

O-1	İMMÜNİYETMEZLİKLİ HASTALARDA AŞILAMA
-----	--------------------------------------

Mehmet Ceyhan

İmmünyetmezlikli hastaların aşılınması, gerek bu hastaların yaşam kalitesinin artırılması, gerekse de bu hastalardaki infeksiyonların toplum için yarattığı riskin önlenmesi açısından önemlidir. İmmünyetmezlikler 3 gruba ayrılabilir:

1. Non-HIV ağır immünyetmezlikler,
2. Non-HIV hafif immünyetmezlikler,
3. HIV infeksiyonu.

Non-HIV ağır immünyetmezlikler: Birçok ağır konjenital immünyetmezlik bu gruba girer. Lösemi, lenfoma, diğer malign hastalıklar, antikanser ilaçlar, radyasyon ve yüksek doz kortikosteroid gibi değişik nedenlerle de sekonder olarak ortaya çıkabilir. Ölü veya inaktive aşılar bu hastalarda önemli bir risk oluşturmazlar ve sağlıklı insanlardaki uygulama şemalarına uygun olarak kullanılabilirler. Ancak canlı virüs ve bakteri aşıları kontrendikedir. Canlı oral polio aşısı hastalar dışında, bu hastalar ile aynı evde yaşayan kişilere veya hastane, okul gibi yerlerde bakımı ile uğraşan veya teması olan kişilere de yapılmamalıdır. Steroid tedavisi;

1. İki haftadan kısa süreli ise,
2. Düşük veya orta dozlarda veriliyorsa,
3. Kısa etkili steroidler uzun süreli, ancak günaşamı dozda veriliyorsa,
4. Steroid eksikliklerinin replasman tedavisi için kullanılıyorsa,
5. Topikal olarak uygulanıyorsa kontrendikasyon oluşturmaz.

Günde 20 mg veya 2 mg/kg steroid canlı aşı kontrendikasyonu için yeteri kadar yüksek bir dozdur.

Non-HIV hafif immünyetmezlikler: Aspleni, diabet, renal yetmezlik, siroz gibi birçok hastalıkta çok ağır olmayan immünyetmezlik durumu sözkonusudur. Aşı uygulamaları için kontrendikasyon oluşturmazlar. Bu nedenle rutin aşılamaları yaşlarına uygun olarak yapılmalıdır. Ayrıca özellikle bazı hastalıklar için immünite yetersiz hale gelmiş olabilir ve bu nedenle polisakkarid aşuların (Hib, pnömokok, meningokok) uygulanması özel önem taşır. Bunun dışında özellikle hepatit B aşısının yüksek dozda yapılması önerilmektedir.

HIV enfeksiyonu: HIV enfeksiyonlu kişilerde kızamık, tüberküloz gibi birçok enfeksiyon daha sık görülmekte ve daha ağır seyretmektedir. Ayrıca genellikle tedaviye dirençli mikroorganizmalar ile enfeksiyon sık görülür. Bir diğer problem de aşıya verilen immün cevabın yetersiz olmasıdır. Bu hastalar CD4 bağımlı antijenlere (pnömokok, Hib...) kısmen iyi cevap verirler. Semptomatik dönemdeki çocuklara ve semptomatik olmasa bile erişkinlere canlı aşuların (BCG, OPV, kızamık, kabakulak, rubella) uygulanması kontrendikedir. HIV enfeksiyonlu çocuklarda rutin aşılanmanın yaşına uygun olarak yapılması, kızamık aşısının 6 ve 9. aylarda 2 kez uygulanması, BCG aşısının ise; endemik bölgede ise çocukta CD4 sayısı yeterli iken yapılması, polio aşılması için inaktive aşı (IPV) kullanılması önerilmektedir. Yetişkinlerde BCG aşısından kaçınılması gerekir. Varsa konjuge pnömokok aşısının ilk yaş içerisinde, yoksa ankonjuge aşının 2 yaşından itibaren yapılması önerilir. Hepatit B aşısı da mutlaka yapılmalı, aşılama öncesi ve sonrası antikor düzeyine bakılmalı, serokonversiyon oluşmamışsa tekrarlanmalıdır.