Özgün Araştırma / *Original Investigation*

DOI: 10.5578/ced.20260120 • *J Pediatr Inf 2026;20(1):43-48*

Erzurum Şehir Hastanesinde 2023'te Kızamık ile İzlenen Çocuk Olgularının Değerlendirilmesi

Evaluation of Pediatric Measles Cases in Erzurum City Hospital During 2023

Esra Dişçi[1](İD), Canan Özlü[2](İD), Kamber Kaşali[3](İD)

[1] *Erzurum Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Erzurum, Türkiye*
[2] *Diyarbakır Kadın Hastalıkları Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Diyarbakır, Türkiye*
[3] *Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye*

Makale atfı: Dişçi E, Özlü C, Kaşali K. Erzurum Şehir Hastanesinde 2023'te kızamık ile izlenen çocuk olgularının değerlendirilmesi. J Pediatr Inf 2026;20(1):43-48.

Öz

Giriş: Kızamık, akut başlayan, ateş ve döküntü ile seyreden, bulaşıcı bir enfeksiyon hastalığıdır. Etkili bir tedavisi olmadığından aşı ile korunma ön plana çıkmaktadır. Bu çalışmada, 2023 yılında Erzurum Şehir Hastanesi Çocuk Enfeksiyon Kliniğine başvuran kızamık tanısı ile izlediğimiz çocuk hastaların demografik ve klinik özelliklerini, izlemlerini, komplikasyonlarını, morbidite ve mortalite oranlarını sunarak kızamık vakalarının tanınırlığının artmasını amaçladık.

Gereç ve Yöntemler: Hastane kayıtları retrospektif olarak incelendi. Kızamık tanısı ile izlenen hastaların demografik, klinik, laboratuvar verileri değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 22 hasta dahil edildi. Yirmi bir olgu aşısız, bir olgu ise iki doz aşılıydı. Beş hasta yatırılarak izlendi. Üç hastada hepatit, iki hastada pnömoni, bir hastada ishal görüldü.

Sonuç: Ülkemizde kızamık enfeksiyonu ve komplikasyonları hala ciddi bir sorun oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kızamık, çocuk, makülopapüler döküntü

Abstract

Objective: Measles is a contagious infectious disease that begins acutely with fever and rash. Since there is no effective treatment, protection with vaccination comes to the fore. In this study, we aimed to increase the recognition of measles cases by presenting the demographic and clinical characteristics, follow-up, complications, morbidity and mortality rates of pediatric patients with measles who applied to the Erzurum City Hospital Pediatric Infection Clinic in 2023.

Material and Methods: Hospital records were examined retrospectively. Demographic, clinical and laboratory data of the patients diagnosed with measles were evaluated.

Results: Twenty-two patients were included in the study. Twenty-one of the patients were unvaccinated and one case had two doses of vaccine. Five patients were hospitalized and monitored. Hepatitis was observed in three patients, pneumonia was observed in two patients and diarrhea was observed in one patient.

Conclusion: Measles infection and its complications still a serious problem in our country.

Keywords: Measles, child, maculopapular rash

Giriş

Kızamık hastalığı tek konağı insan olan oldukça bulaşıcı bir enfeksiyondur. Etkeni Paramyxoviridae ailesinden morbillivirüs grubundan, zarflı tek zincirli bir RNA virüsüdür. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hastalığın kontrol altına alınması, salgınların önlenmesi ve hastalığın eliminasyonu için toplumdaki bağışıklık oranının %95'e çıkarılmasını istemektedir (1). Ancak son yıllarda aşı karşıtlığında artış olması ve düzensiz göç alınması nedeniyle aşısız birey sayısında artış gözlenmiştir (2).

Yazışma Adresi/Correspondence Address
Esra Dişçi
Erzurum Şehir Hastanesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği,
Erzurum, Türkiye
E-mail: doctor_esadi@hotmail.com

Geliş Tarihi: 29.11.2024 **Kabul Tarihi:** 19.03.2025
Çevrim İçi Yayın Tarihi: 17.03.2026

Bu eser CC BY-NC Atıf-GayriTicari Türev Eser Yaratma 4.0 Uluslararası Lisansı kapsamında lisanslanmıştır.
Veri Paylaşım Beyanı: Bu çalışmanın bulgularını destekleyen veriler, makul talepler doğrultusunda sorumlu yazardan temin edilebilir.
©Telif Hakkı 2026 Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Derneği. Makale metnine www.cocukenfeksiyon.org web sayfasından ulaşılabilir.

Kızamık virüsü ılıman bölgelerde genellikle kış sonu ve baharda yayılım göstermektedir. Temas sonrası duyarlı kişilerde hastalık gelişme oranı %90 olarak kabul edilmektedir. Bulaştırıcılığın; döküntünün başlamasından dört gün öncesinde başlayıp, döküntü başladıktan sonra dört gün daha devam ettiği kabul edilmektedir (3). Hastalığın kuluçka süresi ortalama 6 ile 21 gün (ortalama 13 gün) arasında olmaktadır (4). Prodromal dönem yüksek ateşle karakterize olup; sonrasında nezle, öksürük, konjonktivit ve makülopapüler döküntü gelişmektedir. Döküntü, saçlı deriden başlayıp, birleşme eğilimi göstererek avuç içleri ve plantar alanları etkilemeyecek şekilde tüm ekstremitelere yayılım göstermektedir. Ortalama 5-6 gün sonra hiperpigmentasyon ile iyileşmektedir. Kızamık geçirildikten sonra ömür boyu bağışıklık gelişmektedir (3,4). Kızamık komplikasyonları; körlük, ensefalit, ağır ishal ve dehidratasyon, üst solunum enfeksiyonları ve pnömoninin de dahil olduğu solunum sıkıntısı bulgularına yol açabilmektedir (5).

Kızamığın özgün bir tedavisi yoktur, yeterli hidrasyon ve ateşli dönemde antipiretik tedavi verilmelidir. Dünya Sağlık Örgütü, akut kızamık geçiren tüm çocuklara enfeksiyon sırasında A vitamini verilmesini önermektedir. A vitamini desteği ağız yoluyla günde bir kez ve iki gün süreyle verilmelidir. Altı aydan küçük bebeklere 50.000 IU, 6-12 aylık bebeklere 100.000 IU, 12 aydan büyük çocuklara 200.000 IU uygulanmalıdır (5).

Kızamık çok bulaşıcı bir virüs olduğundan gelişmiş ülkelerde dahi aşılanma oranlarında azalma sonucu salgınlar ve hatta ölümler görülebilmektedir (1,2). Aşı; hastalıktan korunmanın en etkili ve kesin çözüm yoludur. Ülkemizde, 2012'den itibaren yapılan yoğun bağışıklama ve kontrol çalışmaları sonucunda vaka sayılarındaki yükseliş kontrol altına alınmıştır (6). Kızamık Eliminasyon Programı kapsamında düzenlenen salgın kontrol planlarına ilave olarak 9-11 ay arasındaki tüm bebeklere ilave bir doz kızamık aşısı yapılması, on ikinci aydan sonra rutin kızamık-kabakulak-kızamıkçık aşısı yapılması, dört yaş rapel doz önerilmektedir (6). Bireysel korunmanın yanı sıra, salgın hastalıkları önlemek ve ortadan kaldırmak için aşı ile toplum bağışıklığının %95'in üzerinde tutulması amaçlanmaktadır (5). Ülkemizde 2016 yılında %98 olan aşılama oranı, 2017 ve 2018 yıllarında %96'ya düşmüştür (7). Kızamık Türkiye'de hala endemik bir hastalık olmaya ve 3-4 yılda bir salgınlara neden olmaya devam etmektedir (7).

İlimizde, 2023 yılında çocuk yaş grubunda kızamık vaka sayılarında ciddi artış olması dikkatimizi çekmiştir. Bu çalışmada, 2023 yılında Erzurum Şehir Hastanesi Çocuk Enfeksiyon Kliniğine başvuran kızamık tanısı ile izlediğimiz çocuk hastaların demografik ve klinik özelliklerini, tedavilerini, komplikasyonlarını, morbidite ve mortalite oranlarını sunarak kızamık vakalarının tanınırlığının artmasını amaçladık.

Gereç ve Yöntemler

Çalışmamızda, 2023 yılında Erzurum Şehir Hastanesi Çocuk Enfeksiyon Kliniğine başvuran 23 pediyatrik kızamık vakasının dosyaları retrospektif olarak incelendi. "Kızamık, Kızamıkçık ve Konjenital Kızamıkçık Sendromu Sürveyans Daimi Genelgesi"nde yer alan kızamık enfeksiyonu tanımlanmasına uygun olan çocuk hastalar (0-18 yaş) çalışmaya dahil edildi (2). Klinik olarak 18 yaşından küçük, ateş yüksekliği ve döküntü ile başvuran, kızamığa özgü immünglobulin (Ig) M antikorları değerleri pozitif veya ara değer saptanan vakalar çalışmaya dahil edildi. Kızamık tanısı olmayan hastalar ve 0-18 yaş aralığı dışındaki hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Olguların demografik özellikleri, klinik ve laboratuvar bulguları, aldığı tedaviler ve gelişen komplikasyonlar ile ilgili veriler hasta dosyaları ve Sağlık Bakanlığı kızamık/kızamıkçık olgu inceleme formlarından elde edildi. Cinsiyet, yaş, ikamet ettikleri semt, aşılama durumu, ateşli gün sayısı, hastanede yatış gün sayısı, beyaz küre sayısı, mutlak nötrofil sayısı, mutlak lenfosit sayısı, hemoglobin düzeyi, hematokrit düzeyi, trombosit sayısı, üre, kreatinin, alanin aminotransferaz (ALT), aspartat aminotransferaz (AST), laktat dehidrogenaz, C-reaktif protein (CRP), kızamığa özgü IgM antikorlarının düzeyi kaydedildi. Başka bir kızamık enfeksiyonu geçiren hasta ile temas öyküsü varlığı; eğer var ise ev içi, okul ya da diğer çevre teması not edildi. Hastaların ciltteki döküntü tipi, Koplik lekesi varlığı, konjonktivit varlığı ve solunum yolu enfeksiyonuna ait semptom varlığı değerlendirildi. Kızamık komplikasyonları olan otit, pnömoni, diyare, sinüzit, meningoensefalit, krup tarzı öksürük ve mortaliteye ait veriler not edildi. Hastane yatış süresi kaydedildi. Kızamık tedavisinde kullanılan A vitamini, antibiyotik, antipiretik tedaviler kaydedildi.

Çalışmamızda tüm hastalarımıza uygun dozda A vitamini tedavisi uyguladık. İzlem sırasında destekleyici tedavi ve bakteriyel komplikasyon varlığında antimikrobiyal tedavi kullanıldı.

Çalışma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan 03.04.2024 tarihli 88 sayılı karar ile onay alındı. Hasta verileri SPSS 22.0 paket programında değerlendirildi. Kategorik değişkenler yüzdeler, sürekli değişkenler ortalama (ORT) değerleri ORT ± SS (standart sapma) olarak gösterildi. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak, sürekli değişkenler ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum olarak gösterildi. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p< 0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya alınan 22 olgunun 13 (%59.1)'ü erkek, 9 (%40.9)'u kız idi. Olgularımızın 11 (%50)'i 1-4 yaş, 8 (36.3)'i 5-9 yaş arası idi. Hastalarımızın 21(%95.4)'i Suriyeli göçmendi ve çevredeki kızamıklı hastalar ile teması olan olgulardı. Bir (%4.5) hastamız tam aşılıydı, temas öyküsü yoktu ve kızamık dahil tüm aşıları T.C. Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimine uygun olarak yapılmıştı. Olguların 2 (%9.5)'si 12 aydan küçük kızamık aşıları yapılmamış, 19 (%90.4)'u 12 aydan büyük olmasına rağmen kızamık aşısı dahil yaşına uygun hiçbir aşısı yapılmamıştı (Tablo 1).

Tablo 1. Kızamık hastalarının demografik özellikleri

Değişkenler	n (%)
Toplam hasta sayısı	22
Kız	9 (40.9)
Erkek	13 (59.1)
Hastaların yaş grubu özellikleri	
<12 ay	2 (9.1)
1-4 y	11(50)
5-9 y	8 (36.3)
10-15 y	1 (4.6)
Aşı durumu	
<9 ay (aşısız)	1 (4.5)
>9 ay (aşılı)	1 (4.5)
>9 ay (aşısız)	20 (90.9)

y: Yaş.

Olguların başvuru anındaki belirti ve bulguları; yüksek ateş (%100), makülopapüler döküntü (%95.5), boğaz ağrısı (%59.1), Koplik lekeleri (%59.1), burun akıntısı (%54.5), yorgunluk/halsizlik (%50), konjonktivit (%36.4), oral alım azlığı (%28.6), öksürük (%27.3), dehidratasyon (%18.2), takipne (%9.1), akciğer oskültasyonunda ral/ronküs (%9.1), ishal (%4.5) ve lenfadenit (%4.5) idi. En sık başvuru şikayeti ateş yüksekliği ve döküntü idi (Tablo 2).

Laboratuvar tetkiklerinde 3 (%13.6) olguda lenfopeni saptandı. Biyokimyasal testlerde ise 3 (%23.1) hastada AST, ALT yüksekliği vardı. Laktat dehidrogenaz değeri 22 (%100) hastada yüksek bulundu. Olguların 18 (%81.8)'inde CRP (referans değeri <5 mg/dL) yüksekti, medyan değeri 8.4 mg/dL (aralık 3-130) idi. Kızamık için Erzurum İl Halk Sağlığı Laboratuvarına gönderilen kan örneklerinde "Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA)" yöntemiyle çalışılan kızamığa özgü IgM tipi antikor 20 (%90.9) hastada pozitif, 2 (%9.1) hastada ara değer idi (Tablo 3).

Tüm hastalara A vitamini ve bronkopnömoni nedeniyle 2 (%9) hastaya antibiyotik tedavisi verildi. Çalışmaya alınan 22 hastanın 5 (%22.7)'i çocuk enfeksiyon servisinde yatırılarak izlendi. Bu hastalarda kızamık komplikasyonu olarak; ikisinde bronkopnömoni vardı. Acile döküntü, ateş, solunum şikayetleri ile başvurmuşlardı. Başvuru anındaki fizik muayenelerinde oskültasyonda bilateral krepitan ralleri, takipne ve satürasyon düşüklüğü mevcuttu. Her iki hastaya da intravenöz antibiyotik (sulbaktam/ampisilin) tedavisi başlandı. Yatırılarak izlenen beş hastanın tümünde oral alım azlığı mevcut idi. Hastaların dördünde konjonktivit ve hafif dehidratasyon, üçünde hepatit, birinde ishal vardı. Keratit, meningoensefalit, otit, trakeit izlenmedi. Yatan hastaların hepsi izlem sonucunda şifa ile taburcu edildi.

Tablo 2. Olguların başvuru anındaki klinik belirti ve bulguları

Belirtiler	Hasta Sayısı, n (%)
Ateş	22 (%100)
Burun akıntısı/Nezle	12 (%54.5)
Boğaz ağrısı	13 (%59.1)
Öksürük	6 (%27.3)
Yorgunluk/Halsizlik	11 (%50)
Gözlerde yaşarma	8 (%36.4)
İshal	1 (%4.5)
Oral alım azlığı	6 (%28.6)
Bulgular	
Makülopapüler döküntü	21 (%95.5)
Koplik lekeleri	13 (%59.1)
Konjonktivit	8 (%36.4)
Lenfadenopati	1 (%4.5)
Takipne	2 (%9.1)
Dinlemekle ral/Ronkus	2 (%9.1)
O_2 ihtiyacı	2 (%9.1)
Dehidratasyon	4 (%18.2)

Tablo 3. Olguların laboratuvar değerleri

Hemogram	Medyan	Ortalama Değer	Minimum-Maksimum Değer
Lökosit (mm^3)		7260 ± 3350	4000-18330
Nötrofil (mm^3)		3110 ± 1960	2130-9650
Lenfosit (mm^3)		3410 ± 2260	720-9650
Hemoglobin (g/dL)		11.7 ± 2.4	6.6-16.6
Platelet (mm^3)		280000 ± 645559	177000-409000
Biyokimyasal değerler			
ALT (U/L)	16		9-124
AST (U/L)		40 ± 18	20-95
LDH(U/L)		420 ± 79	259-572
Kreatinin (mg/dL)		0.4 ± 0.16	0.16-0.83
CRP (mg/dL)	8.4		3-130

ALT: Alanin aminotransferaz, AST: Aspartat amino transferaz, LDH: Laktat dehidrogenaz, CRP: C-reaktif protein.

Tartışma

Çalışma grubumuzda yaş aralığı 7-167 ay, medyan yaş 44 aydı. Ankara'da 2012 yılında 44 kızamık olgusu ile yapılan çalışmada, yaş aralığı 4-191 ay, yaş ortalaması 58.6 ± 59.5 aydı (8). İstanbul'daki 2013-2014 yılındaki epidemide 20 olguda yaş aralığı 7-196 ay, yaş ortalaması 63.8 ± 44 aydı (9). Yıldırım ve arkadaşlarının çalışmasında, 2012-2014 yılında İstanbul'daki epidemideki 131 hastanın ortanca yaşı 50.5 (2-216) ay idi (10). Demir ve arkadaşlarının çalışmasında, 2019 yılında Diyarbakır'da yaptıkları 20 kızamıklı olguda yaş aralığı 5-214 ay, medyan yaş 11 ay (aralık 8-27) idi (11). Tepebaşılı ve arkadaşlarının çalışmasında medyan değer 5-156 aydı (12). Çalışmamızdaki hastalarımızın yaş dağılımı diğer çalışmalar ile kıyaslandığında, çalışmamız Tepebaşılı ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile benzerdi (12).

Çalışma grubumuzda 13 (%59.1) erkek, 9 (%40.9) kız hasta vardı. Erkek/kız oranı 1.4/1 idi. Çalışmamızdaki kız ve erkek hastaları karşılaştırdığımızda cinsiyetler arası anlamlı fark saptadık (p= 0.049). Metin ve arkadaşlarının Ankara ilinde yaptıkları çalışmada 44 kızamık olgusunda erkek/kız oranını 1.7/1 ve Türkkan ve arkadaşlarının İstanbul'dan bildirdikleri 20 kızamık hastasını içeren çalışmada erkek/kız oranını 1.5/1 olarak açıklamışlardır (8,9). Bu oranlar bizim çalışmamızla benzer bulunmuştur. Ancak, kızamık bağışıklaması olmaması durumunda cinsiyet ayırımı olmaksızın herkesin her yaşta hastalığa duyarlı olduğu akılda tutulmalıdır.

Kızamık aşılanma oranı yeterli olmayan toplumlarda, duyarlı kişilerin varlığında salgınların yaşanması kaçınılmazdır. Türkiye'de 9 ay-6 yaş arası çocuklarda aşılama oranı, 2005 yılında %96.3 ile DSÖ'nün "2010 yılında Avrupa'da Kızamık Eliminasyonu" planına uygun şekilde artırılmıştır (13). Ülkemizdeki kızamık olgu sayısı 2002'de 7820 iken, aşılama kampanyası sonrası 2009'da sıfır olguya gerileme göstermiştir (14). 2011'den sonra; büyük çoğunluğu İstanbul'da görülen ve yurt dışından gelen (importe) olgulardan kaynaklandığı düşünülen bir kızamık enfeksiyonu salgını bildirilmiştir (15).

Olgularımızın 21 (%95.4)'i Suriyeli göçmenlerden oluşmaktaydı ve hepsi aşısızdı. Kızamıklı hasta ile teması olan olgu sayısı 20 (%90.9) idi. Tepebaşılı ve arkadaşları çalışmalarında aşısız hasta oranını %84.7, Türkkan ve arkadaşları %85 olarak bildirmişlerdir (9,12). Çalışmamızda ise, aşısız hasta oranı %95.2 idi. Kohort çalışmalarının bir meta-analizinde, çocuklarda kızamık içeren bir aşının bir dozunun etkinliği, bir dozdan sonra %95 [%95 güven aralığı (GA), %87-98] ve iki dozdan sonra %96 (%95 GA, %71-99)'dır (16). Kızamık salgınları çoğunlukla aşılanmamış bireylerde görülmektedir. Kızamık, kızamık içeren aşının ≥2 dozunu alan bireylerde görüldüğünde, yalnızca bir doz aşılı olan veya aşılanmamış olanlara göre daha az şiddetli görülmektedir (17). Bizim vakalarımız arasında olan 14 yaşındaki erkek hastamızda ise; 2 doz kızamık aşısı ile aşılanmış olmasına rağmen hastalığı saptadık.

Tüm olgularımızda yüksek ateş en belirgin semptom olarak görüldü. Diğer çalışmalar ile benzer bulundu (8-11). Makülopapüler döküntü 21 (%95.5) hastamızda gözlendi. Döküntüler yüz ve saçlı deriden başlayıp, gövde ve ekstremitelere yayılmıştı. Olgularımızın 13 (%59.1)'ünde Koplik Lekeleri görüldü. Ancak Demir, Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda Koplik lekesi görülme oranları düşük bulunmuştur (10,11).

Lökopeni, trombositopeni ve T-hücre lenfopenisi; kızamık enfeksiyonu sırasında gözlenebilir (18,19). Çalışmamızda medyan lökosit değeri 7260 ± 3352/mm^3 idi. Olgularımızın 3 (%13.6)'ünde lenfopeni mevcut idi. Hiçbir hastamızda; lökopeni ve trombositopeni saptanmadı. Diğer çalışmalarda lökopeni %11.2-73, trombositopeni %33.6-50 oranlarında saptanmıştır (20,21).

Kızamığa özgü IgM antikoru döküntünün 1. ile 2. günlerinde yükselmeye başlayıp, 30 ile 60. güne kadar da serumda kalabilmektedir (22). Türkkan, Metin, Yıldırım ve arkadaşlarının çalışmalarındaki kızamık hastalarında çalışmamıza benzer olarak kızamığa özgü IgM pozitiflik oranını %100 olarak tespit edilmiştir (8-10).

Kızamığın çocuklardaki en sık komplikasyonları orta kulak iltihabı, bronkopnömoni, krup ve ishal olup, kalıcı beyin hasarı yapan akut ensefalit %0.1 oranında görülmektedir. Solunum sistemi ve nörolojik komplikasyonlar sonucu %0.1-0.3 oranında ölüm görülebilmektedir (17). Çalışmamızda, yatarak izlenen olguların beşinde oral alım azlığı, ikisinde pnömoni, birinde ishal gözlemledik. Hastanede yatan hastalarımızın ikisi bronkopnömoni nedeniyle üçü yetersiz beslenme nedeniyle yatırılarak takip ve tedavi edildi. Tüm hastalarımız şifa ile taburcu edildi. Komplikasyonların çoğunluğunda literatür ile uyumlu olarak pnömoni oluşturmaktaydı (20). Otit, trakeit, keratit, ensefalit, Guillain-Barrê sendromu veya ölüm izlenmedi (23). Olguların uzun süreli izlemi olmadığından subakut sklerozan panensefalite ait izlem verilerimiz mevcut değildir, bu çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

Hastalığın atak hızının %90 olduğu düşünüldüğünde erken şüphe, erken izolasyon, izolasyon önlemlerine sıkı uyulması ve temaslı profilaksisinin önemi açıkça görülmektedir. Özellikle endemik bölgede, salgın dönemlerinde duyarlı olduğu bilinen 12 aydan küçük ve aşısız bireyler solunum yolu bulguları ateş ve makülopapüler döküntü ile başvurduğunda sorgulama ve takip iyi yapılmalı, şüphe durumunda hastanın izole yatışı sağlanmalıdır. Hastalarımızdan beşini hastaneye yatırarak takip ve tedavi ettik. Hastane yatışına bağlı temaslılarda kızamık vakası görmedik. Ayrıca acil servise başvuran ateş ve döküntüsü olan ilk göçmen hastada Koplik lekelerinin olması, kızamık tanısı ve temaslı izlemi konusunda bize çok büyük yol gösterici oldu. Temaslıların yakın izlemi ile ilimizdeki salgın yaklaşık üç haftada sönümlendi. Şekil 1 ve 2'de yüzdeki makülopapüler döküntü ve Koplik lekeleri görülmektedir.

Şekil 1. Sol bukkal alan iç yüzde Koplik lekeleri.

Şekil 2. Yüzdeki makulopapüler döküntü ve Koplik lekeleri.

Sonuç

Ülkemizde kızamık enfeksiyonu ve komplikasyonları hala ciddi bir sorun oluşturmaktadır. Kızamık epidemilerinin önlenmesinde aşılanma oranlarının artırılması temel amaç olmalıdır. Bununla beraber, ülkemize gelen aşısız göçmenler de göz önünde bulundurulduğunda, öncelikli hedefimiz, hekimler arasında kızamık enfeksiyonunun erken tanınması, olguların izolasyonu, temaslılar açısından profilaksi önlemelerinin uygulanması için, hastalık farkındalığının artırılmasıdır.

Etik Komite Onayı: Bu çalışma T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Karar no: 88, Tarih: 03.04.2024).

Hakem Değerlendirmesi: Dışarıdan hakem değerlendirmesi yapılmıştır.

Yazar Katkıları: Fikir - CÖ; Tasarım - CÖ; Denetleme - ED, CÖ; Kaynaklar - ED, KK; Veri Toplanması ve/veya işlemesi - ED, CÖ; Analiz ve/veya işleme - KK, ED; Literatür taraması - KK, ED; Yazıyı yazan - ED, CÖ; Eleştirel inceleme - CÖ, ED.

Çıkar Çatışması: Tüm yazarlar, çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Kaynaklar

1. *World Health Organization (WHO). A monthly summary of the epidemiological data on selected vaccine preventable diseases in the european region: WHO Epi Data. World Health Organization: February. No: 1, 2017. Erişim adresi: https://www.who.int/europe/publications/m/item/epidata-1-2024 (Erişim tarihi: 06.10.2024).*
2. *T.C. Sağlık Bakanlığı. Kızamık, kızamıkçık ve konjenital kızamıkçık (KKS) sürveyansı genelgesi 2010. Erişim adresi: https://www.saglik.gov.tr/TR-11146/kizamik-kizamikcik-ve-konjenital-kizamikcik-kks-surveyansi-genelgesi-2010.html (Erişim tarihi: 01.11.2024).*
3. *Gans H, Maldonado YA. Measles: clinical manifestations, diagnosis, treatment, andprevention. In: Hirsch MS, Kaplan SL (eds). UpToDate: last update 26.10.2019.*
4. *Richardson M, Elliman D, Maguire H, Simpson J, Nicoll A. Evidence base of incubation periods, periods of infectiousness and exclusion policies for the control of communicable diseases in schools and preschools. Pediatr Infect Dis J 2001;20:380. https://doi.org/10.1097/00006454-200104000-00004*
5. *World Health Organization (WHO). Int measles fact sheet. Erişim adresi: http://who.int/mediacentre/factsheets/fs/286/en/, Updated November 2014.*
6. *T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, kızamık, eliminasyon, bakanlık oluru 2019. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Mevzuat/Genel_Nitelikli_Yazi_ve_Gorusler/Kizamik_Eliminasyon_Programi.pdf (Erişim tarihi: 14.11.2019).*
7. *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık ıstatistikleri yıllığı 2017 Haber Bülteni, 2018.*
8. *Metin Ö, Tanır G, Öz FN, Kalaycıoğlu A, Yolbakan S, Tuygun N, et al. Evaluation of 44 pediatric measles cases detection in Ankara, Turkey during 2012-2013 epidemic and moleculer characterization of the viruses obtained from two cases. Mikrobiyol Bul 2014;48:256-70. https://doi.org/10.5578/mb.7024*
9. *Türkkan ÖN, Önal ZE, Sağ Ç, Akıcı N, Gürbüz T, Nuhoğlu Ç. Kızamık olgularımızın demografik özellikleri, hastalığın morbidite ve mortalitesinin değerlendirilmesi. Haydarpasa Numune Med J 2017;57:83-8. https://doi.org/10.14744/hnhj.2017.66376*

10. *Yildirim DG, Caymaz C, Siraneci R. Evaluation of Demographic Characteristics of Our Pediatric Patients with Measles. İKSSTD 2020;12(3):241-6.*
11. *Öcal Demir S, Aksoy Ö, Kubat G, Meşeli S, Yukuş B. 2019 yılında Diyarbakır Çocuk Hastanesinde kızamık tanısı alan 20 çocuk olgunun irdelenmesi. J Pediatr Inf 2020;14(3):141-5. https://doi.org/10.5578/ced.69292*
12. *Tepebaşılı İ, Çaksen H, Odabaş D, Köse D. Kızamık, Doğu Anadolu bölgesinde hala ciddi bir sorun. Van Tıp Dergisi 2003;10(3):69-71.*
13. *Centers for Disease Control and Prevention. Progress toward Measles elimination-European region, 2005- 2008. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2009;58(06):142-5.*
14. *T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. Ankara 2014.*
15. *Kalaycioglu AT, Baykal A, Guldemir D, et al. Molecular characterization of measles viruses in Turkey (2010-2011): first report of genotype D9 involved in an outbreak in 2011. J Med Virol 2013;85(12):2128-35. https://doi.org/10.1002/jmv.23714*
16. *Pietrantonj C, Rivetti A, Marchione P, Debalini MG, Demicheli V. Vaccines for measles, mumps, rubella, and varicella in children. Cochrane Database Syst Rev 2021;11:CD004407.*
17. *Cherry JD, Zahn M. Clinical Characteristics of Measles in Previously Vaccinated and Unvaccinated Patients in California. Clin Infect Dis 2018;67:1315.*
18. *Cherry JD. Measlesvirus. In: Cherry JD, Harrison GJ, Kaplan SL, Steinbach WJ, Hotez PJ (eds). Feigin&Cherry's Textbook of PediatricInfectious Disease. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2014:2373-94.*
19. *Hatipoğlu N, Hatipoğlu H, Kuzdan C, Şanlı K, Engerek N, Şiraneci R. Kızamık. JOPP Derg 2013;5(3):105-13. https://doi.org/10.5222/JOPP.2013.105*
20. *Gershon AA. Measlesvirus (Rubeola). In: Bennett JE, Dolin R, Blaster MJ (eds). Mandell, Douglas andBennet'sPrinciplesandPractice of InfectiousDiseases. 8th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2015:1967-73. https://doi.org/10.1016/B978-1-4557-4801-3.00162-4*
21. *Corbin V, Beytout J, Auclair C, chambon M, Mouly D, Chamoux A, et al. Shift of the 2009-2011 measlesoutbreakfromchildrentoadults: an observationalreview at the University Hospital of Clermont-Ferrand, France. Infection 2013;4:1157-61. https://doi.org/10.1007/s15010-013-0485-0*
22. *Rota PA, Moss WJ, Takeda M, de Swart RL, Thompson KM, Goodson JL. Measles. Nat Rev Dis Primers 2016;2:16049. https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.49*
23. *American Academy of Pediatrics. Measles. In: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, (eds). RedBook: 2018-2021 Report of the Committee on InfectiousDiseases. 31st ed. American Academy of Pediatrics, Itasca, IL. 2018:537-50.*