

ÇİÇEK HASTALIĞI

Dr. Levent AKIN

Çiçek hastalığının iki türü vardır: variola major ve variola minor. Vücutta benzer döküntüler yapan bu iki hastalıktan variola minor daha hafif seyreder ve fatalitesi %1'den azdır. Variola major ise, çiçek hastalığının %30 civarında fatal seyreden bir türüdür. Çiçek hastalığının nadiren görülen diğer iki türü ise hemorajik ve malign adı verilen türleridir. Bunlardan hemorajik türü mukoz membranlarda ve ciltte hemorajilere neden olmakta, malign olarak adlandırılan türü ise püstülüze safhası olmayan döküntülerin yumuşak ve düz bir hale geldiği bir tipidir.

Hastalığın Klinik Özellikleri

Çiçek hastalığının inkübasyon süresi genellikle 12-14 gün (7-17 gün arasında değişmekte) olup bu dönemde bulaştırıcı değildir. İnkübasyon süresini takiben ateşle seyreden grip benzeri bir tablo ortaya çıkar. İki-üç gün sonra ateşi düşen hastanın semptomlarında bir gerileme olur ve kendini iyi hissetmeye başlar. Ancak bu dönemde yüzdene başlayan ellere, kollara ve tüm bedene yayılan raşlar ortaya çıkar. Ağız ve burun mukoz membranlarında da olan bu döküntüler kısa sürede ülserleşir. Bu dönemde ağız ve boğazda çok fazla miktarda virus bulunmaktadır. Yüzde fazla olmak üzere merkezden uzaklaştıkça azalan döküntü deneyimli bir kişiyi çiçek hastalığından şüphelendirir. Lezyonlar makül, papül, vezikül ve son olarak püstül şekline dönüşür. Semptomlar başladıktan 8-14 gün sonra lezyonlar püstül haline gelmiştir ve depigmente skarlar oluşturarak kaybolurlar.

Çiçeği, su çiçeğinden ayıran en önemli farklar su çiçeği lezyonlarının daha yüzeysel olması ve lezyonların daha çok gövdede yer almasıdır.

Bulaşıcılık : Kişiler inkübasyon süresi içinde taşıyıcı değildir. Ancak, ateş veya döküntülerin çıktığı ilk hafta hava yolu ile bulaşmaktadır. Ayrıca ciltte son döküntü kaybolana kadar virus atılımı olduğu halde bulaşıcılık azalmıştır.

Bulaşma Yolu : Hastalık hava yolu ile (damlacık veya aerosol), yüz yüze temas ile bulaşmaktadır. Ayrıca hasta kişilerin kontamine giysileri ve yatak takımları ile de bulaşabilmektedir. Hastalığı bulaştıran kişilerin bulunduğu binalardaki havalandırma sistemleri ile bulaşmakta ve bu tip olaylarda ilk vakadan 2-3 hafta sonra salgınlar ortaya çıkmaktadır.

Toplumda ortaya çıkan salgınlarda ise hasta kişinin 5 kişiye kadar bulaştırabildiği bilinmektedir. Bir kişinin, 1972 yılında, eski Yugoslavya'da hastalığı 12 kişiye bulaştırabildiği saptanmıştır. Kısaca aşısız toplumlarda bütün bireyler hastalığa karşı duyarlı olup bulaşma hızı bir hasta için 10 kişi olarak hesaplanmaktadır.

Tedavi : Hasta kişi ile teması olanlara teması takiben 4 gün içinde hastalığı geçirmesini önlemek ya da hafif geçirmesini sağlamak için aşı uygulanabilir. Son dönemlerde yapılan çalışmalarda Cidovir'in kemoproflakside etkin kullanılabileceğini göstermektedir.

Salgın Durumunda Yapılacaklar : En önemli nokta salgının yayılmasını önleyebilmektir. Bu nedenle vaka tanım kriterleri geliştirilip etkili bir süveyans yapılması önem taşır. Hastalık salgınlarında yapılması gerekenin başında vakaları bulmak, bunların temaslılarını belirlemek ve aşılama gelir. Döküntüleri olan kişilerin kimlerle temas ettikleri iyi araştırılmalıdır. Bu kişilere aşı yapılmıyorsa 18 gün süre ile ateş belirtisi takip edilmelidir. Hastalık belirtileri ortaya çıkarsa vakalar izole edilmeli ve vakalardan numune alınmalıdır.

Geniş alana yayılan epidemilerde ise topluma kalabalık yerlerden uzak durmaları, sağlık örgütü tarafından verilen korunma önlemlerine uymaları önerilmektedir.

Sağlık Kurumlarında İnfeksiyon Kontrolü

- Sağlık personeli aşıları dahi olsalar eldiven, kepe, önlük ve maske kullanmalıdır.
- Tüm kontamine aletler dekontamine edilmelidir (Isı ile veya yakarak).
- Kontamine giysi ve yatak takımları otoklavda sterilize edilmeli ya da hipoklorid içeren sıcak su ile temizlenmelidir.
- Odalar formaldehit buharı ile temizlenmelidir.
- Ölüler usulüne uygun olarak ortadan kaldırılmalı, temaslı herkese aşı yapılmalıdır. Ölü torbası kullanılan yerlerde bu torbalar hipoklorid solüsyonu ile ıslatılmalıdır.

- Laboratuvarlarda biogüvenlik 4 seviyesinde çalışılacaktır. Bu tip laboratuvarlar Amerika Birleşik Devletleri ve Rusya Federasyonunda düzenlenmiştir.

Aşılama : Çiçek aşısı canlı virus aşısıdır. Orthopox virus ailesinden olan Variola virusu'na çok benzemektedir. Aşının koruyucu etkisine rağmen Aralık 1999'da üretim ve depolanması Dünya Sağlık Örgütü Variola Virus Danışma Komitesi tarafından kısıtlanmıştır. Pek çok ülke aşı stoklarını artırma çabalarında olmakla beraber bugün için stoklardaki aşının bağışıklık yaratabilme özelliğinin değerlendirilmesi önerilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1998 yılında yapılan bir çalışma sonucu dünyada 90 milyon doz aşı olduğu belirlenmiş, ancak bunun bağışıklık yaratma özelliği (potens) araştırılmamıştır.

Bugün Dünya Sağlık Örgütü, vaccinia virus türlerinden Lister Elstree kullanılarak Hollanda'da aşı üretim çalışmaları yapıldığını bildirmektedir. Bu merkezde stoklardaki çiçek aşısının kontrolleri de yapılmaktadır. Onsekiz yıldır stoklardaki aşının bağışıklık yaratma özelliğini (potens) kaybetmediği belirlenmiştir.

Aşının Koruyuculuk Süresi : Çiçek aşısı, yapılan kişiyi en az 10 yıl süresince korumaktadır. Aşılı kişide semptomlar daha hafif olup bu kişilerin daha az virus saçtığı bilinmektedir. *Aşının Komplikasyonları* : Aşının yan etkileri sıktır. Ancak, hastalık riski olan kişilere, hastalığın komplikasyonları göz önüne alındığında yapılması tercih edilir. Kısa süre içinde hücre kültüründe üretilmiş aşı mevcut aşılar arasına girebilecektir. Ayrıca HIV(+) olanlara dahi çekinmeden uygulanabilecek monoklonal antivariola antikoru içeren immünglobülin geliştirilmektedir.

Aşının en önemli komplikasyonları aşıya bağlı egzama, progresif vaccinia enfeksiyonu, generalize vaccinia enfeksiyonu, aşı sonrası ensefalit olarak gösterilmektedir.

Aşının Kontrendikasyonları : Aşı bazı gruplara yapılmamalıdır. Bunlar;

1. Gebeler
2. İmmün yetmezliği olanlar
3. Tedavileri sırasında immün sistemi baskılayıcı ilaç kullananlar
4. HIV(+) olanlar
5. Özgeçmişinde egzaması olanlar

Mevcut bir salgının yayılması durumunda bu kişilere de aşı yapılmalı, ancak aşı ile birlikte immünglobülin verilmelidir.