



Uyuz Hastalığına Yaklaşım¹ (Güncel Kılavuz Değerlendirmesi)

¹ Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of scabies. J Eur Acad Dermatol Venereol 2017;31:1248-53.

Avrupa Kılavuzu değerlendirilerek hazırlanmıştır.

Benhur Şirvan Çetin¹

¹ SB Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bölümü, Gaziantep, Türkiye

Uyuz, bir insan paraziti olan *Sarcoptes scabiei var. hominis*'in neden olduğu yaygın kaşıntılı bir deri enfeksiyon hastalığıdır. İnsandan insana yakın fiziksel temas yoluyla bulaş gerçekleşir. Zorunlu insan paraziti olan *S. scabiei var. hominis* enfeksiyonunda belirtilerin ortaya çıkması 2-6 haftayı bulur. Özellikle geceleri artan şiddetli kaşıntı, yakın çevrede benzer yakınmaların veya uyuz hastalık öyküsü olması ve lezyonların klinik dağılımı ile tanıdan şüphelenilir. Bu yazıda, "International Union Against Sexually Transmitted Infections (IUSTI)" çatısı altında hazırlanmış ve 2017 yılında yayınlanmış "Avrupa Uyuz Yönetim Kılavuzu" derlenerek, uyuz hastalığının yönetiminde özellikli noktalar irdelenecektir (1).

Kılavuz Hakkında Genel Bilgiler

Uyuz hastalığının yönetimi ile ilgili 2010 yılında hazırlanmış olan "Avrupa Uyuz Yönetim Kılavuzu" güncellenerek Haziran 2017'de yayınlandı (1,2). Bu kılavuzun hazırlanmasında "Centers for Disease Control and Prevention (CDC)" 2015 yılı ve "British Association for Sexual Health and HIV (BASHH)" 2007 yılındaki kılavuzları da gözden geçirildiği yazarlar tarafından belirtilmektedir (3,4). Ayrıca yeni kılavuz farklı tedavi seçenekleri, toplumsal kitlelerin tedavisi ve denetim standartları konusunda da ek bölümler içermektedir.

Klinik Bulgular ve Tanı

Özellikle geceleri artan şiddetli kaşıntı, yaygın eritematöz papüler döküntü, lezyonların tipik dağılımı (göbek çevresi, avuç içi, parmak araları, ayak tabanı, koltuk altı, bilekler, genital bölgeler) ve çevre öyküsü uyuz hastalığını düşündürülen başlıca bulgulardır. Bağışıklık sistemi baskılanmış veya kaşıntının

iyi algılanmadığı, nörolojik bozukluklar nedeniyle duyu kaybının olduğu veya parazite aşırı duyarlılık yanıtının baskılandığı bireylerde "klasik uyuz" tablosundan farklı olarak kaşıntı hafif veya hiç olmayabilir, cilt lezyonları hiperkeratoze olup, kötü kokulu ikincil bakteriyel enfeksiyonlar da eşlik edebilir. Klasik uyuzdan farklı olan bu tablo "kabuklu uyuz" olarak adlandırılmaktadır. Bu tablo için "Norveç uyuzu" teriminin kullanılması yeni kılavuzda önerilmemektedir. Çocuklarda istismara ikincil uyuz gelişimi nadir olup çoğunlukla cinsel olmayan yakın temas sonrasında bulaş görülür.

Uyuz hastalığında kesin tanı cilt kazıntılarının mikroskopik incelenmesinde akar, yumurta veya feçesin görülmesine dayanır. Dermaskopik inceleme ile akarların yuvalarının tespiti veya Muller yağı/immersiyon yağı ile akarın görünür hale getirilmesi önceki kılavuzlarla benzer şekilde klasik tanı yöntemleri arasında belirtilmektedir.

Genel Tedavi Yaklaşımları

Bir önceki kılavuzdan (2010) sonra uyuz tedavisi ile ilgili on yeni klinik çalışma yayınlanmış olup, son veriler özellikle kitlesel tedaviler üzerinde odaklanmaktadır. Farklı uyuz karşıtı ilaçların klinik etkinliklerinin karşılaştırıldığı çalışmaların sonucunda tedavi rejimleri "önerilen" ve "alternatif" olmak üzere gruplandırılabilmiştir. Ancak Avrupa ülkelerinde, uyuz karşıtı ilaçların bulunabilirliği farklılık gösterdiği için pratikte tedavi seçimleri de değişkenlik göstermektedir.

Topikal tedavide dikkat edilecek noktalar; uygulama öncesi cilt serin ve kuru olmalı, baş saçlı deri, kasık bölgesi, göbek, dış genital organ, el ve ayak parmak araları, tırnak uçlarını kapsa-

Yazışma Adresi / Correspondence Address:

Benhur Şirvan Çetin

SB Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bölümü, Gaziantep-Türkiye

E-mail: benhurcetin@gmail.com

©Telif Hakkı 2017

Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Derneği - Makale metnine www.cocukenfeksiyon.org web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2017 by Pediatric Infectious Diseases Society - Available online at www.cocukenfeksiyon.org

yacak şekilde tüm cilt bölgelerine tedavi uygulanmalı ve tedavi gece yapılıp 8-12 saat süre temizlenmemelidir. İkinci bir uygulama 7-14 gün sonra önerilir. Hastanın tüm yakın temaslılarına da eş zamanlı aynı tedavi uygulanmalıdır.

Giysiler, havlular, çarşaf ve benzerleri makinede yıkanmalı ($\geq 50^{\circ}\text{C}$ 'de) veya kuru temizleme yapılmalı veya bir hafta boyunca ağız kapalı plastik bir torbada saklanmalıdır (kanıt seviyesi VI, öneri düzeyi C). BASHH 2016 kılavuzunda ise yıkama sıcaklığı $> 60^{\circ}\text{C}$, plastik torbada tutma süresi de > 72 saat olarak önerilmektedir (5).

Tedavi bitiminden sonra bir hafta süresince aktif uyuz belirtisi (aktif lezyon ve gece kaşıntısı) olmaması durumunda enfestasyon temizlenmiş olarak kabul edilir. Tedavi sonrası kaşıntı ise 2-4 haftaya kadar uzayabilir.

Önerilen Tedaviler

- Permetrin %5 krem, baştan ayak ucuna kadar uygulanıp, 8-12 saat sonra yıkanmalı. Tedavi 7-14 gün sonra tekrarlanmalıdır (kanıt Ib, öneri düzeyi A).
- İvermektin, ağızdan (gıda ile birlikte) alınıp, 200 $\mu\text{g}/\text{kg}$ bir hafta arayla iki doz verilmelidir (kanıt Ib, öneri düzeyi A).
- Benzil benzoat %10-25 losyon, günde bir defa (gece uygulanacak) , ardışık 2 gün süreyle sürülmeli ve 7 gün sonra tekrarlanmalıdır (kanıt seviyesi VI, öneri düzeyi C).

Alternatif Tedaviler

- Malathion %0.5 akuöz solüsyon (kanıt seviyesi VI, öneri düzeyi C).
- İvermektin %1 losyonun, permetrin %5 krem kadar etkili olduğu gösterilmiştir (kanıt seviyesi Ib, öneri düzeyi A).
- Kükürt %6-33 krem, losyon veya merhem. Kullanılan en eski uyuz karşıtı tedavidir. Ardışık üç gün kullanılması gereklidir (kanıt seviyesi Ib, öneri düzeyi A).
- Piretrin kombinasyonları, permetrin %5 krem kadar etkilidirler (kanıt seviyesi IIa, öneri düzeyi B).
- Lindan potansiyel nörotoksik etkileri nedeniyle artık önerilmemektedir.

Kabuklu Uyuz Tedavisi

- Topikal uyuz karşıtı ilaç (permetrin %5 krem veya benzil benzoat losyon %25) bir hafta boyunca günde bir defa ardından enfeksiyon sonlanana kadar haftada 2 defa ve
- İvermektin (ağızdan), 200 $\mu\text{g}/\text{kg}$, 1, 2 ve 8. günlerde. Ağır olgularda ek ivermektin tedavisi 9 ve 15. günlerde veya 9, 15, 22 ve 29. günlerde verilebilir (kanıt seviyesi IV, öneri düzeyi C)

Tedavi Sonrası Persiste Eden Kaşıntı

Tedavi sonrasında ortaya çıkan kaşıntının tedavisinde cilt yumuşatıcı solüsyonlar kullanılmalıdır. Antihistaminikler ve zayıf etkili topikal kortikosteroidler de ayrıca kullanılabilir.

Özel Durumlar

- Permetrinin gebelikte (kanıt seviyesi III, öneri düzeyi B) ve emzirme sırasında kullanımı güvenli olup, 2 ay üzeri çocuklarda da kullanımı onaylıdır.
- Benzil benzoat ve kükürtün gebelikte güvenle kullanılabileceği değerlendirilmektedir (kanıt seviyesi III, öneri düzeyi B).
- İvermektin gebelikte ve 15 kilonun altındaki çocuklarda kullanılmamalıdır.

Toplumda Kitlelerin Tedavisi

- Kitlesele nüfus hareketlerinin olduğu endemik bölgelerde, bakımevleri veya cezaevleri gibi kapalı toplulukların bulunduğu yerlerde gelişen salgınlarda uyuz hastalığının kontrolü için kitlesele tedavi önerilmektedir.
- Yakınmalarına bakılmaksızın tüm bireyler tedavi edilmelidir.
- Büyük topluluklarda ağızdan ivermektin tedavisi topikal tedaviye göre uygulanması daha kolaydır.
- Vücut ağırlığına göre 200 $\mu\text{g}/\text{kg}$ ağızdan tek doz ivermektin etkilidir.
- Bir hafta sonra ikinci bir doz verilmesi tedavi yanıtını artıracaktır.

İzlem

Tedavi tamamlandıktan iki hafta sonra mikroskopik inceleme için hastaların kontrole çağırılması önerilir (kanıt seviyesi IV, öneri düzeyi C).

Denetlenebilir Sonuç Ölçütleri

Avrupa Uyuz Yönetim Kılavuzu'nda (2017) ek olarak tedavi ve takipte denetlenebilir ölçütlerden bahsedilmektedir. Bu ölçütler, hastaların takip değerlendirmeleri için çağırılması, önerilen tedavi yaklaşımlarının uygulanması ve hastaların uyuz ile ilgili yazılı bilgilere ulaşabilmesinin sağlanmasıdır. Yazarlar tüm bu ölçütler için hedefi %95 olarak belirlemişlerdir.

Diğer Kılavuzlar

Uyuz hastalığı ile ilgili CDC (2015) ve BASHH (2016) kılavuzları incelendiğinde çoğu noktada ortak öneriler görülmekle birlikte bazı farklılar da gözlenmiştir (3,5);

Klasik uyuzun tedavisinde, CDC ilk basamakta permetrin %5 kremi (boyundan aşağı tüm vücuda) veya " Food and Drug Administration (FDA)" onayı olmamakla birlikte ağızdan ivermektin tedavisini önermekte, ayrıca kükürt %5-10 içerikli cilt nemlendiricilerinin iki ay altındaki bebeklerde de güvenle kullanılabileceğini belirtmektedir (3). BASHH kılavuzunda da benzil benzoat artık tedavide önerilmemektedir (5).

Kabuklu uyuzun tedavisinde, CDC keratolitik topikal krem tedavisinin kabuk oluşumunu azaltarak topikal uygulanan permetrin veya benzil benzoatın emilimini artırarak faydalı olacağını belirtmektedir (3).

Ülkemizde Uyuz Tedavisi

Ülkemizde uyuz sık olmamakla birlikte çocukluk çağında kaşıntı yakınması ile gelen her olguda ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken bir hastalıktır. Kalabalık ve genel temizlik kurallarına uyumun düşük olduğu yaşam koşullarında enfeksiyon riski belirgin yükselmektedir.

Uyuz tedavisi için ilk basamakta önerilen ilaçlar içerisinde, ülkemizde eczanelerden sadece permetrinin %5'lik krem ve losyonları temin edilebilmektedir. İki aydan büyük çocuklarda uyuz tedavisinde permetrin %5 losyonun topikal olarak kullanımında;

- Erişkinler ve 12 yaş üstündeki çocuklarda 30 mL losyon,
- 6-12 yaş arasındaki çocuklarda 15 mL losyon,
- 1-5 yaş arasındaki çocuklarda 7.5 mL losyon,
- 2 aylıktan 1 yaşa kadar olan çocuklarda 3.75 mL losyon yeterlidir (6).

İvermektinin ülkemizde sadece hayvanlarda kullanımı için farmasötik ürünleri bulunmaktadır. Alternatif tedavi seçenekleri içinde, ülkemizde sadece farklı konsantrasyonlarda kükürt içeren kremlerin temin edilebildiği görülmektedir. Yenidoğandan itibaren %5 kükürtlü solüsyonlar uyuz tedavisinde kullanılabilir ancak ülkemizdeki bu ürünler ilaç standartlarında ha-

zırlanmadığı için etkinlikleri ve güvenilirlikleri sorgulanmalıdır. İlaç tedavisine ek olarak, genel temizliğe özen gösterilmesi, çarşaf, havlu ve giysilerin etkili temizlenmesi ve yakın temaslıların eşzamanlı tedavisi reenfestasyonların engellenmesinde büyük önem taşımaktadır.

Kaynaklar

1. Salavastu CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of scabies. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017;31:1248-53.
2. Scott GR, Chosidow O; IUSTI/WHO. European guideline for the management of scabies, 2010. *Int J STD AIDS* 2011;22:301-3.
3. Scabies-CDC Resources for Health Professionals. 2015. Çevrimiçi adres: <http://www.cdc.gov/std/tg2015/ectoparasitic.htm>. 15 Ekim 2017. [CrossRef]
4. Scott G. United Kingdom National Guideline on the Management of Scabies (2007). www.bashh.org/documents/27/27.pdf [CrossRef]
5. Sashidharan PN, Basavaraj S, Bates CM. 2016 UK National Guideline on the Management of Scabies. <https://www.bashhguidelines.org/media/1137/scabies-2016.pdf> [CrossRef]
6. Kwellada® 120 mL solüsyon prospektüs bilgisi. Çevrimiçi adres: <https://www.ilacprospektusu.com/ilac/10/kwellada-120-ml-losyon> Erişim tarihi: 15 Ekim 2017 [CrossRef]