

- ları ve ülke çapında suçiçeği hastalık yükünü anlamlı ölçüde azaltacağı, ancak aşıllı olanlarda bile virüs dolanımını kesemeyerek, özellikle riskli olgular ve aşı bağımsızlığın azalacağı erişkinlerde önem taşıyan enfeksiyonların gelişebileceği yönündedir. Suçiçeğine karşı yüksek aşılama oranları ( $\geq 85$ ) hastalığın büyük çocuk ve erişkin yönüne kaymasını azaltabilse bile (3), aşıllı bir bireyde gelişebilecek suçiçeği hastalığı, artsorunu ya da hastaneye yatış, toplumun aşıllara güvenini önemli ölçüde zedeleyebilir. Bir canlı virüs aşısı olan suçiçeği aşısının, dış etkilere diğer aşıllara göre daha duyarlı olması da, sözü edilen başarısızlıkta bir etmen olabilir. Bu nedenle, KKK aşısını başarıyla uygulayarak, canlı virüs aşısı dağıtımını ve saklanması sorunlarını çok uzun süre önce aştığını kanıtlayan ülkemiz için, gereken parasal kaynak ayrıldığında, suçiçeği aşısının da KKK aşısı gibi iki doz olarak önerilmesi yararlı, gerekli olarak düşünülmelidir.
4. İstenmeyen yan etkileri azaltmak amacıyla, parasetamolün aşı uygulamasının bir parçası olmaması konusunda Sayın Kurugöl'ün görüşlerine katılıyoruz. Aslında parasetamolün ateş düşürücü etki düzeneği, -B ve T hücreleri ilişkili- hücreli bağışıklığın etkileneceği bir yoldan olmamaktadır. Ayrıca parasetamolün aşı yanıtı ya da diğer bağışıklık yanıtlarını etkilediğine ilişkin güvenilir bir veri de yoktur. Ancak ulusal aşı çizelgemizde yer alan aşıların, parasetamolün yarar sağlayacağı ateş ve ağrı gibi istenmeyen etkileri düşük oranda olduğundan, parasetamolün uygulamanın bir parçası olarak kullanımına gerek olmayacağı görüşünü paylaşılmaktayız.
  5. ABD'nin bağışıklama uygulamaları danışma kurulu (ACIP) difteri toksinine bağlı konjuge menengokok (KMA4) aşısının, orak hücre hastalığı ya da asipleni varlığında, 9-24 ay arasında, konjuge pnömokok (KPA) aşısının koruma düzeyini etkileyebileceği, durumun klinik önemine ilişkin verilerin eksikliği ve bu risk kümelerinde pnömokok hastalığının menengokok hastalığından daha büyük risk taşıması nedeniyle, difteri toksinine bağlı KMA4 aşısının uygulanmasını önermemektedir (8). Ayrıca, ABD'de risk kümesinde olmayan ergenlik dönemi dışındaki sağlıklı çocuklara KMA4 aşısının yapılması da bugün için kurulca önerilmemiştir. Bu bağlamda, ülkelerin verilerinin akılcı ve bilimsel bir yaklaşımla değerlendirilmesiyle farklı aşılama çizelgelerinin olabileceği akılda tutulmalıdır. Sayın Kurugöl'ün önerisi doğrultusunda, söz konusu iki risk kümesinin (orak hücre hastalığı, asipleni) yazımızın belirtilen bölümüne açık olarak eklenmesi yararlı olacaktır.

Saygılarımızla.

**Dr. Emin Sami Arısoy**

**Dr. Ergin Çiftçi**

**Dr. Mustafa Hacımustafaoğlu**

**Dr. Ateş Kara**

**Dr. Necdet Kuyucu**

**Dr. Ayper Somer**

**Dr. Fadıl Vardar**

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye

Phone: +90 224 442 88 75

E-mail: mkemal@uludag.edu.tr

## Kaynaklar

1. Arısoy ES, Çiftçi E, Hacımustafaoğlu M ve ark. Önceden sağlıklı çocuklarda ulusal aşı takvimi; ek aşılar konusunda uygulamaya yönelik öneriler. J Pediatr Inf 2014; 8: 1-6. [\[CrossRef\]](#)
2. Hacımustafaoğlu M. Aşı Kitabı. Badur S, Bakır M (ed). Yasal Açıdan Bağışıklama, İstanbul: Akademi Yayınevi, 2012.s.213-8.
3. Varicella vaccines. WHO position paper. Wkly Epidemiol Rec 1998; 73: 241-8.
4. Çandır O, Belet N, Tapısız A ve ark. Suçiçeği enfeksiyonunun komplikasyonları. J Pediatr Inf 2009; 3: 131-52.
5. Dinleyici EC, Kurugöl Z, Turel O, et al. The epidemiology and economic impact of varicella-related hospitalizations in Turkey from 2008 to 2010: a nationwide survey during the pre-vaccine era (VARICOMP study). Eur J Pediatr 2012; 171: 817-25. [\[CrossRef\]](#)
6. Marin M, Meissner HC, Seward JF. Varicella prevention in the United States: a review of successes and challenges. Pediatrics 2008; 122: 744-51. [\[CrossRef\]](#)
7. Guris D, Jumaan AO, Mascola L, et al. Changing varicella epidemiology in active surveillance sites - United States, 1995-2005. J Infect Dis 2008; 197: 71-5. [\[CrossRef\]](#)
8. Apicella M. Meningococcal vaccines. Calderwood SB, Kaplan SL (ed). Uptodate.com, <http://www.uptodate.com/contents/meningococcal-vaccines>, Sürüm: 47.0 (Erişim: 09.06.2014).

## RSV Pneumonia in the Pediatric Intensive Care Unit

### Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde RSV Pnömonisi

Sayın Editör,

Derginizin 2014 yılı ilk yılında yayımlanan 'Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde RSV Pnömonisi' başlıklı, Ganime Ayar ve ark. (1) tarafından hazırlanmış makaleyi ilgi ile okudum. Bu yazı ağırlıklı olarak 3. Basamak Yoğun Bakım Ünitesinde RSV Pnömonisi tanı ile izlenen hastaların klinik süreçlerini değerlendirilmesi bakımından iyi düzenlenmiş bir çalışmadır. Özellikle RSV enfeksiyonlarının yoğun olduğu Kasım-Mart ayları arasındaki yaklaşık yarısının 2 yaş ve altında olduğu 12 hasta çalışmada retrospektif olarak irdelenmiştir. Ancak yazarların da belirttiği üzere bu çalışmanın daha geniş sayıda olgu ile prospektif olarak yeni çalışmalarla desteklenmesi ülkemiz bilimsel literatürüne katkısı yadsınamaz bir gerçektir. Benzer mevsimsel sezonda- 2009 yılında- retrospektif olarak yaptığı- mız çalışmada alt solunum yolu enfeksiyonu tanısı alan ve

nazofarengal sürüntü örneğinde RSV antijeni bakılan iki yaşından küçük çocukların klinik ve laboratuvar özellikleri değerlendirilmiştir (2). Klinik olarak nazofarengal sürüntüde RSV antijeni bakılan 79 hastanın 6'sı pnömoni+bronşiolit, 73'ü bronşiolit tanısıyla izlendi ve bu hastaların 16 (%20) sinda RSV antijeni pozitif bulundu. RSV pozitif gruptaki dört hasta ileri -tümü 3 aydan küçük bebekler- solunum desteğine ihtiyaç duyduğu için yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Topçuoğlu ve ark. (3) 5 yaş altı 77 hisiltılı çocukta yaptığı ve viral etkenlerin araştırıldığı çalışmasında RSV sıklığı %43 olarak bulunmuştur. Çalışma grubundaki hastaneye yatırılarak izlenen 40 hastanın yoğun bakım ihtiyacı yada süreci belirtilmemiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda solunum yolu enfeksiyonlarında RSV pozitifliği %11-50 arasında bildirilmektedir (4). Hastalık döneminde nazofarengal salgıda antijen saptanması önerilen tanı yöntemidir. Serolojik testlerde (ELISA IgM ve IgG), EIA ile yapılan nazofarengal sürüntüyle yapılan hızlı antijen testine göre yanlış negatiflik oranı daha yüksek bulunmaktadır. Viral kültür daha fazla zaman ve ekipman gerektirmesi nedeniyle pratik değildir (5). Bebeklerde ve özellikle riskli hastalarda RSV enfeksiyonun ağır seyretmesi nedeniyle erken tanı ve destekleyici tedavinin erken başlanması gereksiz antibiyotik kullanımını, yoğun bakıma transfer sürecini çok daha azaltacaktır.

### Dr. Sinan Mahir Kayıran

Amerikan Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Kliniği, İstanbul, Türkiye

Phone: +90 532 238 04 11

E-mail: sinanmahir@gmail.com

DOI:10.5152/ced.2014.0005



### Kaynaklar

1. Ayar G, Şahin Ş, Yazıcı MU, Parlakay ÖA, Tezer H. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde RSV Pnömonisi. J Pediatr Inf 2014; 8: 12-7. [\[CrossRef\]](#)
2. Kayıran SM, Paloğlu E, Gürakan B. Bronşiolit tanısıyla izlenen küçük çocuklarda RSV sıklığı, klinik ve laboratuvar özellikleri. Turk Ped Arş 2010; 45 : 252-6. [\[CrossRef\]](#)
3. Topçuoğlu S, Arslanköylü AE, Kuyucu S, Kuyucu N. Hisiltılı Çocuklarda Respiratuvar Sinsisyal Virüs, Parainfluenza Virus, İnfluenza Virus ve İnsan Metapnömovirus Sıklığının Araştırılması. J Pediatr Inf 2009; 3: 153-60.
4. Yılmaz G, Uzel N, Işık N, Baysal SU, Aslan S, Badur S. Viral lower respiratory tract infections in children in İstanbul, Turkey. Ped Infect Dis J 1999; 18: 173. [\[CrossRef\]](#)
5. Hacımustafaoğlu M, Çelebi S, Aynacı E, Köksal N, Sınırtaş M, Göral G. Evaluation of RSV Frequency in Acute Bronchiolitis By Different Methods. J Pediatr Inf 2008; 2: 156-61.