

TÜRKİYE'DE VEREM SAVAŞI

M. Ferit KOÇOĞLU*

Özet: Tüberküloz açısından önemli ilerlemeler sağlanmış olmakla birlikte, hastalık halen önemini korumaktadır. Ülkemizde yayınlanan raporlara göre tüberküloza yakalananların sayısı her yıl azalmaktadır. Bu durum tüberküloza yakalananların mı yoksa yakalanabilen tüberkülozuların mı azaldığı sorusunu akla getirmektedir. Bu yazı ülkemizdeki tüberküloz insidansının yıllar içindeki azalmasının gerçek bir azalma olup olmadığını tartışmaktadır.

Anahtar sözcükler: tüberküloz, insidans, verem savaşı

Tuberculosis Control in Turkey

Abstract: Though significant progress is made in combatting tuberculosis, the disease still maintains its importance in terms of public health. According to reports published, the burden of tuberculosis is decreasing over years. This, however, raises the question whether it is actually the number of persons with tuberculosis or the number of persons with tuberculosis who are identified as so is in decline. The article discusses whether secular decline in the incidence of tuberculosis as suggested by figures is a real one.

Key words: tuberculosis, incidence, tuberculosis control

1993 yılında DSÖ'nün "acil durum uyarısı"ndan sonra birçok ülkede önemli ilerlemeler sağlanmış olmakla birlikte, TB (tüberküloz hastalığı) dünya genelinde ve ülkemizde bugün de önemini koruyor. Halen dünya nüfusunun üçte birinin tüberküloz basiliyle enfekte olduğu tahmin ediliyor. DSÖ'nün tahminlerine göre 2012 yılında dünyada 8.6 milyon (5.7 milyonu kayıtlı, 2.9 milyonu bilinmeyen) yeni olgu ortaya çıkmıştır. Bunların 1.1 milyonu HIV(+), 450 bini de (ÇİD) çok ilaca dirençli olgulardır. Dünyaya genelinde 2012 yılında 1.3 milyon kişinin TB'den öldüğü tahmin ediliyor. Olguların ve ölümlerin üçte ikisini erkekler oluşturmakla birlikte, TB, tüm kadın ölümlerinde ilk üç neden arasında yer almaktadır (WHO, 2013).

Ülkemizde de 1950'lerde birinci ölüm nedeni olan TB 1953-70 yılları arasında yürütülen çok başarılı çalışmalarla büyük ölçüde kontrol altına alınmışken, 1974 yılında Sağlık Bakanlığının "veremi bitirdik sanısıyla" rehavete kapılması sonucu 1977'den itibaren yeniden artmaya başlamıştır. 1974-83 yılları arasında 73 000 hasta "akıbeti meçhul" ve "işbirliği yapmıyor" kodlarıyla takipten çıkarılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 1984). Günümüzde de hastaların bir kısmı maalesef bu şekilde kontrol dışıdır. (Toplum

sağlığı açısından en tehlikeli TB olguları bunlardır, çünkü birçoğu ÇİD basil yaymaktadır).

Ülkemizde verem hastalığının bugünkü durumu hakkında VS Dispanserlerinden rapor edilenler dışında bir bilgi yoktur. SB Halk Sağlığı Kurumu Tüberküloz Daire Başkanlığınca yayınlanan raporlara göre ülkemizde TB'a yakalananların sayısı düzenli bir şekilde azalmaktadır. Örneğin, 2005 yılında 20535 olgu tedaviye alınmışken, 2010 yılında 16551 hasta bulunmuştur (THSK, 2013). İnsan sormadan edemiyor; acaba tüberküloza yakalananlar mı azaldı, yoksa yakalanabilen tüberkülozular mı? SB bir de bu rakamlarla "insidans/prevalans" hesapları yapıyor. Her şeyden önce şunu bilmeliyiz ki, sağlık kuruluşlarına kaydedilen olgu sayılarına göre bir hastalığın insidansı/prevalansı hesaplanamaz. Örneğin, aynı yöredeki çok iyi çalışan bir dispanser bölgesinde, hiç çalışmayan bir dispanser bölgesinden daha çok hasta bulunur. Halk Sağlığı Kurumu Tüberküloz Dairesi Başkanlığının 2012 Raporundan örneklersek, TB insidans hızı Tunceli'de yüzbinde 5.2 iken, Edirne'de 44.6, İstanbul'da 39.3 tür (THSK, 2013). Şimdi, "Tunceli'de insanlar Edirne'dekilerden daha az verem hastalığına yakalanıyorlar" diyebilir miyiz? Aynı rapora göre Türkiye ortalaması

*Prof. Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

yüzbinde 22.5 iken, 61 ildeki insidans hızları ortalamasının altındadır.

Tüberkülozun yaygınlığı ve zaman içindeki seyri, en iyi, bölgeyi (ülkeyi) temsil eden örneklemeler üzerinde periyodik olarak "enfeksiyon riski" araştırması yapılarak belirlenebilir ve izlenebilir. "Yıllık Enfeksiyon Riski" 0-6 veya 0-4 yaş grubunu temsil edebilecek büyüklük ve özellikte, BCG'siz çocuklara tüberkülin testi yapıp, PPD (+) bulunanların yüzdeleri üzerinden hesaplanır. Yıllık enfeksiyon riskinin her yıl %10 veya daha fazla azalması verem savaşı çalışmalarının etkili olduğunu gösterir. Hiç verem savaşı yapılmasa bile, sosyo-ekonomik gelişmeye bağlı olarak (beslenme ve barınma koşullarında iyileşme nedeniyle) enfeksiyon riskinin her yıl %5 azalması beklendiğinden, %10'un altındaki azalma, yapılan çalışmaların etkili olmadığını, TB kontrol programlarının gözden geçirilmesi gerektiğini düşündürür (Aoki, 1979).

Ülkemizde olduğu gibi, BCG'nin rutin aşı programları içinde yer aldığı yerlerde, 0-4 yaş grubunu temsil edecek büyüklük ve özellikte BCG'siz örneklem bulunamayacağı için bugün bu yöntemi kullanmıyoruz. (BCG'den etkilenmeyen Quantiferon yöntemi kullanılabilir, fakat çok pahalıdır).

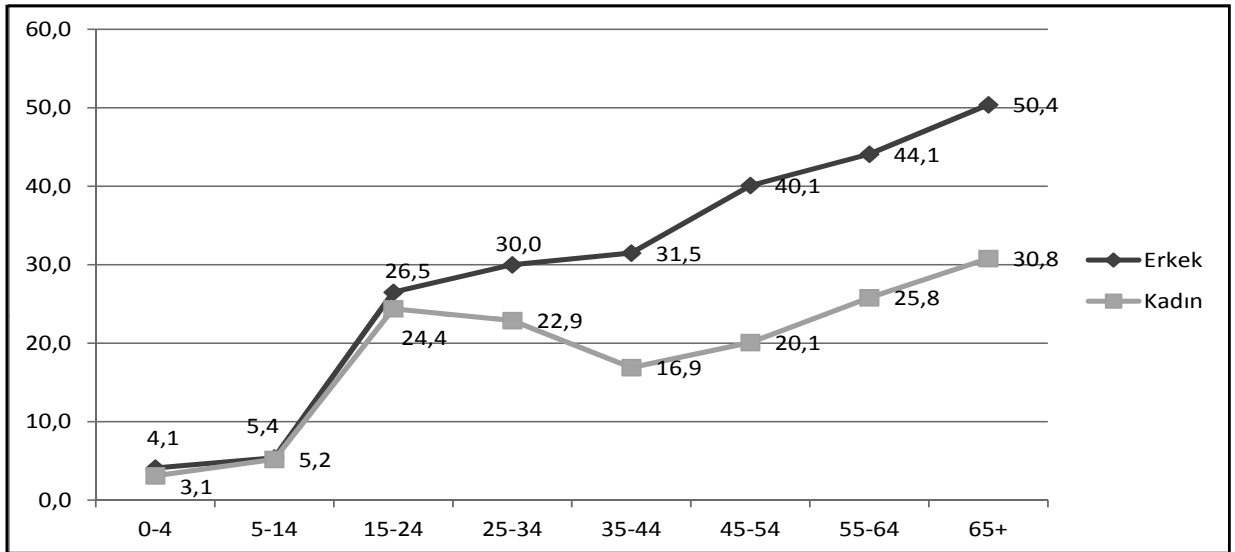
Bununla birlikte, Tüberküloz Daire Başkanlığının yayınladığı rakamlardan bazı çıkarımlarda bulunabiliriz. Tablo 1'de görüleceği üzere, 0-4 yaş grubunda TB insidans hızı 2001 yılında yüzbinde 4.3 iken, 2010 yılında yüzbinde 3.5' a düşmüştür. Tabloda görüleceği üzere bu istikrarlı bir düşüş olmayıp,

dalgalanma göstermektedir. Azalmanın gerçek olduğunu kabul etsek bile, geçen on yıl içinde insidans hızı her yıl %2.3 oranında azalmıştır, ki bu, yukarıda belirtildiği gibi çok yetersizdir.

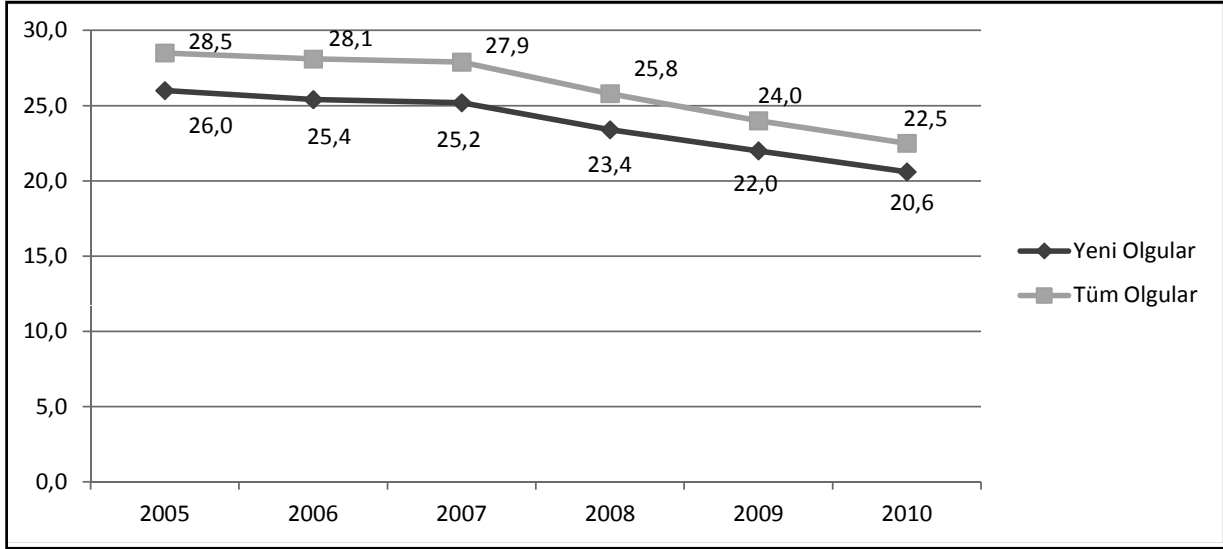
Bilindiği gibi, enfeksiyon riski yaşlara ve cinsiyete göre farklılık gösterir. 0-4 yaştaki çocukların TB enfeksiyon riski çok yakın temaslıları ile sınırlı iken, yetişkinler çok daha geniş çevrelerde ve değişik hastalar tarafından enfekte edilebilirler.

0-4 yaştaki insidans hızlarını esas alırsak, 2000-2010 arasındaki nüfus artışını da göz önüne aldığımızda mutlak hasta sayısının raporda belirtilenden çok daha fazla olması gerektiği ortaya çıkar. Zaten grafik de buna işaret etmektedir (Şekil 1). Şekilde, 15 yaştan itibaren insidans hızının çarpıcı bir şekilde arttığı dikkati çekmektedir. Bu, ilköğretim çağından çıkan çocukların çevrelerinin birdenbire genişlemesi sonucu, aile ve okul dışındaki enfeksiyon kaynaklarıyla karşılaşmasıyla olmaktadır. 15-24 yaş grubunda insidansın bir anda 5 misli artışı toplum içinde kontrol altında tutulamayan (bilinmeyen ya da işbirliği yapmayan) çok sayıda basilifer hasta olduğunu göstermektedir.

Şekil 2'de ise TB insidans hızlarının sürekli azalmakta olduğu göze çarpmaktadır. Bu azalma ne kadar gerçektir? 2003-2013 yılları arasında "sağlık dönüşüm programı" çerçevesinde 70 adet VS dispanseri kapatılmıştır. Kanımca olgu sayılarındaki azalma bununla yakından ilgilidir. Bilindiği gibi, sağlık hizmetlerinden yararlanma mesafe faktörüyle yakından ilişkilidir. Bir yerde VS dispanseri yoksa



Şekil 1. 2010 yılında, Türkiye'de yaş ve cinsiyete göre TB insidans hızları



Şekil 2. Türkiye’de yıllara göre yeni ve eski TB olgu hızları

orada verem hastası da yoktur (!?) Örneğin, şu anda yaşamakta olduğum Sivas il merkezinin nüfusu 300 000’ dir. Bundan biraz daha fazla bir nüfus da Sivas’ın ilçe ve köylerinde oturmaktadır. 2014 Kasım sonu itibariyle Sivas VS Dispanserinde kayıtlı hasta sayısı 59 olup, bunun 42’si kent merkezinde, 17 tanesi ise ilçeler ve köylerde oturmaktadır. İlçe ve köylerde TB sıklığının kent merkezindekienden üç misli az olmasının nedeni ne olabilir?

1982 yılında Türkiye genelini kapsayan (örnek büyüklüğü 100 bin civarında, fakat temsil özelliğinden emin olamadığımız) bir “TB Prevalans Araştırması”nda TB prevalansı binde 3.54 bulunmuştur (Sağlık Bakanlığı, 1984) Aynı yılın dispanser kayıtlarına göre prevalans hızı binde 1.76 idi. Yani dispanserler mevcut olguların ancak yarısından haberdar idi. Dispanser kayıtları bir de hastaların ikametgahları açısından değerlendirildiğinde, dispanserlerin bulunduğu yerleşim yerinde prevalans hızı binde 2.03 iken, dispanser bulunmayan yerlerde binde 1.30 idi. Yani dispanser bulunmayan yerlerde TB olguları % 36 daha az idi (Koçoğlu, 1984). Özetle, dispanser kayıtlarına bakarak TB’un azaldığına hükmetmek yanlış olur. Verem Savaşı Dairesi

Başkanlığının yayınladığı son rapora göre, 2009 yılında tedaviye alınan 17148 olgudan 467’si tedaviyi terk etmiş, 93 tanesinde de tedavi başarısız olmuştur (THSK, 2013). Buna göre, bulunan olguların % 3.3’ü kontrol altında tutulamamıştır. Geçmişe göre azalmış olmakla birlikte (Tablo 2) her yıl bu kadar hastanın kontrol dışı kaldığını düşünürsek, belki de bunların yığılımlı toplamı (bilinip de) bilinmeyen olguların önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bu olgular, önümüzdeki yıllarda büyük bir sorun olarak karşımıza çıkacak olan “primer çok ilaca dirençli” olguların kaynağını oluşturmaktadırlar.

Şekil 2’de dikkati çeken bir husus da, her yıl tedaviye alınan hastaların % 10’unun nüks olgular olmasıdır. Bu oldukça yüksek bir orandır ve önceki tedavilerin sorunlu olduğuna işaret eder. Özellikle ÇİD’li olgularda tedavi başarı oranı % 65-70’lere kadar düşmekte, tedaviyi terk edenlerle birlikte kontrol dışına çıkanların oranı % 20’yi bulmaktadır. Bu çok ciddi bir durumdur. Türkiye’de tedavi edilemediği için, kendisini güç bela yurt dışına sevk ettirebilen ÇİD TB’li bir meslektaşımızın anlattıkları gelişmiş ülkelerde TB tedavisinin ne kadar ciddi yapıldığını göstermektedir:

Tablo 1. 2000- 2010 yılları arasında 0-4 yaşta ki çocuklarda TB insidans hızları (Sağlık Bakanlığı, 1984; THSK, 2013)

Yıllar	TB insidans hızı*	Yıllar	TB insidans hızı*
2001	4.3	2006	4.1
2002	3.2	2007	3.3
2003	4.7	2008	3.9
2004	4.5	2009	3.6
2005	4.4	2010	3.5

*Yüz binde

Tablo 2. 1999 ve 2009 yılında tedaviye alınan Akciğer TB olgularında, tedaviyi terk ve tedavide başarısızlık oranları (Sağlık Bakanlığı, 1984; THSK, 2013)

Yıllar	Tedaviye alınan		Tedaviyi terk eden		Tedavisi başarısız olan	
	Sayı		Sayı	%	Sayı	%
1999	18 324		1 978	10.8	205	1.1
2009	11 418		359	3.1	84	0.7

"Londra'ya geldiğim uçaktan tutun, beni alan ambulans ve kaldığım otellere kadar her yer önceden uyarılmıştı. Türkiye'de birçok ARB (+) hastanın toplum içinde serbestçe dolaştığını söyleyince çok şaşırıyorlar. Baştan beri negatif basınçlı bir odada izole edilmiş durumdayım. Gerek refakatçiler, gerekse hastane personeli yanıma ancak çok özel bir maske ile girebiliyorlar. İlaçlar kesinlikle duyarlık testi sonucuna göre kullanılıyor. İlaçların yan etkileri ilacın kan düzeyine göre izleniyor. Bizde hastalar ARB(+) iken bile hastaneden taburcu edilebilirken, burada son üç balgam kültürü negatif olmadan odadan bile dışarı çıkamazsınız. Buradaki doktorlar insana değer veriyorlar, işlerini severek yapıyorlar ve hastalarının sağlığı en büyük kaygıları..."

"Bende ÇİD TB gelişmesinin nedeni ise, TB hastası olan babama ilaçlarını düzenli kullanılmayan dispanser personeli ve benim tedavim sırasında gelişigüzel ilaç ekleyip çıkaran üniversite hocaları olmuştur...." (Dr. C.D., 1997)

Keza, 0-4 yaşlarda hastalanma hızının anlamlı ölçüde azalmıyor olması da erken tanı ve ilaçla koruma programlarının yetersizliğine işaret etmektedir. Bunlara rağmen, Sağlık Bakanlığı yayınladıkları çeşitli rakam ve grafiklerle hemen her alanda toz pembe tablolar çizmeye çalışıyor. Son yayınladıkları raporda da, bizdeki insidans- prevalans hızlarının DSÖ Avrupa Bölgesi rakamlarının altında oluşunu iftiharla sunmaktadır (THSK, 2013). DSÖ Avrupa Bölgesi deyince herkesin aklına Almanya, Fransa, İngiltere vb gelişmiş ülkeler gelir, fakat bu DSÖ Avrupa Bölgesi Rusya ve Türki Cumhuriyetleri de içeren ve Bering Boğazına kadar uzanan geniş bir coğrafyayı kapsamaktadır ki, buralar öteden beri TB kontrolünün çok yetersiz olduğu ülkelerden oluşmaktadır. Ülkemizin rakamlarını bu ülkelerinkiyile kıyaslayıp öğünmek, kendimizi kandırmaktan başka bir şey değildir.

Öneriler

1. Veremle savaşın temel ilkeleri erken teşhis ve ilaçların düzenli kullanılmasındır.

Erken tanı için, 15 gündür öksüren her hastaya imkan varsa hem film çekmek, hem de üç ayrı günde

balgam örneği alıp ARB bakmak, bir de bulunan hastaların temaslılarını kontrol etmektir. Dispanser olan yerlerde öksüren hastaları dispansere sevk etmek, olmayan yerlerde ise tüm hekimlerin bir protokol çerçevesinde rutin olarak bu işlemleri yapması ve toplanan balgamların TSM'ler aracılığıyla bağlı olunan VS Dispanserine gönderilmesi sağlanmalıdır.

Düzenli tedavi ÇİD olgular yaratılmaması açısından çok önemlidir. Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT=DOT) ciddi yapılmalıdır. İşbirliği yapmayan hastalar gerekirse hastanelerdeki "mahkum koğuşu" benzeri yerlerde tecrit edilerek tedavi edilmelidir. (UHK'nun bulaşıcı hastalıklarla ilgili maddeleri buna elvermektedir) "Tedaviyi terk" gibi bir özgürlük olamaz. İlaçlara direnç gelişmesi hem hastalar, hem toplum, hem de kamu maliyesi açısından çok pahalıya patlamaktadır. (İlaçlara dirençli olmayan yeni bir hastanın tedavi süresi 6 ay ve maliyeti 250 TL iken, ÇİD'li bir olgunun tedavi süresi 2-3 yılı ve maliyeti 20 000 TL'yi bulmaktadır)

Hastanelerdeki "performans" ödemeleri, maddi getirisi olmayan TB yataklarının başka hastalıklara aktarılması sonucunu doğurmuştur. Yatarak tedavisi gereken hastalara yatak bulmak güçleştiği gibi, kimse ÇİD'li bir hastayla uğraşmayı da istememektedir.

Birçok ülkede olduğu gibi, ülkemizde de VS Dispanserlerinde TB tedavisi ücretsizdir. Tanı konduktan sonra dispanserlerde kontrol muayeneleri de ücretsizdir. Fakat tanı konuncaya kadar çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır. Üniversitede görev yapan bir hocamızdan yeni dinlediğim bir olgu öyküsü, "mevzuat hazretleriyle" daha çok işimiz olduğunu göstermektedir:

"hastanesinden bir hekim arkadaş sosyo-pat bir hastasında tüberkülozdan kuşkulandığını söyleyerek yardımcı olmamı istedi. Hastayı göndermesini söyledim. Gelen hastayı muayene ettikten sonra ARB bakılması için hastanemizin laboratuvarına gönderdim. Biraz sonra aşağıdan aradılar, hastanın yeşil kartlı olduğu fakat yenileme süresi geçtiği için balgam

muayenesini yapamayacaklarını belirttiler. Dispanseri aradım, laboratuvarlarında tamirat olduğu için bakamayacaklarını söylediler. Bunun üzerine Nümune hastanesinin laboratuvarındaki arkadaşımı aradım, durumu anlattım. Bu durumda Acilden giriş yapalım dedi,.....Allah'tan, bu süre içinde hasta kaçmadı...."

2. HIV ve ÇİD TB açısından yüksek riskli ülkelerden çok sayıda insan ülkemize kaçak olarak giriş yapmaktadır. Kimisi kaçak olarak çalışmakta, kimisi de başka bir ülkeye kaçınca kadar şurada burada dolaşmaktadır. Emniyet Müdürlükleri bu tür kaçakları yakaladığında her ne işlem yapıyorlarsa, buna ek olarak bir de dispanserlerde kontrol ettirmeli, hasta bulunanların tedavisi için mevzuattan kaynaklanan engeller kaldırılmalıdır.

3. Keza, cezaevleri de TB açısından riskli yerlerdir. Emniyet kuvvetleri göz altına aldıkları zanlıları sağlık kontrolünden geçirmek üzere Adli Tıp hekimliğine götürmektedirler. Bu sırada bir de dispanser kontrolünden geçirilmeleri ve hasta bulunanların hastanelerin mahkum koğuşunda tedavi edilmeleri uygun olur.

4. Ülkemizde BCG rutin aşı programı çerçevesinde bebekler iki aylık olunca yapılmaktadır. BCG'nin

koruyuculuğu 5-6 yılda zayıflamakta veya tamamen kaybolmaktadır (**Shimao, 1979**). Şekil 1'de görüldüğü üzere, çocuklar ilköğretimden mezun olduktan sonra bilinmeyen birçok enfeksiyon kaynağı ile karşılaşmaktadırlar. Bu nedenle ilköğretim 7. veya 8. sınıfta PPD kontrolüyle, PPD (-) bulunanlara bir BCG aşısı daha yapılması yararlı olacaktır.

Kaynaklar

WHO (2013) *Global Tuberculosis Report*.

Sağlık Bakanlığı (1984) *Türkiye'de Verem Hastalığının Seyri Üzerinde Bir Araştırma*, Yayın No.84/2.

THSK (2013) *Türkiye'de Verem Savaşı Raporu 2012*, Ankara.

Aoki, M. (1979) in: *Tuberculosis Control*, TRI-JATA, Tokyo.

Sağlık Bakanlığı (2007) *Türkiye'de Verem Savaşı, 2007 Raporu*, SB Verem Savaşı Daire Başkanlığı, Ankara

Sağlık Bakanlığı (1984) *Türkiye'de Akciğer Tüberkülozu Prevalansı Araştırması (Yayınlanmamış Çalışma)*, Ankara.

Koçoğlu, F., Enson, B. (1984) *Verem Savaşı Dispanserlerinde Kayıtlı Hastaların İkametgahlarına ve Dispanserle İşbirliği Yapıp Yapmama Durumlarına Göre Dağılımı (Yayınlanmamış Çalışma)*.

Dr. C. D. (1997) *İstanbul'da yapılan "MDR TB sorunları ve sonuçları" konulu Tüberküloz Kongre Başkanlığına gönderilen mektup*

Shimao, T., Azuma, Y. (1979) in: *Tuberculosis Control*, TRI-JATA, Tokyo.