

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Basit Mikrobiyolojik Testlerle Desteklenmiş Sendrom Yaklaşımı Akış Şemaları ile Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Saptanması: Kesitsel Bir Çalışma

Determination of Sexually Transmitted Infections Using Syndromic Management Diagrams Supported with Simple Microbiological Tests in Primary Health Care Settings: A Cross Sectional Study

Sabri Atalay¹, Deniz Gökengin², Ekin Ertem², Demir Serter², Derya Çağlayan Serin³

¹ Uzm.Dr., İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

² Prof.Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

³ Uzm.Dr., Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, İzmir, Türkiye

Özet

Amaç: Bu çalışma ile sendrom yaklaşımı şemalarına, ülkemizde hemen hemen tüm sağlık kurumlarında bulunabilecek bazı basit mikrobiyolojik testler eklenerek bu yöntemin, birinci basamak sağlık kuruluşlarında uygulanabilirliğinin araştırılması planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya İzmir ilinde beş Ana Çocuk Sağlığı Merkezi'nde bir yıl süreyle CYBE yakınmalarıyla başvuran 500 hasta dâhil edilmiştir. Kurum hekimlerine CYBE ile ilgili bir günlük pratik eğitimi verilmiştir. Hastaların epidemiyolojik verilerini, risk faktörlerini, aldıkları tanı ve tedaviyi kaydetmek üzere formlar oluşturulmuştur. Her klinik tablo için ek olarak gram boyama, doğrudan mikroskopik inceleme, pH bakısı ve Whiff testinden oluşan incelemeler yapılmıştır. Hastalarda tanılarına göre önceden belirlenen tedavi seçenekleri kullanılmıştır.

Bulgular: CYBE düşündürecek yakınmalarla başvuran 6866 hastadan 500'ü çalışmaya dâhil edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 35'tir. En sık servisit (%24,2), bakteriyel vajinoz (%20,4) ve vajinal kandidoz (%18,8) tanısı konulmuştur. Çalışmaya alınan tüm hastaların %88,8'inde doğrudan mikroskopik inceleme yapılmıştır. Vajinitli hasta grubu dikkate alındığında, akış şemasında önerilen doğrudan mikroskopi incelemesi (%97,9), Whiff testi (%96,6) ve pH testi (%95,2) uygulama oranları diğer tanılarda olduğundan daha yüksek bulunmuştur. Buna karşılık, Gram boyamanın yapılma oranı tüm hasta grubunda sadece %8 ve servisitli hasta grubunda ise %19,5 olmuştur. En sık olarak lokal flora düzenleyiciler, lokal antimikotikler ve lokal etkili antimikrobiyallerin ve bunlarla kombine şekilde diğer oral ilaçların kullanıldığı görülmüştür. Olguların yaklaşık yarısına (%44,9) uygunsuz tedavi verildiği saptanmıştır. En uygun tedavinin bakteriyel vajinoz + vajinal kandidoz (%100) ve trikomoniyaz (%96,6) tanısı konulan olgulara verildiği görülmüştür. En sık yanlış tedavi uygulamaları servisit içeren klinik tablolarda yapılmıştır.

Sonuç: Bu çalışma, basit mikrobiyolojik yöntemlerle desteklenmiş sendrom yaklaşımının, birinci basamak sağlık kuruluşlarında uygulanabilir olduğunu, fakat hekimler tarafından fazla benimsenmediğini ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, vajinit, sendrom yaklaşımı, Gram boyama, birinci basamak hekimleri

Abstract

Objective: Aim of the study was to investigate the usability of the syndromic management with the addition of simple microbiologic examinations in primary health care settings in our country.

Material and Method: A total of 500 patients with symptoms of STIs, who presented to Maternal and Child Health Centers in Izmir within a year were enrolled in the study. The physicians of the health centers involved a one-day training. A case report form was developed to record the epidemiological data, risk factors, and the

diagnostic and treatment modalities used. Syndrome management was reinforced with tests including gram stain, direct microscopic examination, pH test and Whiff test as appropriate for each clinical condition.

Results: In this study, percentage of male family physicians were 82.9% and 17.1% were female physicians. Married participants consisted of 87.8%, while the remaining 12.2% were unmarried. Since the inception of the new implementation just over half of the family physicians agreed that their workload increased comparing with family health system. In addition nearly all (92.7%) physicians have stated an increased familiarity with their patients as compared to the previous system. Almost one third (34.1%) of the participant did not agree with the improvement of both content and follow up of geriatric health care.

Conclusion: Taking into the account of the views of family physicians in the legal arrangements and planning may contribute to the development in the ongoing family medicine implementations.

Key words: Sexually transmitted infections, vaginitis, syndromic management, microbiologic technics, primary health care physicians

Kabul Tarihi: 13.12.2013

Giriş

Bindokuzyüzseksenli yıllarda bilim dünyasının ilgisinden büyük oranda mahrum kalmış olan cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE), Human Immunodeficiency Virus (HIV) enfeksiyonu ve Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)'in tanımlanması ve bu hastalıklarla HIV/AIDS arasında sıkı bir bağlantı olduğunun anlaşılması ile yeniden önem kazanmışlardır (1,2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bildirilen verilere göre, tüm dünyada her yıl 448 milyondan fazla yeni tedavi edilebilir CYBE (sifiliz, gonore, klamidya, trikomonas) vakası ortaya çıkmaktadır (3). Bu vakaların yaklaşık %75-80'i ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde görülmekte ve çeşitli komplikasyonlara sebep olmaktadır (1,2,4). Tanıda kullanılabilecek pahalı testler, sağlığa zaten düşük bütçe ayıran gelişmekte olan ülkelere yüksek bir maliyet getirmekte, ayrıca hastaların tekrar başvurusunu gerektirmekte ve tedavide gecikmeye neden olmaktadır (1,5). Bu nedenle DSÖ, CYBE'lerin sık görüldüğü ve tanı ve tedavi kaynaklarının sınırlı olduğu ülkelerde, sahada ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında uygulanmak üzere, hastaların başvuru yakınmalarını ve risk faktörlerini temel alarak tedavi verilmesini öngören akış şemalarını içeren sendrom yaklaşımını geliştirmiştir (6).

Sendrom yaklaşımının, özellikle tanı için yeterli kaynaklara sahip olmayan bölgelerde, CYBE'lerin azalmasına katkıda bulunduğu gösterilmiştir (7). Ancak yapılan çalışmalar, bu şemaların duyarlılığının ve özgüllüğünün düşük olduğunu ortaya koymuştur (8). Bu şemaların tek başına kullanılması, hasta kişilerin tedavisiz kalmasına, hasta olmayan kişilere de gereksiz tedavi verilmesine ve tedavi maliyetlerinin

artmasına neden olmaktadır (9). Sendrom yaklaşımı, CYBE ve HIV enfeksiyonunun azaltılması açısından günümüzde en uygun, en maliyet etkin yöntemdir; ancak yetersiz kalan yönlerinin düzeltilmesi gerektiği savunulmaktadır (10,11,12). Bunun için de, tanıda kullanılabilecek ucuz, kolay uygulanabilir birinci basamak hekimlikte kullanılabılır testlere ihtiyaç vardır (13,14,15). Bu çalışmada, sendrom yaklaşımına basit mikrobiyolojik incelemelerin eklenmesi ile yöntemin güvenilirliğinin artırılacağı şeklindeki çalışmalardan yola çıkılarak, birinci basamak hekimlikte, ülkemizde hemen hemen her yerde kolaylıkla bulunup uygulanabilecek olan ucuz ve basit tanı yöntemlerinin CYBE tanısında kullanılabılırliğinin tespiti amaçlanmıştır. Bunun sonucunda, bu yaklaşımın, birinci basamak sağlık kuruluşlarında yaygınlaştırılması ümit edilmektedir.

Gereç ve Yöntem

Çalışma 1 Nisan 2005 tarihinde başladı ve 31 Mart 2006 tarihine kadar bir yıl sürdürüldü. İzmir ilinde, CYBE kuşkusuyla başvuran hasta sayısı en yüksek olan birinci basamak sağlık kuruluşları İzmir İl Sağlık Müdürlüğü tarafından belirlenerek fiziki ve laboratuvar olanakları uygun olan beşi seçildi.

Hastaların epidemiyolojik verilerini, risk faktörlerini, aldıkları tanı ve tedaviyi kaydetmek üzere formlar oluşturuldu. Taniya ulaşmayı sağlayacak akış şemaları, DSÖ'nün sendrom yaklaşımı şemaları ve T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan şemalar esas alınarak hazırlandı (16,17). Enfeksiyonların tedavisi için, DSÖ'nün kılavuzlarındaki öneriler

doğrultusunda ilk seçenek ve alternatif ilaçları kapsayacak bir liste hazırlandı (16).

Seçilen kurumlardan Sağlık Müdürlüğü tarafından görevlendirilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 10 hekime, CYBE'lerle ilgili bir günlük eğitim verildi. Hastalıkların tanısında kullanılacak basit mikrobiyolojik yöntemlerden gram boyama, doğrudan mikroskopik inceleme, pH bakısı ve Whiff testi anlatıldı. Eğitim programı tamamlandıktan sonra, katılımcı sağlık kuruluşlarına akış şemaları ve formlar gönderildi. Hekimlerden, bu formları düzenli olarak doldurmaları ve başvuran hastalara, akış şemaları dâhilinde tanı koyup, DSÖ'nün kılavuzları esas alınarak hazırlanan tedavi listesinde belirtilen ilaçlar ve öneriler doğrultusunda kendi seçecekleri rejim ile tedavi vermeleri istendi.

Hastalarda kullanılacak tanı ve tedavi yaklaşımı aşağıdaki şekilde planlandı:

Genital akıntılı kadınlar: (1) spekulum ile fizik bakı; (2) vajinit ve akıntı saptandı ise pamuklu çubuk ile örnek alınması; (3) akıntı örneğinin pH değerinin belirlenmesi; (4) doğrudan mikroskopik inceleme ile trikomonas trofozoitleri, maya hücreleri, yalancı hifler, ipucu hücreleri ve lökosit araştırılması; (5) akıntı örneğinin üzerine %10 potasyum hidroksit (KOH) damlatılarak balık kokusu alınıp alınmadığına (Whiff testi) bakılması. Bakteriyel vajinoz tanısı için Amsel ölçütleri (18) esas alınmıştır. Tüm incelemeler sonucunda etken saptandığı takdirde etkene yönelik tedavi, saptanamadığı durumda ise kombine tedavi verilmesi.

Genital akıntılı erkekler: (1) pamuklu çubuk ile örnek alınması; (2) doğrudan mikroskopik inceleme ile trikomonas trofozoitleri, gram veya metilen mavisi boyamalarıyla lökosit ve gram negatif diplokok taraması yapılması. Trikomonas trofozoitleri görüldüğünde etkene yönelik tedavi yapılması, diplokok görüldüğünde hem gonore hem klamidya için, görülmediğinde ise sadece klamidya için tedavi verilmesi. Hastalarda ağırlı vezikül görüldüğünde herpes tedavisi verilmesi, ülser görüldüğünde ise sevk edilmesi.

Bulgular

Çalışmaya, CYBE düşündürecek yakınmalarla birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran toplam 6866 hastadan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve ilaç kullanma kontrendikasyonu olmayan 500 kişi alınmıştır. Hastaların seçiminde herhangi bir örnekleme yapılmamıştır. Ancak 49 hastanın formlarının eksik doldurulması nedeniyle bazı analizler, toplam hasta sayısı 451 olacak şekilde yapılmıştır.

Çalışmaya alınan hastaların 496'sı (%99,2) kadın, 4'ü (%0,8) erkek olup; genel yaş ortalaması 35,3 (15-70 yıl) bulunmuştur. Hastalara sıklık sırasına göre servisit (%24,2), bakteriyel vajinoz (%20,4) ve vajinal kandidoz (%18,8) tanısı konmuştur. Çalışmaya dâhil edilmeyen olguların sayı ve dağılımlarına, poliklinik defter kayıtları geriye dönük olarak taranarak ulaşılmıştır. Buna göre, bir yıl içinde sağlık kuruluşlarına başvuran tüm olgulara (6866 olgu) en sık konulan tanıları sırasıyla servisit (%53,2), etkeni belli olmayan vajinit (%14,7) ve vajinal kandidoz (%13,4) olmuştur. Bu hastalara, hekimler tarafından sadece anamnez ile tanı konulmuş, herhangi bir laboratuvar incelemesi yapılmamış, bu nedenle olgular çalışmaya alınmamıştır. Tablo.1'de çalışmaya alınan ve kuruma başvuran tüm hastaların tanılarına göre dağılımı ve yaş ortalamaları gösterilmiştir.

Tanı	Çalışmaya alınan hastalar		Kuruma başvuran tüm hastalar		Olguların tanılara göre yaş ortalamaları (n: 451)
	Sayı	%	Sayı	%	Ortalama yaş
Servisit	109	24.2	3653	53.2	34
Bakteriyel vajinoz	92	20.4	367	5.3	37
Vajinal kandidoz	85	18.8	919	13.4	35
Etkeni belli olmayan vajinit	40	8.9	1012	14.7	36
Vajinoz+servisit	34	7.5			39
Etkeni belli olmayan vajinit+servisit	31	6.9			33
Trikomoniyaz	29	6.4	78	1.1	33
Karma vajinit	19	4.2	51	0.7	38
Vajinoz+kandidoz	12	2.7			34
Toplam	451	100	6866	100	35

Tablo.1 Olguların tanılara göre dağılımı ve yaş ortalamaları

Çalışmaya alınan hastaların en sık başvuru yakınmaları sırasıyla, akıntı (%94,8), ağrılı cinsel ilişki (%40,2) ve kaşıntı (%39,2); fizik bakı bulguları ise vajinit (%77,6), servisit (%47) ve

genital bölgede kızarıklık (%20) olmuştur. Tablo.2’de olguların başvuru yakınmaları ve fizik bakı bulgularının dağılımı gösterilmiştir.

Yakınma	Sayı	%	Fizik bakı bulgusu	Sayı	%
Akıntı	474	94.8	Vajinit	388	77.6
Ağrılı cinsel ilişki	201	40.2	Servisit	235	47.0
Kaşıntı	196	39.2	Kızarıklık	100	20.0
Dizüri	158	31.6	Lenfadenopati	4	0.8
Ağrı	147	29.4	Ülser	3	0.6
Pollaküri	120	24.0	Vezikül	3	0.6
Kızarıklık	106	21.2			
Yara	25	5.0			
Lenf bezinde büyüme	2	0.4			

Tablo.2 Olguların başvuru yakınmaları ve fizik bakı bulgularının dağılımı

Çalışmaya alınan 500 olgunun 18’inde (%3,6) hiçbir laboratuvar tetkikinin yapılmadığı görülürken, 32 (%6,4) olguda tüm laboratuvar tetkikleri eksiksiz yapılmıştır. Doğrudan mikroskopik inceleme 500 hastanın 444’ünde (%88,8) yapılmıştır. Bu hastalardan 13 (%2,9) olguda trichomonas vaginalis, 55 (%12,4) olguda mantar elemanı, 253 (%57) olguda lökosit, 56 (%12,6) olguda mantar elemanı ve lökosit, 22 (%5) olguda trichomonas vaginalis ve lökosit görülürken, 45 (%10,1) olguda lökosit veya etken görülmemiştir.

Çalışma protokolü uyarınca gram boyalı inceleme temel olarak servisit, üretrit, pelvik

yangısal hastalık ve gonore tanısı konan olgulara önerilmektedir. Bu tanıları alan toplam 205 olgudan 40’ında (%8) gram boyalı inceleme yapılmıştır; gram boyalı inceleme yapılma sıklığı %19,5 bulunmuştur. Formlara göre, bu incelemelerin 7’sinde (%17,5) etken görüldüğü, ancak görülen bu etkenlerin ne olduğu konusunda bilgi verilmediği, 33’ünde (%82,5) ise etken görülemediği anlaşılmıştır.

Gram boyama dışındaki basit mikrobiyolojik incelemeler, servisit ve gonore dışı tanılar alan 377 hastada araştırılmıştır. Basit mikrobiyolojik incelemelerin yapılma oranları ve test sonuçları Tablo.3’te gösterilmiştir.

Doğrudan mikroskopik bakı	Sayı	%
Yapıldı	369	97.9
İpucu hücresi var	157	41.6
İpucu hücresi yok	212	56.3
Yapılmadı	8	2.1
Toplam	377	100
Whiff testi	Sayı	%
Yapıldı	364	96.6
Olumlu	110	29.2
Olumsuz	254	67.4
Yapılmadı	13	3.4
Toplam	377	100
pH	Sayı	%
Bakıldı	359	95.2
<4,5	96	25.4
>4,5	263	69.8
Bakılmadı	18	4.8
Toplam	377	100

Tablo.3 Basit mikrobiyolojik incelemelerin yapılma oranları ve test sonuçları

İpucu hücreleri sırasıyla en sık bakteriyel vajinozda (%89), karma vajinitte (%72,2), bakteriyel vajinoz + kandidozda (%75) ve bakteriyel vajinoz + servisitte (%91,2) saptanmıştır. KOH ile Whiff testi olumluluğu en sık bakteriyel vajinozda ve vajinozun eşlik ettiği diğer tanılarda, ayrıca sadece trikomonas enfeksiyonlarında olguların yaklaşık 1/3'ünde saptanmıştır. Bakteriyel vajinoz tanısı alan 54 (%60) olguda, karma vajinit tanısı alan 6 (%35,3) olguda, trikomonas enfeksiyonu tanısı alan 9 (%34,6) olguda, bakteriyel vajinoz + kandidoz tanısı alan 6 (%50) olguda ve bakteriyel vajinoz + servisit tanısı alan 21 (%63.6) olguda Whiff testi pozitif bulunmuştur.

Karma vajinit tanısı alan olguların %55,6'sında pH<4,5 olarak saptanırken, diğer enfeksiyonlarda pH >4,5 bulunmuştur. Çalışma boyunca hekimler tarafından seçilen ilaçlar; azitromisin, ornidazol, doksisiklin, siprofloksasin, seftriakson veya sefuroksim, flukonazol, levofloksasin, lokal flora düzenleyici ve asiklovir şeklinde sıralanmıştır. Ayrıca, hiç tedavi verilmeyen olgular da

mevcuttur. En sık olarak lokal flora düzenleyici ilaçlar, lokal antimikotikler ve lokal etkili antibakteriyellerin ve bunlarla kombine şekilde diğer oral ilaçların kullanıldığı görülmüştür. Tek başına lokal tedavi uygulaması, tüm tedavilerin %10,2'sini oluşturmuştur. Lokal etkili ilaçların ornidazol veya metronidazol ile kombinasyonu %13, antifungal kapsüller ile kombinasyonu %9 olguda tercih edilmiştir. En sık kullanılan antibiyotikler metronidazol ve ornidazol (%9,4) olurken, bunu antifungaller (%4,2) izlemiştir.

Tedavi seçiminin uygunluğuna göre, birçok olguda eksik veya fazla ilaç verildiği görülmüştür. En sık uygunsuz tedavi verme nedenleri, gerekmediği halde lokal tedavi verme ve servisit veya gonore tanısı alan olgularda klamidyaya yönelik tedavi verilmemesi olarak saptanmıştır. En uygun tedavinin %100 oranı ile bakteriyel vajinoz + vajinal kandidoz tanısı alan olgulara verildiği görülmüştür. Genel ve konulan tanıya göre tedavi uygunluğu Tablo.4'te gösterilmiştir.

Tedavi uygunluğu	Sayı	%
Uygun	268	55.1
Uygun değil	218	44.9
Toplam	486	100
Taniya göre tedavi uygunluğu	Sayı	%
Bakteriyel vajinoz + vajinal kandidoz	12	100
Trikomoniyaz	29	96.6
Bakteriyel vajinoz	92	82.4
Kandidoz	85	82.4
Bakteriyel vajinoz + servisit	34	14.7
Karma vajinit	19	10.0
Karma vajinit + servisit	31	6.7

Tablo.4 Genel ve konulan tanıya göre tedavi uygunluğu

Tartışma

Bu çalışma, basit mikrobiyolojik yöntemlerle desteklenmiş sendrom yaklaşımının, birinci basamak sağlık kuruluşlarında uygulanabilir olmakla birlikte, hekimler tarafından fazla benimsenmediğini ortaya koymuştur. Bunun en önemli göstergesi, çalışmanın sürdürüldüğü bir yıl boyunca, kurumlara, CYBE düşündürecek yakınmalarla toplam 6866 kişinin başvurmaya karşın, sadece 500 hastada öngörülen yaklaşımın uygulanabilmiş ve bu uygulamanın, hastaların sadece %6,4'ünde eksiksiz yapılabildiği olmasındır.

Ülkemizde sendrom yaklaşımının, hasta sayısının çok, tanı olanaklarının ise genellikle yetersiz olduğu birinci basamak kuruluşlarında kullanılmasının yararlı olabileceği düşünülebilir. Ancak sendrom yaklaşımı, en düşük maliyetle hızlı ve geniş kapsamlı tedaviye olanak tanımasına karşın, çeşitli çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir ve sendrom yaklaşımının bazı klinik tablolarda başarılı iken, diğer bazılarında başarısız olduğu saptanmıştır. Bu farklılıklar, şemaları uygulayan kişiler, hastalık etkenleri, hastalığın tuttuğu anatomik bölge, cinsiyet, risk faktörleri gibi unsurlardan kaynaklanmaktadır (19).

Genital ülser ile başvuran olgularda sendrom yaklaşımı ile başarılı sonuçlar bildirilirken, kadınlarda gonore ve klamidya enfeksiyonlarının asemptomatik olma eğilimleri nedeniyle çoğu zaman sendrom yaklaşımı uygulanamamakta ve hastalar tedavisiz kalmaktadır (20). Buna karşılık, ortak belirtilere yol açabilen CYBE'ler

için uygulanan geniş spektrumlu tedaviler ise, gereksiz ve uygunsuz kullanım nedeniyle direnç sorunlarını beraberinde getirmekte ve tedavi maliyetini ve yan etki olasılığını artırmaktadır (21).

Sendrom yaklaşımı, özellikle yüksek riskli davranış gösteren hastalarda ve erkeklerde daha etkili görünmekte, riskli davranışları az olanlarda, gebelerde ve akıntı yakınması ile başvuran kadınlarda ise tedavide başarısızlıklar yaşanmasına neden olmaktadır (11,22).

Yapılan araştırmalarda, risk faktörlerinin sorgulanması ve bazı basit mikrobiyolojik işlemlerin sendrom yaklaşımına ilave edilmesi ile yöntemin özgüllük ve duyarlılığının arttığı saptanmıştır. Bu işlemler doğrudan mikroskopi, pH ölçümü, KOH testi, gram boyama gibi yöntemleri kapsamaktadır. Bangladeş'te yapılan bir çalışmada, vajinal pH kâğıtlarının kullanılmasının, bakteriyel vajinoz ve trikomoniyaz tanısında %80 duyarlı, %63 özgül; KOH testinin de %74 duyarlı, %85 özgül olduğu saptanmıştır (23). Ayrıca, basit mikrobiyolojik incelemelerle desteklenmiş sendrom yaklaşımının, maliyeti de belirgin ölçüde düşürdüğü gösterilmiştir (24). Bu bulgulardan yola çıkılarak; doğrudan mikroskopi, boyalı preparat incelemesi, pH incelemesi ve Whiff testi gibi maliyeti düşük ve uygulanması kolay yöntemlerin, sendrom yaklaşımı akış şemalarına eklenmesi ile hastalara daha doğru tanı koymanın ve tedavi spektrumunu daraltmanın ve böylece, gereksiz tedavi verilmesi ile oluşan yüksek maliyet ve direnç gelişiminin önüne geçmenin mümkün olacağı düşünülmüştür.

Sadece doğrudan mikroskopik bakı ve gram boyama yapılarak bakteriyel vajinoz, trikomoniyaz ve gonore tanısı konabilir. Yapılan çalışmalarda sadece yakınmalara göre tanı koymanın, mikroskopi ile karşılaştırıldığında yanlış sonuçlar verdiği gösterilmiştir (25,26).

Çalışmada, vajinit ve vajinoz tanısı için uygulanması öngörülen, doğrudan mikroskopi, pH incelemesi ve Whiff testi gibi basit incelemelerin yapılma oranlarının beklenenden çok daha yüksek bulunmuş olması, bu yaklaşımın başarılı olduğunun bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Bir başka önemli bulgu da, çalışmaya alınan hastalarda yapılan fizik muayenede, vajinit olgularının %77,6 gibi yüksek bir orana sahip olmasına karşın, servisitlerin oranının %47 olmasıdır. Oysa tüm başvurular dikkate alındığında, servisitlerin oranının vajinitlere göre çok daha yüksek olduğu dikkati çekmiştir. Bunun olası nedeni, çalışmada uygulanması öngörülen servisit akış şemasında, gram boyama incelemesinin mutlak koşul olarak bulunması olabilir. Gram boyama, diğer basit mikrobiyolojik incelemelerle kıyaslandığında, hem preparatın hazırlanma aşamasında hem de mikroskopik inceleme sırasında daha fazla vakit alan, yorumlanması açısından daha fazla deneyim gerektiren bir incelemedir. Tüm bu bulgular dikkate alındığında, servisit tanısında özgülüğü düşük olan gram boyalı preparat incelemesinin, servisit akış şemasından çıkarılması, bunun yerine kültür, antijen ya da nükleik asit arama yöntemlerinin uygulanmadığı birinci basamak koşullarında, servisitli hastalara doğrudan klamidya ve gonore tedavisi verilmesi önerilebilir (27).

Çalışma sırasında, akış şemalarında bulunmayan karma vajinit tanısının, çok yüksek oranda olmasa da yer alması, akış şemalarının yeterince uygulanmadığına ve hekimlerin, geçmişteki tanı yaklaşımlarından kolay vazgeçmeyeceklerine işaret eden önemli bir unsur olarak belirlenmiştir. Çalışmanın yüz güldürücü bulgularından biri de, CYBE kuşkusuna ile kuruma başvuran tüm hastalar dikkate alındığında bakteriyel vajinoz oranının %5,3 olmasına karşın, çalışmaya dâhil edilen olgularda bu oranın %20,4'e yükselmiş olmasıdır. Bu bulgu, basit mikrobiyolojik tetkiklerle vajinoz tanısının rahatlıkla koyulabildiğini ve bu sayede, verilecek ilaç

sayısını önemli ölçüde kısıtlamanın mümkün olduğunu açıkça ortaya koymaktadır.

Çalışmaya alınan hastalar arasında erkeklerin (n=4) ve ülser ve vezikül yakınması ile başvuran olguların (n=6) sayısının çok az olması da dikkati çeken bir başka bulgu olmuştur. Çalışmanın Ana-Çocuk Sağlığı merkezlerinde yapılmış olmasının, erkek olguların başvuru sayısındaki azlığı açıklayan en temel neden olduğu kanaatine varılmıştır. Başvuran erkeklerin tümünün, çalışmaya dâhil edilen kadınların eşleri olması, bu düşüncüyü destekler niteliktedir.

Yapılan çalışmada, akış şemaları uyarınca tanıya ulaşılmamasının, hastalara uygun tedavi verilmesini sağlamadığı gözlenmiştir. Hekimlerin, doğru tanı konulsa bile, tedavi verirken alışlagelmiş tedavi rejimlerini seçme eğiliminde oldukları görülmüştür.

Doğru tedavinin en çok sırasıyla vajinoz ve kandidoz birlikteliğinde (%100), trikomonas vajinitinde (%96,6), vajinozda (%82,4) ve kandidozda (%82,4) verildiği dikkati çekmiştir. Bunun başlıca nedeni, adı geçen klinik tablolarda akış şemalarına uyum oranının yüksek olması ve dolayısıyla hekimin, koyduğu tanıya daha fazla güvenmesi olabilir. En yanlış tedavi uygulamalarının ise servitisi de içeren klinik tablolarda yapılmış olması, bu düşüncüyü desteklemektedir. Konulan tanıya uygun tedavi yanında ya başka bir tanı için de tedavi verilmesi veya ek olarak lokal tedavi verme eğilimi, yanlış tedavi uygulamalarında en sık göze çarpan durum olmuştur. Bu bulgular, gereksiz ilaç kullanılmış olması, tedavinin eksik yapılmış olması nedeniyle hastanın yeniden başvurmasını gerektirmesi, direnç gelişimine katkıda bulunması ve maliyeti artırması açısından son derece önemlidir. Yapılan başka bazı çalışmalarda da, benzer şekilde sendrom yaklaşımını uygulayan kişilerin, klinik deneyimlerini ön planda tutarak şemalara uymamasının, doğru tedavi oranlarını düşürdüğü tespit edilmiştir. Bazı çalışmalarda uygun tedavi oranı sadece %3 bulunmuştur (28,29,30).

Sonuç

Bu çalışma, basit mikrobiyolojik incelemelerle desteklenmiş sendrom yaklaşımının, ülkemizdeki birinci basamak sağlık kuruluşlarında kullanımında ciddi sorunlar olduğunu ortaya koymuştur. Akış şemalarının uygulanma oranının

beklenenden çok daha düşük olması, özellikle bazı klinik tablolarda akış şemalarına tam uyum gösterilmemesi ve akış şeması ile tanıya ulaşılsa bile tedavinin önerilen şekilde yapılmaması bunlar arasında en önemlileridir.

Kaynaklar

1. Mayaud P, Mabey D. Approaches to the control of sexually transmitted infections in developing countries: old problems and modern challenges. *Sex Transm Infect* 2004;80(3):174-82.
2. Ng BE, Butler LM, Horvath T, Rutherford GW. Population-based biomedical sexually transmitted infection control interventions for reducing HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;16(3): CD001220.
3. Paavonen J, Eggert-Kruse W. Chlamydia trachomatis: impact on human reproduction. *Hum Reprod Update* 1999;5(5):433-47.
4. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research. Sexually transmitted and other reproductive tract infections: a guide to essential practice p:80-8. Erişim tarihi: 20.08.2012. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/en/index.html>
5. World Health Organization. Management of sexually transmitted diseases. Global Programme on AIDS, WHO/GPA/TEM 94.1 rev.1. Geneva: WHO, 1997.
6. Nagot N, Meda N, Ouangre A, Ouedraogo A, Yaro S, Sombie I et al. Review of STI and HIV epidemiological data from 1990 to 2001 in urban Burkina Faso: implications for STI and HIV control. *Sex Transm Infect* 2004;80(2):124-9.
8. Aggarwal AK, Kumar R. Syndromic management of vaginal discharge and pelvic inflammatory disease among women in a rural community of Haryana, India: agreement of symptoms enquiry with clinical diagnosis. *J Commun Dis* 2004;36(1):1-11.
9. George R, Thomas K, Thyagarajan SP, Jeyeseelan L, Peedicayil A, Jeeseelan V et al. Genital syndromes and syndromic management of vaginal discharge in a community setting. *Int J STD AIDS* 2004;15(6):367-70.
10. Chalamilla G, Mbwana J, Mhalu F, Mmari E, Majigo M, Swai A et al. Patterns of sexually transmitted infections in adolescents and youth in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Infect Dis* 2006;10(6):22.
11. Wang Q, Yang P, Zhong M, Wang G. Validation of diagnostic algorithms for syndromic management of sexually transmitted diseases. *Chin Med J* 2003;116(2):181-6.
12. Adler MW. Sexually transmitted diseases control in developing countries. *Genitourin Med* 1996;72(2):83-8.
13. Msuya SE, Uriyo J, Stray-Pedersen B, Sam NE, Mbizvo EM. The effectiveness of a syndromic approach in managing vaginal infections among pregnant women in northern Tanzania. *East Afr J Public Health* 2009;6(3):263-7.
14. Benzaken AS, Galban EG, Antunes W, Antunes W, Dutra JC, Peeling RW et al. Diagnosis of gonococcal infection in high risk women using a rapid test. *Sex Transm Infect* 2006;82(5):26-8.
15. Posner SF, Kerimova J, Aliyeva F, Duerr A. Strategies for diagnosis of bacterial vaginosis in a resource-poor setting. *Int J STD AIDS* 2005;16(1):52-5.
16. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research, Sexually transmitted and other reproductive tract infections: a guide to essential practice p:99-119. Erişim tarihi: 20.08.2012. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/en/index.html>
17. Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE) Katılımcı Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara, 2005.
18. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, Chen KC, Eschenbach D, Holmes KK. Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *Am J Med* 1983;74(1):14-22.
19. Pettifor A, Walsh J, Wilkins V, Raghunathan P. How effective is syndromic management of STDs? A review of current studies. *Sex Transm Dis* 2000;27(7):371-85.
20. Garland SM, Tabrizi SN. Diagnosis of sexually transmitted infections (STI) using self-collected non-invasive specimens. *Sex Health* 2004;1(2):121-6.
21. Vickerman P, Peeling RW, Watts C, Mabey D. Detection of gonococcal infection: pros and cons of a rapid test. *Mol Diagn* 2005;9(4):175-9.
22. Hylton-Kong T, Brathwaite AR, Del Rosario GR, Kristensen S, Kamara P, Jolly PE et al. Marginal validity of syndromic management for reproductive tract infections among pregnant women in Jamaica. *Int J STD AIDS* 2004;15(6):371-5.
23. Wasserherit J. Reproductive Tract Infections. In *Special Challenges in Third World Women's Health. Presentations at the 117th Annual Meeting of the American Public Health Association, Chicago, October 1989.*
24. Taşbakan M, Pullukçu H, Yamazhan T, Ağaçfidan A, Serter D, Gökengin D. Syndromic approach for the treatment of chlamydial and

- gonococcal urethritis in men. 22nd IUSTI-Europe Conference on Sexually Transmitted Infections. 19-21 October 2006, Versailles-France.
25. Schwebke JR, Desmond RA, Oh MK. Predictors of bacterial vaginosis in adolescent women who douche. Sex Transm Dis 2004;31(7):433-6.
26. Bornstein J, Lakovsky Y, Lavi I, Bar-Am A, Abramovici H. The classis approach to diagnosis of vulvovaginitis: a critical analysis. Infect Dis Obstet Gynecol 2001;105-11.
27. Myziuk L, Romanowski B, Brown M. Endocervical Gram stain smears and their usefulness in the diagnosis of Chlamydia trachomatis. Sex Transm Infect 2001;77(2):103-6.
28. Connolly AM, Wilkinson D, Harrison A, Lurie M, Karim SS. Inadequate treatment for sexually transmitted diseases in the South African private health sector. Int J STD AIDS 1999;10(5):324-7.
29. Tann CJ, Mpairwe H, Morison L, Nassimu K, Hughes P, Omara M et al. Lack of effectiveness of syndromic management in targeting vaginal infections in pregnancy in Entebbe, Uganda. Sex Transm Infect 2006;82(4):285-9.
30. Sombie I, Meda N, Van de Perre P, Ky-Zerbo O, Traore A, Compaore IP et al. Quality of care and sexually transmitted infections algorithm acceptability in Burkina Faso. Rev Epidemiol Santé Publique 2003;51(5):505-11.

İletişim:

Uzm. Dr. Sabri Atalay

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği.

Tel: +90.530.8490955

E-mail: drsatalay@yahoo.com