

Dünya Akciğer Sağlığı Kongresi, Guadalajara, Meksika. 10-14 Ekim 2017

Kongrenin ana teması: Eliminasyona Doğru Hızlanma

Guadalajara:

Meksika'nın ikinci büyük kenti. Yirmi iki milyonluk Meksiko City'den sonra 5 milyon nüfusu ile Ankara ile karşılaştırılabilir.

Kentin Tarihi Merkezi (Historical Center) bölümü, tarihi yapıları ve geniş meydanları ile Avrupa'da olduğunuzu düşündürüyor. Caddeleri geniş, şehrin her tarafı bol ağaçlı. Genellikle 2 katlı binalar var. Sadece sınırlı sayıda yüksek bina görülebiliyor. İnsanları canlı ve neşeli. Her yer deler. Gece geç saatlere kadar sokaklardalar, lokantalar dolup taşıyor. Meksika mutfağı, özellikle biber sosları ile zengin bir mutfak. Taksiler ucuz, taksiye ulaşmak kolay. Mariachi denilen gitar ve müzik aletleri ile batı Meksika'nın tarihsel müziğini sokaklarda duymak mümkün. Müzisyenlerinin süslemeler içeren giysileri ile göze çarptığını söylemek uygun olur. Meksika, agave bitkisinin yetiştiği volkanik arazileri sayesinde dünyada tekila içkisinin merkezi olmuş. Gezdiğimiz 300 yıllık bir hastane hala hizmet veriyordu ve yüksek tavanları, sütunlu duvarları ile etkileyici idi. Hastanenin yeni bölümüne geçerken, bizi gezdiren epidemiyoloji hocası, zaman tüneline geçtiğimizi belirtti. Bu hastaneyi gezerken ülkemizdeki sağlık sisteminin çok daha iyi olduğunu düşündük.



Bütün binalarda Yangında Yapılacaklar'ın yanında Depremde Yapılacaklar yer alıyordu. Hatta, depremde yapılacaklar üstte yazılmış.

Kongre, Expo Guadalajara’da idi. Devasa bir fuar alanı. Çok hızla bir dizi toplantı salonu yapabiliyorlar. Ya da bu salonları fuar, toplantı vd. amaçlı alanlara çevirebiliyorlardı.

Binanın dışında girişte yer alan bir bölümü sivil toplum kuruluşları ve bazı yerel ürünleri satan küçük satıcılara ayırmışlardı. Bu bölümde sivil toplum konferans ve tartışmaları da oluyordu.

Kongrede uydu toplantıları sabah ya da akşam saatlerinde oluyor, sabah 8.30’da bitiyor ya da akşam 18.00’den sonra oluyor. Bu toplantılar belirli kuruluşlarca düzenlenmiş bilimsel toplantılar. Genellikle bir sandviç ve içecek dışında dağıtılan şeyler de olmuyor.

Kongre süresince salonlarda tşörtünde gönüllü olduğu yazılı kişiler (genellikle öğrenciler) yardım ettiler.

Kongreye başvuran özetlerden yarısı kabul edilmiş. 1681 başvuru var. 857 kabul edilen özetin bir kısmı sözlü oturumlarda tartışıldı. Bir kısmı da 100x250 cm. boyutlu tüm kongre süresince asılı duran posterler şeklinde bir büyük salonda bulundu. Posterler öğleyin 1 saatlik bir sürede sorumlu bir kişinin rehberliğinde tartışıldı. Posterlerin asılı olması önemli bir canlılık yaratıyor. E-poster gibi şeyler yoktu.

Session type	Abstracts submitted	Abstracts accepted for presentation at the conference
Oral abstract presentations	1681	128 in 19 sessions
Short oral abstract presentations		187 in 18 sessions
Poster presentations		542 in 57 sessions





STOP TB SEMPOZYUMU, 10.10.2017 (yeri: Centro Universitario de Ciencias de la Salud, 18.000 öğrencili bir üniversitenin konferans salonu) “Tüberkülozu Sonlandırmaya Doğru Gelişimi Hızlandırmak için Multisektörel Çalışma”

Bu yıl, DSÖ yıllık TB Raporu yayımlanmadı, kongrede de sunulmadı. Bir önceki raporun verileri konuşuldu. Açılıшта peşpeşe 6 kişi konuştu. Ana konu, bu yıl Moskova’da yapılacak Sağlık Bakanları Küresel TB Konferansı idi. Bu toplantı çok konuşuldu, Stop TB Sempozyumu adeta Bakanlar Toplantısı’na hazırlık amacıyla yapılıyordu. Bu konferanstan sonra 2018’de Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda TB konusunda Üst Düzey Toplantı yapılacak. Her iki toplantıdan uluslararası bilimsel ve yönetici TB uzmanları çok şey bekliyor.



Mültisektörel çalışma tartışıldı.

Şu ana kadar 70 ülkede süveyans yapılmış. Yapılan süveyanslardan elde edilen bilgiler ile uygulamalar geliştiriliyor. Bu yeni uygulamalar yeniden değerlendiriliyor.

Hindistan’da yapılmış çalışmada yeni olgularda %2,8, tedavi görmüşlerde %11,6 ÇİD-TB saptanmış. Hindistan Ulusal Stratejik Planı kısaca anlatıldı. Dünyada en çok hastanın olduğu bu ülke, özel sektörün yaygınlığı, tanının geç konulması, ilaçların kontrolsüz kullanımı yanında çok büyük sayıda hastanın tanı almadığı bir dönemi yaşıyor. Hindistan’da TB programı yılda 1,5 milyon TB hastasını tedavi ediyor. Ama 1 milyondan fazla hasta da her yıl kayıptır. Hindistan’ın sorunları: yetersiz bildirim, TB hastalarının özel sektörde bakımının iyi olmayışı, ulaşılması zor (gecekondlu, kabile, savunmasız) kesimlere ulaşmak, ilaca dirençli TB, HIV ve DM gibi ek hastalıklar, yetersiz beslenme ve yoksulluk.

TB Burden			
Estimates of TB Burden (2015)	Global	India	Notified in 2016
Incidence TB cases	10.4 million	2.8 million	1.74 million
Mortality of TB	1.4 million	480,000	
Incidence HIV TB	1.17 million	110,000	
Mortality of HIV-TB	390,000	37,000	
MDR-TB	480,000	130,000	0.33 million
National Drug Resistance Survey has been completed : MDR in New patients 2.8% and Previously treated patients 11.6%			
The National Tuberculosis Prevalence Survey has been planned in 2017-18 to provide robust estimates of TB Burden upto State level			

Hindistan TB insidansı 2,8 milyon, kayıtlı ise 1,74 milyon; ÇİD-TB 130.000.

“Pathway analysis” denilen bir yaklaşım sunuldu. Bu yaklaşımda, ülkedeki farklı hastaların tanı ve tedavi için izledikleri yol ile hekimlerin tanı ve tedavide yaptıklarını basamak basamak izleyerek erken tanı ve kayıp hastaları saptamada neler yapılması gerektiğini araştırıyor.

İngiliz Milletvekili N. Herbert, heyecanlı bir konuşma ile anlattı. 134 ülkeden 230 milletvekili TB için biraraya gelmişler. Bunların içinde 30 ayrı grup oluşmuş. Milletvekillerinin TB ile ilgilenmeleri çok önemli çünkü, bu kişiler hem kanunları yaparak hem de paranın nereye verileceği konusunda karar vererek tayin edici rol üstleniyorlar. Önümüzdeki 15 yılda 30 milyon TB hastasının daha öleceği gerçeği büyük önem taşıyor. Salona “milletvekilleri ile TB konusunda görüşme yapanlar el kaldırsın” diyerek yaptırdığı oylama sonucundan mutlu olmadı. “Milletvekilinizle görüşmezseniz işlerin düzelmesini nasıl beklersiniz!”

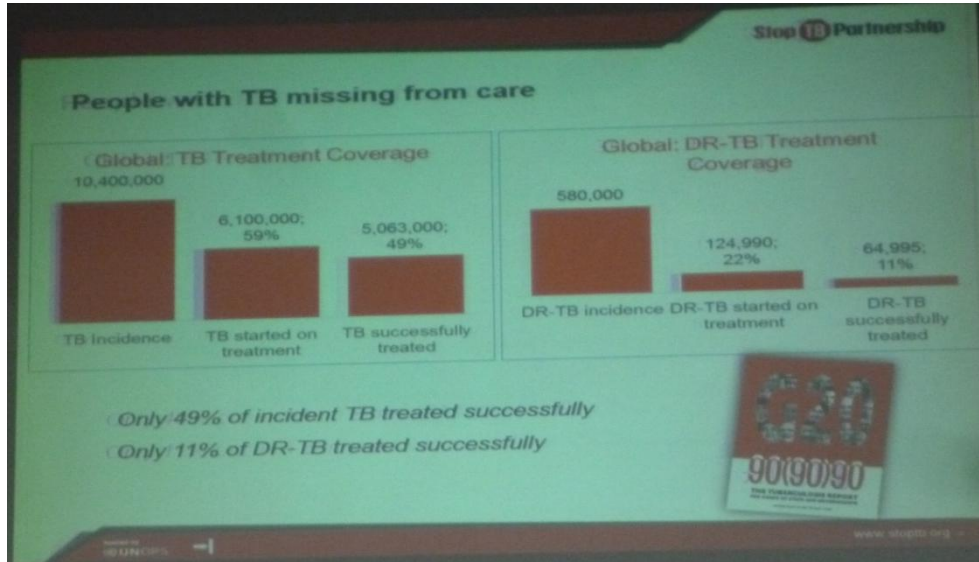
Yeni TB ilaçlarının (Bedakuilin ve Delamanid) kullanımı kongrenin ana konularından birisi idi. Bunu, yapılan çalışmaların sunularında, değişik sivil toplum kuruluşlarının “ilaçlarımı istiyorum” gibi bu ilaçların daha fazla kullanımını isteyen sergilerinde ve broşürlerinde görmek mümkündü. Temmuz 2017 tarihine kadar Dünyada 10.164 kişi bedakuilin ve 688 kişi delamanid kullanmış. Bu ilaçların daha fazla kullanılması talebi çok yaygındı. Fakat, çalışmalarda, bu ilaçların kullanıldığı tedavilerde de başarı

düşüktü. Sanıyorum, program koşulları geliştirilmeden ve ÇİD-TB tedavisi yetkinleştirilmeden bu ilaçların rejime eklenmesi sonucu fazla etkilemiyor.

TB için DSÖ Sivil Toplum Görev Gücü Nisan 2016'da kurulmuş. End TB Stratejisine katkıda bulunmak için ve toplulukların, STK'larının ve diğer sivil kuruluşların TB konusunda yer almalarını sağlamak amaçlanmış. Birçok ülkeden üyeleri var. Amaçları: "kayıp" TB olgularını erken saptamak, toplum temelli bakım ve tedavi desteği sağlamak, bütün tarafları katmak, bütünsel, insan hakları temelli, insan odaklı girişimler, politika propagandası için politik istek geliştirmek.



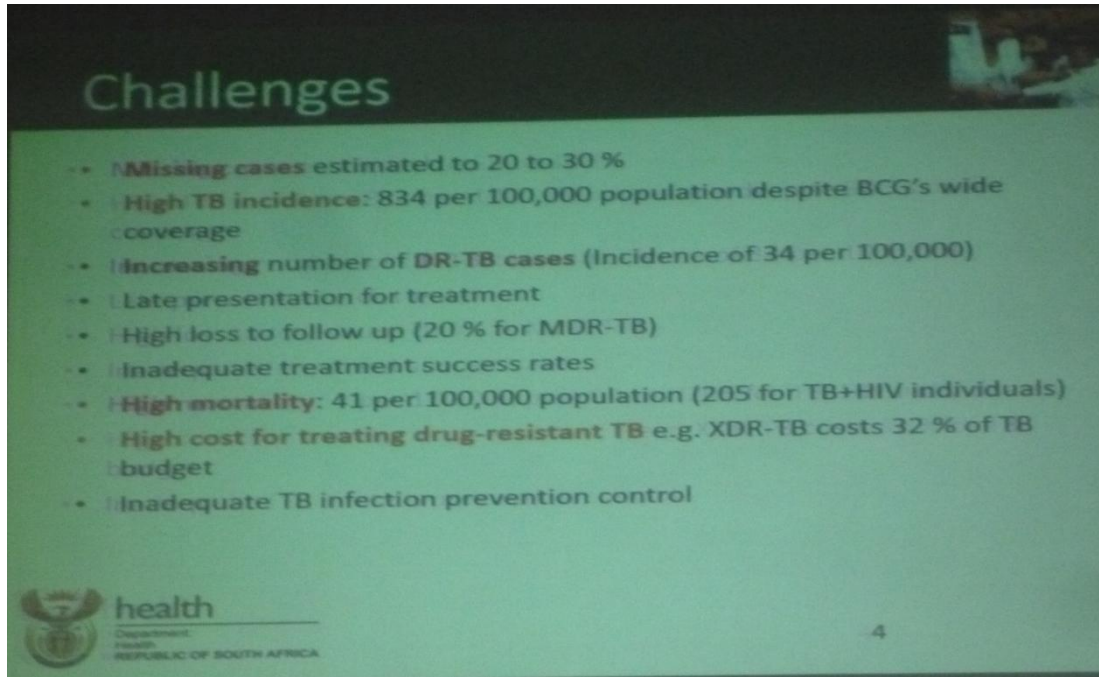
Tüberkülozlu kayıp insanlar başlıklı sunumunda Suvanand Sahu, olgular değil, insanlar kayıp dedi.



- TB insidansı 10,4 milyon, tedavi başlananlar 6,1 milyon (%59), başarıyla tedavi olanlar 5,06 milyon (%49).
- İlaça dirençli insidansı 580 bin, tedavi başlanan 124 bin (%22), başarıyla tedavi edilenler 65 bin (%11).

- TB'li kayıp insanlar: Hindistan'da 1.172.864; Endonezya'da 691.105 ve Nijerya'da 496.789 olmak üzere 3 ülkede toplam 4,3 milyon kaybın yarısından fazlasını kapsıyor.
- Neler yapılabilir konusunda yenilikçi görüşler sunuldu.

Kongrenin önemli konularından birisi TB ve diabetes mellitus (DM) idi. Meksika'daki yeni 21.184 hastadan yaklaşık dörtte birinde DM var. Bu konuyu ulusal TB programının unsuru olarak ele alıyorlar. DM olmayan TB hastalarında %88,9 tedavi başarıları varken, TB ve DM olanlarda bu oran %80. TB-DM olanlarda nüks fazla görülmüş.



Güney Afrika'da sorunlar:

- Kayıp olgular tahminen %20-30
- TB insidansı yüksek: 100.000 nüfusta 834 (BCG yaygın kullanıldığı halde)
- İlaça dirençli olguların sayısı artıyor (insidans 100.000'de 34)
- Tedaviye geç başvuru
- Tedavi takibinde kayıp oranı yüksek (ÇİD-TB için %20)
- Yetersiz tedavi başarı oranı
- Yüksek mortalite (100.000'de 41, HIV ve TB olanlarda 205)
- İlaça dirençli TB tedavi maliyeti yüksek. YİD-TB tedavisi TB bütçesinin %32'sini alıyor.
- TB enfeksiyon kontrolü yetersiz.

Yöneylem Araştırması (Operational Research) konuşması, “program koşulları altında yerel olarak geçerli politika soruları”na yata veren araştırmalar. Eğer çalışma sonuçları program kararlarını vermede kullanılırsa gerçekten başarılı olur. (USAID'ten W. Wells sunum yaptı) Yeni teknolojilere, yöneylem araştırmalarına, sürekli desteğe ihtiyaç duyulduğunu anlattı. Yöneylem araştırması yanında uygulama araştırması (implementation research, IR) yapıldığını belirtti. Yöneylem araştırmasında (a) politika ile ilişkili uygulanabilir araştırmalar, (b) pratik düzeyde, TB, hasta bakımı araştırmaları ve (c) tanımlayıcı, karşılaştırmalı çalışmalara gerek olduğu anlatıldı.

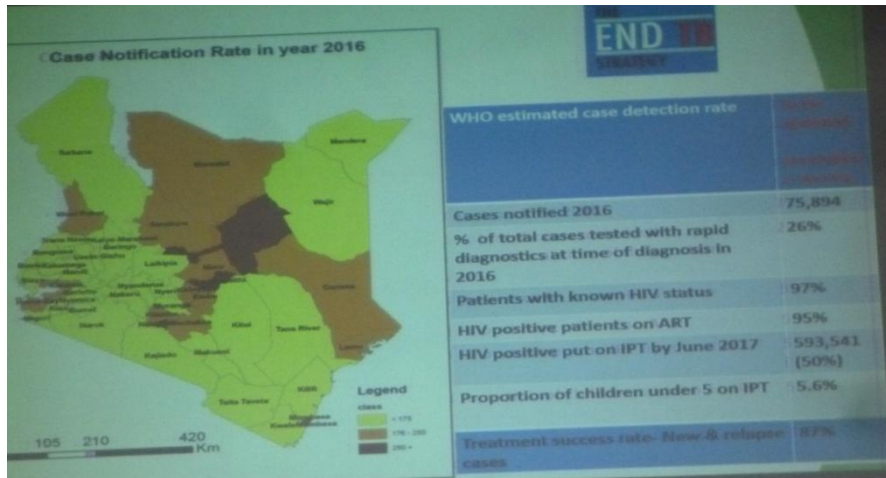
The Union tarafından yapılan kurslar tanıtıldı. TB ve akciğer sağlığı, tütün kontrol programı, Yöneylem Araştırma merkezi, Uluslararası Yönetimi Geliştirme Programı. Benjamin Franklin'den bir alıntı "Bana söylersen unutturum, bana öğretirsen belki hatırlarım, beni de işe katarsan öğrenirim." Kursların etkisini araştırmışlar. %90,16 işlerindeki üretkenliğe etkisi olmuş. %96,67 hergün yaptıkları işe göre edindikleri bilgi ve beceriler uygunmuş. %90,16 kursta yeni bir şey öğrenmiş. %78,33 Kursta öğrenilen bilgi ve beceriler hergün ya da haftalık olarak kullanılıyormuş.



Kenya'daki 10 günlük eğitimden sonra.

Kursun bileşenleri:

- Kurs öncesi koordinatörlerin hazırlıkları (rutin TB verileri, hizmet verilen bölge)
- Sınıftaki dersler
- Saha uygulamaları (TB verilerinin kontrolü, veri analizi, uygulama planları geliştirme)
- Geri bildirim oturumları ve uygulama planlama (kendi verilerini analiz etmeleri, uygulama gerektiren güçlü ve zayıflıkları belirleme, temel göstergeler gözden geçirildi ve her bir il ve ilçe için hedefler belirlendi, uygulama planları geliştirildi)
- İzleme (uygulama planlarının izlenmesi. END TB temel göstergelerinin ülke ve il düzeyinde izlenmesi)



Kenya'da 2016 yılında kayıtlı hastalar 75,894. Kayıp olgular %40. Yeni ve nüks olgularda tedavi başarısı %87.

Filipinler’de tanıda yayma mikroskopisi geçerli. Röntgen için hastaneye gitmesi gerekiyor. Röntgen filmi okuyacak kişiler eksik. 7.100 adadan oluşan bir devlet. Elektrik sorunu var. Ekvator bölgesi olduğundan ısı çok yüksek.

Hindistan’da taklit (Simüle) hastalarla yapılan çalışma (M. Pai sundu). Taklit hasta, TB semptomlarının tümünü varmış gibi öykü veren kurmaca hastalar. Bunları klinisyenlere gönderip, hekimin uygulamasını öğreniyorlar. 7.000 üzerinde görüşme, çalışma sürüyor. Hindistan’da yapılan çalışmanın sonuçları arasında:

- Toplam kalite düşük, hastaları sevk etmede isteksizlik
- Radyoloji tercih ediliyor; mikrobiyolojik TB testleri ya da ilaç duyarlılık testi (İDT) kullanımı çok az.
- Gereksiz ve potansiyel zararlı ilaçların orta –yüksek oranda kullanımı.
- Etnografik ve davranışsal araştırmada “müşterileri tutma”, “hastalarını rahatlatma” ve “doktorlara daha fazla gelir” elde etme çabası var.
- Yapılan kalite çalışması sonrası Hindistan’da çalışma yapılan bölgede TB kayıtlarında ve balgam testinde birkaç kat artış oluyor. Sonuçta, “kalite artırılabilir!” görüşü geliyor.

Peru’da yapılan çalışmalar (Carlton Evans sundu): TB’yi sonlandırmada çok sektörlü araştırma. Sosyoekonomik desteğin TB hastaları için biomedikal TB tedavisi ile entegrasyonu en iyi nasıl yapılabilir araştırılmışlar. Farklı çalışmaların etkisini karşılaştırmışlar. Sosyal ve ekonomik desteğin TB eliminasyonunu güçlendirdiğini görmüşler. 22.000 olguluk bir çalışmada psikososyal desteğin ekonomik destekten daha etkili olduğunu göstermişler.



Dr. Jeremiah Chakaya Muhwa, Stop TB Sempozyumunun kapanış konuşması yaptı.

Kendisi Union’un yeni Başkanı. Kenya’lı bir doktor. Daha önce DSÖ’de değişik görevler yapmış bir kişi. DGTS Genişletme Çalışma Grubunda çalışıyor. DSÖ’nün STAG TB’de başkanlık yaptı. Kenye Tıbbi Araştırma Enstitüsünde yönetici.

Gerek Moskova Bakanlar toplantısı, gerekse de Birleşmiş Milletler toplantısı nedeniyle önemli bir dönemde yaşadığımızı belirtti.

Çalıştaylar:

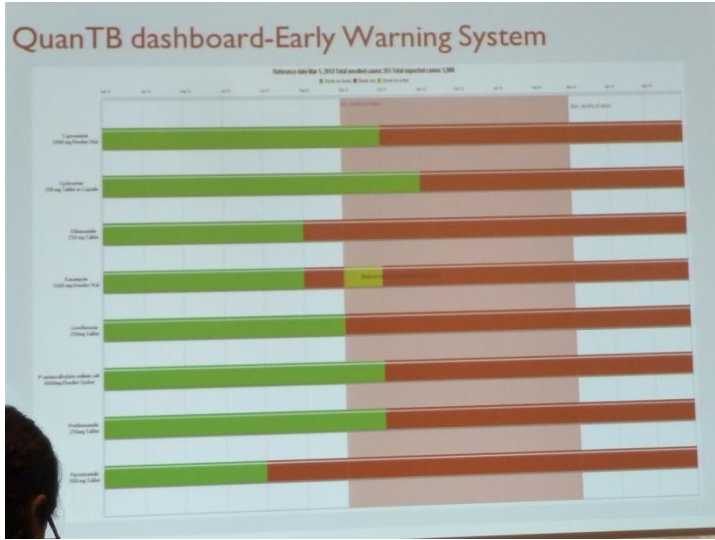
Benim katıldığım ilk çalıştayda USAID (ABD Uluslararası Gelişme) tarafından yapılan TB destek hizmetleri ile ilgili sunumlar izledik. USAID (ABD Uluslararası Gelişme) tarafından yürütülen çalışmalar konusunda bir oturum düzenlendi. USAID küresel TB için en büyük destek veren kuruluş. Küresel Fon için yılda 1,6 milyar ABD Doları katkı sağlıyor. 54 ülkeye desteği var. TB/HIV aktiviteleri için de 130 milyon ABD doları veriyor. 2015-19 küresel TB stratejisi için kalitesi sağlanmış, ödenebilen TB ilaç temini, TB lab ağını güçlendirme ve ikinci grup TB ilaç temini konusunda görevleri vardır. Bu konuda yapılanlar anlatıldı.

<http://etbmanager.org/>

E-TB manager programı: hasta bildirim ve yönetimi, ilaç ikmali ve depo kontrolü, epidemiyolojik sörveyans / raporlama bilgileri

<http://siapsprogram.org0tools-and-guidance/quantb/>

QuanTB: TB ilaçları için bir program. Önceden tahmin etmek, miktarı belirlemek, erken uyarı sistemi, ilaçların durumunu gösterir bir gösterge tablosu sunuyor.



QuanTB programı ile ilaçların durumunu bu gösterge tablosu ile izlemek mümkün. Erken uyarı sistemi de içeren bu sistemle ilaç yönetiminin büyük kolaylıkla yapıldığı belirtildi.

PviMS programı: farmakovijilans izleme sistemi. Web tabanlı bir uygulama.

TB ilaçlarının Küresel İlaç Örgütünden (Global Drug Facility, GDF) istenmesi ile temini arasında aylar geçebiliyor. Bu nedenle iyi bir planlamaya ihtiyaç var. Bu konuda GDF uzmanlar çalıştırıyor. Bu uzmanlar ülkelere danışmanlık veriyor. QuanTB programını da kullanarak ilaç temini ve stok yönetiminin takibi çok daha başarılı olduğunu örnekleri ile anlattılar. Özbekistan ve Tanzanya sunumları vardı.

İlaçların kalitesini sağlamaya yönelik bir sunumda, gerek düzenleyici ve kontrolü sağlayan sistemlerin oluşturulmasının gerekse de kalitesiz ürünlerle mücadele edecek kapasitenin geliştirilmesinin önemi ayrıntılara girilerek anlatıldı. Laboratuvarlara yönelik uygulamalar, üreticilere yönelik eğitim ve konsültasyonlar, iyi üretim politikaları gibi destekler sağlamışlar. Üreticilere yapılan destek, 33 ülke programı için yapılmış.

Katıldığım ikinci çalıştayda DSÖ'nün rehberleri ile ilgili bilgiler verildi.

Linh Nguyen, 2007 yılında Lancet'de yazılan bir yazıda, DSÖ önerilerinde uzman görüşlerinin kullanıldığı, kanıta dayalı tıbbi bilginin nadiren kullanıldığı eleştirisi üzerine DSÖ'de yeni bir yaklaşımın benimsendiğini anlattı. DSÖ tarafından "Rehber Hazırlama" konusunda bir el kitabı hazırlanmış ve kanıta dayalı politika, sistematik derleme ve kanıt analizi, kanıtların derecelendirilmesi ve önerilerin buna dayanarak oluşturulması, geniş katılımlı uzman paneller, saydamlık gibi ilkeleri benimsediklerini belirtmişler. (<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/js22083en/> adresinde 2014'deki ikinci baskısı

var). Rehberi ve hazırlanışını anlattı. (<http://gradeworkinggroup.org/>) 2007 sonrasında DSÖ rehberlerinin gelişme gösterdiğini belirtti.

Bu oturumda sözü edilen DSÖ kitapları (who.int/tb adresinde bu kitapları görebilirsiniz):

- Implementing the End TB strategy: the essentials
- Implementing tuberculosis diagnostics
- Xpert policy recommendation, 2010
- Policy update: Xpert, 2013
- Policy guidance: LPAs
- Policy guidance: TB-LAMP
- Meeting report: Technical Expert Group Critical concentrations for drug susceptibility testing for TB medicines
- Framework of indicators and targets for laboratory strengthening under the End TB Strategy
- Compendium of WHO guidelines and associated standards: ensuring optimum delivery of the cascade of care for patients with tuberculosis
- Treatment of tuberculosis. Guidelines for treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care
- Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis
- Guidance on ethics of tuberculosis prevention, care and control
- Ethics guidance for the implementation of the end tb strategy
- Guidelines on the management of latent tuberculosis infection
- Systematic screening for active tuberculosis
- Guidelines for surveillance of drug resistance to tuberculosis.

Kritik konsantrasyon tanımına ek olarak yeni bir tanım geliştirilmiş: “klinik kırılma noktası” (clinical breakpoint). Bu tanım ile, tedaviye yanıtın olması muhtemel MIC değeri tanımlanıyor. Bu konsantrasyonu belirlemede klinik sonuç verisi, MIC dağılımları, genetik göstergeler ve Pk/PD verileri ile doz kullanılıyor. DSÖ tarafından oluşturulan bir ekibin şu anda değişik besiyerlerinde kritik konsantrasyonlarla ilgili çalışma yaptığı anlatıldı. Moleküler yöntemlerin özgüllükleri yüksek fakat duyarlılıkları ilaçlara göre değişiyor.

- Rifampisin – *rpoB* duyarlılık %95, özgüllük %99
- İzonyazid – *inhA* ve *katG* duyarlılık yaklaşık %90, özgüllük %99
- Florokinolonlar – *gyrA* ve *gyrB* duyarlılık %86, özgüllük %99
- İkinci grup parenteral ilaçlar / *rrs* ve *eis* duyarlılığı %86, özgüllük %99

Addressing current knowledge gaps

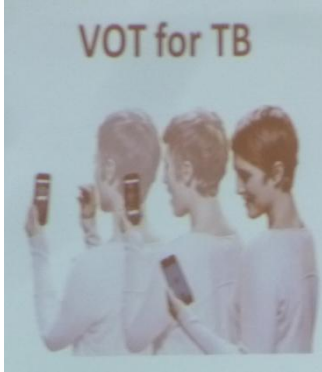
1. Correlation of phenotypic DST critical concentrations with molecular methods – revised critical concentrations are under review
2. Incomplete cross resistance within the classes of key drugs such as the FQs – mechanisms better understood
3. Technical guide on the use of DNA sequencing as a surveillance tool and the potential use and limitations as a diagnostic tool – under development to determine mutations associated with elevated MICs for certain drugs
4. The importance of knowledge of drug resistance prevalence - surveillance providing new insights
5. Critical concentrations established for resistance detection for new and repurposed drugs — validation planned for 2018
6. PK/PD data challenging our dogma around suitable dosing for key drugs especially for moxifloxacin, rifampicin and pyrazinamide

TB tanısallarında belirlenen bilgi eksikliklerine yönelik çalışmalar planlanıyor.

DSÖ'nün 2017 yılındaki ilaca duyarlı TB tedavi ve hasta bakımı rehberi güncellemesi anlatıldı.

2016 ilaca dirençli TB için ek kitap ile sunulan yeni kanıt ve öneriler anlatıldı.

Günün son konusu TB ve Etik idi. Bu konuda kapsamlı bir sunum yapan Ernesto Jaramillo, tüberkülozda birçok konuda etiğin önemli yer tuttuğunu anlattı. Sağlık hizmetlerine ulaşmayı sağlamak; danışmanlık ve bilgilendirilmiş onam; TB tedavisine hasta uyumunu sağlamak; hastanın istemediği izolasyon ve ayrı tutma işlemi; TB tedavisine ulaşabilme; çocukluk TB ile ilgili konular; göçmenler ve TB ile ilgili konular; ÇİD-TB saptama ve tedavi, vd.



TB için VOT kongrenin önemli bir konusu idi.

VOT: video observed treatment.

Türkçeye VGT: video gözetimli tedavi olarak çevirip kullanmamız uygun olur.

DSÖ'nün Kısa Süreli ÇİD-TB tedavisi önerileri sunuldu. Hastada ÇİD-TB var, kinolon ya da ikinci grup parenteral ilaçlara direnç yok ise kısa süreli ÇİD-TB tedavisinin uygulanabileceği belirtildi.

Kongrenin açılış oturumunda bize güzel bir müzik ve dans gösterisi sunuldu. Prof. JR. Starke çarpıcı bir çocukluk çağı TB sunusu yaptı. Dünyada bu konunun ihmal edildiğini örneklerle anlattı.



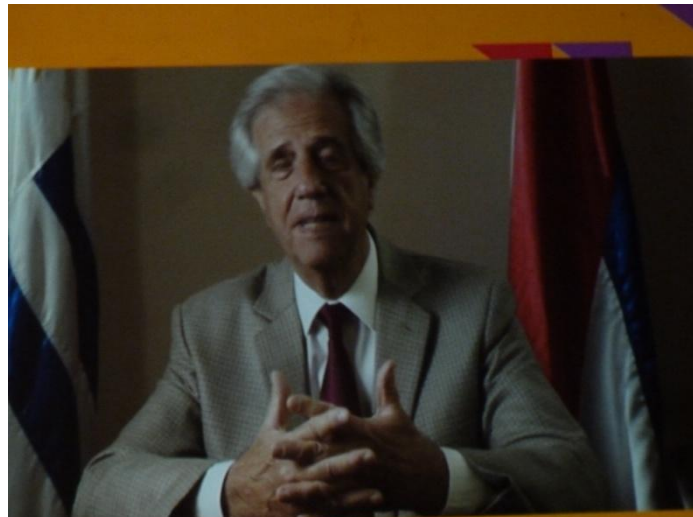
Açılış oturumunda bir müzik ve dans ziyafeti vardı.



TB tedavisi görmüş ve aktivist olan bir kadının çarpıcı konuşması, eşi ve arkadaşları ile birlikte sahnede duruşları etkileyici idi.



Uruguay devlet başkanı video konferans ile tüberküloz ve tütüne karşı mücadelesini anlattı.



Kongre oturumlarından izlediğim bazı başlıkları aşağıda sunacağım.



Stream çalışması

ÇİD-TB tedavisinde 9 aylık rejim ile 20-24 aylık rejimin karşılaştırılması çalışması.

Çok ülkede birlikte yürütülen prospektif randomize klinik çalışma. Vietnam, Moğolistan, Güney Afrika ve Etyopya'da.

2012 yılında başlatıldı; The Union ve Londra Küresel Üniversitesi Tıbbi Araştırma Konseyi Klinik Denemeler Birimi tarafından ortak yürütülüyor. Çalışmada etkinlik, güvenlik ve ekonomik etkiler araştırılıyor.

Haziran 2015'te çalışmanın 1. Evresi 424 üncü son hastasını çalışmaya almış.

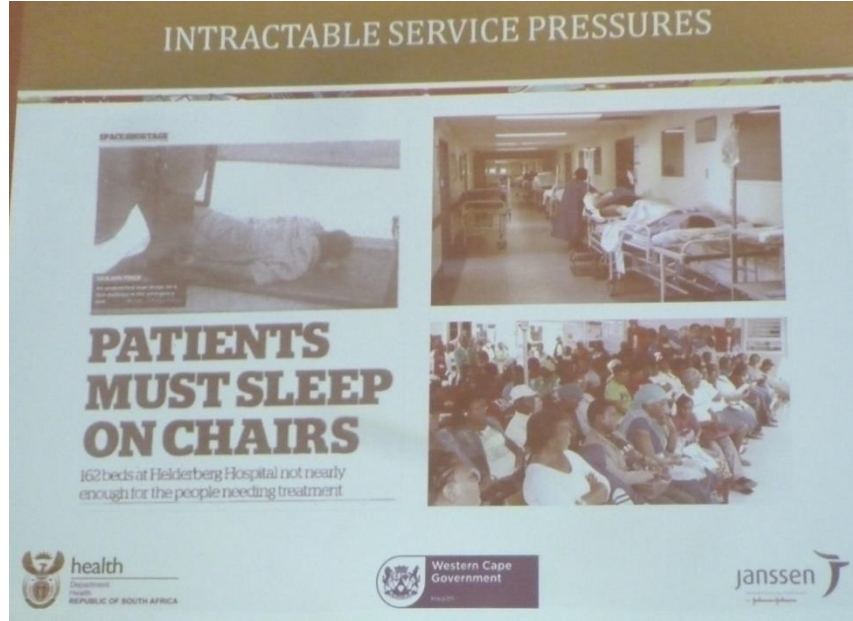
Çalışmanın sonuçları:

- Kısa süreli rejimle, DSÖ'nün uzun süreli rejiminin etkinliği çok yakın. 9 aylık rejim: %78,1; uzun rejim: %80,6 olumlu tedavi sonucu alınıyor. (20-24 aylık rejim, rutin uygulamalara göre daha iyi sonuç veriyor). HIV-TB olanlarda da sonuçlar benzer derecede başarılı.
- Çalışma süresince EKG izlemi yararlı ve gerekli.
- Sağlık ekonomisi: Hastaya ve sağlık sistemine olan maliyetler 9 aylık tedavide düşüyor. Sağlık sistemi üçte bir harcıyor. Hasta daha az kontrole geliyor, daha çabuk işine dönüyor.
- İlaç sayısı: kısa süreli rejim, ilaç sayısını üçte ikiye düşürüyor.

Janssen tarafından düzenlenen bir uydu sempozyumda Güney Afrika'da ÇİD TB tedavisi ve Bedakulin (BDK) kullanımı anlatıldı:

Güney Afrika'da Bedakuilin(BDK) içeren ÇİD TB tedavisi 39 hasta, BDK içermeyen rejimle 38 hasta tedavi ediliyor. BDK verilme nedenleri: İnH ve katG mutasyonu olan 8, toksisite 18 ve önceden ek hastalık varlığı 13 hastada. Her iki grupta 3-8 aylar arası kültür negatifleşiyor. İlaç yan etkileri de benzer iki grupta. Sonuçta, BDK temelli rejimin güvenilir ve iyi tolere edilen bir tedavi olduğunu belirtiyorlar. Tedavi sonuçlarını sunmadılar.

Bu arada Güney Afrika’da yatakların yetersizliğine ilişkin bir haberin “Hastalar sandalyelerde uyumak zorunda” şeklinde yer alması Türkiye’nin 1940’lı yıllarında TB yatak yetersizliği ile ilgili bir karikatürünü hatırlattı.

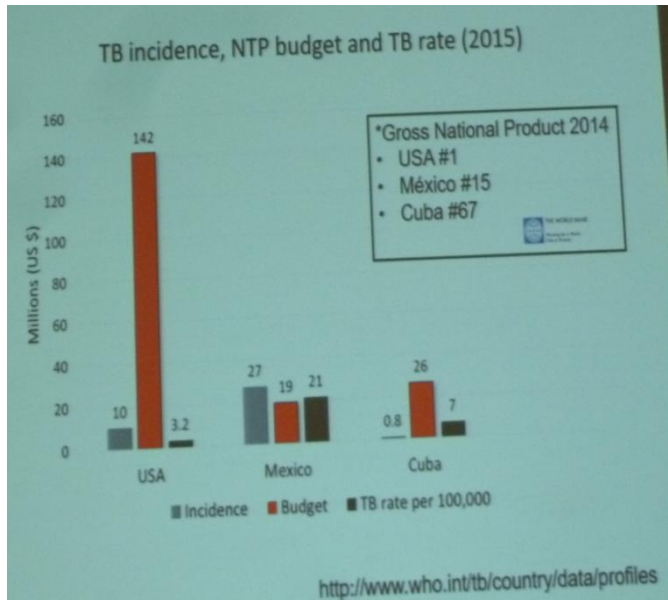


Yine Güney Afrika’da yapılan bir çalışmada (a) klinikte başlanan ÇİD-TB tedavisi ile (b) hastanede başlanan ÇİD-TB tedavisi karşılaştırılmış. Tedavi başarısı (a) %41, (b) %31; ölümler (a) %14, (b) %16, başarısız tedavi (a) %7, (b) %13 ve takipte kayıp olanlar (a) %39 ve (b) %41. Sonuçta, (iki tedavinin de başarısız olduğunu değil,) aynı derecede etkili olduğunu belirtiyorlar. Tartışmalarında da neden bu yüksek terk oranları olduğunu tartışmıyorlar. Tedavinin desentralize edilmesi (kliniklerde uygulanması) konusunda çabaların artırılması öneriliyor.



Kısa süreli ÇİD-TB tedavisine başlamak: ÇİD-TB tedavisine başlamadan kinolon ve ikinci grup parenteral ilaçlara duyarlılık testi yapılması öneriliyor. Bunun için fenotipik test yerine moleküler GenoType MTBDRsl testini uygulamayı DSÖ öneriyor.

Meksika’da bu teste ulaşabilmek için 1000km üstünde bir yol katetmek gerekebiliyor. Meksika’da yeni ilaçlara (bedakuilin, BDK, delamanid, DLM, linezolid ve klofazimin) başlama konusu anlatıldı. 2015 nisanında USAID tarafından BDK bağışlanmış. Bununla birlikte Latin Amerika’da bu yeni ilaçlara başlanma oranı neredeyse sıfır. Küresel Fon para desteği sağlamazsa ya da BDK, DLM bağış olarak verilmezse Latin Amerika’nın Ulusal TB Programları bunları satın alamıyor. Meksika’da TB bütçesinde ilaç direnci, TB/HIV, vd harcamalar için çok düşük bir bütçe var. Meksika için TB lab. ağında hızlı bir geliştirme gerekiyor. ÇİD-TB tedavisinde grup C ve D ilaçların tedaviye eklenmesine acil ihtiyaç olduğu belirtildi.

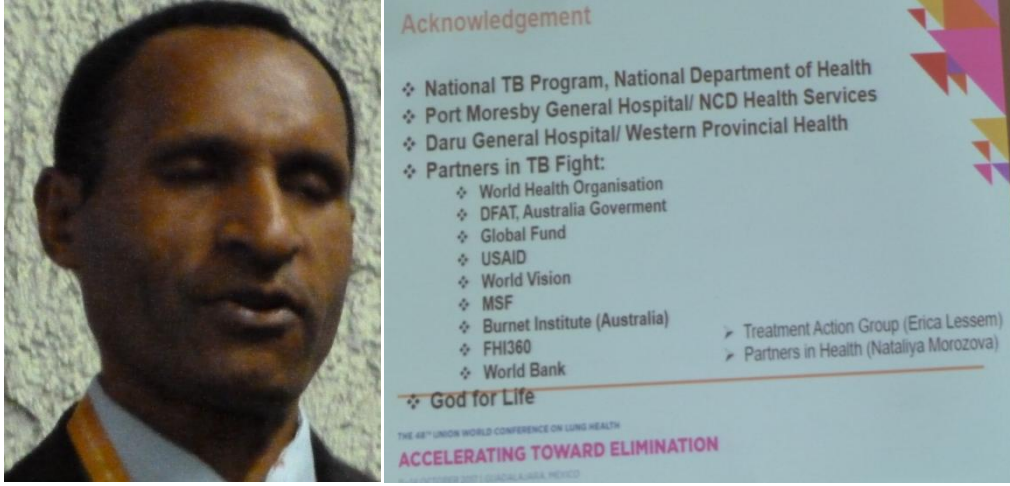


ABD, Meksika ve Küba:

TB insidansı, UTP bütçesi ve TB hızı (2015)

Dikdörtgen içinde 2014 yılının toplam milli gelirinde dünya sıralamasındaki yeri yazılmış.

Papua Yeni Gine, güney doğu Asya’da 8,3 milyon nüfuslu ada ülkesi. 2015’te 33bin TB (yüzbinde 432). TB hastalarının %15’i HIV pozitif. ÇİD-TB yüzbinde 25. TB programı, sorunları, ilaç direnci ve ilaç temini sunuldu. İlk BDK kullanılan Yid-TB hastası sunuldu. İlk ve ikinci tedavi başarısız olan bu hastada HRZES, OfI, Eto, ikinci grup parenterallere direnç saptanmış. Sikloserin ve PAS duyarlı. 6 ayda BDK temin edilmiş. Duyarlı ilaçlarla birlikte yeni rejim ve destekler sağlanmış. Hasta başarı ile tedavi edilmiş. Toplam 65 hastaya BDK kullanılmış. Bunlardan 40’ı ÇİD, 10’u ön-YİD ve 15’i YİD-TB imiş. Şu anda 1 tedavi tamamlama, 3 ölüm ve 61 tedavisi süren hasta var. BDK, USAİD tarafından sağlanmış. İlk DLM de YİD-TB olgusunun teması 7 yaşında santral sinir sistemi semptomları olan bir çocukta kullanılmış. Ülkede kısa süreli tedavi rejimi başlanmış. P. Y. Gine’de bireysel hasta merkezli bakım, programlı ve klinik açıdan sorunlu olgulara acil tedavi uygulama, insan kaynakları geliştirme, çok sektörlü yaklaşım ve yeni ilaçların kullanımı konusunda edindikleri dersleri anlattı.



Papua Yeni Gine sunumunu yapan Dr Rendi Moke ve sunumun sonundaki Teşekkür slaytı: Slaytta ulusal ve uluslar arası çok sayıda kuruluşa teşekkür var. En son teşekkür şöyle: “God for Life”, yani “Yaşam için Tanrı’ya”

Hindistan’da BDK kullanımı, ilaca erken ulaşım programı ile başlanmış, bu programla 84 hastaya, toplam olarak da 691 hastaya başlanmış. Güney Afrika’da ise 6.723 hastaya başlanmış. Hindistan’daki uygulamanın sonucunda,

- Hindistan’daki ilaç direnci sorununun boyutu nedeniyle BDK kullanımı acilen artırılmalı,
- BDK kullanımının artması BDK direnci geliştirmemeli.
- BDK kullanımı artışı TB ile ilişkili ölümleri ve sakatlığa uyarlanmış yaşam yılı azalacaktır.

Swaziland, Güney Afrika doğusunda bir ülke 1,2 milyon nüfusu var. TB-HIV ortak enfeksiyon oranı %80’den %70’e düşmüş. TB insidansı 565 (yüzbinde). İlaça dirençli TB insidansı yüzbinde 69. Ülkede 2015’te dirençli TB için programlı yaklaşım başlatılmış. 2015’te BDK, DLM ve diğer ilaçlar için sınır tanımayan doktorlar (MSF) desteği almışlar ve 120 hastalık ilaç temin etmişler. Sağlık personeli eğitimleri 2016 ve 2017’de yapılmış. Kısa süreli rejim başlanmış. Ayrıca LN2, KLF, BDK ya da DLM, İmipenem, PAS vd. ilaçlar ile 24 ay tedavi rejimi verilmiş. 225 hastadan %58’i ÇİD, %37’si Ön/YİD, %5 diğer. %89 BDK içeren, %4 DLM ve BDK birarada. Bu çalışmadan öğrendiklerini ve sonuçlarını sundular. Uluslararası kuruluşların destekleri ile başlanan bu tedaviler halen sürüyor.

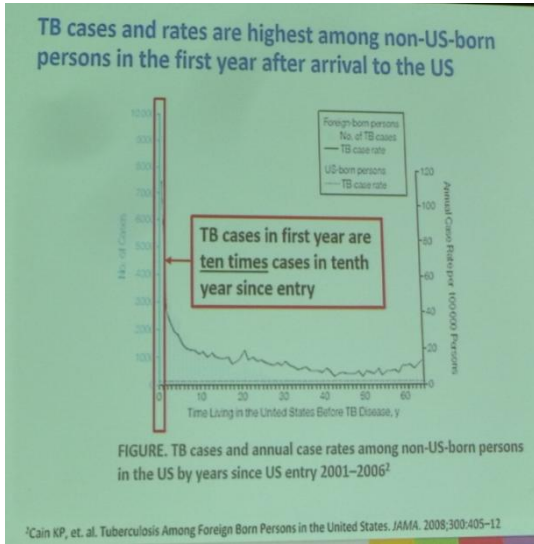
“TB Verilerinin yerel sağlık planlaması için değerlendirmek” başlıklı oturumdaki sunumlarda: Bangladeş, Vietnam, Kenya, Hindistan-Mumbai, Lesotho (madenciler) çalışmaları sunuldu.

- Zaman ve yere göre olgu bulma oranı çalışması
- Kayıtlı olgu bulma oranının gerçek yerel durumu gösterip göstermediğini araştırmak.
- TB risk faktörleri ve anahtar toplulukların dağılımını anlamak.
- Olgu bulma oranı ile tahmini hastalık yükü ve tanılabilir kapsama arasındaki ilişkiyi gözden geçirmek.
- TB hizmetlerine sınırlı ulaşımı olan yerleri ve toplum kesimlerini belirlemek
- Olgu bulmadan başarılı tedaviye kadar bakım yolunu haritalamak.

Bunların sonucunda TB programında hangi çalışmaların öncelikle yapılması gerektiğini saptamak. Başarılı ya da başarısız hasta bulma yaklaşım örnekleri var mıdır? Bunları belirlemek. Kayıp olguları bulmak. TB hastalarını daha erken bulmak.

Kamboçya ve Hindistan'ın uzak topluluklarında aktif olgu bulma stratejilerinin etki ve maliyetini değerlendirmek başlıklı çalışmada, Xpert kullanarak aktif olgu bulmayı, rutin pasif olgu bulma ile karşılaştıran bir çalışma sunuldu. Sonuçta, aktif olgu bulmanın hem olgu bulmayı artırdığını, hem ölümleri azalttığını hem de maliyet analizinde uygun maliyetli olduğunu göstermişler. Xpert eklemek maliyeti artırırken, olguları ve ÇİD-TB'lerin tanısını artırıyor.

ABD'de rutin süreyans verileri sunuldu Olgu sayısı düzenli düşüyor ve en son 2016'da 9.287 hasta kayıtlı. TB hastalarında ABD dışı doğumluların oranı 2008 yılında %59 iken 2015 yılında %67 olmuş. Yabancı ülke doğumlularda ABD'ye girişten sonraki ilk yıl TB olguları, 10 yıl sonrasına göre 10 kat fazla. İlk yıldaki olgu hızı, sonraki yıllara göre 6 kat fazla. Toplam hasta sayısına bakılınca ilk yıldan sonrakilerin toplamı daha fazla.



İlk yılda tanı alanların %55'i ilk 3 ayda tanı alıyor.

İlk yılda tanı alanlarda olgu hızı yüzbinde 76,1 iken, sonraki yıllarda tanı alanlarda bu oran bir yılda yüzbinde 12,4 bulunmuş.

Türkiye'den Dr. Suha Özkan, Suriye'den gelen göçmenler ve bunlarda saptanan olguları sundu. Çok başarılı bir sunumdu. Güzel sorular geldi.



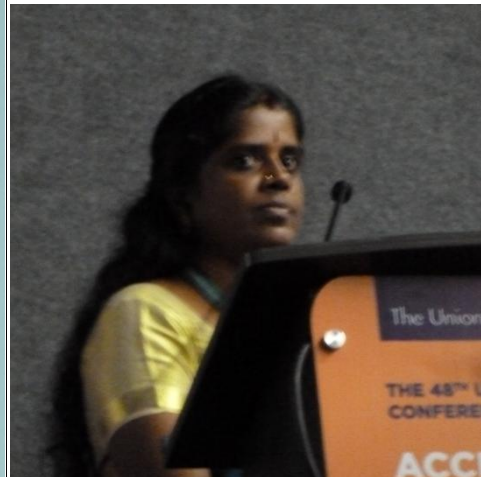
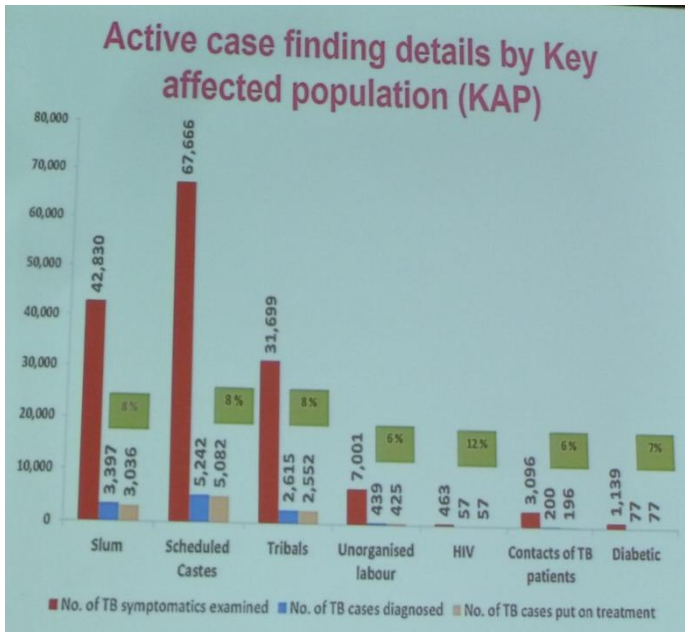
Hindistan’da dışlanmış ve hassas topluluklarda aktif olgu bulma, hedefe yönelik yaklaşımın sonuçları: Hindistan’da insidans yüzbinde 217, ölüm yüzbinde 36. Düşük farkındalık, sağlık kurumlarına başvuruda yetersizlik, tanı ve tedavide gecikme var. Kayıp olgular; ya tanı almamış ya da tanı almış ama kaydedilmeş olgular. Geç tanı alan hastalar. Özel sektörde tanı alanlar genellikle kayıt edilmiyor. Bu sorunlara çözüm için AXSHYA adlı bir proje geliştirmişler. Sivil toplumun katılımı ile güçlendirerek kaliteli TB bakım ve kontrol servislerini geliştirmeyi hedeflemişler. 19 eyalette 285 bölgede çalışmışlar. Yapılanlar:

- Bütün sağlık bakım sağlayanların katılımını artırmak
- Daha fazla toplum katılımı
- Politik ve yönetsel kararlılığı artırmak
- Özellikle hassas ve dışlanmış topluluklarda TB kontrol hizmetlerine ulaşmayı artırmak

Beklenen sonuçlar

- Olgu bulmayı artırmak
- Terk oranını azaltmak
- Tedavi başarı oranını artırmak
- Kaliteli TB hizmetine evrensel ulaşma

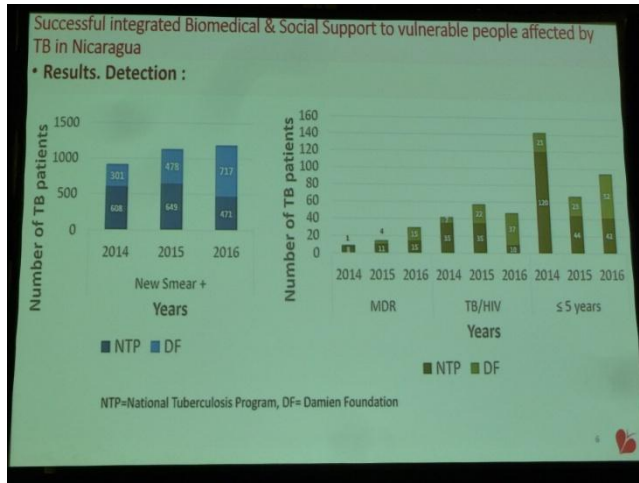
Her bölgede her ay yaklaşık 1.000 ev halkı ziyaret edilmiş. Eğitimli toplum gönüllüleri çalışmış. 14 ayda 5,6 milyon ev halkına ulaşılmış. Belirlenen semptomlular 308.014, yapılan balgam incelemesi 155.105 (%51), tanı alan TB hastası 12.109 (%8) ve DGTS başlanan hasta 11.507 (%95). En çok semptomlu bulunan ve en çok TB tanısı konulan üç grup, yoksul semtli, belirlenen kastlar ve kabileler.



Sonuçta, aktif olgu bulma, tanıya ve tedaviye ulaşmayı, dışlanmış ve hassas topluluklarda artırıyor. Erken tanı ve tedaviye katkı sağlıyor ve ek TB olguları bulmayı sağlıyor.

Nikaragua’da TB’den etkilenen hassas kişilerde biyomedikal ve sosyal desteğin birleştirilmesi. Yoksulluk %39 olan Nikaragua’da TB insidansı 51, kayıtlı olanlar 39 (yüzbinde, 2015). Bu proje ile tedavi başarısını artırmak ve sosyal destek. Yapılanlar:

- Halk sağlığı servisleri ile proje birleştirilmiş
- Damien Vakfı (Belçika) ekibi (Dr., hemşire, sosyal çalışmacı) Sağlık Bakanlığı hemşiresi ile
- Her hastaya ortalama 4 kez ziyaret.
- Sosyal, ekonomik, yaşam koşulları, sağlık ve eğitim gibi tüm özellikleri anlamak
- Seçilmiş hastaların beslenme desteği ve/ya da evinde iyileştirme ve/ya da gelir getiren faaliyeti desteklemekten yarar görmüş.



Hasta evlerinde önemli değişiklik yapılmış: Öncesi ve sonrası

Hasta bulma oranları artmış. Beslenme desteği artmış. Hasta evinde iyileştirme sayıları artmış. Gelir getirici aktiviteler artmış. Tedavi başarısı %91 olmuş. Bu deneyimin diğer Nikaragua bölgelerine yaygınlaştırılması mümkün. Hem yoksulluğu azaltmak hem de bulaşıcı hastalığı azaltmada önemli bir yaklaşım oluşturuyor.

Orta Hindistan’da Madya Pradesh’te Saharia kabile topluluğunda AC TB prevalansını tahmin etmeye çalışmışlar. 9.225 örneklem büyüklüğü ile planlama yapılmış. 15 yaş üstü nüfusta TB semptomları sorulmuş. Semptomlularda 2 balgam örneği alınıp ZN mikroskopi yapılmış ve katı BY ile kültüre ekilmiş. Yayma pozitif olgu bulma oranı yüzbinde 3003 bulunmuş.

TB Prevalence by age groups

Age group (years)	Individuals eligible for screening	Number examined (%)	Eligible for sputum (%)	Number examined (%)	Sputum positive	Prevalence per 100,000
15-24	2951	2853	159(5.6)	152(95.6)	35	1227
25-34	2742	2616	335(12.8)	325(97.0)	66	2523
35-44	1920	1783	316(17.7)	312(98.0)	62	3477
45-54	1499	1391	355(25.5)	346(97.5)	78	5607
55+	1188	1113	298(26.8)	295(99.0)	52	4672
Total	10300	9756 (94.7)	1463(15.0)	1430(97.7)	293	3003

Sonuçta:

- Yaş arttıkça insidans artıyor.
- Erkeklerde, kadınların 4 katı.
- Toplumun tümünde acilen aktif olgu bulma çalışması yapılmalıdır.
- Tütün, alkol bu topluluklarda yaygın. Buna yönelik politikalar gerekiyor.
- Uzun süreli önlemler arasında beslenmeyi geliştirme, ev, ayrı mutfak. Dumansız ortamlar olmalı.

Çin Heyeti tarafından düzenlenen bir uydu sempozyumu önemli bazı yenilikleri içeriyordu.

Çin’de her yıl 900 bin yeni olgu ortaya çıkıyor. İnsidansta dünya üçüncüsü, ÇİD-TB’de dünya ikincisi olan bu ülkede insidans yavaş bir şekilde düşüyor.

TB burden in China(2015)			
	Estimated incidence No.of TB(10 thousand)	Rates per 100 000	Proportion of the world (1%)
India	284	217	27.3
Indonesia	102	395	9.8
China	91.8	67	8.8
High TB Burden countries	905	195	87.0
Global	1040	142	-

(Soldaki tablonun başlıkları)

Çin’de TB olgu yükü, 2015

- TB hasta sayısı (x10.000)
- 100.000 nüfusta oran
- Dünya’daki hasta toplamına oranı

Çin’deki TB kontrolünün teknolojik sorunları:

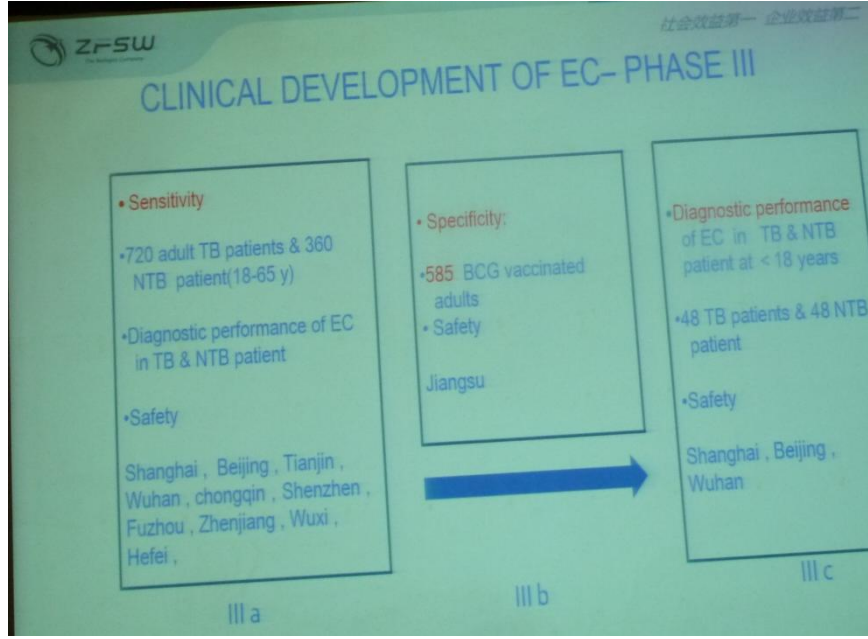
- Erken ve hızlı etyolojik tanı teknik ve yöntemlerinin yokluğu
- TB enfeksiyonu ve TB hastalığı gelişimini önleyen aşı olmayışı
- TB tedavi süresini kısaltan yeni ilaçlar ve yeni tedavi rejimleri
- TB epidemisi ve bulaşma şekillerini bütünlüklü anlamada eksiklik
- TB tanı, tedavi ve korunma ürünlerinin bağımsız entelektüel mülkiyet haklarının olmayışı

2008 yılında Çin, Ulusal Bilim ve Teknoloji Majör Projesi başlatmış, amaç TB dahil bulaşıcı hastalıklar araştırması için fon sağlamak.

Toplantıda sunulan birinci çalışma kırsal Çin’de LTBE yükünü belirlemek, yıllık enfeksiyon riskini tahmin etmek, enfeksiyonlardan aktif TB insidansını tahmin etmek amacıyla 21.022 kişide (4 bölge) çalışılmış. Sonuçta, enfeksiyon kontrolü gereken gruplar, yakın temaslılar, sigara içenler ve yaşlılar. Koruyucu tedavi için hedefler belirlemişler.

İkinci çalışma: Sistem biyoloji ve “omikler”in TB aşı geliştirmede uygulanması idi. Bunun için Temel Araştırma, Klinik Hastaneler, Hastalık Kontrol Merkezleri, TB Hasta Bakımı gruplarından oluşan büyük bir “TB Konsorsiyumu” çalışmış. Sistem biyolojisi, yüksek çıktılı teknoloji, temel ve klinik araştırmadan oluşan bir araştırma stratejisi uygulamışlar. Sonuçlarını ayrıntılı sundular.

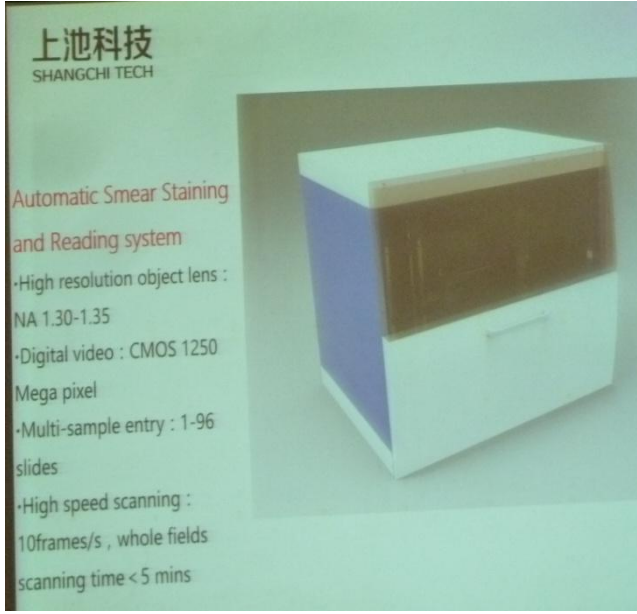
Üçüncü çalışma, LTBE için yeni bir deri testi idi. Adı EC (Çinliler eki diye okuyorlar). BCG’den etkilenmeyen antijenler kullanarak yeni bir deri testi geliştirilmiş. Bu testin faz 3 çalışmalarını yapmışlar. (Aşağıdaki slaytta faz III çalışmaları özetlenmiş).



Çin Ulusal Bilim ve Teknoloji Merkezi

Dördüncü çalışma, M. tuberculosis'teki hetero-rezistan mutasyonların yüksek duyarlılıkta saptanması. (H, R, E, S, Z, Florokinolon, 2. Grup parenterallere) yönelik MeltPro TB moleküler test geliştirilmiş ve Çin FDA onayı bekleniyor. Bu test hızlı bir şekilde ÇİD, YİD tanısı koyduğu gibi, E, S ve Z direncini de bize söylüyor.

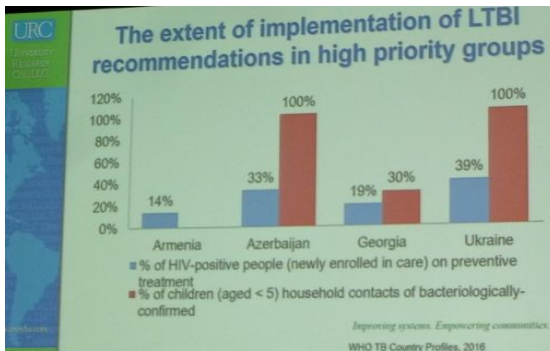
Beşinci çalışma bir otomatize mikroskopi sistemi. Kapalı bir sistem. Balgam tüpü (1-94 adet arası örnek) veriliyor. Cihaz, yayma, boyama, okuma yapıyor. Sonucu veriyor. Bilgisayarlardaki yüz tanıma teknolojisini kullandıklarını belirttiler. Mikroskopi elle yapılan boyamaya göre, bu sistemde daha duyarlı sonuç veriyor.



Otomatik yayma, boyama, okuma sistemi

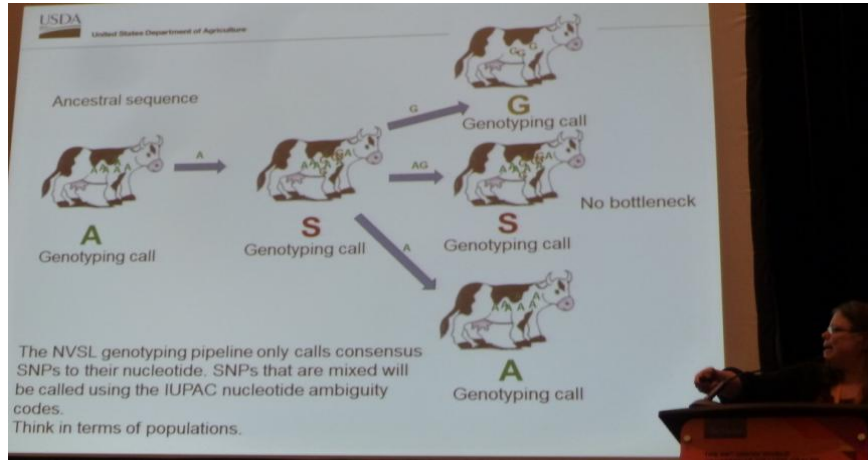
Sağlık çalışanlarında TB enfeksiyonu için test etme ve tedavi stratejileri oturumu.

Sağlık çalışanlarında tarama için İGST: Yapılan meta-analizlerde düşük ve orta gelişmiş ülkelerde sağlık çalışanlarında TB maruziyeti, enfeksiyon ve hastalık riski yüksek bulunmuş. TB hastalık riski topluma göre 25 kat ve üstü oranda fazla görülmüş. Buna karşın birçok hastanede LTBE tarama ve tedavisi yapılmıyor. Hangi testi kullanmak gerektiği konusunda en önemli sorun, ne TDT ne de İGST aktif TB gelişme riskini göstermiyor. LTBE testi yapmak için öncelikle yüksek risklilerin seçilmesi gerekiyor. Hastalık gelişme riskini saptamada yapılan testi tekrarlamak gerekiyor. Örneğin quantiferon testi ile konversiyon, TB hastalık gelişiminde 2 yılda 8 kat daha fazla görülüyor. İGST’lerde eşik değer de önemli. Sağlık personelinin LTBE test ve tedavisi konusundaki algıları önemli. Tedavinin yararını gösterecek bir test olmaması önemli bir engeli oluşturuyor. Bu arada tedavi uyumu, reenfeksiyon, İNH direnci gibi sorunlar, sağlık çalışanlarının algısını etkiliyor. Güney Afrika’da bu konuda programda yapılan düzenlemeler ayrıntılı sunuldu ve konuşmacı “Sağlık çalışanları değerli ve az bulunan bir kaynaktır ve biz bunları büyük ölçüde önlenebilecek bir şey yüzünden kaybediyoruz” (Dr Dalene von Delft) sözüyle sunumunu sonlandırdı. DSÖ’nün 2015 LTBE rehberi sunuldu. Kamboçya’da, Vietnam ve Myanmar’da HIV pozitifler ile 5 yaş altı TB temaslı çocuklardaki koruyucu tedavi %3,6 ile %25 arasında uygulanıyormuş. LTBE izleme ve değerlendirme sistemi gerekiyor. Sistemin tümüyle işlemediğini, bütçe desteğine ihtiyaç duyduklarını, sorunlar ve bazı eksiklikler olduğunu belirttiler. Ukrayna, Moldova, Ermenistan, Azerbaycan ve Gürcistan’da endikasyon olan gruplarda koruyucu tedavi oranları aşağıda görülüyor.



Gürcistan ve Ukrayna’da ulusal rehberlerde var, ev temaslılar ve HIV gruplarında sistematik tarama yer alıyor. Sadece Gürcistan’da sağlık çalışanlarının taranması “duruma göre bir öneri”. Bu ülkelerde sağlık çalışanlarının taranması konusunda politika benimsenmesi ve uygulanması gerekiyor.

Zoonotik TB. ABD’de hayvanlarda saptanan *M. bovis* için tüm genom sekansı (TGS) uygulamalarının pratikte sağladığı yararlar anlatıldı. TGS, ortak atanın sekansını kesin belirlemeyi sağlıyor.



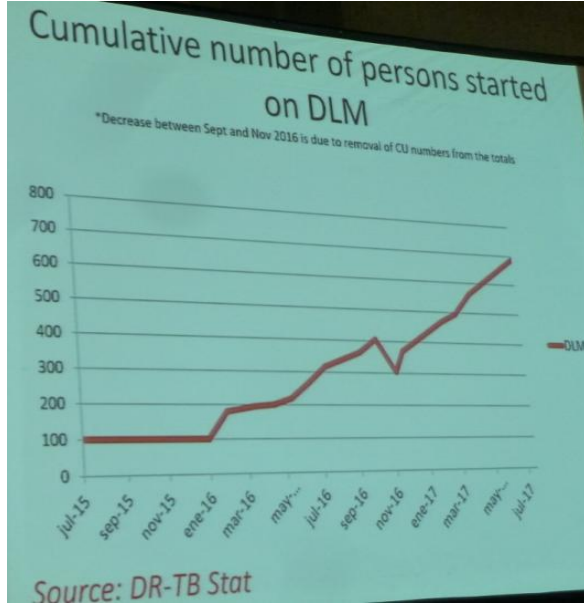
Hayvanlardaki salgınlarda *M. bovis*’in özelliklerinin izlenmesi, hastalığın kaynağını ve geçmişteki salgınlarla ilişkisini TGS ile izliyorlar. Bu moleküler genetik incelemeler, bazı durumlarda bütün bir sürüye yönelik uygulamaları gereksiz hale getiriyor.

Tüberküloz dışı mikobakteriler (TDM) oturumunda, mevcut tedavilerin yetersiz olduğu, bütün TDM’ler için yeni rejimler gerektiği belirtildi. *M. avium* kompleks (MAK) hastalığında fibrokaviter hastalıkta tümüyle basil temizlenemiyor ve nüks olabiliyor. Nodüler bronşektazik hastalıkta ise reenfeksiyon ile hastalık yenileniyor (en az %30). Yeni ilaç çalışmaları konusunda bilgiler verildi: inhalasyonla lipozomal amikasin, klofazimin, E, azitro ile R, E, azitro karşılaştırması; MAK nodüler bronşektazik hastalıkta klofazimin tek ilaç tedavisi; R, E, Klarit ile R, E, azitro karşılaştırması. Bedakuilin, klofazimin, minosiklik ile ilgili çalışmalar. Moksifloksasin, thioridazine; tedizolid gibi ilaçların etkili olması yeni rejimlerin oluşturulması için kullanılıyor. Yeni rejimlerde erken bakterisidal aktivite ve sterilize edici özellikler aranıyor. *M. abscessus* hastalığında en az hastaların yarısında başarısızlık, nüks ya da ölüm oluyor. Yeni bir tedavi rejimine ihtiyaç var. Bu konuda yeni teknolojiler kullanılıyor (time kill analysis, hollow-fiber model). Klofazimin, bedakuilin, tigesiklin, beta-laktam, amikasin, yeni muhtemel ilaçlar (?) ile yeni tedavilere yönelik araştırmalar gerekiyor. *M. kansasii* tedavisinde standart kombinasyon tedavisine göre moksifloksasinin daha güçlü etkinliği olduğu gösterilmiş.

Kazakistan’da BDK ve DLM kullanılan 22 hastada endikasyonlar ve erken dönem sonuçlar sunuldu. 18 hastada var olan tedavinin yetersizliği ya da direnç olması; 13 hastada üçüncü grup tedavinin başarısızlığı, 2 hastada 1’den fazla grup 4 ilaca intolerans, YİD-TB ile yakın temas 1 olgu. 6 ay sonunda, başlangıçta kültür pozitif 15 olgudan 12’sinde kültür negatifleşmiş. Yan etkiler tartışıldı.

Ermenistan’da Florokinolon dirençli ÇİD-TB hastalarında BDK ve LNZ temelli rejimlerin kullanımı sunuldu. 2005’ten bu yana Ermenistan’a sınır tanımayan doktorlar (MSF) destekliyor. 160 hastadan 49’u BDK, LNZ ve imipenem eklenerek ve 111’i de bu ilaçları içermeyen sadece DSÖ rejimindeki ilaçlarla tedavi edilmiş. Tedavi sonuçları: 34 kür, 16 tedaviyi tamamlama, 19 ölüm, 55 başarısız ve 36 tedaviyi terk olarak belirlenmiş. Tedavi başarısı BDK, LNZ, imipenem varsa %61,2, yoksa %18; tedavi terkleri çıkartıldığında ise tedavi başarısı BDK vd ilaç kullananlarda %75,0, kullanmayanlarda %23,8 bulunmuş.

Güney Afrika, Khayelitsha’da R dirençli olgularda delamanid tedavisi; R dirençli olgular yüzbinde 55, yılda 200 olgu, %70’i HIV pozitif, %90’ına ikinci grup tedavi başlanıyor. İkinci grup ilaç tedavisi başarısızlığı, intoleransı ya da kinolon direncinde kullanılmış. Toplam 103 hasta DLM içeren tedavi başlanmış.



2 ayda %52, 6 ayda %81 kültür konversiyonu var. 103 DLM eklenmiş olguda tedavi sonuçları şöyle:

- 8 tedavi süren ve kültür pozitif,
- 57 tedavi süren ve kültür negatif,
- 3 tedavi süren ve kültürü bilinmeyen,
- 7 tedavi başarısı,
- 11 ölüm,
- 12 tedavi terki,
- 2 başarısız,
- 3 nakil giden.

Yorum: DLM ile erken tedavi sonuçları umut verici. Hastane dışı tedavide de öneriliyor. Konuşmacı DLM’e ulaşım acilen yaygınlaştırılmalıdır önerisinde bulundu.

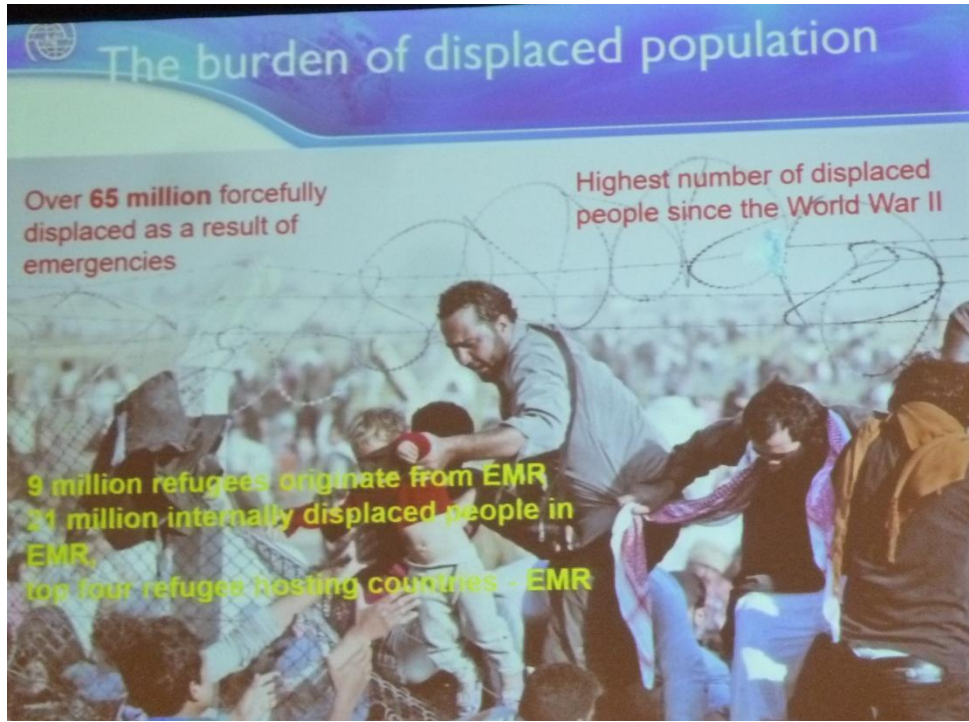
Dünyada delamanid başlanan hastalar.

Etiyopya’da ÇİD-TB temaslılarında rutin program uygulamasının sonuçları sunuldu. Etiyopya:

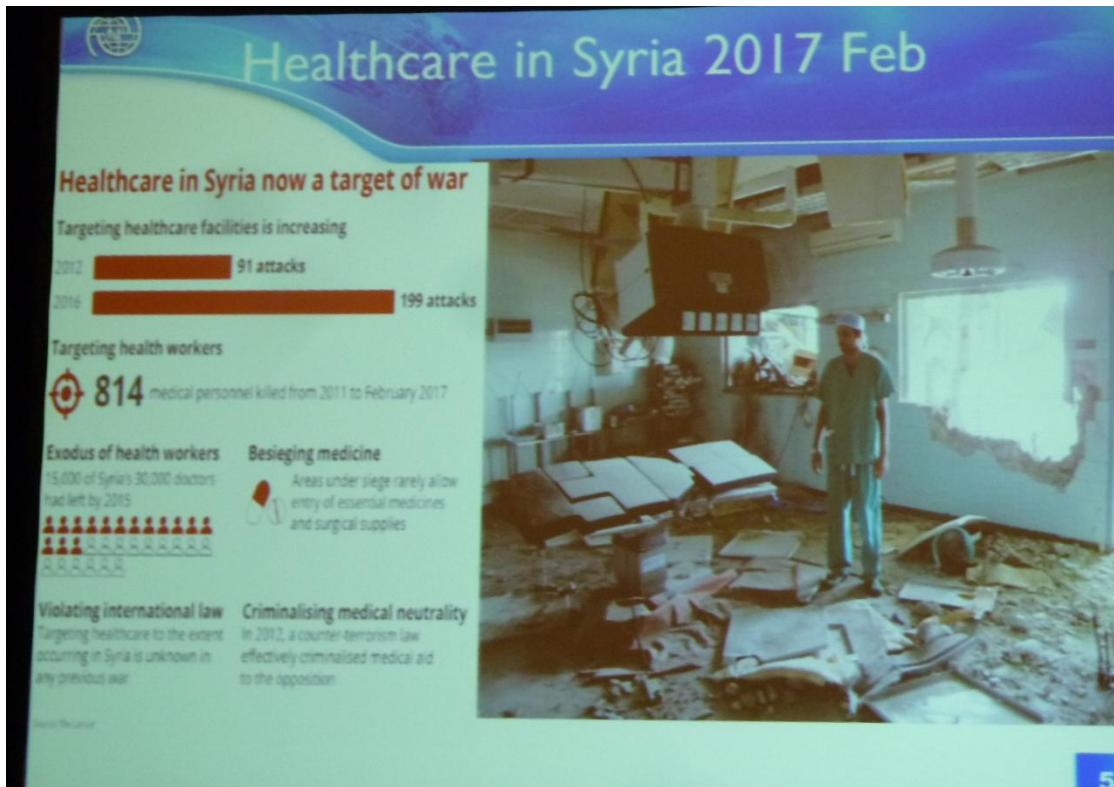
- Nüfus 99 milyon
- TB insidansı yüzbinde 192
- TB ve HIV pozitifliği ortak bulunanlar %8
- TB hastalarında ÇİD-TB, yeni olgularda %2,7 ve yeniden tedavilerde %14
- ÇİD-TB’lerde ikinci grup ilaç tedavisi (2013 kohortu) %68 başarılı

Temaslı taraması için personeli eğitmişler, rehber ve algoritmalar hazırlanıp dağıtılmış, kayıt ve raporlama formları hazırlanmış. Aile bireyleri ve diğer yakın temaslılar sağlık kurumuna davet edilmiş. TB semptomu olanlara GeneXpert balgam testi, semptomu olmayanlara her 3 ayda bir izlem. Toplam 169 ilaca dirençli olgunun 457 temaslısı taranmış; 15 kişi şüpheli bulunarak tetkik yapılmış ve 6 hasta saptanmış; tarananların %1,3’ü (yüzbinde 1.313). Aynı dönemde ilaca duyarlılarda saptanan olgular %0,7 ($p>0,05$).

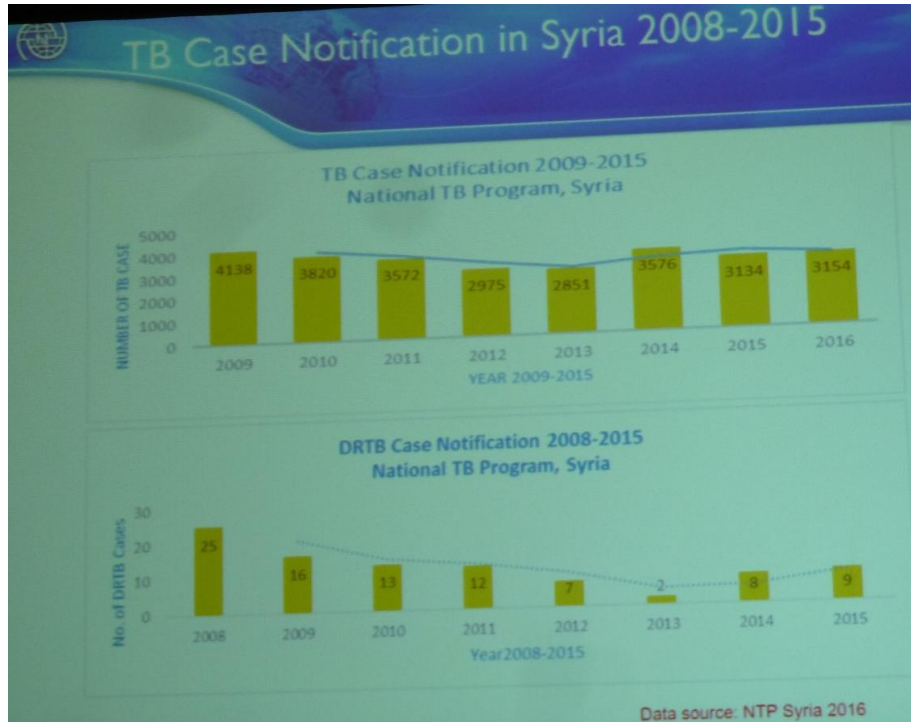
Akşam yapılan bir uydu oturumunda Suriye’deki savaşın etkileri, bölge ülkelerine göçle gelen TB anlatıldı. Bu oturuma başlangıçta planlanmış olmamakla birlikte Türkiye de konuşma yapmak üzere davet edildi. Dr. Suha Özkan ayrıntılı ve güzel bir sunum yaptı.



- Acil durumlar nedeniyle 65 milyon kişi zorla yer değiştirdi.
- İkinci dünya savaşından beri en fazla sayıda kişi yer değiştirdi.
- Doğu Akdeniz Bölgesinden 9 milyon göçmen çıktı. 21 milyon kişi iç göçle yer değiştirmiş. Göçmenlere ev sahipliği yapan en üstteki 4 ülke burada.
- Suriye’de 250.000’den fazla insan ölmüş. 5,8 milyondan fazla göçmen. Dünyadaki en büyük sayıdaki göçmen.



- Suriye’de sağlık sistemi şimdi savaşın hedefi.
- 2012’de sağlık kurumlarına 91, 2016’da 199 saldırı yapılmış.
- 2011 ile 2017 şubatı arasında 814 sağlık personeli ölmüş.
- Olgu bulma zor ya da imkansız.
- Hastalarla iletişim olanakları ve çalışan sağlık birimleri yıkıma uğratılmış.
- TB tedavisine bařlamada gecikmeler var.
- Uygun izleme ve değerlendirme olanaksız.
- Uygun olmayan ya da kesintiye uğrayan tedaviler ÇİD-TB için bir risk faktörüdür. Bu etkiyi incelemede veriler yetersiz.



Suriye Ulusal TB Programı verilerine göre TB hasta sayıları ve ilaca dirençli TB olgu kayıtları iki grafikte gösterilmiştir. TB tedavisinin olumlu ve olumsuz sonuçlanma oranları sırasıyla, 2014 yılında %66 ve %34, 2015 yılında ise %84 ve %16. İlaç dirençli TB tedavi sonuçları ise yetersiz.

Ürdün’de Suriye’li göçmenlerde 2012-Ağustos 2017 arasında 337 TB olgusu saptanmış. Tedavi başarısı %87 ile %98 arasında seyrediyor. ÇİD-TB’li 4 hastadan ikisi kür, ikisi ölmüş.

Lübnan’da Suriye’li göçmenlerde 2012-2016 arasında 538 TB olgusu saptanmış. Tedavi başarısı 2012-2016 arasında yıllara göre, sırasıyla, %73, %63, %77, %88, %92 bulunmuş. Terk oranları da sırasıyla, %23, %35, %19, %9,3 ve %7 bulunmuş. 10 ÇİD TB var. 3’ünün tedavisi sürüyor, 6’sı başarılı, birisi terk.

Irak, 2013’te TB insidansı yüzbinde 45. Göç, bölgesel sorunlar ve yapılanlar anlatıldı.

Uluslararası Göç Örgütü (IOM: International Organization for Migration), Lübnan, Ürdün ve Irak’a destek olmuş. Toplantıda yapılanlar yanında bu yıl yürütölen bir izleme ve değerlendirme ziyaretinin verileri de sunuldu.

Küresel Fon tarafından sunulan destekler ayrı bir sunu idi.



Armand Van Deun'a Prenses Chichibu ödülü verildi. Kendisi, dünyada mikroskopi ve mikroskopi kalite kontrolü konusunda sürekli bir öğretici idi. Son 10 yılda kısa süreli ÇİD-TB tedavisini Bangladeş'te başlatan ve dünyaya tanıtan kişi.

Son Ana Oturum:

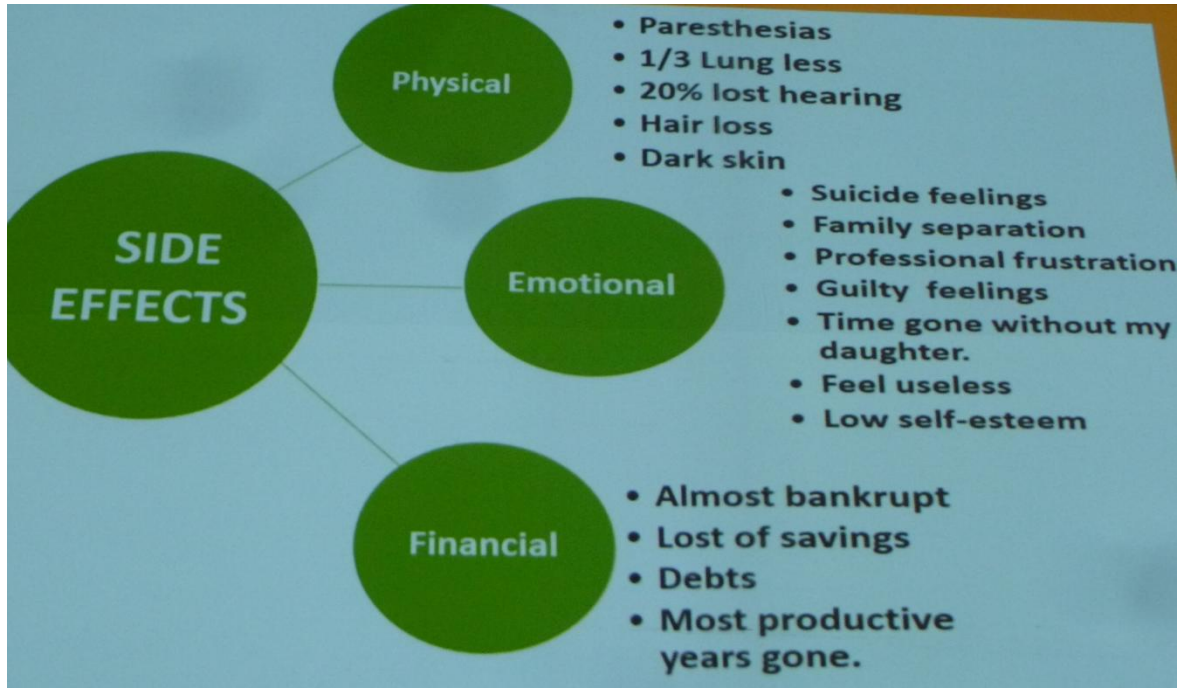
Madhukar Pai: TB bakımında kalite devrimi önerdi. DGTS kapsamının arttığını fakat kalitenin de artması gerektiğini belirtti. Bu özellikle özel sektörde önemli çünkü, yüksek olgu yükü olan ülkelerde hastaların ilk başvurdukları yer. Bu konuda teorik bir yaklaşım sundu. Bu arada bütün TB semptomlarını taşıyan "taklit hasta"yı kliniklere göndererek, yapılanları, istenen testleri kontrol ediyorlar. Pai, kalitede gelişmenin ulusal TB programlarının DNA'sında olması gerektiğini söyledi.

Dr. Quique Bassat, postmortem otopsiler yerine "minimal invazif otopsi" dediği özel iğne biyopsilerini tanıttı.

Dr. Catharina Boehme, "akıllı uygulama" dediği en iyi uygulamaları yaygınlaştırmaktan söz etti. TB'yi sonlandırmada, tanıdan tedaviye ulaşabilmeye, doğru raporlamadan gelişmiş olgu bulmaya, bütün alanlarda gelişme gerektiğini vurguladı. Bütün tarafların, hükümet + politikacılar + DSÖ + STK'lar + UTP'ler + fon sağlayanların bir tim oluşturduğunu belirtti.

Son konuşmacı ÇİD-TB tedavisi görmüş sonradan aktivist olmuş bir kişi tarafından yapıldı. Devlet başkanları ile görüşen bu eski hasta, TB için önemli görevler üstlenmiş. İlginç bir konuşması vardı:

- Düşünün, ailenizi korumak için onlardan uzakta yaşıyorsunuz...
- Hayal edin, aileniz sizin ekonomik desteğiniz olmadan nasıl yaşadığını hergün düşünüyorsunuz...
- Hayal edin, hergün 15'den fazla ilaç alıyorsunuz ve buna ek bir enjeksiyon yaptırıyorsunuz...
- Hayal edin, bazı ilaçlar sizin duygularınızı, duyularınızı etkiliyor, üzgün, kızgın, kaygılı ve deli...
- Hayal edin, bunların neden olduğuna yönelik düşüncelerinizden ya da sorularınızdan kendinizi uzak tutmaya çalışıyorsunuz...
- Şimdi hayal edin bunlarla 2 yıl süresince uğraşmak zorundasınız...
- Çocuğunuza söylediğinizi hayal edin "seni sevdiğim için seni terk ediyorum..."



Yan etkileri, fiziksel, duygusal ve mali açılardan sınıflayan slaytı: Fiziksel: Parestezi, akciğerde üçte bir kayıp, saç kaybı, koyu cilt; Duygusal: intihar düşünceleri, aile bölünmesi, profesyonel sıkıntı, suçluluk duyguları, kızım olmadan geçen zamanlar, gereksiz hissetme, kendine güveni yitirme; Mali: neredeyse iflas, bütün birikimlerin kaybı, borçlanmalar, en verimli yılların geçip gitmesi

Konuşmanın sonunda “Yeni ilaçlara küresel ulaşma gerekiyor. Bedakulin, Delamanit. İşitme kaybı gibi yan etkilerin daha az olması.”

Ve maç slaytını koydu:

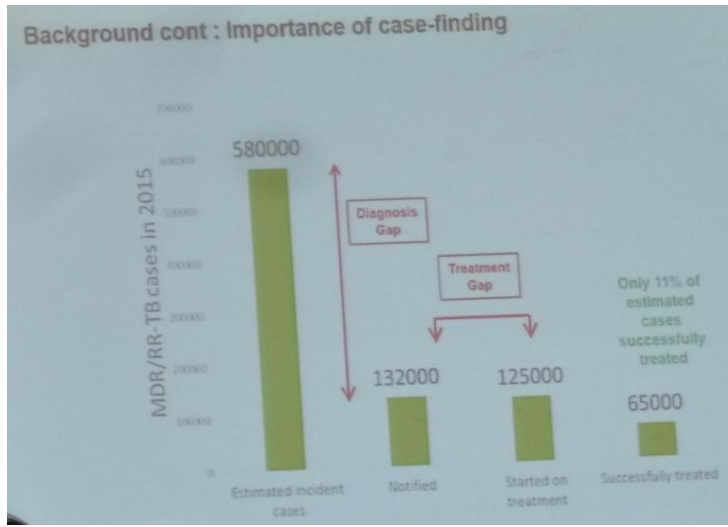


Maç, TB ile dünyanın geri kalanı arasında. Orta sahada hasta var. İleride araştırma ve geliştirme, ulusal TB programı (UTP), DSÖ-Stop TB, STK'ları, hükümet, politika yapanlar, ilaçlar. Geride Küresel Fon ve Projelerin Fonlanması. Kalede Sivil Toplum.

Derleme; ÇİD-TB temaslılarına koruyucu tedavi verilen ve verilmeyen grupların karşılaştırılması

- 6 çalışmada ÇİD-TB LTBE tedavisi verilen ve verilmeyen gruplar karşılaştırılmış. Toplamda 190 temaslıda koruyucu tedavi ile 2 hasta (%1,1); koruyucu tedavi verilmeyenlerde 18/126, %14,3 hastalanma saptanmış. Sonuçta tedavi ile %90 risk azalması saptanmış. (Beş çalışmada bu risk azalması, sırasıyla: %98, %17, %76, %79 ve %47).
- Sadece tedavi verilen 2 çalışmada 6/210 (%2,9) hastalanma. Etkili tedavinin verilmediği 5 çalışmada 94/2551 (%3,7) hastalanma görülmüştür.
- Bu çalışmanın sonucunda düşük ya da sınırlı etki olduğu kararına varılmış.

Tacikistan'da yılda 1.300 ÇİD-TB saptanıyor. Yeni olgularda %35, tedavi görmüşlerde %67 ÇİD-TB var. Ortalama ev halkı 6,3 kişi. 14 pilot bölgede 2016 Ocak ayında başlayan ev halkı temaslı muayenesinin sonuçları sunuldu.



Tacikistan'da 2015 yılında tahmin edilen RD/ÇİD-TB hasta sayısı 580.000, kayda alınanlar 132.000, tedavi başlanan 125.000 ve başarıyla tedaviyi tamamlayanlar 65.000 (%11)

Temaslı muayenesinde evdeki kişiler belirleniyor. Aile reisi görüşmeye çağrılıyor. Tanıdan sonraki 2 hafta içinde ev ziyareti yapılıyor. Semptomlular (en az bir TB semptomu olanlar) kliniğe çağrılıyor. 2 balgam alınıyor. Mikroskopi, Xpert, kültür ve İDT yapılıyor. Gerekirse TDT yapılıyor. Sevk edilen hastalarda film, balgam indüksiyonu, lenf bezi aspirasyonu yapılabililiyor. Yol ve tetkik parası veriliyor. Gerekirse tekrar kontrole çağrılıyor. Gerekenlere TB tedavisi başlanıyor. Ocak 2016-Haziran 2017 arasında 766 aileden 3742 kişi taranıyor. 18 yaş altında 2386 kişi var. En az bir semptom belirtenler 598 ve tanı konulan hasta sayısı 41. Duyarlı 5, ÇİD 15, Ön YİD 2 ve YİD 19 olgu. Taranan her 100 aile için 5,3 yeni TB olgusu saptanmış. Hem saptanan hasta sayısının fazlalığı hem de YİD-TB sayısının fazlalığı alarm verecek düzeyde.

Pakistan, Karaçi'de ilaca dirençli TB ev halkında pilot çalışma yapılmış. TB hastası olan 100 ev halkında prospektif çalışma. Dirençli TB tedavisi gören hastaların ev halkı. Çalışmaya 5 yaş altı çocuklar, 5-17 yaş arası TDT pozitif, bağışıklığı baskılanmış ve malnütrisyonlular ile 18 yaş ve üzeri bağışıklığı baskılanmış, diabetli, HIV'li, kronik AC hastalığı olan ve malnütrisyonlular alınmış. Enfeksiyon saptananlara, kinolon duyarlı ise Levofloksasin + E (ya da ETH); kinolon dirençli ise Moksifloksasin + E (ya da ETH). Araştırma başlangıcında, enfeksiyon tedavi başlangıcında ve her 2 ayda bir 6 ABD Doları destek sağlanmış. 801 temaslıdan 199'u çalışmaya katılmış. 171'ine enfeksiyon tedavisi verilmiş. Tedavi tamamlayan 101, tedavi süren 25, tedavi erken kesilen 42, takipten çıkan 3 kişi. Yan etkiler ve yaşanan sorunlar sunuldu.

PHOENIX Uygulanabilirlik Çalışması. ÇİD-TB olguları ve ev içi temaslılarının çalışılması. Hastaları ve ev içi temaslılarını tanımlama, çalışmaya alma, özelliklerini belirleme için bir uygulanabilirlik çalışması. LTBE, TB ve HIV enfeksiyonu prevalansı çalışılıyor. 10 ülkede yapılmış. 308 ÇİD-TB'li hastanın 1.018 ev halkı bireyi çalışmaya alınmış. HIV testi, onay verenlere (%71) yapılmış. LTBE taranmış. İGST yapılmış. TB semptomu %23 bulunmuş. AC filmi çekilmiş 15 yaş altında 55 çocukta 22'sinde filmde TB düşünülmüş. 971 filmde 169'u (%17) anormal bulunmuş. 284 ev'den 83'ündeki 130 (%13) kişide TB saptanmış. Yaşanan sorunlar sıralanmıştı.

Avrupa'da ÇİD-TB ve tedavi sonuçları sunuldu. Tartışmada, ÇİD-TB tedavi rejiminin sadece Xpert'e dayanarak yapılmaması önerildi. Tüm genom sekansının artık rahat uygulanabilir, maliyeti düşük bir tetkik olduğunu ve bütün ilaç dirençlerini hızla görmeyi sağladığı anlatıldı. Böylece her bir hasta için en uygun tedavi yapılabilir.

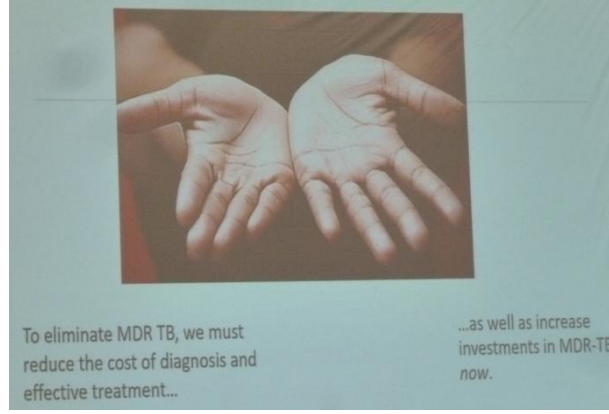
PETTS çalışması: ÇİD-TB tedavisi sırasında gelişen direnç araştırılıyor. Tedavi başlangıcında ve her ay kültürler yapılıyor. İlk ve son üreyen kültürde İDT yapılıyor. Eğer son kültürde İDT ile yeni bir ilaca direnç saptanırsa, geriye dönüp aradaki bütün ayların kültürlerinde İDT yapılıyor ve hangi ay yeni direncin geliştiği görülüyor. ÇİD-TB tedavisi sırasında 58 hastada florokinolona, 29 hastada ikinci grup parenteral ilaca ve 9 hastada hem florokinolon hem de ikinci grup parenteral ilaca direnç gelişiyor. Kinolon direnci ortalama 3 ayda ortaya çıkıyor. İkinci grup parenteral ilaç direnci ortalama 4 ayda gelişiyor. Başlangıçta ikinci grup parenteral ilaç direnci olanlarda kinolon direnci daha fazla gelişiyor. Çalışmanın sonucunda, başlangıç İDT sonuçlarının etkili bir ÇİD TB tedavi rejimi konusunda önemli bilgi veriyor. Tedavi sırasında İDT tekrarı yapılması, etkili bir tedavinin sürdüğünü göstermesi bakımından işe yarayabilir. Bunu (a) kültürler pozitif kalan hastada, (b) tedavinin etkisiz olduğu diğer bütün endikasyonlarda yapmak öneriliyor.

Başka bir sunumda ÇİD-TB epidemisini etkileyen unsurlar: Ne biliyoruz?

- Basili alma: İlaça duyarlı TB tedavisi ÇİD epidemisinin kaynağını oluşturuyor.
- Bulaşma: Bulaşan ÇİD, yeni direnç almaya göre daha fazladır.
- Yetersiz tanı: Tanı ve tedavinin yapılmaması bulaşma süresini uzatıyor.
- Etkisiz tedavi: Bulaşma süresini uzatıyor ve ikinci grup direnci artırıyor.
- Yeni yayılma: Bilinen ÇİD-TB temaslıları yüksek risk altındadır.

Yapılması gerekenler

- Daha iyi duyarlı TB kontrolü yarar sağlayabilir.
- ÇİD-TB bulaşmasının durdurulması gerekir.
- Xpert'in yaygınlaştırılması, olgu bulma
- İkinci grup İDT, en uygun rejimler, tedavi izlemi, daha iyi rejimler
- Temaslı muayenesi, ikinci grup koruyucu tedavi, hastalık ilerlemesini gösteren biyobelirteçler.



ÇİD-TB eliminasyonu için, tanı ve etkili tedavinin maliyetini düşürmeliyiz. Aynı zamanda ÇİD-TB için yatırımları artırmalıyız.



Kongre katılımcıları (soldan sağa): Suha Özkan, Aysun Kabasakal, Erhan Kabasakal, Olga Akkan, Zeki Kılıçaslan, Aylin Babalık, Şeref Özkara

Gelecek kongre Hollanda Lahey’de, 24-27 Ekim 2018’de. Kongrenin ana teması: Haklarımızı İlan Etmek: Sosyal ve Politik Çözümler

Kongre için destek olan İstanbul Verem Savaşı Derneği’ne teşekkür ederim.

Doç. Dr. Şeref Özkara

ozkaraseref@yahoo.com



Kongrenin teması: Eliminasyona Doğru Hızlanma



Kanada yerlisi ana oturumda konuşma yaptı.



Zoonotik TB için yol haritası tanıtıldı.



Aktivistlerin bir çalışması: Damgalamanın maskesini kaldır!