

# Böbrek Hastalığı Olan Çocukların Aşılmasında Yeni Görüşler

Dr.Necla BUYAN

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Doçentl.Pediatric Nefrolog

Böbrek hastalıkları seyrinde yapılan aşılamaların komplikasyonları ile ilgili olarak; basit ve geçici proteinürden, akut netritik sendrom, nefrotik sendrom ve geçici anüriye kadar değişen komplikasyonlar yayınlanmış olmakla birlikte, genel görüş böbrek hastalığının aşılama için bir kontrendikasyon oluşturmadığıdır. İlk defa 1966 yılında Hamburger ve ark. glomeruler hastalıkları aşılama için kontrendike olarak yayınlamışlar ancak on yıl sonra aynı grup sadece minimal değişiklik hastalığının (MCNS) aktif döneminde yapılan aşıların komplikasyona yol açabileceğini belirtmişlerdir (1,2).

izole proteinüri olan hastalarda, ortostatik proteinüri aşılama için kontrendike değildir; kalıcı, izole ve postural olmayan proteinürisi olan hastalar ise canlı virüs ve bakteri aşılarından sonra 24 saatlik idrarda protein tayini yapılarak izlenmelidir(3-5).

MCNS, çocukluk çağının en çok rastlanılan böbrek hastalıklarından birisidir. Yoğun proteinüri ile seyreden hastalığın en önemli özelliği enfeksiyon riskinin yüksek olmasıdır. Oponizasyonda rol oynayan proteinlerin idrar ile kaybı ve abdominal asitin peritonite yol açması yanı sıra, immun disfonksiyon da enfeksiyonlardan sorumludur. Bu hastalarda Streptococcus pneumoniae, group A streptococcus, staphylococcus, Haemophilus influenzae b enfeksiyonları en sık rastlanılan komplikasyonlardır. Nefrotik sendromlu (NS) bir çocuğun aşılanmasının; hem relapsa yol açabilecek bir immun stimulus olabilmesi, hem de nefrotik çocuğun antikor cevabının yetersiz olması nedeni ile ertelenmesi konusundaki görüşler yoğunluk kazanmaktadır. MCNS genellikle çocukluk döneminde görüldüğü için, hastalığın aktif dönemi aşıların rapel zamanına rastlayabilir; bu taktirde aşının ertelenmesi önerilmektedir. İmmun sistemi baskılanmış kişilerde (yüksek doz steroid alanlar dahil) canlı virüs ve bakteri aşıları virüs veya bakterinin replikasyonunu arttırarak risk oluşturabilmektedir. Elimizde çok kesin deliller olmamakla birlikte, primer ve sekonder immun yetmezliği olan kişilerde canlı polio aşısından sonra paralitik hastalık geliştiğini, kızamık ve BCG aşılarından sonra yaygın hastalık görüldüğünü bildiren yayınlar mevcuttur. Bu nedenle immun yetmezliği olan kişilere sarı humma, kabakulak, kızamıkçık, oral tifo, oral

polio, kızamık ve BCG aşılarının yapılmaması önerilmektedir. Polio aşısı için mutlak endikasyon varsa inaktif polio aşısı tercih edilmelidir. İmmunosupresif faktör sadece kortison ise; günde 1 mg/kg'dan daha az prednisolon veya eşdeğerini alanlar, aşılamadan bir hafta önce ilacı kesilenler ile iki hafta sonraya kadar steroid almayacak olanlara normal aşılama programı uygulanabilir (5).

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) olan çocukların en çok hepatit B ve pnömokok olmak üzere enfeksiyonlara karşı hassas olduğu ve bu enfeksiyonları ağır geçirdikleri bilinmektedir. Böbrek yetmezliğinin erken evrelerinde hastaların bu patojenlere karşı aşılanması, ayrıca yıllık influenza aşılarının da yapılması önerilmektedir.

Pneumokok aşısı 24 aydan büyük olan böbrek hastalarına önerilmektedir. Özellikle nefrotik hastalarda, pnömokok enfeksiyonuna karşı riskin fazla olması nedeniyle aşılamadan 3-5 yıl sonra çocuğun yaşı 10 yaş veya daha küçük ise aşılama yenilenebilir.

Varicella zoster immun globulininin (VZIG) KBY veya NS olan çocuklarda rutin kullanım endikasyonu olmadığı halde, immunosupresif tedavi alan bir kişi varicella enfeksiyonu ile temas ederse VZIG'i en kısa zaman içinde 96 saat geçirilmemek kaydıyla verilmelidir. Önerilen doz 125 ünite/1 Okg olup max. doz 625 ünitedir.

immunosupresif hastalıklar sırasında "postexposure" kuduz profilaksi değişikliği göstermemektedir. Ancak antikor cevabı düşük olup, hastalık geliştirme riski daha fazladır. Bu nedenle kortikosteroid veya diğer immunosupresiflerin çok zorunlu olmadıkça aşılama sırasında kesilmesi gerekmektedir.

İmmunosupresif tedavi alan veya almayan KBY hastaları Tbc enfeksiyonuna karşı hassas oldukları için yıllık ppd testi önerilmektedir, testin değerlendirilmesi de değişiklikler göstermektedir. Yüksek doz kortikosteroid alan KBY'lerde 5 mm ve üzeri, immun sistemi suprese olmayan KBY'lerde de 10 mm ve üzeri pozitif kabul edilmektedir (6).

Böbrek hastalıklarında aşılama programı ile ilgili en son öneriler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo. Böbrek hastalığı olan çocuklarda aşılama

		Böbrek H.	Böbrek Y.
		Y.doz st.*	(immunosup)
DBT	(toxoid, inaktife bakteri)		+
OPV	(canlı virus)	—	+
eIPV	(inaktife virus)	+	+
Kızamık	(canlı virus)	—	+
MMR	(canlı virus)	—	+
HbCV	(polisakkarit, konjuge protein)	+	+
Hepatitis B	(inaktife viral antijen)		+
Pneumococ	(bakteriye! polisakkarit)	+	+
Influenza	(inaktife virus)	+	+
BOG	(canlı bakteri)	—	+

\*2mg/kg/gün Prednisolon veya eşdeğeri

Immunosupresif faktör sadece kortison ise: Günde 1 mg/kg Prednisolon veya eşdeğerini alanlar; aşılanmadan bir hafta önce ilacı kesilmiş ve iki hafta sonraya kadar almayacak olanlara normal aşılama programı uygulanabilir.

eIPV: (enhanced inactivated poliovirus vaccine)

HbCV: (Conjugate Haemophilus influenza b)

MMR: (Mumps, Measles, Rubella)

#### KAYNAKLAR

- Hamburger J.Crosnier J.Grunfeld JP. Nephrologie. Paris: Flam Med Science, 1966: 1723.
- Hamburger J.Crosnier J.Grunfeld JP. Nephrologie. Paris: Flam Med Science, 1979: 463.
- Fraden M, Larbe J, Jenne M. Les Vaccinations. Lyon Med 1966:42:741,
- Kaplan M. Les vaccinations cher les enfants proeinuri ques. Med Prat 1968;24:82.
- Nizar Ajjan. Vaccination. Pasteur Merieux Lyon/France, 1991:43-47
- Steele R W.Current status of vaccines and immune globulins for children with renal disease. Pediatr Nephrol 1994:8:7.