

HIV/AIDS EPİDEMİYOLOJİSİ

Başak DOKUZOGUZ

HIV/AIDS epidemisi 1970'lerin sonu 80'lerin başında Kuzey Amerika, Latin Amerika, Karayip'ler, Sahra altı Afrika, Batı Avrupa, Avustralya ve Yeni Zelanda'dan başlamış, 1980'lerin sonunda Kuzey Afrika, Orta-Doğu, Güney-Güneydoğu-Doğu Asya ve Pasifik kıyılarına yayılmıştır. 1990'ların başında siyasal değişimlerin de etkisiyle Doğu Avrupa ve Orta Asya'yı da etkilemeye başlamıştır. Her biri kendine özgü niteliği ve etkinliği olan epidemilerin olduğu nokta artık pandemi olarak kabul edilmektedir.

Pandemi, ülkeleri/bölgeleri farklı şiddette etkileyerek son derece karmaşık bir hal almış, bir mozaik gibi farklı bir doku oluşturmuştur. Bu farklılaşmanın temelini sık görülen bulaş yolu, coğrafi yapı, HIV subtipleri, yaş, cins, sosyo-ekonomik koşullar, yaşam tarzı, HIV yayılma potansiyeli ve hızı gibi faktörlerdeki farklılıklar oluşturmaktadır. Global olarak HIV pandemisinin kıtalar arasında yayılmaya devam ettiğini, bununla birlikte HIV insidansının bazı ülkelerde düşmeye başladığını görüyoruz.

HIV/AIDS ile yaşayan kişi sayısı 1990'da 10 milyon iken, 1996 ortalarında 27.9 milyona, 1999 sonunda 33.6 milyona çıkmıştır. HIV ile infekte kişilerin büyük çoğunluğu (% 95) gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Bu ülkelerde, fakirliğin yanı sıra sağlık sistemleri ve virüsün yayılmasını önleyecek korunma önlemlerini sağlayacak kaynaklar yetersiz olduğu için enfeksiyon oranlarının artması beklenmektedir. HIV ile infekte toplam nüfusun % 70'i Sahra altı Afrika'da yaşamaktadır. Bu bölgede 23.3 milyon kişi HIV'den etkilenmiş, aileler dağılmış, genç nüfus azalmaya başlamış, üretim düşmüş durumdadır. Afrika'nın dışında epideminin en yüksek olduğu yerlerden biri Karayip'lerdir. Ortadoğu, Güneydoğu, Doğu Asya'da da tehlike çanları çalmaktadır. Epideminin bu bölgede daha geç başlaması avantaj sağlamakta birlikte HIV ile yaşayan kişi sayısı 6.5 milyonu bulmuştur. Doğu Avrupa ve Orta Asya HIV enfeksiyonunun en hızlı yayıldığı bölgelerdir. Toplam olgu 360,000 olmakla birlikte, bu bölge 1999 yılında dünyanın en dik HIV enfeksiyonu grafiğini çizmiştir.

Epideminin başlangıcından itibaren 16.3 milyon kişi AIDS nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Gelişmiş ülkelerde antiretroviral tedavinin AIDS'e bağlı ölümleri azaltmasına rağmen 1999 yılı, 2.6 milyon ölümlerle, epideminin başlangıcından beri ölümlerin en yüksek olduğu yıl olmuştur. Dikkat çeken bir nokta da gelişmiş ülkelerde AIDS'e bağlı ölüm hızının düşüştür. Amerika Birleşik Devletleri'nde AIDS'e bağlı ölümler 1996-1997 yılları arasında % 42 iken, 1997-1998 yılları arasında yaklaşık % 20 civarındadır.

Epideminin başlangıcından bu yana 3.6 milyon çocuğun (<15 yaş) AIDS nedeniyle öldüğü bildirilmektedir. Halen, 570,000'i 1999 yılı içinde hastalığa yakalanmış olan 1.2 milyon çocuk HIV ile infekte yaşamaktadır. Çocukların yaklaşık % 90'ına virüs doğumda veya daha sonra anne sütüyle bulaşmaktadır. Bu çocukların da % 90'ı Sahra altı Afrika'da yaşamaktadır.

Risk grupları incelendiğinde, pandeminin başlangıç bölgeleri olan Kuzey Amerika, Latin Amerika, Batı Avrupa, Avustralya'da ilk sırada erkek eşcinseller, daha sonra İV uyuşturucu bağımlıları (İV-UB) yer almaktadır. Kuzey Afrika, Ortadoğu, Doğu Asya-Pasifik bölgesi, Doğu Avrupa ve Orta Asya'da ise İV-UB ilk sırada yer almaktadır. HIV/AIDS olgularının Bahreyn'de 2/3'ü, İran'da yarısı, Tunus'da 1/3'ü İV uyuşturucu bağımlısıdır.

Sahra altı Afrika, Karayip'ler ve Güneydoğu Asya'da yaygın bulaş yolu olarak, sadece heteroseksüel korunmasız cinsel temas saptanmaktadır.

HIV 1'in yaygın olarak bulunan M grubunun 8 subtipi (A-H) ile yapılan çalışmalar virüsün dünya üzerindeki dağılımı, bulaş yollarının değerlendirilmesi ve epideminin nasıl yayıldığına anlaşılmasında bir ipucu yakalamak için önem taşır. Avrupa'da erkek eşcinseller arasında subtip B'nin yaygın olarak bulunduğu, diğer subtiplerin daha az olarak heteroseksüel cinsel temasla infekte olmuş kişilerde görüldüğü saptanmıştır. Amerika kıtasının tümünde, Avustralya, Yeni Zelanda, Endonezya, Filipinler, Tayvan ve Japonya'da da subtip B'nin hakim olduğu gösterilmiştir. Tayland'da yaygın olarak subtip E saptanırken daha az olarak IV-UB'da subtip B olduğu, bu suşun Myanmar (Burma), Malezya ve Güney-Doğu Çin'deki IV-UB da bulunduğu gösterilmiştir. Hindistan'da subtip C, Romanya'da subtip F'nin hakim olduğu saptanmıştır.

Türkiye'de HIV/AIDS olgularıyla ilgili bilgiler Sağlık Bakanlığı tarafından toplanıp açıklanmaktadır. Bilgiler, bu amaçla geliştirilen "D 86 formu" ile toplanmaktadır. Form, HIV enfeksiyonu tanısı koyan doktor tarafından, Western-Blot doğrulama testi sonucu da alındıktan sonra doldurularak Sağlık Müdürlüğüne gönderilmektedir. Formda olguların açık kimliği yazılmayıp, isminin ilk iki harfi/soyadının ilk iki harfi/baba adının ilk iki harfi/doğum yılının son iki rakamından oluşan şifre kullanılmaktadır.

Türkiye'de ilk olgunun görüldüğü 1985'den 1999 sonuna kadar toplam 983 HIV/AIDS olgusu istatistiklere geçmiştir. Gerçek rakamın bunun çok üstünde olduğu tahmin edilmektedir. Bildirimdeki aksaklık ve ihmallerin yanı sıra, HIV ile infekte kişilerin kendilerini gizlemeleri doğru sonuçların alınmasını engellemektedir. İlk 10 yıl içinde 458 (% 46.5) olgu saptanırken, son 4 yılda 525 (% 53.5) olgu bildirilmiştir. Gelişmiş ülkelerde HIV/AIDS olgularının azalmaya başladığı 1996 yılından itibaren Türkiye'de görülen artışın ülkemizdeki tehlikenin habercisi olduğunu düşünmek yanlış olmaz.

Salgının başından beri 271 kadın, 712 erkek olgu bildirilmiştir. Olguların yaşları incelendiğinde yoğunluğun 20-50 yaş arasında olduğu (742/983, % 75.4) dikkat çekmektedir. 50-59 yaş arasında 65 olgu, 60 yaşın üstünde 34 olgu bildirilmiştir. 19 olgunun çocuk yaş grubunda, 26 olgunun adolesan yaşta olduğu; 94 olgu için yaş tespiti yapılamadığı saptanmaktadır.

Bulaş yolu olarak en sık heteroseksüel korunmasız cinsel temas rol oynamaktadır (477/983, % 48.5). Homoseksüel-biseksüel cinsel temas ve/veya IV uyuşturucu bağımlılığı gibi riskli davranışlar 179 olguda (% 18) enfeksiyonun bulaş yolu olarak tespit edilmiştir. Hemofilik 9 hastanın yanı sıra 37 olgu transfüzyonla, 11 olgu anneden bebeğe geçiş, 4 olgu nozokomiyal bulaş olarak değerlendirilmektedir. Diğer taraftan, bulaş kaynağı saptanamayan 266 (% 27) olgu mevcuttur.

En çok İstanbul'dan (516, % 52.4), daha sonra sırasıyla Ankara (163, % 16.5) ve İzmir'den (120, % 12.2) bildirim yapılmaktadır. Bunları 16'şar olguyla Adana ve Bursa izlemektedir.

Türkiye'de HIV/AIDS olguları henüz çok fazla olmamakla birlikte Doğu Avrupa'da yaşanan hızlı artışı göz ardı etmemek gerekir. Eski Sovyetler Birliği'nde, epideminin başlangıcından bu yana bildirilen toplam olgunun yarısı 1999 yılının ilk 9 ayında saptanmıştır. Türkiye de böyle bir patlamanın eşiğinde olabilir. Bu nedenle başta eğitim olmak üzere gerekli önlemlerin bir an önce hayata geçirilmesine ihtiyaç vardır. Tayland'da başarılı bir örneği görülen, ülkedeki tüm sektörlerin katıldığı büyük bir kampanya ile Türkiye'de HIV/AIDS sorununu daha fazla ilerlemeden durdurmak, belki de eradike etmek mümkün olabilecektir.

KAYNAKLAR

- 1- Phoolcharoen W: HIV/AIDS prevention in Thailand: Success and challenges, *Science* 280:1873 (1998).
- 2- T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Daire Bşk: *HIV/AIDS Surveyans Verileri*, Aralık (1999).
- 3- UNAIDS and WHO: *The Status and Trend of the Global HIV/AIDS Pandemic*, July (1996).
- 4- UNAIDS and WHO: *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*, Dec (1997).
- 5- UNAIDS and WHO: *AIDS Epidemic Update*, Dec (1999).