odaları karşılamak durumundadır. Bu nedenle Odaların bir miktar sürsarj malzemesini stoklarında bulundurmaları ve talep eden meslektaşlara anında vermeleri gerekmektedir.

14.3.1984 tarih 13 Nolu ve 18.9.1984 tarih 14 nolu genelgelerimizde sürekli ve düzgün bir dağıtım için gerekli organizasyonun Odalar tarafından kurulması istenmiş idi. Ancak bazı Odalarımızın dağıtım işlemlerinde aksaklıklar olmakta, meslektaşlarımız sürsarj malzemesini sürekli ve anında temin edememektedirler. Bu tür aksaklıklar ise eczanelerin etiketi yedekli bulundurmaları ve bitmeden yesini talep etmeleri ile giderilebilir.

Tebliğ ve Genelgelere aykırı hareket ettiği tesbit edilen czane ve depolar hakkında derhal gerekli işlemler yapılarak Haysiyet Divanına sevk edilmek zorunluluğu vardır. Oda yöneticileri bu işlemlerin her safhasından sorumlu olup ilgili kurullarını göreve davet etmek ve denetlemek durumundadırlar.

Ortaya çıkabilecek sorun ve aksaklıklar, Oda yöneticilerinin görev aksatmaları olarak yorumlanacaktır.

Konu ile ilgili, daha önce yayınlamış olduğumuz genelgeler bilgi olması amacıyla ekte bir kez daha yer almaktadır. Oda yöneticileri ve meslektaşlarımızın konuya hassasiyetle yaklaşmaları adı geçen tebliğ ve genelgelere harfiyen uymaları gerekmektedir.

Yukarıdaki hususların bölgenizdeki meslektaşlarımıza ivedi olarak duyurulmasını saygıyla rica ederim.

TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ MERKEZ HEYETİ

**Genel Sekreter
Dr. Nurettin ABACIOĞLU**

T. C.
TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ
ECZANELER BÖLGE TEMSİLCİLİKLERİ VE ECZACILAR İŞYERİ
TEMSİLCİLİKLERİ YÖNETMELİĞİ

TEMSİLCİLİK KURULUŞU :

MADDE 1 — Türk Eczacıları Birliği Kanunu'nun (6643) 20. maddesi i.) bendi uyarınca ihtiyaç duyulan bölge ve işyerleri temsilciliklerinin kuruluşları oluşturulmuştur.

AMAÇ :

MADDE 2 — Türk Eczacıları Birliği'ne bağlı Bölge Eczacı Odaları'nın görev sınırları içinde: illerde, gerektiğinde ilçelerde, nöbet bölgelerinde, Kamu ve özel kuruluşlarda temsilcilikler kurmaktır.

KAPSAM :

MADDE 3 — Bu yönetmelik temsilciliklerin ve eczacı temsilcilerinin; kuruluş, atama, amaç ve görevlerini, yükümlülüklerini ve çalışma biçimlerini, sorumluluk ve denetimlerini kapsar. Bu yönetmelik 6643 sayılı Türk Eczacıları Birliği yasası ve 6197 sayılı Eczaneler ve Eczacılar hakkındaki yasa hükümlerinin yerine getirilmesi esaslarını kapsar.

YAPI :

MADDE 4 — Aşağıdaki biçimlerde temsilcilik kurulur ve temsilciler atanır.

a) Bölge Eczacı Odası'nın bulunduğu il yada iller eğer nöbet bölgelerine ayrılmış ise her nöbet bölgesinde eczane temsilciliği kurulur. Temsilciliğe 1 Bölge temsilcisi ve 2 Bölge temsilci yardımcısı atanır.

b) Bölge Eczacı Odası'na bağlı bulunan il yada iller nöbet bölgesine ayrılmamışsa il bütününde 30'dan çok eczane için 1 Bölge temsilcisi ve 2 Bölge temsilci yardımcısı atanır.

c) Eczacı Odası'na bağlı ilçelerde 30'dan çok eczane için 1 Bölge temsilcisi ve 2 Bölge temsilci yardımcısı atanır.

d) Eczane sayısı 30'dan az bölge için 1 Bölge temsilcisi atanır.

e) Kamu kuruluşları ve özel kuruluşlar için bünyesinde çalışan eczacı sayısı 30'dan çok ise 1 işyeri eczacı temsilcisi ve 2 temsilci yardımcısı atanır. Eczacı sayısı 30'dan az işyerleri için 30'dan az eczane olan bölgeler için 1 temsilci yeterlidir.

f) Bölge temsilci yardımcıları gerektiği anlarda Bölge temsilcisi ile birlikte çalışırlar.

MADDE 5 —

Temsilcilerin Görevleri : Bölge Eczacı Odası'nın nöbet bölgesi, il yada ilçe bölge temsilcilikleri ve işyeri eczacı temsilcileri: Meslektaşların yardımlaşma, dayanışmasını sağlamak ve pekiştirmek amacıyla çalışmalar yaparlar.

Temsilcilerin :

a) Buldukları birimlerde, Kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşu olan Türk Eczacıları Birliği'nin ve bağlı Eczacı Odalarının etkinlik sağlaması, meslektaşların yasal, idari özlük haklarının korunması, çeşitli mesleki konularda yol gösterici ve çözüm getirici çalışmalar yapmak görevleri arasındadır.

b) Eczacılık mesleği'nin hak ve çıkarlarını ülke çıkarları ile özdeşleştirilerek, toplumsal görev ve yükümlülüklerimizle bütünleştirilmesi, sosyal, ekonomik ve toplumsal sorunların tespiti ve çözüm yollarının bulunması çalışmalarını yapmak temel prensiptir.

c) Buldukları birimdeki eczacı meslektaşların birbirleri ile olan ilişkilerin deontoloji kurallarına uygun hareket edilmesine özen göstererek yardımlaşma ve dayanışmayı sağlam tutarak muvazaa v.b. konularda tesbit ve engelleyici çalışmaları yaparlar.

Bölgelerine yeni eczane açılışı, anında Oda Yönetim Kuruluna kanaatlerini bildirirler.

d) Bölgelerinde kurum anlaşmaları gündeme geldiğinde, eşitlik ve hakkaniyet prensiplerinin zedelenmesine izin vermeden, Bölge Eczacı Odasının kararlarına uyulmasını sağlayıcı çalışmalar yaparlar.

e) Eşitlik prensipleri ile nöbet çizelgesinin hazırlanmasına katkıda bulunur. Uyulmasını sağlamak için gereken mercilere yardımcı olabilirler.

f) Bölgesindeki eczacıların sorunlarını ve önerilerini raporlar halinde Bölge Eczacı Odası Yönetim Kuruluna iletirler. Bölge Eczacı Odası yönetim kuruluna bağlı olarak çalışan temsilciler çağırıldıkları bölge eczacı odası toplantılarına katılırlar.

g) Eczacı temsilciler; Türk Eczacıları Birliği kanununa göre kurulmuş bulunan ve oda üyesi eczacıları için katılma zorunluluğu bulunan YARDIMLAŞMA SANDIĞI için; Bölge Eczacı Odası yönetim kurulunun çalışmalarına yardımcı olurlar.

Yardımlaşma Sandığının yaygınlaşması; amaçlarındaki Sosyal konuların yerine getirilmesi için bölgelerinde gerekli çalışma ve yardımları yaparlar.

ATAMA ve GÖREV SÜRELERİ :

MADDE 6 — Temsilcilikler ve temsilciler doğrudan Bölge Eczacı Odası yönetim kuruluna bağlı olarak çalışırlar. Görev ve yetkili kılınmadıkları konularda insiyatif koymaları uygun değildir.

Bölge Eczacı Odası Yönetim Kurulunun seçilip, görev bölüşümünü yaptıktan sonra, bir ay içersinde gerekli temsilcilikler kurulup, temsilciler atanır.

Atama konusunda görev ve yetki Bölge Eczacı Odası'nındır; atama için gereken sayıda temsilci ve yardımcıları, tercihan gönüllü görev talep edenlerden; oda çalışmalarına fiilen katılabilme, bölgesinde saygınlık kazanmış olma, tecrübe, deontoloji kurallarına uyma ve uygulamaya ikna etme, kriterleri gözönüne alınarak yapılmalıdır.

Temsilcilerin görev süreleri 1 yıldır. Bu süre Bölge Eczacı Odası yönetim kurulunca 1 yıl daha uzatılabilir. Ancak bu süre seçimli oda kongrelerinin yapılması ile kendiliğinden sona erer. Temsilcilik görevinden ayrılan eczacı meslektaşın yeni temsilcileri, yapılan çalışmalar ve sonuçlarından haberdar etmesi ve gerekli yardımlarda bulunması tavsiye edilir. Temsilciliğe yada yardımcılıklara atanan Eczacılara, görev sürelerini belirten sorumluluk ve yetkili olduğu konuları kapsayan bir yetki belgesi Bölge Eczacı Odasınca verilir.

MADDE 7 — Görevden ayrılma yada boşalma durumunda varsa Bölge Temsilci yardımcılarının biri temsilci olarak atanır, boşalan yardımcılığa yeni atama yapılır.

ÇALIŞMA BİÇİMLERİ :

MADDE 8 — Bölge temsilciliğinde görevli bulunan eczacılar, Bölge Eczacı Odası ile uyumlu olarak gerekli görülen konularda çalışmalar yapar ve en az ayda bir toplanarak, çeşitli konulardak görüş ve önerilerini Bölge Eczacı Odası yönetim kuruluna iletirler. Bölge Eczacı Odası Yönetim Kurulu gerektiğinde tüm temsilcilerle ortak toplantılar düzenlerler, ortak komisyonlar kurar ve çalışmalar yaparlar.

MADDE 9 — Gerektiğinde yapılan temsilci atamaları o bölgenin yetkili mercilerine yada Sağlık Müdürlüklerine bildirir.

GÖREVDEN ALMA :

MADDE 10 — Temsilcilerin görevlerini kötüye kullanması, disiplinsizlik ve deontoloji kurallarına uymama durumlarının sabit olması yada sürekli biçimde yönetim kurulu kararlarının aleyhinde çalışılması durumunda Bölge Eczacı Odası Yönetim Kurulu kararı ile temsilciler görevden alınabilir. Görevden alınma kararı ve gerekçesi yazı ile ilgiliye bildirilir. Bölge Eczacı Odası Haysiyet Divanınca cezalandırılmış bulunan temsilcinin görevi kendiliğinden düşer.

MADDE 11 — Bölge Eczacı Odaları bünyelerinde oluşturdukları temsilcilikleri ve atanan temsilcileri 15 gün içinde Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti'ne bildirirler. Atama gibi görevden alma durumunda bildirilmelidir.

MADDE 12 — Görevden alınma durumunda, temsilcilerin itirazı var ise engeç 15 gün içinde TEB Merkez Heyeti'ne başvurma hakkı vardır. Merkez Heyeti durumu inceleyip, Bölge Eczacı Odası'ndan görevden alma kararını yeniden müzakere edilmesini isteyebilir.

MADDE 13 — Eczane yada işyeri temsilcileri Eczacı Meslektaşlarının gerek tek tek gerekse toplu olarak karşılaştığı sosyal, ekonomik, idari sorunları tespit etmek, ilgili raporlar hazırlamak, çözüm yolları ve önerilerini geliştirip Eczacı Odası Yönetim Kuruluna konuyu iletmek görevlerini üstlenmişlerdir.

Bu görevlerinde yapıcı, ilerletici ve demokratik olmak temel prensibi ile hareket edilir.

Eczacılık konularına yaklaşımların toplumsal-sosyal gerçekler ve genel ülke çıkarlarına aykırı düşmemesine dikkat edilerek; karşılaşılan sorunların çözümü için çaba harcamak temel görevdir.

Eczacı Meslektaşların sosyal ve ekonomik sorunlarına yaklaşım gösterirken, Türk Eczacıları Birliği ve bağlı Eczacı Odaları'nın karar ve uygulamalarının yaygınlaştırılması, yerine getirilmesine çaba harcamak ve Eczacılık Bilim ve Mesleğinin saygınlığının korunması ve kollanmasına özen gösterilir.

MADDE 14 — İş bu yönetmelik 5 Ekim 1985 tarihinden itibaren yürürlüğe girer.

MADDE 15 — Bu yönetmelik hükümlerini Türk Eczacıları Birliği yürütür.

T. C.
SAĞLIK ve SOSYAL YARDIM
BAKANLIĞI

İlaç ve Eczacılık
Genel Müdürlüğü

Konu : İlaç Bültenleri
Sayı : 24805

6 Eylül 1985

6. Bölge Samsun Eczacı Odası
Kale Mah. Afitep Sok. 14/5

SAMSUN

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Bürosu tarafından yayınlanan ve Genel Müdürlüğümüze periyodik olarak gönderilmeye başlanılan Ulusal İlaç Bültenleri, tarafımızdan dikkatle değerlendirilerek ülkemiz tıp topluluğuna en yararlı olacağını düşündüğümüz bilimsel makaleler seçilerek, Genel Müdürlüğümüzce dilimize çevrilip «İlaç Bültenleri Derlemeleri» adı ile bastırılmıştır.

Yayın, İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nün bir faaliyeti olarak periyodik çıkarılacak ve dünyadaki çağdaş gelişmelerden yararlanılabilmesi amacıyla Tıp Dünyamızın hizmetine sunulacaktır.

İlişkide birinci sayısını gönderdiğimiz «İlaç Bültenleri Derlemeleri»nin ilinizdeki tüm ilgili sağlık kuruluşlarına dağıtılmasını rica ederim.

Ecz. Rifat ÖKTEM
İlaç ve Eczacılık
Genel Müdür V.

HAMİLELİKTE VEYA DEMİR NOKSANLIĞI ANEMİSİNİN ORAL
DEMİR ALIMIYLA İLGİLİ OLDUĞU DURUMLARDA «PARENTERAL
DEMİR» VERİLMELİDİR?

Anemik bir durum anoral demir alımıyla ilgili oluşuna kadar verilmenden önce, hamile kadının yeterli tedavi görüp görmediği feçes kontrolünün yapılması ile bariz ve sürekli kan kaybı ihtimalinin uzaklaştırılması yerinde olacaktır. Konunun yalnızca soruşturulması veya geride kalan tabletlerin sayımı, reçetede belirtilen tedaviyle uyum

halinde değildir. Preparatın alınmasındaki ihmalin nedeni, hamilelik sırasında her türlü tedavi biçiminden uzak kalma isteği veya gastroentestinal dayanıksızlık olabilir, ikinci durumda, istenmeyen etkiler; bazen bir başka demir tuzu kullanmak veya istenilen basamağa erişinceye kadar dozajı tedrici olarak arttıran bir başka farmasotik şekle geçmek; ya da preparatı yemeklerden sonra almakla azaltılabilir. Hamilelikte görülen demir eksikliği anemisinin büyük bir kısmının oral demir preparatları ile tedavi edilmesi mümkündür.

Demirin parenteral yolla verilmesi ancak; çok düşük hemoglobin seviyesi veya hematokritle doğrulanmış, demir takviyesinin gerekli olduğu durumlarda ve dirençli bir malabsorbsiyona bağlı olarak oral bir tedavinin etkisiz olduğu durumlarda düşünülmelidir. Bu durumlara ise ender rastlanmaktadır. Böyle durumlarda, ağrılı lokal reaksiyonlar ve enjeksiyon yerinde kalıcı olan esmer renklenme olasılığına rağmen, derin İ. M enjeksiyonlar uygulanmalıdır. İ. V. demir uygulanmasından sonra, bazen öldürücü olan anafilaktik reaksiyonlar görüldüğünden, Belçika'da bu tip Demir preparatının satışı yasaklanmıştır.

Ciddi kanamalarda, parenteral demir uygulanması, hemoglobin seviyesini, oral demir alınmasına oranla daha hızlı yükseltmeyecektir.

İlave olarak da, akut gereksinimlerde yetersiz kalacaktır.

Kaynak : Folia Pharmacotherapeutica, Mart 1984 (Cilt 11, No: 3) Sayfa: 22

DİSMENORE NEDİR VE NASIL TEDAVİ EDİLMELİDİR?

Ağrılı ay hali, muayenehanelerde en çok görüşülen septomlardan biridir. Patogenezi çok çeşitli olduğundan, doğru tedavinin seçimi zordur. Akla gelecek ilk soru dismenore'nin primer (yani menarşın başından beri görülmesi) veya sekonder (sonradan oluşması) olmasıdır.

Primer dismenorenin, göz önüne alınabilen nedenlerin arasında; rahim çarpıklığı (Retrofleksiyon, hiperantefleksiyon); gerçek konjenital deformiteler (servikal kanalın veya vajenin atresizi ya da stenozisi ve rahim hipoplazisi sayılabilir. Bunlar beraber primer ağrılı ay hali'nin çok daha sık rastlanan nedeni endokrin disfonksiyonu yani endometriyumda prostaglandin sentezinin artışı ve psikik faktörlerin menstrüel olgudaki patolojik görüntüsü olan anormal ağrılı reaksiyonlardır.

Hematometra veya hematokolpos gibi doğuma bağlı sakatlıklardan dışında, özellikle genç kızlarda görülebilen nedenlerin teşhisi zordur. Tedavi ise, bu nedenle, başlangıçta tümüyle ampirik ve deney-seldir. Ancak daha sonraları, konjenital olan bozukluk teşhis edilebilir.

Sekonder dismenorede, akla gelecek ilk olasılık endometriosis'dir. Özellikle son yıllarda çok sık rastlanan bir durumdur. Ektopik endometriyal doku üzerinde yapılan çalışmalarda, rastlantı olayının % 20-30 arasında olduğu; hatta kısırlık söz konusu olduğunda bu oranın % 50'ye vardığı görülmüştür. Kolaylıkla varılamayan bir tanı ise, adenomyosis uteri interna'dır. Sekonder dismenoreli hastaların, belli bir kısmında, histerektomi örnekleri veya bazal endometriyal dokulardan derin bir kürtajla elde edilen örnekler ile teşhis edilir. sekonder dismenore semptomları rahim myonları; endometrit; myometrit; polipoid mukoza ve bazı kitlesel durumlardan oluşabilir.

Sancı, myometrium'un kontraksiyonu ve (veya) diğer patolojik değişikliklerin yokluğunda bile görülebilen, prostaglandinlerdeki aşırı doku içeriğine bağlanabilir.

Tablo 1'de, organik değişiklikler gösteren dismenore'nin muhtemel nedenleri ile spesifik tedavi yolları verilmiştir:

TABLO : 1

- 1 — Genital malformasyonları: (Rahim çarpıklığı hariç)
— Normal kanamayı engelleyici bir durum varsa ameliyatla düzeltmek.
 - 2 — Rahim miyomu:
— Projestagenlerin siklik kullanımı
— Histerektomi
 - 3 — Mukoza polipleri :
— Östrojen/Projestron kombinasyonlarının siklik kullanımı
 - 4 — Endometrit (Myometrit)
— Antibiyotikler
— Antienflamatuar ajanlar
— Östrojenler
 - 5 — Endometriosis
— Projestagenler
— Danazol
— LH-RH analogları
— Endometrotik dokunun ameliyatla alınması
— Histerektomi ve adnexektomi
-

Bütün bu tanısal problemlere rağmen, pratisyen hekimlikte, dismenorenin tedavisi için önce hasta geçmişi dikkatle dinlemek ve etraflı bir diyagnostik muayene (gerekirse bir jinekolog ile birlikte) gereklidir. Çok çeşitli muhtemel faktörler yer aldığından, bu konu önem taşır. Diyagnostik metod, her iki el ile birlikte aynı anda muayene; vajinal spekulum yardımıyla etraflı bir inceleme, bazı özel durumlarda bunlara ilave olarak birde rektal muayene ve hatta uzmanlarca yapıldığında komplikasyon riski çok aza indirilmiş bir laparoskopiyi içerir.

Tablo 2'de özellikle uzun süre steroid hormonları ile (düşük dozlu oral kontraseptivler hariç) tedavinin doğurduğu çeşitli riskler belirtilmiştir. Bu riskler nedeniyle, bu tip bir tedavi endoskopi ile desteklenen kesin bir tanı olmadan ve histolojik olarak doğrulanan bir teşhis olmaksızın kullanılmamalıdır. Günümüzde oral kontraseptivler çok yaygın ve tereddütsüz uzun süre için çok genç kadınlara bile verilmesine rağmen, son yıllarda yapılan birçok çalışma bunların, 35 yaşın üstündeki kadınlara; vasküler komplikasyonlarda diğer risk faktörleri olan sigara içme, yüksek tansiyon, şeker hastalığı ve lipid metabolizmasında görülen bozukluklar eşliğinde kullanılmasının tehlikeli olabileceğini göstermiştir. Özellikle gestojenler veya danazol tedavisi düşünüldüğünde muhtemel yararlar ile risk olasılığı çok dikkatli olarak değerlendirilmelidir.

PROSTAGLANDİN SENTEZİ İNHİBİTÖRLERİ

Tablo 3'de verilen maddeler içinde asetil salisilik asit şüphesiz en fazla güvenilir olup yan etkileri fazla bilinendir. Ancak yayınlanmış çalışmalar incelendiğinde, asetil salisilik asidin dismenoredeki etkisinin naproksen, flurbiprofen, mefenemik asit ve endometasin kadar belirgin olmadığı görülmektedir. Prostaglandin sentezi inhibitörü olarak bilinen, steroid olmayan antiinflamatuvarların en önemli bilinen yan etkileri aşırı duyarlılık yanında, gastroentestinal, hepatik ve renal komplikasyonlardır. Bu ajanlarla tedavi olanların (ilacı fasıllarla alanlar dahil) düzenli olarak gerekli check-up'ları yapılmalıdır.

RAHİM KONTRAKSİYONLARINI İNHİBE EDEN MADDELER

Daha önceleri, hamilelikte görülen prematüre rahim kontraksiyonlarının tedavisinde kullanılan beta-2 semptomatik ajanların, hamile olmayan uterusun kasılabilirliği üzerinde direkt etkisi vardır.

Bunlar yalnız veya tablo 3'de sıralanan prostoglandin inhibitörleri ile birlikte kullanıldığında, dismenorede, ispatlanmış yararlı etkiler gösterirler. Dismenore tedavisi için gereken kısmen ufak dozlar çok ender olarak ciddi yan etki oluşturmaktadır. Örneğin Fenotrol, günlük oral doz olarak 20 mg verildiğinde, sinirlilik ve taşikardi yapabilirken; yüksek dozları, ventriküler ritm bozukluğu, anjina pektoris, su retansiyonu ile birlikte elektrolit dengesi bozukluğu ve ender olarak da pulmoner ödem oluşturabilmektedir.

Tablo : 2

Dismenore tedavisinde kullanılan seks steroidleri ile diğer ilgili steroidlerin yan etkileri :

1 — Gestragen/Östrojen kombinasyonları :

- Hiper koagülasyon olasılığı (östrojen konsantrasyonunun, 50 mcg/gün etinilöstradiol veya mastranol oranını aştığı zaman)
- Hipertansiyon
- Hipertrigliseridemi
- Östrojenlere bağlı olan tipik vejetatif etkiler (Libidomun bozulması, bulantı v.s.)

2 — Gestagenler :

- Dislipoproteinemi (HDL, LDL)
- Hipertansiyon
- Bıraktıktan sonra geçici amenore olasılığı
- Libido kaybı

3 — Danazol :

- Dislipoproteinemi (HDL-LDL)
- Virilizasyon belirtileri
- Düzensiz kanamalar, bıraktıktan sonra geçici amenore «Klimakterik» semptomlar

Günden güne artan bir dismenorede yakın bir çok kadında, hiçbir organik bozukluk bulunmayabilir. Bu durumda neden olan faktörlerin tedavisi amacıyla aşağıdaki 3 yaklaşımlardan biri kullanılabilir:

(1) Prostaglandin sentezi inhibitörleri (steroid olmayan antienflamatuar ajanlar)

(2) Tokolitik ajanlar (rahim kontraksiyonlarını inhibe eden maddeler gibi).

(3) Kanama hacminin kontrolünü gestagen ağırlıklı ovülasyon inhibitörleri veya gestagenlerin siklik kullanımı ile gerçekleştirmek.

Kalsiyum antagonisti olan nifedipin de, dismenorede yararlı olabilmektedir; ancak bu konuyla ilgili olarak yapılan kıyaslamalı klinik araştırma azdır.

Dismenore, ciddi olarak ele alınması gereken, bir semptomdur. Psikosomatik faktörlerin de olayla ilişkili olabilmesi dikkatli ve yerinde bir tanı konamaması için özür değildir. Eğer tedavisi spesifik ve iyi seçilmiş ilaçlarla yapılacak ise, belirgin organik bozukluklar hariç tutulmalı ve bu preparatların kritik olmayan kullanımlarındaki risk uzaklaştırılmalıdır.

İyi tanımlanamamış veya yetersiz ölçüde tedavi edilmiş endometriosis, özellikle sayısız kısırılık olaylarının ve labarotomiyle elde edilen uygun olmayan bulguların nedeni olup çoğu zaman iç genitalerin alınmasını gerektirir.

Bunlardan dolayı, düşük dozlu ovülasyon inhibitörleri ile rahatlatılacağı düşünülen, primer dismenoreli genç bir kadında, çok deaylı bir tanı ve semptomların ciddiyeti gerektirdiğinde de laparotomi uygun olur.

Semptomlara ait hiçbir organik neden bulunmazsa, deneme olarak prostaglandin sentezi inhibitörleri veya beta-2 semptomimetik ajanlar tavsiye edilir; bu iki yaklaşım birliktede uygulanabilir. Steroid hormonların kullanımı kontrendikasyonlarından (özellikle de hastanın yaşı ile ilgili olanları ve kardiovasküler hastalıklar için ilave risk faktörü taşımaları) ötürü kısıtlıdır.

Tablo : 3

Asetilsalisilik asit (2,8,13,14)

Mefenamik asit (10,15)

Diflunisal ()

Fluorbiprofen (2,4,12,13)

İbuprofen (1,6)

Naproxen (1,5,6,7,11,14)

Parasetamol (4)

NOT : Parantez içindeki sayılar, istek üzerine **Arzneiverordnung in der Praxis**'in yayıncısı tarafından temin edilebilecek referans listesini simgeler.

X Parasetamol'ün zayıf bir antiflojistik etkisi vardır.

Kaynak : *Arzneiverordnung in der Praxis* (1948) No: 3 s. 24-29
(Drugs Commission of the German Medical Association, P.O.B. 41
0125. D-5000 Cologne 41 Federal Republic of Germany) Yazarları:
Prof. W. Kuhn ve Dr. A.T. Teichmann (göttingen)

«EKZAMA»NIN TOPIK TEDAVİSİ

Bu makale başlığında «Ekzama» kelimesinin tırnak içinde yazılmasının nedeni, sergilediği klinik tablonun hiçbir şekilde basit olmadığı anlamını taşır.

Bir cilt hastalığını tanımlayan bu kelime tarih kadar eskidir. «Taşmak», «Dökmek» anlamını taşıyan Yunan kökenli bir sözcüktür. Bu terimin klinik tabloyu tanımlaması yeterli olmadığından, günümüzdeki görüş, nedeni çoğunlukla kesin olarak tanımlanabilen ve spesifik histolojik bir substrat ile karakterize edilen bir durum olan «yüzeysel dermatit» terimi ile yer değiştirmesidir. (1) Tıp dilinde, ekzema ve yüzeysel dermatit terimi, çoğu zaman aynı anlamla kullanılır. Bu yazıda bu cilt hastalığının temel tedavisi üzerinde durulacaktır.

MORFOLOJİ :

Bütün diğer enflamasyonlarda olduğu gibi, akut subakut ve kronik devreler ayırt edilebilir.

Akut ekzema başlangıçta eritem, ödem, papüler (bazen kabuklanma ile) ve veziküller (bazen birbiri ile birleşip daha büyük buller oluşturur) ile görülüp patlayarak aşınmış ve ıslak bir cilt yüzeyi sergiler.

Subakut fazda şişkinlik ve kızarıklık azalır, yeni veziküllerin oluşması durur, erozyonlar kabuklanır ve kabuk dökülür.

Kronik form ise, tek bir biçim gösterir. Çoğu zaman, papüllerin kabuklanması ve bunların birleşmesi sonucu cilt kalın bir görünüm alır ki bu işleme likenifikasyon adı verilir.

TEDAVİ SPESİFİK OLMAYAN AJANLARLA TEDAVİ

Cildin topik tedavisi için inorganik ve organik maddeler bazen sıvılarla birlikte (su ile) olmak üzere kullanılır. Bu amaçla kullanılan basit katı maddeler çinko oksit ve kireçtir. Kullanılan Lipid ajanlar; katı ve sıvı yağlarla, mumlar, vazelin ve parafinden oluşmaktadır.

Spesifik olmayan ajanların terapötik yararları, özellikle bu ajanların fiziksel özelliklerini yansıtır.

Basit tedavinin bir örneği; akut ekzemaya soğuk su tatbikidir. Burada suyun buharlaşması cildin serinlemesine, vazokonstrüksiyona

ve böylece de diyapedesin (sıvı sızması ve enflamatuar hücreler gibi) engellenmesine neden olmaktadır.

Üç temel sivağının (pudra, yağ, ve sıvı) kullanılmasıyla, etken madde ilave edilmeden, ekzemanın değişik fazlarının tedavisini gerçekleştiren kombinasyonlar yapılabilir. (Tablo 1)

SPESİFİK AJANLARLA TEDAVİ :

Yukarıda bahsedilen sivağlar; antiseboreik, antienflamatuar ve kabuklanmayı engelleyici olarak bilinen, kükürt, salisilik asit, kortikosteroidler ve katranlı maddeler için taşıyıcı olarak da kullanılabilir. Bu amaçla kullanılan bir çok madde içinde en çok katranlar ve kortikosteroidler üzerinde duracağız.

TEDAVİ İLKELERİ :

Önce, düzenli bir biçimde hastanın hikayesini dinleyerek ve muayene ederek, ekzema nedeninin ortadan kaldırılma olasılığı düşünülmalıdır. (Kontakt ekzemada olduğu gibi).

Bundan sonra, klinik tablonun ışığında, ekzemanın aktivite fazı tanımlanmalıdır. Tedavi için uygun sivağın seçilmesi buna bağlıdır. Bu ilkeye yeterince uyulmaz ise, uygun olmayan bir sivağı seçilmiş olur. Böylece, birçok diğer şeylerin yanında, kortikosteroidlerin gereksiz kullanımına neden olur. Örneğin, akut bir ekzema, uygun olmayan bir sivağ (vazelin gibi) ile tedavi edilirse, tedavi için güçlü bir kortikosteroid'in ilavesi gerekir. Buna karşılık, «Hollanda Eczaneler Formüleri»nde (FNA) yer alan çinko oleat ve kalsiyum hidroksit merhemi, akut fazda daha uygun olan bir sivağ kullanılırsa, aynı etki kortikosteroid ilave edilmeden de elde edilir.

Daha sonra hekim, yalnız başına sivağ kullanmanın yeterli olup olmadığına karar vermelidir. Yeterli değilse, mümkün olduğu kadar az kullanma koşuluyla ilave edilecek etken madde (ler) seçilmelidir. Sivağ içine çok fazla sayıda etken madde ilave edilirse, tedavi ve etkileri konusunda kesin bir görüşe varmak güçleşir.

Tedavi esnasında, ekzemanın her fazında oluşacak değişiklik dikkatle kaydedilerek, terapinin mükemmel olarak ayarlanması sağlanır.

EKZAMA TEDAVİSİNDE SPESİFİK AJANLAR :

Yukarıda konu edildiği gibi, çok çeşitli terapötik ajanlar vardır. Örneğin, akut ekzemada; salisilik asit ve rezorsinolün hafif astrenjan etkisi olduğu; kükürtün (% 2-5) antiseboreik oluşu çok eskiden beri bilinmektedir. Bu sonuçlar, bir ölçüye kadar günümüzdeki kullanımların kişisel deneyimlerini yansıtır.

KATRANLI MADDELER :

— Ekzemanın subakut ve kronik fazlarında, gittikçe artan konsantrasyonlarda katranlı ürünlerin kullanımı olağandır. (Tablo 2 de görüleceği gibi, subakut durumlarda 1. derece; kroniklerde ise 2. derece) Bu ürünlerin kullanımında daima hatırlanacak bir olgu, bu maddelerin cilt üzerinde fototoksik etkiler oluşturmasıdır.

KORTİKOSTEROİDLER :

Genelde kortikosteroidler, yalnızca diğer ajanların etkisiz kaldığı durumlarda kullanılır. Eğer kullanımları gerekiyor ise, antienflamatuar etkilerindenmi (örneğin akut fazta) yoksa kronik antimikotik etkilerinden (likenifikasyonu engellemek amacıyla) ötürü mü gerekli olduğu kararına varılmalıdır. Kortikosteroidler, güçleri açısından 4 ayrı grupta toplanabilir. (Örneğin Geneesmiddelenbulletin 15-1985 No: 7 ye bakınız.)

Ekzemanın değişik fazlarının tedavisinde, (ve kortikosteroidlere tepki gösteren diğer cilt hastalıklarının bir çoğunda) genellikle değişik aktivite basamakları gösteren kısıtlı sayıdaki bileşikler ile tatminkar sonuçlar alınabilir. (Tablo 3)

Başlangıç döneminden sonra, daha güçlü preparatlar, (2-4 arası olanlar) yan etkilerinden dolayı daha seyrek kullanılmalıdır. Bu konu, antienflamatuar veya antimikotik amaçla kullanımın, her ikisi için de geçerlidir. Örneğin 5 gün süren bir başlangıç döneminden sonra, ara tedaviye geçilebilir. Burada ilaç her hafta, üst üste 2 gün kullanılır, 5 gün ara verilir. Bu oran; 3-4 veya 4-3 gün şeklinde de olabilir. Böylece, istenilen terapötik etki elde edilirken, güçlü kortikosteroidlerin yan etkileride en aza indirilmiş olur. Tedavinin uygulanmadığı dönemlerde, yalnızca sivağların kullanılabileceği, spesifik olmayan bir terapi biçimide uygulanabilir.

Aşağıdaki konularada önemle dikkat edilmesi gerekir:

1) Çocuklarda, yalnızca seviyesi «1» olan kortikosteroidlerin kullanılması uygundur. Daha güçlüleri verilecekse kullanımları çok kısa sürmelidir.

2) Yüzde kullanılacaksa, yalnızca hidrokortizon; o da mümkün olduğu kadar kısa süreli uygulanmalıdır.

3) Güç seviyesi 4 olan kortikosteroidler kullanılacak ise, haftada uygulanacak merhem miktarı, sistemik yan etkilerinden dolayı, 50 g'ı geçmemelidir.

Hekimler **belirli kombinasyon ürünleri** kullanmaktan sakınımalıdır. Bunların çoğu bir veya birkaç antibiyotik (çoğunlukla neomisin) içerir, ve çok güçlü kontakt allerjenlerdir. Terkipteki kortikosteroid, hassasiyeti maskeleyerek, geç ortaya çıkmasına neden olur.

TEDAVİNİN UYGULANIŞI :

AKUT EKZAMA :

Islak Kompresler : Su (veya 1:10 oranında sulandırılmış Alüminyum asetatrat solüsyonu -FNA-)

Uygulama : Her biri 1/2 saat civarı sürmek koşuluyla, günde 3 kez. Eğer aşınmış cilt yüzeyi, gram-pozitif flora ile enfekte olmuş ise, 1:4000 oranında Potasyum permanganat solüsyonu; Gram-negatif flora ile (Pseudomonas) enfekte olmuş ise 1:1000 oranında gümüş nitrat solüsyonu kullanın.

Günün diğer zamanlarında; Çinko-oleat-Kalsiyum hidroksit merhemi (FNA) veya sulu («kurucu») çinko oksit-talk (30 ar kısım) ile gliserin-su (20 şer kısım) merhemi kullanılır. Enfekte olmuş ekzemalarda % 3 Kliokinol (Vioform) yukarıdakilere ilave edilebilir. **Enfekte olan cilde, antibiyotik tatbikinden, (hassasiyet ve rezistans olasılığından ötürü mümkün olduğu kadar kaçınılmalıdır.**

SUBAKUT EKZAMA :

Klinik tablo bazen, daha çok akut; bazen de daha çok kronik olmaktadır. Daha çok akut olduğu zamanlar, sulu bir merhem (yukarıda anlatıldığı gibi) veya lanolin içinde % 10'luk çinko oksit kremi (Yağ/Su) kullanılabilir. Bir diğer alternatif de Lotio Alba (FNA) olup bu bileşimin % 30 gibi büyük oranda pudra içeriği vardır. Daha

çok kronik olduğu zaman ise, sivağa yağ ilave edilebilir; (Linamentum zine oxidi oleosa FNA) yada su/yağ kremi içinde % 10'luk çinko oksit kullanılabilir. (Örneğin Unguentum aquosum FNA)

KRONİK EKZAMA :

Kronik patolojik durumlar için birçok sivağlar kullanılabilir. Bunların arasında, yağlı merhem (vazelin'li); Pasta zinci oxide FNA merhemi; Unguentum zinci oxide % 10 merhemi; Losyon; yağ/su veya su/yağ ile krem/merhem ve krem pastaları yer alır. (Tablo 1). Şurasını hemen belirtmek gerekir ki; pudra içeriği arttıkça, deri tabakasının derin kısımlarındaki etki azalır. Ayrıca, kortitosteroidler gibi spesifik ajanların aktivitesi de düşmüş olur.

ÖZEL DURUMLARDA TEDAVİ :

Yukarıda konu edildiği gibi, ekzema fazlarına göre sivağ seçimi, yalnızca tüylenme olmayan cilt alanları için geçerlidir. Tüylü alanlar için subakut ve kronik ekzema durumlarında, krem bazı uygun olurken; akut durumlarda, yağlı bir merhem (yağ sivağlı) kullanılabilir. Bu ikinci amaç için, yağlı olan ve sabunla kolaylıkla yıkanabilen, yağ içinde % 30-40 oranında çinko stearat tozu kullanışlıdır. Eğer sekonder bir bakteri enfeksiyonu varsa, presipite kükürt (örneğin % 10) ilave edilebilir. Böyle bir merhem, ertesi sabah tüylü bölgeden yıkanabilir.

Atopik ekzemanın tedavisinde ana nokta, bu hastaların fevkalâde kuru olan ciltlerine su ilave etmektir. Bu ise en iyi şekilde Balneoterapi ile gerçekleştirilir: Hasta ılık bir banyoya daldırılır. Daha sonra bu banyoya «yağ» sürekli karıştırarak ilave edilir. (örneğin: unguentum lanettecera lanette 30, paraffinum subligvidum 25, vaselinum album 45). 15 dakika sonra cilt dikkatle kurulur ve derhal uygun bir merhemle muamele edilir.

SONUÇ :

Ekzemada, uygun topik tedaviyi seçmek için, mevcut çeşitli sivağların fiziksel özellikleri ile ekzemanın aktivite durumu arasındaki ilişkiyi iyi kurmak gerekir. Bu ilkedен hareket ederek, birçok durumlarda ekzema yalnızca sivağlarla tedavi edilip ancak kronik hallerde,

spesifik preparatlara gerek duyulabilir. Böylece tedavinin yan etkileri minimum seviyede tutulmuş olur.

Topik kortikosteroidler, ancak şiddetle ihtiyaç olduğu zaman, kısa bir başlangıç döneminden sonra, aralıklarla verilmelidir. Tedavinin kesileceği noktayı çok iyi bilmek gerekir. Kronik ekzemada, katranlı maddeler, hala kullanılmaktadır.

Tablo : 1

<u>Ekzemanın Fazı</u>	<u>Akut</u>	<u>Subakut</u>	<u>Kronik</u>
(1) Kompres	X		
Soğutucu Merhem			
L-V (2) (su/yağ)	X		
— P (% 33) (2)			
Sulu Merhem			
L-P (50-60 %)	X		
Yağlı Merhem			
V-P (% 50-60)		X	
(a) Yağlı sıvağ			X
(b) Vazelinli sıvağ			X
Krem V-L			
(Su/yağ veya Yağ/su) (3)			X
Merhem V-P (% 10-20)			X
Liniment L-V			
(Yağ/su veya su/yağ)			
veya V-P (4)		X	X
Losyon			
L-P (% 20-40)		X	X
Krem pasta			
L-V-P (% 35'e kadar varan)			X
Pudra/Yağ			X

Dipnotlar :

- (1) Sıvağların ana bileşikleri :
L: Sıvı P: Pudra, Toz V: Yağlı Maddeler
- (2) Örneğin çinko oleat/Kalsiyum hidroksit merhemi
- (3) Su/Yağ : su/yağ emülsiyonu
Yağ/su : Yağ/su emülsiyonu
- (4) Pudranın değişken içeriği (merhemden daha az vizkoz)

Kombinasyon preparatların; özellikle de kortikosteroidlerle güçlü allerjenlerin (antibiyotikler gibi) birlikte kullanımından mümkün olduğu kadar kaçınılmalıdır.

Kombinasyon preparatların; özellikle de kortikosteroidlerle güçlü allerjenlerin (antibiyotikler gibi) birlikte kullanımından mümkün olduğu kadar kaçınılmalıdır.

Tablo : 2

<u>Orijin</u>	<u>Güç</u>	<u>İsim</u>
Bitümlü taşlar	1	— Karbonik deterjan solüsyonu
Kömür	11	— Pix lithanthracis depurata Pix liguida
Odun	111	— Pix lithanthracis

Tablo : 3

<u>Etki</u>	<u>Artan Güç</u>	<u>Tipik Ajan</u>
Antienflamatuar	I	% 1 Hidrokortizon asetat
Antienflamatuar ve Antimikotik	II	% 1 Triamsinolon Asetomid
Antienflamatuar ve Antimikotik	III	% 0.1 Betamethazon valerat
Antienflamatuar ve Antimikotik	IV	% 0.05 Klobetazol propiyonat

TOKSOPLAZMA : TEDAVİ VE KORUMA :

Toksoplazma, tüm dünyada görülen bir zoonozdur. Hem hayvan, hemde insanlarda rastlanan çok yaygın bir enfeksiyondur. Kural olarak semptom vermemekle birlikte, bazen çeşitli klinik yakınmalara neden olabilir. (1-3)

ETİYOLOJİ :

En sık rastlanan ajanı, **Toxoplazma Gondii** olup retikulo-endotelial sistem hücrelerine yerleşen, intrasellüler bir protozodur.

Parazit, yaşamı boyunca 3 biçim gösterir: Trofozoit veya proliferatif biçim, doku kistleri ve oozitler.

Trofozoit, akut enfektif duruma neden olan proliferatif şekildir. Dezenfektanlarla temasta, kuru veya da genel olarak hücreler arası ortamda yaşayamaz. Fistik şekli ise, konakladığı kimsenin savunmasına karşılık oluşturduğu, oldukça kalın bir zar taşır.

Toksoplazmanın hayatı 2 fazda oluşur; Aseksüel ve seksüel. Birincisi, sıcak kanlı hayvanların ve insanların dokularında; ikincisi ise kedilerin (ve bu tür diğer hayvanların) barsak hücrelerinde yer alır.

ASEKSÜEL FAZ :

Serbest trofozoit, konakladığı hücrenin içine sızar ve hücreyi patlatıncaya kadar bir seri bölünme gösterir. Oluşan parazitler serbest hale geçerek yeni hücreleri etkiler. Parazitin virülansı düşük ise, veya, immünolojik savunma mekanizmasının aktivitesi, virülan kalitesi ve antikolların oluşması arasında bir denge kurarsa; bu takdirde kistler meydana gelir. Kistler, enfeksiyonun kronik (latent) fazı yayılması ile ilgili biçimi olup; kaslar, beyin dokusu veya retinada yerleşmeye eğilim gösterir. (1,2,4).

SEKSÜEL VE ASEKSÜEL FAZ :

Kesin döngü, kedilerin barsak epitel hücrelerinde yer alır. Aseksüel çoğalma ile başlar ve seksüel üreme ile noktalanır. Böylece, enfeksiyonun yayılmasına en büyük etken olan, kedi feçesi ile atılan oozitler oluşur.

EPİDEMİYOLOJİ :

Kedi türleri, enfeksiyonun yayılmasında art nedenlerdir. İnsanlar yalnızca ara konak yerleri olup, enfeksiyonu oral veya konjenital yolla alırlar. Oral olarak enfeksiyon, çiğ veya yetersiz pişirilmiş besin maddeleriyle bulaşır. Konjenital enfeksiyon ise plasenta yoluyla geçer. İnsandan insana; (anneden fetusa olan bulaşma dışında) direkt bulaşması konusunda tanı yoktur. (1,2)

PATOJENEZ VE KLİNİK TABLO :

Sporozoitler (oozit içindeki) veya trofozoitler barsakta serbest hale geçtikten sonra, mukozanın kolonizasyonu; bunu izleyerek de, parazitin çoğaldığı bitişik lenfatik ganglionların istilası olayı görülür. Bundan sonra, enfeksiyon yayılır ve herhangi bir organı tutabilir.

Bu arada, konakladığı birey de hücresel ve bünyesel bağışıklık gösterir; birçok parazitler parçalanır ve kistler oluşur; böylece daha fazla bölge istila edilmiş olur ve enfeksiyonun latent (asemptomatik) fazı başlar; parazit ile konakladığı bireyin savunması arasında bir denge kurulur. (1)

Enfeksiyonun 3 tipi çoğu zaman diğerlerinden ayrılır: Sonradan oluşan; konjenital ve oküller. (sonuncusu hem konjenital hemde sonradan oluşan tipte olabilir) Sonradan oluşan toksoplazma kapsamı içinde, yalnızca bir enfeksiyon olan toksoplazmosis ile, klinik rahatsızlığa varan toksoplazmosis arasında bir ayırım yapmak gerekir. Yetişkinler enfeksiyonu olduğu gibi alırlar (çok ender durumda ilerleme gösterir). Konjenital enfeksiyonda ise, konaklanan birey ve parazit arasındaki denge kurulamaz ve hastalık baskın çıkar.

Genelde enfeksiyonun kendi asemptomatik olmakla birlikte; semptomlar verdiğinde; T. Gondii belirli bazı dokularda sınırlı kalmadığından, gerçek klinik tablo etkili organa bağlı olarak; hastalık çok değişik biçimler sergiler.

Oküler toksoplazmada, fokal nekrotik retinit karakteristiktir. Çoğunlukla konjenital olup, sonuçta görülen retinokorioidit bilateraldir. Sonradan oluşan oküler toksoplazmada ise tek taraflıdır.

Yenidoğanlar veya immünoşüpresiv ve benzeri ilaçlarla tedavi olanlarda görülen bağışıklık bozukluklarında, akut toksoplazma enfeksiyonunun artması riski vardır. Bunun nedenlerinden biri, başlangıçtaki enfeksiyonun durdurulamaması; bir diğeri de, akut hastalığın, latent enfeksiyonun yeniden canlanması olgusudur (5).

KONJENİTAL TOKSAPLAZMA :

Hamilelerde görülen toksoplazmotik enfeksiyonlar fetus gelişmesi ve yaşayabilirliği üzerindeki etkisinden ötürü, özel önem arzeder.

İngilterede, konjenital toksoplazma olayı, oranı, bebeklerde 1/10.000-1/2000 arasındadır. (6). Anne enfeksiyonu değişik fazlarda almış olabilir.

(a) Hamilelik öncesi durumdaki enfeksiyon :

Bu durumda, bebek genel olarak pasif bağışıklık sahibidir ve sağlıklıdır; trofoblast endometriumdaki kistik alanı işgal ettiği zaman ve bu kistler patladığında erken doğum olabilir. Toksoplazmotik servisit'de kısırılık oluşabilir.

(b) Hamilelikteki enfeksiyon :

Hamileliği sırasında toksoplazmaya yakalanan annelerin dünyaya getirdiği çocukların ortalama 1/3'ü, enfekte olur (2).

Eğer enfeksiyon ilk dönemlerde (birinci ve ikinci aylarda) olursa, olasılık azdır ve sonuçta, endometrite bağlı bir düşük olmazsa, pasif bağışıklığa sahip, sağlıklı bir bebek dünyaya gelir. Enfeksiyon plasentada oluşursa, plasenta iltihabı görülebilir. Böylece toksoplazma fetusa annenin bünyesi dışında ulaşarak antikorlar oluşturur. Bunun sonucu, düşük, ölü doğum veya konjenital toksoplazmalı bebek görülebilir.

Fetusun amniyotik sıvı yutması veya vajinit durumlarında, doğum kanalından geçmesi esnasında, enfeksiyona yakalandığına dair bulguları kapsayan çalışmalar mevcuttur. Enfekte olmuş bebekler, doğar doğmaz semptom vermese bile (4), birçoğu, öğrenme yeteneksizliği; zeka gerilliği; konvülsiyonlar ve sağırılık gibi nörolojik yetmezlikler gösterir. Konjenital enfeksiyonun bir görüntüsü olan bilateral retinokoriyodite her zaman rastlanabilir. Doğumda enfekte olduğu klinikçe gösterilebilen çocuklarda birçok anormallikler görülür: Hidrosefali veya mikrosefali, serabral kireçlenmeler, kovülziyonlar, psikomotor gerilik, ateş, hepatosplenomegali, sarılık, lenfadenopati, dö-küntü, LOR anormallikleri bu arada sayılabilirM. (2).

Konjenital enfeksiyon semptomları tümüyle gizli kalabilir, ve tanımlanamaz ve T. Gondii her organı enfekte edebilirse de en fazla beyin, göz ve kasları tutar.

Son olarak da, bir anne enfekte olan bir bebeğe dönüşen enfekte bir fetusu, yaşantısında yalnızca bir kez büyütebilir. Çünkü ikinci hamileliğinde, tümüyle iyileşme ve reenfeksiyon veya immüno-supresyonun izlediği bağışıklık kaybı olmadıkça, ya pasif bağışıklığı olan normal bir bebek (ki burada embriyo etkilenmemiştir) dünyaya getirecek veya düşük yapacaktır. (1).

TANI :

Toksoplazma semptomlarının çok spesifik olmadığı ve asemptomatik şeklinin varlığı düşünülürse, klinik tanının zor olduğu ve laboratuvar araştırmalarının her zaman gerekli olduğu açıktır. (1,3).

Tanı; **direkt** (parazitin gösterilmesi) veya **endirekt** (spesifik antikor kullanılan bir dizi serolojik araştırma) olabilir.

DİREKT PARAZİTOLOJİK TANI :

Bu, toksoplazmanın çeşitli patolojik substratlardan izole edilip, daha sonra, mikroskop altında veya laboratuvar hayvanlarında gerçekleştirilen inokülasyonu ile olur. Parazitin aynı zamanra, hücre materyallerinde de kültürü yapılabilir.

Direkt tanı, çok sorumludur. Numunenin elde edilişi zor olabilir; laboratuvar hayvanları her zaman bulunmayabilir ve hücre kültür teknikleri karmaşık olabilir. Bu nedenler'le de, yaklaşım, bütün klinik laboratuvarlarda sistemik olarak uygulanamaz.

ÖZEL ANTİKOR KULLANARAK SEROLOJİK TANI :

Klinik uygulamada, toksoplazma tanısında en sık kullanılan yöntem budur.

Birçok serolojik test mevcuttur. Bunların arasında en önemlileri, referans metod olarak nitelendirilen Sabin-Feldran; renk testi ve direkt immünoflorenus testleridir. Daha az kullanılanlar ise indirekt hemaglutinasyon; kompleman fizkasyonu; aglutinasyon; radyoimmünolojik metodlar; enzimatik reaksiyonlar (ELİSA) ve spesifik IgM tayini için kullanılan endirekt immünofloresans testi'dir. En sonucusu, konjenital toksoplazmanın tanısı için çok önemli bir testtir. Çünkü IgM fetus tarafından bizzat oluşturulur. (anneden elde edilmesi mümkün değildir.) Birçok yazarın görüş birliğine vardıkları bir noktada da; hamile bir kadında, antikor konsantrasyonu düşük olsa bile, her zaman latent biçimde olabileceği olasılığı göz önüne alınarak, konsantrasyonun değişip değişmediğinden, periyodik testlerle mutlaka tayin zorunluluğudur. (7). Yukarıda konu edilen iki referans test ile, herhangi bir konsantrasyonda müsbet sonuç alınırsa spesifik IgMs için, endirekt immünofloresans yapılmalıdır. Eğer bu test, hamileliğin ilk 3 haftası içinde negatif sonuç verirse, toksoplazmanın bu haftalarda alınmadığı; üç haftadan sonra negatif sonuç verirse döllenmeden sonra yeni bir enfeksiyonun başlamış olabileceği düşünülür. (5).

Yukarıdaki referans testlerinden herhangi biri (Sabin-Feldran veya endirekt immünofloresans) mutlaka diğer serolojik testler ile tamamlanmalıdır.

Bir kereye mahsus sonuçlar sınırlı değer ifade edeceğinden, iki seri örnek üzerinde çalışmak gereklidir. (2-3 hafta ara ile alınarak)

TEDAVİ :

Toksoplazma tedavisinde, sinerjik etki taşıyan sulfadiazin ve primetamin kombinasyonu kullanılır. Bu maddeler, toksoplazmanın folik asit siklusunu etkiler: Primetamin, folik asidin kullanılış biçimini modifiye ederken sulfadiazin, bu temel protozoa maddesinin biyosentezini etkiler. Her ikisi de trofozoit'e çok etkili olduğu halde; kistlere değildir. (1,2,4).

Primetamin, yağda eriyen bir madde olduğundan, Gastrointestinal kanaldan kolayca absorbe olur ve vücudun bütün hücreleri ile bölümlerine sızabilir.

İnsanlarda, toksoplazma tedavisinde, bu kombinasyon kullanımına ilişkin hiçbir kontrollü klinik çalışma gerçekleştirilmemiş ise de, klinik deneyler, etkinliğini doğrulamaktadır. Yetişkinlerde, tavsiye edilen primetamin dozağı; ilk günde yüksek serum seviyesine hızla erişmek için 75-200 mg'lık başlangıç dozu; daha sonra da oral yolla 25 mg/günlük bir dozdur. Küçük çocuklar; İlk 2-3 gün, iki defada verilen 2 mg/kg/gün'lük doz, bunu takiben de, 1 mg/kg/gün'lük bir doz olmalıdır. (yeni doğan ve meme emen bebeklere her 2-3 günde bir verilmelidir).

Sulfadiazin veya 3 sulfaprimidinin kombinasyonu (sulfadiazin, sulfamerazin ve sulfadimidin), toksoplazmada en etkili sulfanamidlerdendir. Sulfadiazin'in veya 3 sulfaprimidin kombinasyonunun yetişkin dozu her 6 saatte 500-1000 mg; küçük çocuklara 100-200 mg/kg/gün (günde 4'e bölünerek) dir. Bu kombine tedavinin optimal süresi 3-4 haftadır. (Tablo 1).

Primetamin, folik aside ters etki yaptığından kullanılan doza bağlı olarak, trombositopeni ve bazen de lökopeni ve anemi ile sonuçlanan, kemik iliğı depresyonu oluşturur (kural olarak bu olay, tedrici geri dönüşümlüdür). Primetamin'le tedavi edilen tüm hastaların, haftalık olarak tam kan sayımı yapılmalıdır. (eğer hasta alkolik ise veya beslenme bozukluğu yada folat azlığından yakınıyorsa bu sayım haftada 2 kez yapılmalıdır).

Primetaminin bu yan etkisini engellemek için, oral veya IM yolla, kalsiyum folinat, 2-10 mg/gün şeklinde verilmelidir. Günde 3 kez birer maya tabletinin alınmasında gerekli folinik asit ihtiyacını karşılar. Folik asitten farklı olarak, folinik asit, primetamin'in toksoplazma üzerindeki etkisini inhibe etmez ancak insanlardaki toksisitesini azaltır. Diğer hematopözis'de bir azalma görülürse, primetamin dozu düşürülmelidir ve/veya folinik asit dozu artırılarak yada tedavi askıya alınmalı.

Özellikle hamileliğin ilk 3 ayında, primetamin, oluşturduğu teratojenik etki nedeniyle, kontrendike olduğundan, spiramisin gibi başka bir antibiyotik kullanılmalıdır. Bu antibiyotik plasentadan geçmediğinden teratojenik değildir ve, enfeksiyonlu hamile kadında kullanılırsa (birkaç seri numunenin muayenesi ile saptanabilir) konjenital enfeksiyon önlenir. Bununla beraber, plasentadan geçip hal-i hazırda-ki konjenital bir enfeksiyonu tedavi edemeyeceğinden, etkinliği sınırlıdır. Spiramisin'in normal dozu, 2-4 hafta süre ile, 2-3 g/gün'dür.

Son 10 yıl içinde, toksoplazma tedavisinde; folik aside ters etki yapan başka bir preparat bulunmuştur. Bu da trimetoprium-sulfametoksazol kombinasyonu olan Kotrimoksazol'dür. Hem «invitro» hem de «in vivo» deneyler, bu ilacın toksoplazma üzerindeki etkisinin primetamin-sulfadiazin'e eşdeğer; spiramisin'den ise daha fazla olduğunu göstermiştir. Mutad doz, 12 saatte bir, 1 tablet kotrimoksazol (80 mg trimetoprim-400 mg sulfametoksazol) dür. Bu doz, hücreler arası toksoplazmanın tedavisinde yeterli yüksek serum seviyesini vermektedir. Bazı yazarlar, kotrimoksazolün nisbeten kısa olan yarı ömrü göz önüne alındığından, (10-11 saat) serumda eriştiği seviye ve enfekte dokudaki konsantrasyonu açısından, daha büyük aktivite sağlamak için günde 3 kere kullanılmasında fikir birliği içindedir. Minimum tedavi süresi 3-4 hafta olup klinik ve serolojik tabloya göre değişir. Sonradan alınan toksoplazma vakalarında, tedavinin başlangıcından 20 gün sonra bir iyileşme görülebilir. Kotrimoksazol de folik aside ters etki yaptığından hamilelikte kontrendike olup spiramisin'in yerini özellikle ilk üç ay içinde alamaz. Hamileliğin ikinci üç ayı içinde (ki bu dönemde fetusun toksoplazma enfeksiyonu daha ciddidir), spiramisinden farklı olarak plasentadan geçmediğinden, folinatla birlikte kullanılabilir. (9).

Kotrimoksazolla gerçekleştirilen klinik deneylerin çoğu, sonradan alınan akut toksoplazma enfeksiyonlarındaki uygulamalardır. Bunlar genelde kısıtlı olup, lenf bezleri ve oküler toksoplazmada, kotrimoksazolün, primetamin ve sulfadiazin kombinasyonuna üstünlüğünü göstermek için daha etraflı, kontrollü kıyaslamalı çalışmalar gerekmektedir.

OKÜLER TOKSOPLAZMA : (2,4,11)

Toksoplazmanın retinada oluşturduğu küçük perifer lezyonları, belirgin bir görme bozukluğuna yol açan bir iz bırakmaz bu nedenle de tedavi gerektirmez. (2).

Aktif oküler toksoplazma, özellikle retinokoriodit'in makula lütca'yı tehdit ettiği durumlarda; optik sinir veya makulopapiler eksen, primetamin, sulfonamid ve folinat süplemanı ile, ekstraokül enfeksiyonla aynı biçimde tedavi edilmez. Yukarıdakilere ilaveten, normal olan glukokortikoidler de verilir. Çünkü oküler toksoplazma patojenitesinde, bir hipersansitivite reaksiyonu da görülür. Ancak kortikoidler yan etkileri dışında, ayrıca immünosupresyon oluşturmakla, konakçının antiprotozoa savunma mekanizmasını bozarak sorun yaratırlar. Bu nedenle glukokortikoidler mutlaka diğer antiprotozoa ajanlarıyla kombinasyon halinde kullanılmalıdır. Prednizon'un normal dozu bir hafta süre ile 100 mg/gün; ikinci hafta ise gün aşırı 100 mg'dir.

Klindamisin'in, hayvanlardaki oküler toksoplazma tedavisinde etkili olduğu saptanmış olup diğer ilaçlara rezistans gösteren durumlarda yararlı olabilir. Dozaj kesin olarak belirlenmemiş olup, her hastanın gereksinmesi için ayrı ayrı saptanabilir. (yada yalnızca o vaka için en uygun yol, yapılan çalışmalar sonucu seçilir.) Bununla beraber, günde 50 mg subkonjonktif olarak bir ay kullanıldığında iyi sonuçlar alınmıştır. (4).

Klindamisin, toksoplazmanın oluşturduğu retinokoriodit'de iyileşme meydana getirirse de bazı hastalarda olay tekrarlar ki buda ilâcin gözdeki bütün mikroorganizmaları öldürmediğini gösterir.

Oküler toksoplazma tedavisinde, krioterapi ve fotokoagülasyon gibi diğer yöntemlerde kullanılmıştır.

KORUNMA :

Toksoplazma'dan; oozit ve mikroorganizmaların vejetatif şekillerinin sindirim sistemine geçmesini engelleyerek korunabilir.

Korunma, hamile kadınlar, kanserli hastalar, kortikosteroid veya immünosupresif tedavisinde olanlar için son derece önemlidir.

Genel korunma kurallarından aşağıda sıralayacaklarımız en başta gelenlerdir.

— Çiğ et veya kedi dışkısı ile bulaşmış olabilecek her şeyle temastan sonra, elleri yıkamak,

— Eti 60°nin üstünde bir ısıda pişirmek, (parazit doku kistlerini parçalamak için),

— Evde kedi besleniyorsa, azami hijyen koşullarına özen göstermek. (Oozitlerin gelişmesine fırsat vermemek için, dışkısının biktirildiği yer ile yattığı yeri hergün temizlemek),

— Oozitlerle bulaşmış olabilecek meyve ve sebzeleri yıkamak.

Tablo : 1**(a) Göz harici durumlar :**

İlaç	Yetişkinler :	Çocuklar :	Yorum :
Pyrimetamin	İlk gün 75-200 mg; sonra 25 mg/gün olmak koşuluyla 3-4 ta.	2-3 gün, 2mg/kg/gün; (Max. 25 mg) daha sonra 1mg/kg gün (emzikli bebeklere her 2/3 günde bir).	Hamilelikte kontrendikedir. Hematopoesis'de azalma gözlenirse dozu azaltın ve/veya folinik asit dozunu artırın veya tedaviyi kesin.
Sulfadiazin veya 3'lü sulfamidler	3-4 hafta boyunca günde 4 kez 500-1500 mg.	4'e bölünmüş halde 100-200 mg/kg/gün.	
Kalsiyum folinat (Kalsiyum levkovorin)	2-10 mg/gün (oral veya IM).		

(b) Gözle ilgili durumlar :

Primetamin + Sulfanamidler + Folinik Asit +		Göz harici hastalıklar da olduğu gibi.
Prednizon	İlk hafta 100 mg/gün daha sonraki hafta gününaşırı 100 mg.	Antiprotozoariyan'larla kombine olarak.
Klindamisin (diğer ilaçlara rezistans oluştuğunda)	oral yol ile her 6 saatte bir 150-300 mg.	Psödomembranoz kolit oluşturursa ilacı bırakın.

İmmün-deprese hastalarda; tedaviye karar vermeden önce, anti-toksoplazma antikor seviyesinin saptanması yararlı olacaktır. Müsbet seviyeli hastalar, aktif enfeksiyon durumu ortaya çıkar çıkmaz yeterli tedavi alabilmeleri için, ard arda yapılacak serolojik testlerle, klinikçe denetlenmelidir.

Hamile kadınlar, yukarıda sıralanan hijyenik koşullara özen göstermeli, enfekte olmuş materyal (özellikle kedi dışkısı) den uzak durmalı ve çiğ et yememelidir.

Doğumdan önce serolojik incelemelerin yapılması uygun olabilir. Bazı ülkelerde, bu maliyet-kar oranı geniş çapta araştırıldıktan sonra, rutin bir işlem haline getirilmiştir. (6).

Hamile bir kadında, sonradan alınma toksoplazma semptomları görüldüğünde veya yüksek antikor seviyesi saptandığında (özellikle IgM; spiramisin tedavisine başlanması konusunda, bütün yazarlar birleşmiştir. (2,4,6).

Bu hastalıkla ilgili, henüz çözülememiş birçok sorunlar hala vardır. Bunlardan biri, toksoplazmanın transmisyonuna ilişkin mekanizmadır. Korunma açısından; annenin bağışıklığının, T. gondii'nin konjenital transmisyonunu engelleyeceği açık olduğundan, üretkenlik yaşındaki bağışıklığı olmayan kadınlar için bir aşının geliştirilmesi üzerinde çalışılmalıdır. Aynı zamanda, toksoplazmanın yaşam döngüsünü engellemek için, evde beslenen kediler deoozitlerin gelişmesini önleyecek bir aşının bulunması da son derece değerli olacaktır. Ayrıca tedavi açısından, hem teratojenik olmayan spesifik antimikobiyel ajanlara gereksinme vardır. Tanı alınında ise, sonradan alınan ve tekrarlayan hastalığın tanısı için, basit ve kolay uygulanabilen serolojik yöntemler gereklidir. (2).

BİBLİYOGRAFI

- (1) Gomez Dis R, Benito Pvesca R: Toxoplasmosis, Medicine (Barcelona) 3 a serie (42) 2735-2740.
- (2) Anderson S: Toxoplasma Gondii. En: Principles and Practice of infectious Diseases. GL Mandell, RG Douglas, JB Bennett (ed) John Wiley and Sons. Newyork 1979, P. 2127-37.
- (3) Canavate Escribano ML, Lopez iturriga MJ y Cisterna Cancer R: Conceptos actuales sobre Toxoplasma gondii y su incidencia en patologia humana. immunologica 2: 156-166. 1981.
- (4) Marcus LC: Preventing and Treating toxoplasmosis, Drug Ther 13: 129-14, 1983.
- (5) Krick JA, Remington JS: Toxoplasmosis in the adult. An over view. N eng J Med 298: 550-552. 1978.
- (6) Fleck DG: Toxoplasmosis. Arch Dis Child 56: 494-495, 1981.
- (7) Fraile Farinas MT, Sanchis-Bayartı V: Serologia de la toxoplasmosis en mujeres con problemas de infertilidad. Med Esp 80 317-321, 1981.
- (8) Hutshinson P: Treatment of Parasitic infentions. Rev infect dis 4: 421-423, 1982.
- (9) Nguyen BI, Stadtsbaeder S: Avenir Therapetigue du trimethoprime-Sulfamethoxazole dans la toxoplasmose (editorial) Press Med 12: 331-333, 1983.
- (10) Colebunders R, Mathijs R: Ocular Toxoplasmosis treated with pyrimethamine (letter. Am Jophtaimol 93: 371, 1982.
- (11) Havaner WH: Ocular Pharmacology, 4 th ed. Mosby Company, Saint Louis 1978, p 668-671.

K A Y N A K

Informacion Terapcutica de la Seguridad Social (Temmuz 1983) Cilt 7, 158-163. Ministerde Sanidad y Consuma, Instituto Nacional dela Salud. Centro de la Informacion de Medicamentos (CINDE), Valenzuela 5-2°, Madrid 14 İspanya tarafından basılmıştır.