

ERİŞKİN AŞILAMA

Serhat ÜNAL

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İnfeksiyon Hastalıkları Ünitesi, ANKARA
sunal@hacettepe.edu.tr

ÖZET

İnfeksiyon hastalıklarından aşılarla korunma esas olarak çocukluk yaş grubunu ilgilendiren bir uygulama olarak süregelmiştir. Ancak, son yıllarda erişkin hastalarda da çocukluk çağında uygulanmış aşıların etkinliğini devam ettirilebilmesi ve influenza ve pnömokoksik pnömoni gibi bazı infeksiyonlardan korunulabilmesi için aşılanmanın uygulanabileceği anlaşılmış, başta Amerika Birleşik Devletleri olmak üzere pek çok gelişmiş ülkede erişkin aşılama programları başlamıştır. Ancak ülkemizde erişkin aşılanması henüz ülke çapında yaygınlaştırılmamıştır. Aşılanma oranları sağlık alanında daha gelişmiş ülkelere göre çok düşük düzeydedir

Anahtar sözcükler: aşı, erişkin

SUMMARY

Adult Vaccination

As a result of successful immunization practices geared toward infants and children, the incidence of childhood vaccine-preventable diseases has declined dramatically. However, similar success among adults has not been achieved. All adults should be immune to measles, mumps, rubella, tetanus, diphtheria and varicella. All those aged 50 or older, and younger persons at high risk should receive influenza vaccine annually; all those aged 65 or older, and younger persons at high risk should receive pneumococcal vaccine. Adults susceptible to hepatitis A, hepatitis B and polio should be vaccinated if they are at risk for exposure to an infection. Ideally, recommended vaccines should be given to all adults as a routine part of health care. Today, vaccines are safe, effective, and readily available. Benefits of vaccination include reduced disease incidence, morbidity and mortality, and reduced health care costs. However, vaccines remain underutilized among adults, especially among persons at high risk for infection and complications of disease, and among older people.

Keywords: adult, vaccine

İnfeksiyon hastalıklarından aşılarla korunma esas olarak çocukluk yaş grubunu ilgilendiren bir uygulama olarak süregelmiştir. Ancak, son yıllarda erişkin hastalarda da çocukluk çağında uygulanmış aşıların etkinliğini devam ettirilebilmesi ve influenza ve pnömokoksik pnömoni gibi bazı infeksiyonlardan korunulabilmesi için aşılanmanın uygulanabileceği anlaşılmış, başta Amerika Birleşik Devletleri olmak üzere pek çok gelişmiş ülkede erişkin aşılama programları başlamıştır. ABD’de erişkinlerde aşıyla korunulabilir hastalıklardan influenza ile ilişkili ölümler yılda 40 bin-50 bin arasında olmakta, yaklaşık 200 bin kişi bu nedenle hastahaneye yatırılmakta ve hastalığın toplam maliyeti 750 milyon-1 milyar dolar arasında değişmektedir.

Yine aynı ülkede yılda pnömokok suşlarının neden olduğu 500 bin pnömoni, 50 bin sepsis, 3 bin menenjit olgusu bildirilmekte ve bu olguların 40 bini kaybedilmektedir. Bu örneklerden anlaşılacağı üzere erişkin hastalarda aşıyla korunulabilir hastalıklar gelişmiş ülkelerde bile önemli kayıplara yol açabilmektedir.

Erişkin aşılama; primer aşılama serileri, daha önce uygulanmış aşıların tekrarı (booster doz), ya da rapel şeklindedir. Erişkinlerde toksoid aşılar (difteri, tetanoz aşıları), canlı aşılar (kızamık, kabakulak ve kızamıkçık aşıları), inaktif virus aşıları (influenza aşısı), inaktif viral partikül aşıları (hepatit B aşısı) ile inaktif bakteriyel polisakkarit aşıları kullanılmaktadır (pnömokok aşısı).

Etkinlik

İnfluenza aşısı: Aşılı sağlıklı kişilerde influenza insidansı % 70-90 daha azdır. Bakım evlerinde kalan yaşlılarda aşının hastalık insidansını % 30-40, hastaneye yatış sıklığını ve pnömöniyi % 50-60, mortaliteyi ise % 70-100 azalttığı gösterilmiştir⁽⁶⁾.

Pnömonokok aşısı: Morbiditeyi önleyici etkinliği % 60-64 arasındadır. >65 yaş kişilerde ise % 44-61 arasında etkindir. Ancak aşı ilişkili immüntenin ne kadar süreli olduğu bilinmemektedir⁽²⁾.

Hepatit B aşısı: Aşının enfeksiyonu önleyici etkisi % 80-95 arasındadır. Bu oran 50-59 yaş arasında % 70 ve >60 yaşındaki kişilerde % 50'dir⁽²⁾. Sağlıklı kişilerde koruma en az 7 yıl devam etmektedir⁽⁹⁾.

Tetanoz-Difteri aşısı: Doğru uygulamada tetanozun önlenmesinde % 100, difterinin önlenmesinde % 85 etkilidir⁽³⁾.

Kızamık-Kabakulak-Kızamıkçık aşısı: Tek doz kızamık aşısı % 95 oranında koruma sağlamaktadır. Kabakulak aşısı yıllık hastalık insidansını % 75-95 oranında azaltmaktadır. Kızamıkçık aşısı kızamıkla benzer immünite oluşturmaktadır^(4,5,6).

Erişkin aşılamada başarı, uygulanacak aşuların maliyet açısından etkin olmaları ve erişkin aşılama komitelerinin kurulması ile mümkün olacaktır. Bu grupta hedef aşulamaların neler olacağı, maliyetlerin karşılanabileceği sosyal güvencelerin oluşturulması ve en önemlisi eriş-

kin yaş gruplarında aşıyla önlenebilir hastalıklar konusunda etkin araştırmaların yapılması gerekmektedir. Ancak ülkemizde erişkin aşılamaya halen çok düşük düzeydedir. Ege bölgesinde yapılan bir çalışmada 65 yaş üzeri 12295 olgunun % 72'sinde hiçbir aşı uygulanmadığı tespit edilmiştir⁽¹⁾.

Tablo 1'de ACIP (Advisory Committee on Immunization) erişkin aşılamaya önerileri yaşa göre, Tablo 2'de ise altta yatan hastalıklara göre verilmiştir⁽²⁾.

Aşıların yan etkileri

Lokal etkiler: Enfeksiyon bölgesinde ağrı, şişlik, kızarıklık, BCG aşısı sonrası lokal ülserleşme

Sistemik etkiler: Ateş, cilt döküntüsü, lenfadenit, baş ağrısı, bulantı, iştahsızlık. Nadir olarak oral polio aşısından sonra poliomyelitte benzer paralizi ortaya çıkarabilir. Nadiren otizm, Gullain-Barré sendromu, multiple skleroz, sistemik lupus eritematoz, romatoid artrit, dermatomiyozit, reaktif artrit görülebilir⁽⁸⁾.

Aşıların kontrendikasyonları

Yüksek ateşli hastalıklar.

İmmün yetmezliklerde immünsüpresif tedavi alanlarda hiçbir canlı aşı yapılmamalıdır.

Aktif nörolojik bir hastalığın varlığı.

Aynı aşının bir önceki dozunda anafilaktik reaksiyon görülmüşse sonraki dozlar yapılmamalıdır.

Tablo 1: ACIP yaşa göre erişkin aşılamaya önerileri.

Aşı	19-49 yaş	50-64 yaş	>65 yaş
Tetanoz, difteri (Td)	Her 10 yılda bir tek doz *		
Kızamık, kızamıkçık, kabakulak (MMR)	1 veya 2 doz*	1 doz **	
Suçiçeği	2 doz*	2 doz (0, 4/8 haftalarda)**	
İnfluenza	Yılda 1 doz**	Yılda 1 doz*	
Pnömonokok (polisakkarid)	1-2 doz**		1 doz*
Hepatit A	2 doz (0 ve 6/12 aylarda, ya da 0 ve 6/18 aylarda)**		
Hepatit B	3 doz (0 ve 1/2, ya da 4/6 aylarda)**		
Meningokok	1 ya da daha fazla doz**		

*Bu yaş grubundaki herkese, **Meslek yaşam şekli veya tıbbi nedenlerle risk faktörü olan kişilere önerilir.

Tablo 2: ACIP altta yatan hastalıklara göre erişkin aşılama önerileri.

Aşı	Gebelik	Konj. imm. ytm, Lösemi, Lenfoma, Malignansi, BOS sızıntısı, radyasyon, yüksek doz KS.	Diyabet, kronik kalp, akciğer, karaciğer hastalıkları, kronik alkolizm	Her türlü dalak yokluğu	Böbrek yetmezliği, son dönem böbrek hastalığı, HD hastaları, pıhtılaşma faktörü alanlar	HIV infeksi.	Sağlık çalışanları
Tetanoz, difteri (Td)	Her 10 yılda bir tek doz *						
Kızamık, kızamıkçık, kabakulak (MMR)	***		1 ya da 2 doz*				
Suçiçeği	***		2 doz (0 ve 4/8 haftada)*			***	2 doz*
İnfluenza	*			Yılda 1 doz**	*		
Pnömonokok (polisakkarid)	1-2 doz**	1-2 doz*				2 doz**	
Hepatit A	2 doz (0 ve 6/12 aylarda, ya da 0 ve 6/18 aylarda)**						
Hepatit B	3 doz (0, 1/2, 4/6 aylarda)**				3 doz (0 ve 1/2, 4/6 aylarda)*		
Meningokok	1 doz**		1 doz*		1 doz**		

*Bu gruptaki herkese, **Meslek yaşam şekli veya tıbbi nedenlerle risk faktörü olan kişilere önerilir, ***Kontrendikedir

Aşının komponentlerine (yumurta proteini, jelatin veya neomisin, streptomisin gibi antibiyotikler) karşı anafilaktik reaksiyon görülmesi durumunda aşı yapılmamalıdır⁽⁸⁾.

KAYNAKLAR

1. Biberoglu K ve arkadaşları: Haydi büyükler aşıya. Erişkin aşılanmanın neresindeyiz ? 8. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Abst No:354, Antalya (2006).
2. Centers for Disease Control: Update on adult immunization: recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP), MMWR Oct 14; (2006).
3. Centers for Disease Control and Prevention: Tetanus surveillance-United States, 1991-94, MMWR 1997;46(SS-2):15-25.
4. Centers for Disease Control and Prevention: Measles-

5. United States, 1996, and the interruption of indigenous transmission, MMWR 1997;46(11):242-6.
5. Centers for Disease Control and Prevention: Mumps surveillance-United States, 1988-1993, MMWR 1995;44(SS-3):1-14.
6. Centers for Disease Control and Prevention: Rubella and congenital rubella syndrome-United States, 1994-1997, MMWR 1997;46(16):350-4.
7. Centers for Disease Control and Prevention: Prevention and control of influenza: recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP), MMWR 1995;44(RR-3):1-22.
8. Immunization Practices Advisory Committee: Assessing adult vaccination status at age 50 years, MMWR 1995;44:561-3.
9. Immunization Practices Advisory Committee: Hepatitis B virus: a comprehensive strategy for eliminating transmission in the United States through universal childhood vaccination, MMWR 1991;40:1-25.