

Şırnak'taki Asker ve Sivillerde İshalle Seyreden Amibiyaz Sıklığı

H. Haldun Emiroğlu¹, Mustafa Kösecik², Hüsnü Altunay³, Serhat Oğuz¹, Murat Öztürk¹, Yaşar Nazlıgül⁴

Özet: Amibiyazın Şırnak için önemini araştırmak amacıyla Ocak-Aralık 1998 tarihleri arasında Şırnak 30 Yataklı Seyyar Cerrahi Hastanesi'ne ishal nedeniyle başvuran asker ailesi, sivil ve erlerin kayıtları retrospektif olarak incelendi. Dışkılarında *Entamoeba histolytica* saptanan hastaların cinsiyet, yaş ve mevsimlere göre dağılımı araştırıldı. Değerlendirmede χ^2 ve korelasyon testleri kullanıldı. Amibiyazlı olguların sıklığı %36.5 bulundu. Sıklık 6-15 yaş grubunda en yüksek (%73.9) ve 0-5 yaş grubunda en düşük (%28.9) idi ve yaş grupları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0.001$). Yaş ile amibiyaz sıklığı arasında ilişki saptanmadı ($p>0.05$). Amibiyazın en sık (%58.3) yaz aylarında ve en düşük (%7.8) kış aylarında görüldüğü ve mevsimler arasındaki bu farkın anlamlı olduğu tespit edildi ($p<0.01$). Şırnak için amibiyaz önemli bir sağlık sorunudur. Çözüm için halka temiz içme ve kullanma suyu sağlanması, çevre hijyen koşullarının düzeltilmesi ve bölgenin sosyoekonomik ve kültürel yönden kalkındırılması gerektiği kanısına varıldı.

Anahtar Sözcükler: İshalli hastalıklar, amibiyaz, sıklık.

Summary: Incidence of amebiasis with diarrhea in Şırnak Province. In this study, to investigate importance of amebiasis in Şırnak, we studied retrospectively medical records of military personnel families, civilian citizens, and privates, who submitted to 30-Bed Mobile Military Hospital for Surgery, for diarrhea between January-December 1998. It was investigated that sex, age and seasonal changes of patients whose *E. histolytica* established in their feces. χ^2 and correlation test were used for evaluation. Frequency of amebic cases was found 36.5%. Frequency was highest in 6-15 age group, and lowest in 0-5 age group, and difference between age groups was found fairly significant ($p<0.001$). There was no correlation between age and frequency of amebiasis ($p>0.05$). It was detected that amebiasis appeared most frequently in summer months (58.3%), and least frequently in winter months (7.8%) the difference between seasons was significant ($p<0.001$). Amebiasis is an important health problem for Şırnak. It was concluded that clean drinking and using water supply for people, correction of environmental hygiene conditions and to improve socioeconomic and cultural aspects are needed for solution.

Key Words: Diarrhea, amebiasis, incidence.

Giriş

Gastroenteritler, özellikle gelişmekte olan ülkelerde önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir ve her yıl dünya üzerinde 500 000 civarında insanın ölümüne yol açmaktadır. Özellikle gelişmemiş ya da az gelişmiş ülkelerde çocukluk çağındaki ölümlerin büyük bir kısmından sorumludur (1-4).

Amibiyaz, bir protozoon olan *Entamoeba histolytica*'nın kist formlarının oral yoldan alınması ile bulaşır. Kistler incebarsakta açılır ve trofozoit formuna dönüşür; bunlar da kolonda enfeksiyona sebep olurlar (5). Kistler 30°C'de günlerce, 0-

4°C'de ise aylarca canlı kalabilirler. İçme sularına rutin olarak uygulanan klorlamaya oldukça dirençlidir (6,7). Trofozoitler ise hem dış ortama, hem de gastrik aside duyarlıdır. Bu nedenle bulaşma ancak kist formları ile gerçekleşmektedir (5). En sık rastlanan bulaşma yolu dışkı ile kontamine olmuş sebzelerin yenilmesi ve suların içilmesidir. En önemli risk faktörleri arasında düşük sosyoekonomik koşullar, kalabalık aile yaşamı, ev içi su tesisatının bulunmaması ve kötü hijyen şartları gelir (2,6-8).

Amibiyaz dünyanın her yerinde görülür; ancak çevre şartları çok kötü olan az gelişmiş bölgelerde enfeksiyon oranı %50 veya daha yüksektir (1,6,9,10). Tahmini olarak her yıl dünya nüfusunun %10'unun amibiyaz geçirdiği düşünülmektedir. Çin haricinde her yıl 50 milyon kişi invazif amibiyaza yakalanmakta ve bunların da ortalama olarak 100 000'i kaybedilmektedir (5).

Bu çalışmada ishal nedenlerinden amibiyazın dizanterik formunun, Şırnak için önemini araştırılması amaçlanmıştır.

(1) 30 Yataklı Seyyar Cerrahi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Birimi, Şırnak

(2) Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Şanlıurfa

(3) GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisi, Haydarpaşa-İstanbul

(4) Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Tablo 1. Yaş Grupları ve Cinsine Göre Amibiyaz Sıklığı

Yaş Grupları (Yıl)	Asker Ailesi + Sivil			Er		Toplam		Genel Toplam	
	Erkek Sayı* (%)	Kadın Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Erkek Sayı (%)	Kadın Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
0-5	23/76 (30.2)	14/52 (26.9)	37/128 (28.9)	-	-	23/76 (30.2)	14/52 (26.9)	37/128 (28.9)	
6-15	9/12 (75.0)	8/11 (72.7)	17/23 (73.9)	-	-	9/12 (75.0)	8/11 (72.7)	17/23 (73.9)	
16-25	17/52 (37.7)	13/27 (48.1)	30/79 (37.9)	78/229 (34.0)		95/281 (33.8)	13/27 (48.1)	108.308 (35.1)	
26-35	39/87 (44.8)	2/18 (11.1)	41/105 (39.5)	1/4 (25.0)		40/91 (43.9)	2/18 (11.1)	42/109 (38.5)	
≥36	12/23 (52.1)	2/7 (28.5)	14/30 (46.6)	-	-	12/23 (52.2)	2/7 (28.5)	14/30 (46.6)	
Toplam	100/250 (40.0)	39/115 (33.9)	139/365 (38.1)	79/233 (33.9)		179/483 (37.1)	39/115 (33.9)	218/598 (36.5)	

*Amibiyazlı olgu sayısı/Toplam

Yöntemler

Ocak-Aralık 1998 tarihleri arasında Şırnak 30 Yataklı Seyyar Cerrahi Hastanesi'ne ishal nedeniyle başvuran asker ailesi, sivil vatandaş ve erlerin kayıtları retrospektif olarak incelendi. İshalli hastalar 0-5, 6-15, 16-25, 26-35 ve >36 yıl olmak üzere beş yaş grubuna ayrıldı. Dışkılarında *E. histolytica* saptanan hastalar belirlenerek, hastalığın cinsiyet, yaş ve mevsimlere göre değişimi tespit edildi. Amibiyazlı olguların sıklığının cinsiyet, yaş ve mevsimlere göre değişiminin değerlendirilmesinde χ^2 ve korelasyon testleri kullanıldı.

Sonuçlar

Yaş grupları ve cinsiyete göre amibiyaz sıklığı Tablo 1'de, mevsimlere göre değişim ise Tablo 2'de gösterilmiştir. Yaşları 1/2-65 yıl arasında değişen 598 ishalli hastanın 233'u er, 365'i asker ailesi+sivil, 483'ü erkek ve 115'i kadın idi. İshalli hastalar içindeki amibiyazlı olguların sıklığı %36.5 (218/598) oranında bulundu. Sıklık 6-15 yaş grubunda en yüksek (%73.9) ve 0-5 yaş grubunda ise en düşük (%28.9) oranda belirlendi ve yaş grupları arasındaki bu fark istatistiksel açıdan anlamlı idi ($\chi^2=21.9$, $p<0.001$). Yaş ile amibiyaz sıklığı arasında ise anlamlı bir korelasyon saptanmadı ($p>0.05$).

Amibiyaz sıklığı erkeklerde %37.1 ve kadınlarda %33.9 oranında idi ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildi ($\chi^2=0.14$, $p>0.05$). Amibiyaz sıklığı erlerde %33.9 ve asker ailesi+sivil yurttaşlarda ise %38.1 oranında idi, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($\chi^2=0.25$, $p>0.05$).

Mevsimlere göre dağılım incelendiğinde, en sık yaz aylarında (%58.3) ve en az ise kış aylarında (%7.8) görüldüğü saptandı ve mevsimler arasındaki bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($\chi^2=8.24$, $p<0.01$).

İrdeleme

Özellikle çevre şartlarının kötü olduğu bölgelerde daha sık olmak üzere tüm dünyada yaygın olarak görülen *E. histolytica*'ya bağlı infeksiyon prevalansının çeşitli yörelere göre % 5-81 arasında değiştiği bildirilmektedir (3,6-8,11,12). Amibiyazın sağlıklı çocuklardaki prevalansını araştırmaya yönelik çalışmalardan birinde 1995 yılında İspanya'da yaşları 5-14 arasında değişen öğrencilerde sıklık %10.43 bulunmuştur (12). Aynı yıl Suudi Arabistan'ın kırsal kesiminde yapılan benzeri başka bir çalışmada da oran % 9.2 olarak belirlenmiştir

(13). Her iki çalışmada da özellikle düşük sosyoekonomik düzey ve temiz olmayan su kaynaklarının rol oynadığı bildirilmiştir.

Şırnak'ta yaptığımız bu çalışmada oranın %36.5 olduğunu ve özellikle yaz aylarında sıklığın %50'nin üzerine çıktığını saptadık. Şanlıurfa'da yapılan benzeri bir çalışmada ise ishal nedeniyle başvuran hastalar arasında amibiyaz sıklığının yıllara göre %18-38 arasında değiştiği ve özellikle yaz aylarında arttığı görülmüştür (3).

Amibiyaz en sık çocuk yaş grubunda görülmektedir (1,7,9). Şanlıurfa'da yapılan çalışmada amibiyazlı olguların yaş ortalaması 3.4 yıl olarak bildirilmiştir (14). Tüm yaş gruplarının dahil edildiği bizim çalışmamızda ise amibiyaz sıklığı en yüksek 6-15 yaş grubunda (%73.9) iken, en düşük 0-5 yaş grubunda (%28.9) bulundu. 6-15 yaş grubundaki yüksekliğin, ishalli olgu sayısının diğer gruplara göre daha az olmasından kaynaklanabileceği düşünüldü.

Amerika Birleşik Devletleri'nin California eyaletinde 1995 yılında yapılan bir çalışmada bir kez yapılan dışkı muayenesi ile protozoonun yakalanma ihtimalinin % 13, iki kez yapılan dışkı muayenesi ile % 19, üç kez yapılan dışkı muayenesi ile % 65 olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada olguların %6'sına 3'ten çok (4-9 kez) dışkı muayenesi gerekmiştir (15). Çalışmamızda saptadığımız amibiyaz oranları literatürle uyumlu olmakla beraber, sıklığın çalışmamızda saptanandan daha da yüksek olabileceğini düşündük.

Sonuç olarak, özellikle sosyoekonomik olarak geri kalmış ve hijyen koşulları kötü bölgelerde daha sık görülen amibiyaz Şırnak için önemli bir sağlık sorunudur. İnfeksiyonun yayılmasında başlıca rolü su oynar ve rutin klorlama ile sudaki amipler öldürülemez (6,7). Bu nedenle kontaminasyonun olduğu Şırnak gibi gelişmekte olan bölgelerde öncelikle suların kaynatılarak kullanılması sağlanmalı (7), uzun vadede ise halka temiz içme ve kullanma suyu temini ile çevre hijyen koşullarının düzeltilmesi ve bölgenin sosyoekonomik ve kültürel yönde kalkınmasının sağlanması gerektiği kanısına varıldı.

Kaynaklar

- Blach RE. Diarrheal diseases and child morbidity and mortality. *Child Survival Strategies for Research* 1984, 16; 141-661
- Clearly TG, Pickering LK. Acute gastroenteritis. *In: Krugman S,*

- Katz SL, Gershon AA, Wilfert CM, eds. *Infectious Diseases of Children*. St Louis: Mosby, 1992:105-26
3. Kumate J, Isibasi A. Pediatric diarrheal diseases: a global perspective. *J Pediatr Infect Dis* 1986; 5:511-21
 4. Yalçındağ Ş, Altinkaya N. *Çocukta Enfeksiyon Hastalıkları*. İstanbul: Logos Yayıncılık, 1993:6-7
 5. Ravdin JI, Petri WA Jr. Entamoeba histolytica (amebiasis). In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. Fourth ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 1995: 2395-408
 6. Branski D, Lerner A, Lebenthal E. Amebiasis. *Pediatr Clin North Am* 1996; 43: 307-31
 7. Kanra G, Ecevit Z. Amibiyazis. *Katkı Pediatr Derg* 1992;13: 227-41
 8. Rotbart HA, Levin MJ. Amebiasis. In: Hay WW, Groothuis JR, Hayward AR, eds. *Current Pediatric Diagnosis & Treatment*. New Jersey: A Simon&Schuster, 1995: 1119-21
 9. Bonomo RA, Salata RA. Amebiasis. In: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 15th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1996: 964-6
 10. Ceyhan M, Kanra G. Viral ve bakteriyel gastroenteritler. *Katkı Pediatr Derg* 1994; 15: 249-73
 11. Merritt TJ, Coughlin E, Thomas DW, et al. Spectrum of amebiasis in children. *Am J Dis Child* 1982; 136:785
 12. Jarabo MT, Garcia-Moran NP, Garcia-Moran JI. Prevalence of intestinal parasites in a student population. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1995; 13: 464-8
 13. Omar MS, Mahfouz AA, Abdel Moneim M. The relationship of water sources and other determinants to prevalence of intestinal protozoal infections in a rural community of Saudi Arabia. *J Commun Health* 1995; 20: 433-40
 14. Emiroğlu HH, Tatlı MM, Kösecik M, Koç A, Ataş A, Memedov N. Dizanterik formda seyreden amebiazisli olgularımız [Özet]. In: *XLI. Milli Pediatri Kongresi (27-30 Haziran 1997, Van) Özet Kitabı*. Ankara Türkiye Milli Pediatri Derneği, 1997: C29
 15. Hiatt RA, Markell EK, Ng E. How many stool examinations are necessary to detect pathogenic intestinal protozoa? *Am J Med Hyg* 1995; 53: 36-9