



Uyuz Hakkında Bilgi Notu

Bu bilgi notu KLİMUD Tıbbi Parazitoloji ÇG ve TMC Parazitoloji ÇG tarafından hazırlanmıştır.



GENEL BİLGİ

Uyuz, *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* akarı tarafından oluşturulan ve bütün dünyada görülen bulaşıcı bir deri hastalığıdır. 0,3-0,5 mm boyutundaki bu ektoparazitin dişisi, bulaş sonrası cildin üst katmanlarında tüneller açarak ilerler. Bu ilerleme sırasında tünele bıraktığı dışkısının içinde bulunan alerjenler 4 hafta sonrası alerjik reaksiyon oluşturur ve şiddetli kaşıntıya neden olur. Parazitin bütün aktif formları, diğer kişilere genellikle yakın temas ile bulaşır. Tüneller sıklıkla parmak araları, bilek, dirsek ve ayaklarda görülürken; alerjik reaksiyon bütün vücutta, özellikle de bacaklarda, göbek çevresinde ve koltuk altlarında görülür. Uyuz, kişinin genel sağlık durumu için tehdit

oluşturmasa da hayat kalitesini oldukça düşürür. Kabuklu uyuz ya da Norveç uyuzu olarak bilinen ve daha ağır seyreden türü, genellikle bağışık yetmezliği olan yaşlılarda görülür.

YAŞAM DÖNGÜSÜ

S. scabiei var. hominis sekiz ayaklı krem-bej rengi bir akardır. Dişi akarlar erkeklerden daha büyüktür ve yaklaşık 0,3-0,5 mm boyutlarındadır. Çiftleştikten sonra dişi akarlar, proteolitik enzimlerinin yardımıyla epidermise girerler. Açtıkları tünellerde ilerler ve 4-6 haftalık ömürleri boyunca günde 3-4 yumurta bırakırlar. Larvalar, 3-4 gün içinde yumurtadan çıkarlar, üç aşamalı nimf formundan sonra yetişkinliğe ulaşır ve çiftleşerek döngüye devam ederler. Klasik uyuz tablosu olan hastalarda akar yükü genellikle düşüktür, ilk atak sırasında ortalama 10 ila 15 akar vardır ve eklenen döngülerde bu sayı gittikçe azalır. Buna karşılık, kabuklu uyuz olan hastaların vücudunda binlerce akar olabilir. Oda sıcaklığında ve ortalama nemde, akarlar konak dışında 24-36 saat hayatta kalabilirler, ancak yüksek nem oranına sahip soğuk koşullarda yaşam süreleri biraz daha uzun olabilir.

EPİDEMİYOLOJİ

Uyuz, tüm dünyada yaygındır. Her yaş ve ekonomik durumdaki bireyi etkileyebilmekteyse de sosyoekonomik düzeyi düşük bölgelerde daha sık görülebilir. Coğrafik bölgeler arasında yaygınlık bakımından büyük farklılıklar vardır ve yapılan çalışmalarda %0,2 ile %71 arasında değişen prevalans bildirilmiştir. Kalabalık koşullar uyuz enfestasyonu riskini artırır. Salgınlar genellikle okul, uzun süreli bakım tesisi ve hapisane gibi kurumsal ortamlarda ortaya çıkar.

BULAŞ

Uyuzun bulaşması genellikle aile üyeleri veya cinsel partnerler arasında olabileceği gibi doğrudan ve uzun süreli cilt temasıyla da gerçekleşir. Kısa süreli cilt temasıyla (Örneğin el sıkılmak) bulaş olmaz. Klasik uyuzlu bir kişi tarafından kullanılan giysiler, yatak örtüleri ile bulaşma nadirdir; ancak yüksek parazit yükü durumunda bu eşyalardan bulaş söz konusu olabilir.

Uyuz, hayvanlardan insanlara bulaşmaz. Hayvan uyuzundan sorumlu akarlar farklı alt türlere aittir ve insanlarda çoğalamaz. İnsanlarda, bu tür akarlarla bağlı reaksiyonlar genellikle kendi kendini sınırlar ve etkilenen hayvanla temas kesilirse düzelir.

KLİNİK BULGULAR

Klasik uyuzun belirgin klinik özelliği kaşıntıdır. Kaşıntı akarın kendisine ve dışkısına karşı gecikmiş tipte aşırı duyarlılık reaksiyonundan kaynaklanmaktadır ve şiddeti geceleri artar. Semptomlar tipik olarak bulaştan ortalama 4 hafta (3 ile 6 hafta) sonra görülür. Daha önce enfekte olmuş hastalarda, muhtemelen önceden duyarlılaşma nedeniyle semptomlar 1-3 gün içinde başlar.

Tipik kutanöz bulgular sıklıkla çoklu küçük eritematöz papüllerdir. Veziküller, püstüller ve nadiren büller de bulunabilir. Epidermisteki tüneller 2-15 mm'lik, ince, gri, kırmızı veya kahverengi çizgiler olarak görülebilir.

Epidermisteki tüneller özellikle parmakların yanları ve araları, bileğin iç kısmı, dirsekler, kadınların meme bölgesinde, erkeklerin genital organlarında, çocukların ayak tabanlarında görülmekle beraber vücudun herhangi bir kısmında bulunabilir. Alerjik reaksiyonlar ise kasıklar, koltukaltı, kalça ve göğüste görülebilir ve nadiren tek bir bölgede lokalize kalır. Sırt tutulumu nadirdir ve çok küçük çocuklar hariç lezyonlar kafada izlenmez. Çocuklarda ve bebeklerde lezyonlar genellikle yetişkinlerden daha enflamatuvar, sıklıkla veziküler veya büller izlenir.

Kabuklu uyuz; AIDS, HTLV-1 enfeksiyonu, cüzzam ve lenfoma gibi hücrel bağışıklığı bozan koşullarda ortaya çıkabilir. Bu tip uyuz, yaşlı erişkinler yanı sıra Down sendromlu hastalarda da görülebilir. Kabuklu uyuz ayrıca topikal kortikosteroidlerin uzun süreli kullanımına eşlik edebilir.

Kabuklu uyuz, hızlı gelişen eritematöz yamalar ile başlar. Herhangi bir cilt alanı etkilenebilir, ancak kafa derisi, eller ve ayaklar özellikle hassastır. Tedavi edilmezse, hastalık hızla yayılır ve sonunda tüm vücudu kaplayabilir. Kabuklar ve çatlaklar ortaya çıkar ve lezyonlar kötü kokuludur. Kaşıntı minimaldir ya da hiç yoktur.

Klasik uyuzda nadiren görülmesine rağmen kabuklu uyuz olgularında sıklıkla ikincil stafilokok veya streptokok enfeksiyonları izlenebilir; glomerulonefrit dahi gelişebilir. Laboratuvar bulgularında eozinofili ve artan IgE seviyeleri mevcuttur.

TANI

Uyuz tanısı deriden bistüri yardımıyla alınan kazıntı örneklerinin mikroskopik incelemesiyle uyuz akarı, yumurta veya fekal peletlerinin saptanmasıyla doğrulanır. Klasik uyuzlu hastalarda az sayıda akar olduğundan olası tanı çoğunlukla öykü ve fizik muayeneye göre konulur. Geceleri daha şiddetlenen yaygın kaşıntı, klasik yerlerde görülen tüneller ile incimsi veziküller gibi karakteristik lezyonlar ve diğer aile üyelerinde benzer semptomlar olması durumunda klasik uyuz tanısından şüphelenilmelidir. Son yıllarda dermatoskop da tanı amacıyla kullanılmaktadır. Kabuklu uyuz ise yaşlı veya bağışıklığı baskılanmış hastalarda kalın, kabuklu plaklar görüldüğünde düşünülmelidir. Ayırıcı tanının zor olduğu olgularda histopatolojik incelemeye başvurulabilir.

Deri örneklerinin alınması ve incelenmesi: Kazıma, tünellerin bulunduğu birden fazla bölgeden yapılmalıdır. Anestezi gerekli değildir. Lezyonun yüzeyi boyunca kuvvetli bir kazıma yapmak için bisturi (15 numara) kullanılır. Kazıma işleminden önce, akarların çıkarılmasına yardımcı olmak amacıyla bölgeye veya bistüriye az miktarda mineral yağ konabilir. Kazıntı örneği lam üzerine konur ve lamel yerleştirilmeden önce bir miktar daha serum fizyolojik ya da mineral yağ ilave edilir. Potasyum hidroksit (KOH) uygulanması da kabuklu uyuzdan alınan numunelerin incelenmesinde yardımcı olabilir.

Alternatif olarak uyuz tanısı güçlü bir yapıştırıcıya sahip bir parça şeffaf bant kullanılarak yapılabilir. Bant cilt lezyonuna sıkıca uygulanır ve daha sonra hızla çekilir. Bant, lam üzerine yapıştırıldıktan sonra akarlar ve yumurtaları açısından incelenir. Yapışkan bant testinin avantajları, mikroskop dışında özel ekipmana ihtiyaç duyulmaması ve cilt kazınmasına tahammül edemeyen çocuklarda kolayca uygulanmasıdır. Uyuz preparatının duyarlılığı %46 ila 90 arasındadır; özgüllük %100'dür.

TEDAVİ

Uyuzun başarılı tedavisi; etkilenen kişide akarların yok edilmesini, ilişkili semptom ve komplikasyonların yönetimini ve korunma için alınacak önlemleri içerir. Klinik görünüm, hasta özellikleri ve salgın ortamı gibi faktörler, tedavinin seçimini etkiler.

Klasik uyuzda; topikal permetrin (%5) en yaygın birinci basamak tedavidir. Benzil benzoat, topikal kükürt, krotamiton, lindan ve topikal ivermektin diğer tedavi seçenekleridir. Topikal permetrin ile tedavi oranları %90'a yaklaşmaktadır. Permetrin, çocuk, emziren kadın ve gebelerde ilk tercihtir. Oral ivermektin, uygulama kolaylığı avantajına sahipse de insan kullanımına yönelik preparatı ülkemizde bulunmayıp ayrıca hamile/emziren kadınlar ve 15 kg'ın altındaki çocuklara da önerilmemektedir.

Kabuklu uyuz tedavisinde; permetrin ve oral ivermektin birlikte kullanılır.

Tedaviye direnç özellikle tekrarlayan olgularda bildirilmiştir. Bu vakalarda permetrin tedavisine lindan ve benzil benzoat eklenmektedir. Tedavi sonrası semptomların devam etmesi sadece direnç nedeniyle değil; yanlış tanı, tedavinin yetersiz uygulanması, reenfeksiyon, delüzyonel parazitoz ve parazit ürünlerinin devam eden alerjik etkisine bağlı olabilir.

KORUNMA YÖNTEMLERİ

Hastalığın önlenmesi ve kontrolü için uyuz olan kişi ile birlikte yaşayan herkesin aynı zamanda tedaviye alınması gereklidir. Aynı anda tedavi uygulanmadığı takdirde hastalık kişiden kişiye bulaşmaya devam edecektir.

Uyuz hastaları ve beraber yaşadığı kişiler tarafından kullanılan giysiler, çarşaf lar ve havlular en az 60 °C'de yıkanmalı ve ütülenmelidir.

Yatak takımları birkaç gün havalandırılmalıdır. Yıkanamayacak eşyaların ağzı bağlı bir poşet içerisinde üç gün bekletilmesi gerekir. Bu süre içinde tüm canlı evreler ve yumurtalar ölecektir.

Kabuklu uyuz hastaları ve hane halkı üyeleri de dahil olmak üzere yakın temaslıları, salgınları önlemek için hızlı ve agresif bir şekilde tedavi edilmelidir. Kurumsal salgınların kontrol edilmesi zor olabilir ve hızlı ve sürekli bir müdahale gerektirir. Kabuklu uyuzlu bir hasta tarafından kullanılan odalar kullanımdan sonra iyice temizlenmeli ve elektrik süpürgesiyle süpürülmelidir.

Gerek klasik gerekse kabuklu uyuzda pestisit, sisleme gibi yöntemlerle çevresel dezenfeksiyon genellikle gereksizdir ve de önerilmez.

Ülkemizde son aylarda artan uyuz vakalarına ilişkin haberler basında sıklıkla yer almış ancak Sağlık Bakanlığı "*Gerçek anlamda bir ilaç sıkıntısı ve hastalarda buna*

bağlı bir artıştan bahsedilemeyeceğini” bildirmiş ve “Önceki yıllara göre belirgin bir artış olmadığını” açıklamıştır.

KAYNAKLAR

1. CDC. DPDx- Laboratory Identification of Parasites of Public Health Concern. <https://www.cdc.gov/dpdx/scabies/index.html>. (04.02.2020’de ulaşılmıştır)
2. UpToDate. Scabies: Epidemiology, clinical features, and diagnosis <https://www.uptodate.com/contents/scabies-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis?csi=24015eab-6f90-4a23-a0df-9e35d5717815&source=contentShare#H23>. (04.02.2020’de ulaşılmıştır)
3. Fuller LC. Epidemiology of scabies. *Curr Opin Infect Dis* 2013; 26:123.
4. Halk Sağlığı Genel Müdürlüęü. Uyuz Hakkında Bilgi Notu. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/zoootikvektorel-ekoparaziter/uyuz.html>. (04.02.2020’de ulaşılmıştır).
5. Arlian LG, Morgan MS. A review of *Sarcoptes scabiei*: past, present and future. *Parasit Vectors*. 2017 Jun 20;10(1):297