

# 'Olgularla Zorlandığımız Paraziter Hastalıklar'

## Skabies

Dr. Tuğçe ŞİMŞEK BOZOK

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi

Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

# Olgu

- 45 Y, E
- Bilinen ek hastalığı yok
- Bel ağrısı+yürümede zorlanma şikayeti ile başvurdu.
- Dış merkezde çekilen kontrastlı MR'da L3-L4 vertebralarda kontrastlanma artışı, spondilodiskit? ön tanısıyla kliniğimize yatırıldı.

# Fizik Muayene



- Tonsiller doğal, ele gelen LAP yok, tiroid non palpabl
- AC seslerinde ral, ranküs yok
- Batında hassasiyet, defans, rebound yok
- **Lomber bölgede basıyla hassasiyet+şişlik, kızarıklık, ısı artışı yok**
- Nörolojik muayene doğal
- **Bilateral üst ve alt ekstremitte ve gövdede makulo-papüler, bazıları krutlu lezyonlar+**

- Döküntülerin 1 aydır olduğunu özellikle geceleri kaşıntılı olduğunu,
- Kaşıntı giderici krem sürdüğünü ancak pek fayda etmediğini belirtti.
- Çevresinde bu şekilde döküntüleri olan kimsenin olmadığını belirtti.
- Skabies ön tanısıyla dermatolojiye konsulte edildi.







# Laboratuvar

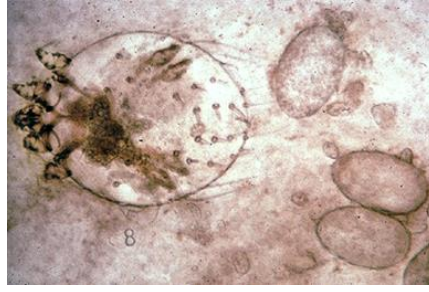


- WBC:  $10.5 \times 10^3 / \mu\text{l}$
- Hb: 14.3 g/dL
- Plt:  $285 \times 10^3 / \mu\text{l}$
- Cr: 0.85 mg/dL (Gfr: 25.0)
- AST/ALT: 35/30 U/L
- CRP: 18 mg/L
- Anti-HIV: negatif
- TİT: N
- İdrar kx: üreme yok
- IGRA: negatif
- HBsAg: (-)
- Anti-HBs: 254
- Anti- HCV: (-)
- VDRL: (-)

# Dermatoloji Önerileri

- Tüneller görüldü. Skabies düşünüldü.
- Hastanın izole edilmesi,
- Wilkinson pomad 3 gün üst üste sürülüp , 4.gün yıkanması ve 1 hafta sonra tekrarı önerildi.
- 2 hafta sonra lezyonları geriledi ve kaşıntısı azaldı.





- *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* beyazımsı kahverengi, sekiz bacaklı bir akardır.
- Skabies, *S. scabiei* akarının derinin içine yerleşerek şiddetli kaşıntıya yol açtığı bulaşıcı bir deri hastalığıdır.
- Dünya çapında yıllık en az 200 milyon civarında vakanın olduğu tahmin edilmektedir.

Sonbahar ve kış aylarında daha fazla görülür.

Kalabalık yaşam koşulları,  
Kaynakların kısıtlı olduğu bölgeler,  
Çocuk bakım tesisleri,  
Yaşlı bakım evleri,  
Diğer kurumsal ortamlar (cezaevleri ve askeri kışlalar gibi)

# An extraordinary outbreak of scabies in Turkey

M G Özden <sup>1</sup>, K Ertürk <sup>1</sup>, S P Kartal <sup>2</sup>, S Yayli <sup>3</sup>, F Göktay <sup>4</sup>, C A Doğramacı <sup>5</sup>, D Bayramgürler <sup>6</sup>, Z Özgen <sup>7</sup>, S Önder <sup>8</sup>, N Kaçar <sup>9</sup>, M Melikoğlu <sup>10</sup>, F Tamer <sup>11</sup>, N Şentürk <sup>1</sup>, E Alpsoy <sup>12</sup>




Affiliations + expand

PMID: 32491243 DOI: [10.1111/jdv.16699](https://doi.org/10.1111/jdv.16699)

- 12 merkez,
- 2014 – 2019 yılları arasında 17.803 (14.574 yetişkin ve 3229 çocuk) uyuz vakası+
- Vaka sayılarında, 2017-2018 arası yaklaşık 7 kat, 2017 ile 2019 arası karşılaştırmasında ise 30 kat artış

Üçüncü Basamak Sağlık Merkezi Olarak Son Üç Yılda Karşılaşılan Skabiyez Olgularının Epidemiyolojik Değerlendirilmesi

10.4274/tpd.galenos.2020.6796

 Çağrı Turan  Nurcan Metin  Zeynep Utlu

Türkiye Parazitoloji Dergisi 2020;44(2):77-82

[PMID: 32482039](#)

Gönderim Tarihi: 21.01.2020

Kabul Tarihi: 10.03.2020

- Ocak 2017 ve Aralık 2019 tarihleri arasında Erzurum'da yapılan çalışmada, 1952 uyuz vakası
- Olgu sıklığının 2019'da, 2017 yılına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmiştir.

# Yaşam Döngüsü



- Klasik uyuz hastalarında akar yükü genellikle düşük, ortalama 10-15 akarla sınırlıyken, kabuklu uyuz hastalarının ise vücudunda milyonlarca akar bulunabilir.
- Tipik koşullarda (oda sıcaklığında ve ortalama nemde), akarlar bir konakçının dışında 24-36 saat boyunca hayatta kalabilirler, yüksek bağıl neme sahip daha soğuk koşullarda daha uzun olabilir.



Genelde eriřkin diři akar sorumludur

Parazit yükünün fazla olması bulaşmayı kolaylaştırır

Bulaşma

Aynı yatakta yatmak gibi uzun süreli ve yakın deri-deri teması  
Aile enfestasyonu

Özellikle genç ve orta yaş popülasyonunda en önemli bulaşma yollarından birisi cinsel temastır

# Bulaşma riski

- Kabuklu uyuz vakaları>>> klasik uyuz vakaları
- Bu hastalarla kısa süreli temas bile bulaşma için yeterli olabilir.
- Klasik uyuzlu bir kişinin kullandığı fomitler (örn. giysi, yatak örtüsü veya diğer nesnelere) yoluyla bulaşma nadirken; parazit yükünün çok daha yüksek olması nedeniyle, kabuklu uyuz ortamında fomit bulaşmasının meydana gelme olasılığı daha yüksektir.

# Skabies tipleri

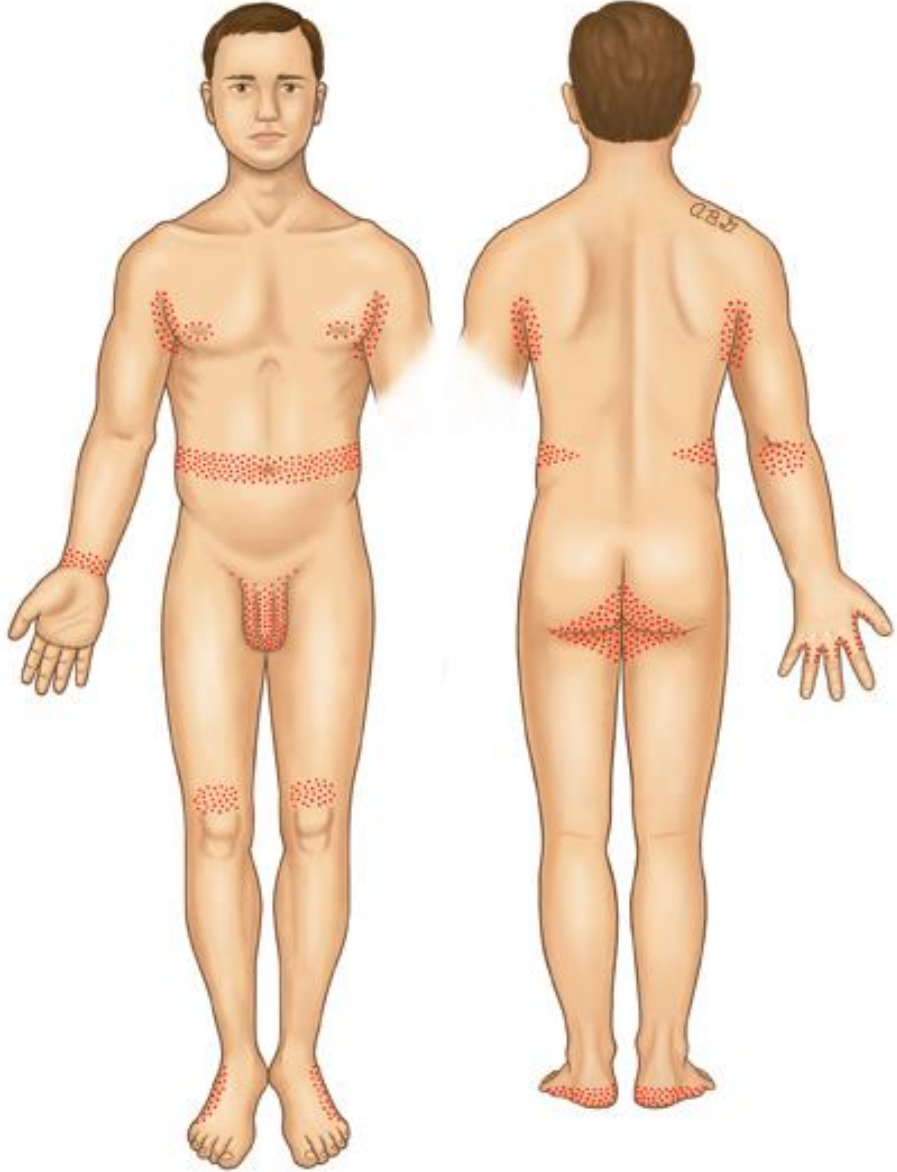
- Klasik uyuz
- Kabuklu uyuz
- Skabies herpetikum
- Nodüler uyuz
- Büllöz uyuz
- Tırnak uyuzları

# Klasik Uyuz

- Kaşıntılı, çok sayıda ve 1-2 mm çapında, eritematöz papüler döküntüler, çoğunlukla ekskoriasyon gösterir.
- Uyuz akarının çıkartı ve salgılarındaki bileşenlere karşı gelişen aşırı duyarlılık reaksiyonunun bir sonucudur.
- Tanı için patognomonik olan tünel, 2-15 mm, ince, gri, kırmızı veya kahverengi çizgiler halinde görülebilir.
- Ciddi vakalarda yaygın eritematöz papüller, hemorajik kabuklar, egzama, veziküller/büller ve sekonder bakteriyel enfeksiyona bağlı püstüller ve impetigo görülebilir.

Al-Dabbagh, J., Younis, R., & Ismail, N. (2023). *Medicine*, 102(21), e33805.

UpToDate, Beth G Goldstein, Adam O Goldstein. Scabies: Epidemiology, clinical features, and diagnosis



- Kaşıntı genellikle şiddetli ve geceleri artma eğilimindedir.
- Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalar, bebekler, yaşlılar ve kabuklu uyuz dışında boyun ve kafa derisi tutulmaz.
- Semptomlar tipik olarak birincil istiladan 3-6 hafta sonra başlar.
- Daha önce istila edilmiş hastalarda semptomlar genellikle 1-3 gün içinde başlar.





# Kabuklu uyuz (Norveç uyuzu, Boeck uyuzu, Keratotik uyuz)

- Özellikle AIDS, HTLV-1 gibi hücre sel immunit e bozukluklarında görülür.
- Beslenme bozukluğu olan bireyleri, Down sendromluları, yaşlıları ve bilişsel yetileri zayıf ya da fiziksel engelleri nedeniyle kaşıntıyı algılayamayan ve kaşıyarak tepki veremeyen hastaları etkilediği bildirilmektedir.
- Sıklıkla ayak tabanı, avuç içi, kulak ve dirseklerin ekstansör yüzeylerinde görülmekle birlikte vücudun herhangi bir yerinde de bulunabilir.
- Kaşıntı minimal olabilir veya olmayabilir.
- Lezyonlar kötü kokuludur.



UpToDate. Scabies: Epidemiology, clinical features, and diagnosis

# Skabies Herpetikum



- Özellikle HIV/AIDS hastaları gibi immünsüpresyonu olanlarda klinik olarak kabuklu uyuz lezyonları üzerinde gelişmiş herpes simpleks enfeksiyonuna bağlı ülser ve erozyonlar mevcuttur.
- Tzanck sitolojisinde multinükleer dev hücrelerin saptanması erken tanı açısından önemlidir.
- Hastalık farkedilmeyip geç tanınır ve yetersiz tedavi uygulanırsa, sepsis ve ardından çoklu organ yetmezliği sonucu ölüme yol açabilir.

# Nodüler uyuz

- Genellikle yeterli bir uyuz tedavisi ardından gelişen, son derece kaşıntılı kırmızımsı-kahverengi nodül ve papüllerle karakterizedir.
- Çoğu zaman aktif bir enfestasyona işaret etmez.
- Genellikle içerisinde akarın gözlenmediği bu nodüllerin geçirilmiş veya mevcut enfestasyonla ilişkili olarak akar artıklarına veya dışkı alerjenlerine karşı gelişmiş geç tip aşırı duyarlık reaksiyonundan kaynaklandığı düşünülür.
- Erkeklerde ağırlıklı olarak penis ve skrotumda, kadınlarda vulva ve etrafında olmak üzere anogenital bölgede, inguinal ve gluteal bölgelerde, memelerde ve aksiller kıvrımlarda yerleşirler.





# Büllöz uyuz



- Genellikle yaşlı hastaları etkiler.
- Klasik uyuz lezyonları olsun veya olmasın, aşırı derecede kaşıntılı büller olarak kendini gösterir.
- Gövde ve ekstremiteler, büllöz uyuzun en yaygın görüldüğü bölgelerdir.



# Tırnak uyuzları



- Çoğunlukla bağışıklık sistemi baskılanmış yetişkinlerde kabuklu uyuz vakalarında ortaya çıkar.
- Nadir durumlarda sağlıklı çocuklar ve yetişkinlerde de rapor edilmiştir.
- El ve ayak tırnakları sıklıkla renksiz, kalın ve distrofiktir ve subungual tutulumu sahip olabilir.

# Yaşlılarda uyuz

- Yaşlı hastalarda bilişsel bozukluk olması ve hastanın kaşıntı hissini ifade edememesi tanıyı zorlaştırır.
- Nöropati, kognitif bozukluk veya hareket kısıtlılığı nedeniyle kaşıma işlevinin azalması da bu yaş grubunda kabuklu uyuz gelişimini kolaylaştırır.
- Gençlerde pek görülmeyen yüz ve saçlı deri tutulumu yaşlılarda sıkça saptanır.
- Özellikle yatalak hastalarda sırt tutulumu daha belirgindir.

# HIV/AIDS hastalarında ve diğer bağışıklığı baskılanmış kişilerde uyuz

- HIV/AIDS hastalarında en önemli kaşıntı nedenlerinden birisi uyuzdur.
- Kabuklu uyuz, atipik (abartılı) uyuz ve tipik klasik uyuz tabloları gelişebilir.
- Kaşıntılı veya kaşıntısız her döküntüde uyuz da ayırıcı tanıda mutlaka akla gelmelidir.

# Nadir Klinik Formlar

- **Temiz uyuzu**

- Çok sık yıkanan hatta temizlik takıntısı olanlarda uyuz kendisini tüneller ve diğer deri belirtileri olmaksızın sadece şiddetli kaşıntılarla gösterebilir.
- Kuvvetli şüphe var ve başka nedenlerle kaşıntı açıklanamıyorsa mikroskopik incelemeler negatif olsa da uyuz tedavisi uygulanmalıdır.

- **Skabid**

- Uyuz seyri sırasında görülebilen ve yaygın papüloveziküler döküntüyle karakterize bir tür “id reaksiyonu”dur.

# Komplikasyonlar



# Tanı

- Klinik tanı
- Mikroskopi
- Dermoskopi
- Wood ışığı
- İleri görüntüleme teknikleri
- Biyopsi





# Klinik Tanı

- Uyuz için tipik bölgelerinde kaşıntı hikayesinin varlığı da klinik tanı açısından oldukça önemlidir.
- Kaşıntı özellikle gece ve sıcakla artarken klasik kaşıntı ilaçlarına yanıt vermez.
- Tünellerin görülmesi tanıyı kolaylaştırır.
- Dermoskopi olanağı yoksa tüneller mürekkep testi ile ortaya çıkarılabilir.

# Mürekkep Testi



# Mikroskopi

- Direkt mikroskopik inceleme ile akarların, yumurtalarının veya dışkı atıklarının görülmesi kesin tanıyı koydurur.
- Örneklerin alımı için öncelikle tüneller tercih edilmelidir.
- Tünel saptanamayan hastalarda parmaklarda, el ve bilek bölgesinde yeni gelişen papüller veya veziküllerden örnek alınmalıdır.

# Örnek nasıl alınmalı?

- En sık künt uçlu bir bistüri (10 veya 15 numara) yardımı ile deri kazıntısı şeklinde alınır.
- Örnek alınacak bölgeye 1-2 damla mineral yağ damlatılması kazıntı materyallerinin bistüriye yapışmasını sağlar.
- İşlem bölgesi akarın yaşadığı stratum korneumun tabanına kadar veya ilk noktasal kanama oluşuncaya kadar kazınmalıdır.

- Klasik uyuz hastalarında KOH inceleme önerilirken, kabuklu uyuz hastalarında mineral yağ kullanılabilir.
- Örnek alınan bölge sayısı, örnek alırken kazıma sayısı, örnek alan kişinin deneyimi gibi faktörler yöntemin duyarlılığını etkiler.
- Pozitif mikroskopik inceleme uyuz tanısını kesinleştirirken, negatiflik tanıyı dışlamaz.

- Deri kazıma yöntemi ile mikroskopik incelemenin duyarlılığının %43.5- %51.7, özgünlüğünün ise %100 olduğu belirtilmiştir.

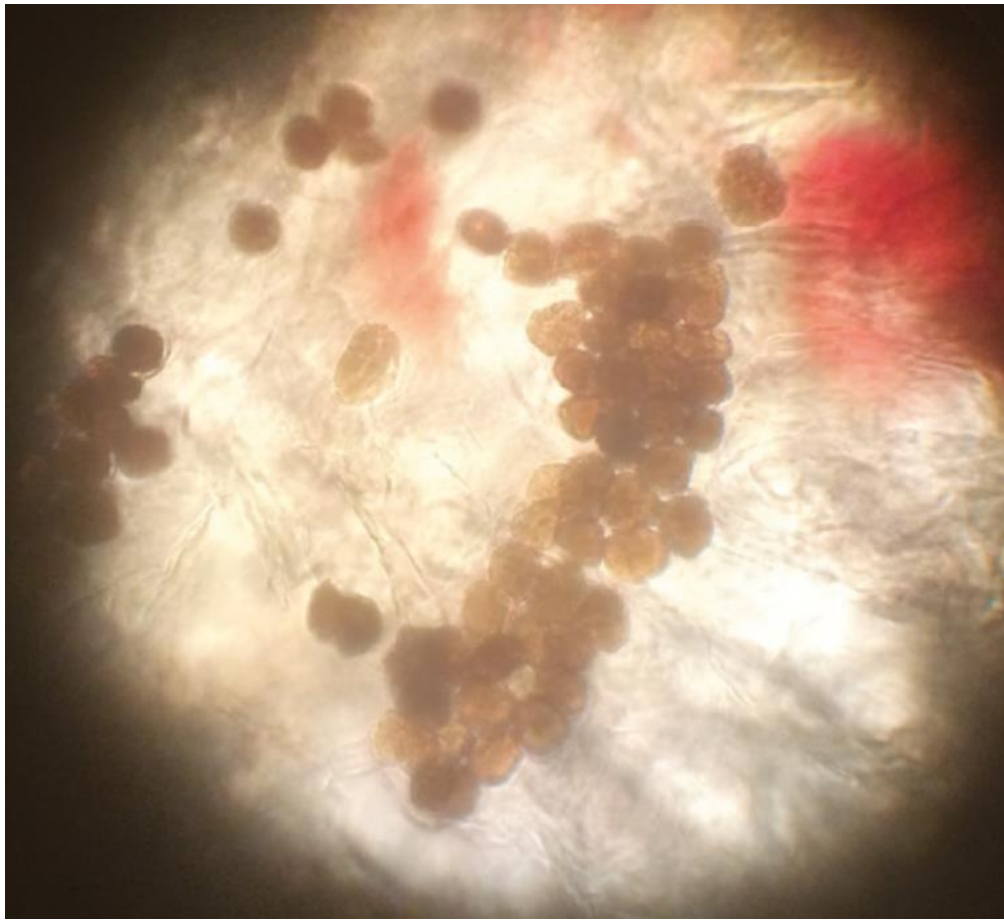
-Li, F. Z., & Chen, S. (2020). Diagnostic Accuracy of Dermoscopy for Scabies. *The Korean journal of parasitology*, 58(6), 669–674.

-Abdel-Latif, A. A., Elshahed, A. R., Salama, O. A., & Elsaie, M. L. (2018). Comparing the diagnostic properties of skin scraping, adhesive tape, and dermoscopy in diagnosing scabies. *Acta dermatovenerologica Alpina, Pannonica, et Adriatica*, 27(2), 75–78.

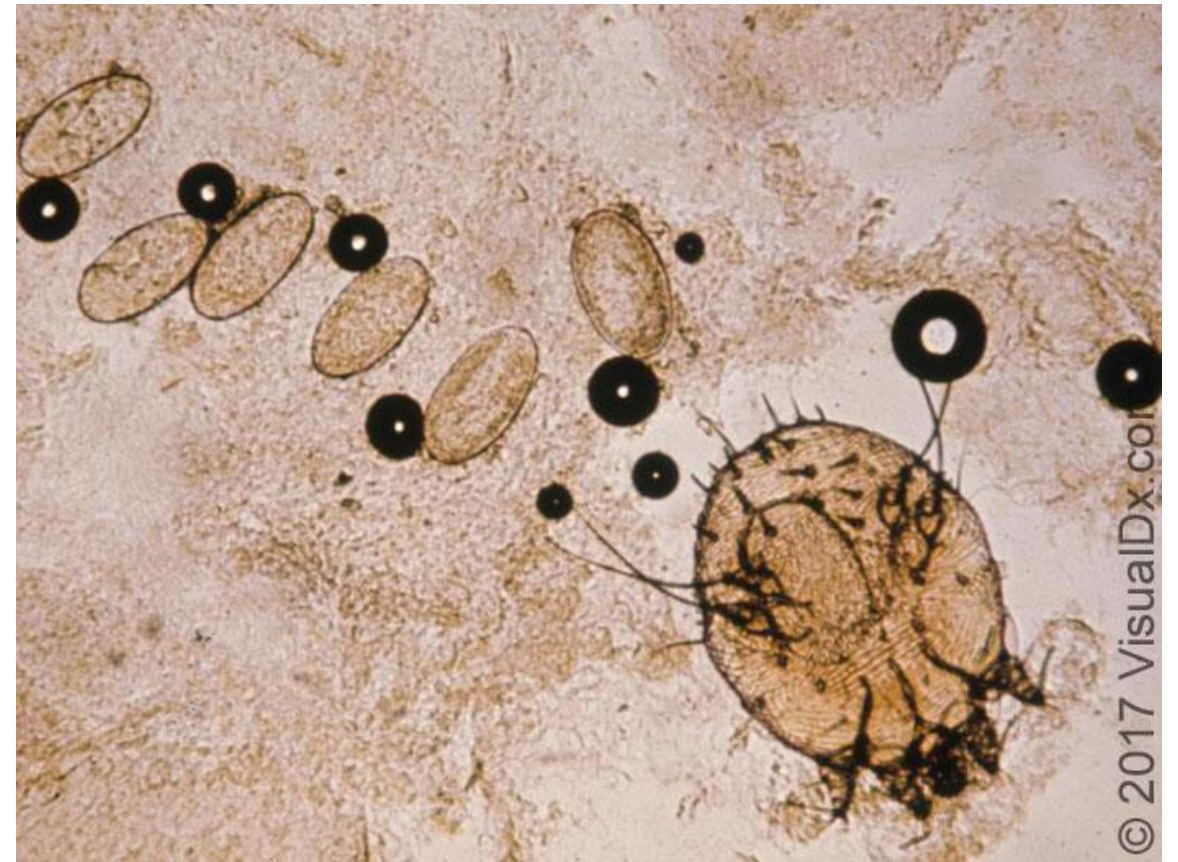
- Bazı çalışmalarda, yapışkan bant yöntemi ile yapılan mikroskopik incelemenin deri kazıma yönteminden daha duyarlı olduğu tespit edilmiştir.

-Walter, B., Heukelbach, J., Fengler, G., Worth, C., Hengge, U., & Feldmeier, H. (2011). Comparison of dermoscopy, skin scraping, and the adhesive tape test for the diagnosis of scabies in a resource-poor setting. *Archives of dermatology*, 147(4), 468–473.

-Abdel-Latif, A. A., Elshahed, A. R., Salama, O. A., & Elsaie, M. L. (2018). Comparing the diagnostic properties of skin scraping, adhesive tape, and dermoscopy in diagnosing scabies. *Acta dermatovenerologica Alpina, Pannonica, et Adriatica*, 27(2), 75–78.



Engelman, D. Et al. The 2020 International Alliance for the Control of Scabies Consensus Criteria for the Diagnosis of Scabies, 183(5), 808–820.



UpToDate, Beth G Goldstein, Adam O Goldstein. Scabies: Epidemiology, clinical features, and diagnosis

# Dermoskopi

- Tanısal değerini belirleyen, kullanılan dermoskopun özelliği ve muayeneyi yapan dermatoloğun deneyimidir.
- Duyarlılığı ve özgülüğü sırasıyla %98,3 ve %88,5'tir.

Li, F. Z., & Chen, S. The Korean journal of parasitology,2020

- Yüksek pigmentli cilde sahip hastalarda akarların dermoskopi yoluyla tespit edilmesi sıklıkla zordur.



- Dermoskopik muayenedeki karakteristik bulgu, bir yuva içindeki akarın başını temsil eden koyu renkli üçgen şekli "delta kanadı" işareti ve onu takip eden, beyaz duman işareti "jet izi" gözlenir.



- Mevcut cihazlara UV ışık kaynağı eklenmesi ile modifiye edilmiş bir dermoskopi yöntemi olan “UV-dermoskopisi” ile akarın tüm vücudu parlak bir refle verir şekilde görülebilmektedir.



- Böylece delta işaretinin olduğu bölgede ondan daha belirgin olarak görülebilen “top belirtisi” bulgusu elde edilebilir.

# Wood Işığı



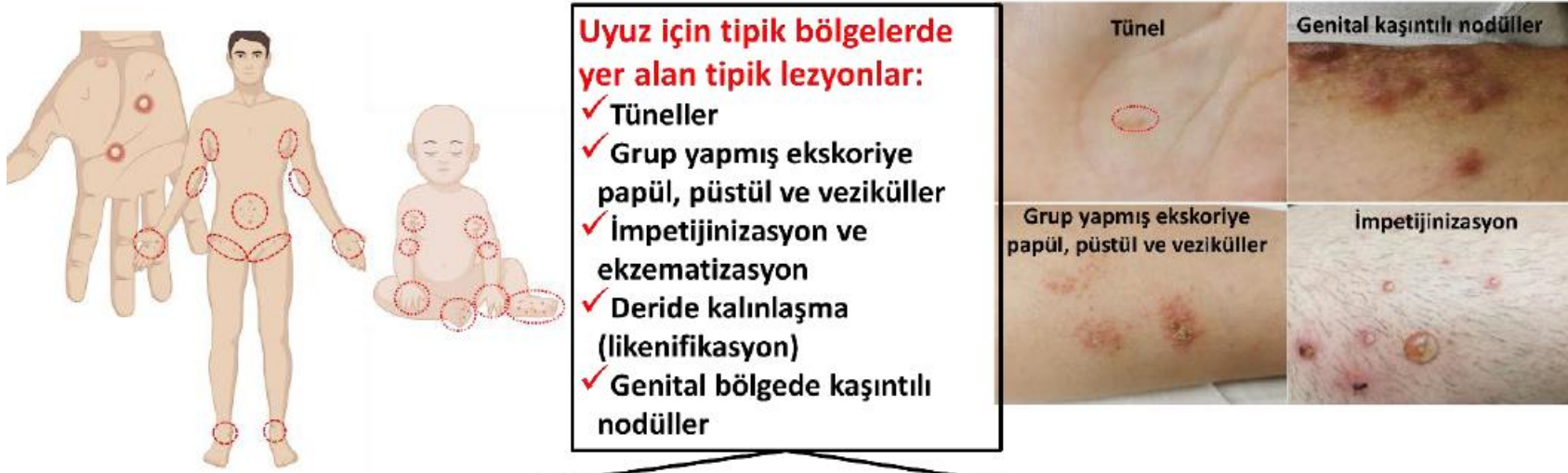
- Wood ışığı tünellerin tespit edilmesi için kullanılabilir pratik ve kolay erişilebilir bir tanı yöntemidir.
- Karanlık bir odada Wood ışığı ile muayene yapıldığında tüneller sarı parlak refle vermektedir.

# İleri görüntüleme teknikleri

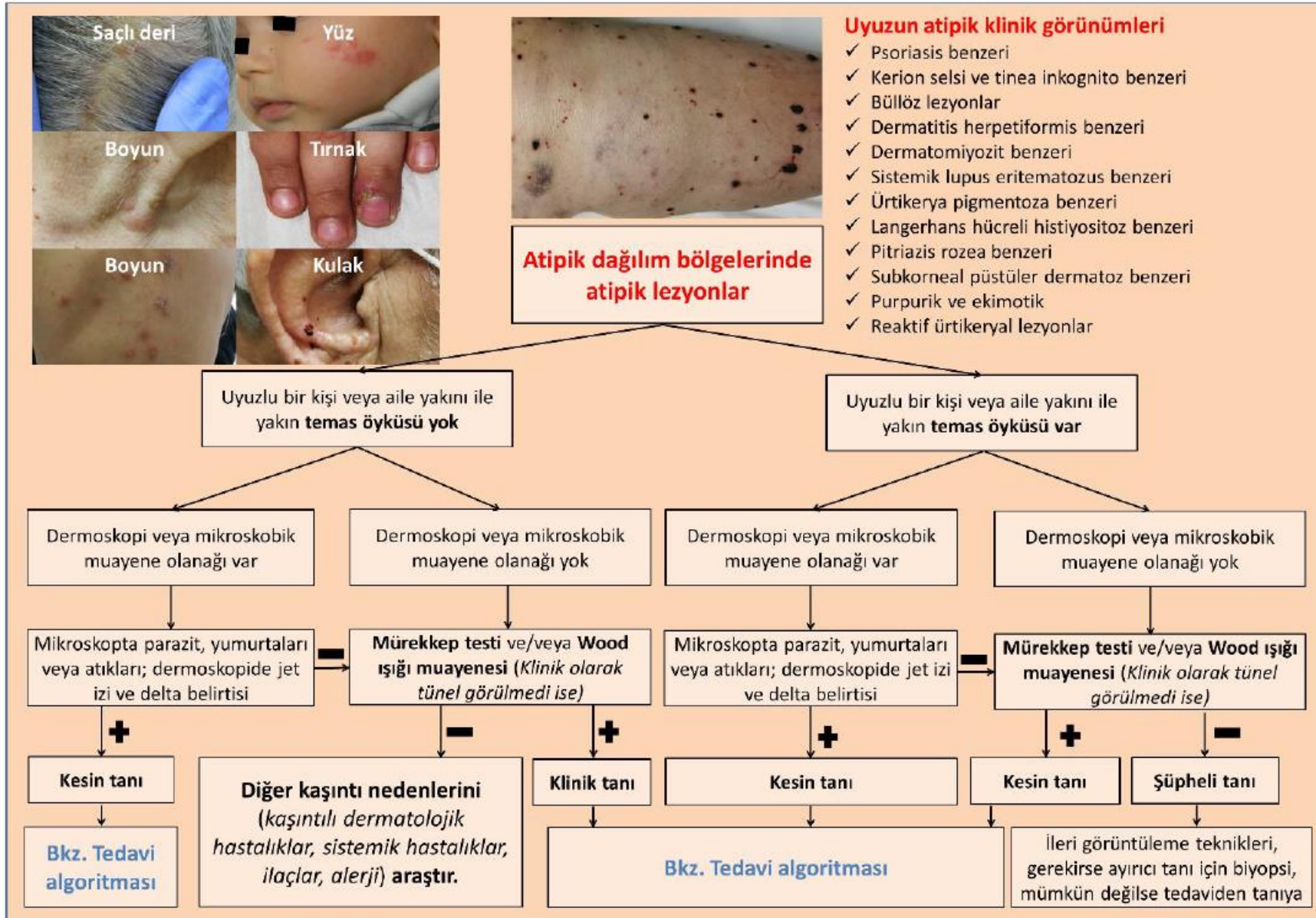
- Videodermoskopi,
  - Videomikroskopi,
  - Reflektans konfokal mikroskopi,
  - Optik koherans tomografiyi ve
  - Yüksek frekans ultrasonografi
- En az 70x büyütme sağlanır ancak maliyet yüksektir.

# Biyopsi

- Akarın kendisinin ve/veya yumurta ve dışkılarının doğrudan görüntülenmesine olanak sağlayabilir.
- Özgüllüğü yüksektir.
- Rutinde kullanımı pratik değildir.
- Atipik vakalarda ayırıcı tanı amacıyla uygulanır.
- Epidermal spongiyoz ve dermiste eozinofiller, lenfositler ve histiyositlerden oluşan karışık bir infiltrasyon olur. Kabuklu uyuzlarda stratum korneum belirgin şekilde kalınlaşmıştır.







# Tedavi

- **Topikal tedaviler**

- Permetrin
- Kükürt
- Benzil benzoat
- İvermektin
- Spinosad
- Krotamiton
- Lindan
- Malathion

- **Sistemik tedaviler**

- Oral ivermektin



# Klasik Uyuz Tedavisi

- **Permetrin**

- Birinci basamak topikal tedavidir.

- Etkinliği %90'a yakındır.

- Akarisidal ve ovisidal etkilidir.

- Periorbital ve perioral bölgelerden kaçınılarak kafa derisinden ayak parmaklarına kadar uygulanır ve 8-12 saat sonra yıkanır ve 7-14 gün sonra tekrarlanmalıdır.

- **Kükürt**

- Kükürtlü karışımların keseli bir banyo sonrası tüm vücuda uygulanması, ikinci, üçüncü gün banyo yapmadan sürülmesi dördüncü gün tekrar banyo yapılarak dezenfeksiyonu yapılmış temiz giysilerin giyilmesi önerilir.
- Aynı işlemin bir hafta sonra tekrarlanması gerekir.
- Rahatsız edici bir kokuya neden olduğundan ve giysileri boyadığından genellikle diğer topikal tedavilere, özellikle permetrine yanıt alınmadığı durumlarda tercih edilir.
- Hastaların yaklaşık üçte birinde kserotik ekzemalar gelişir. Buna bağlı gelişen kaşıntıların tedavi direnci zannedilmesi nedeniyle tekrarlanan ilaç uygulamaları kaşıntının daha da artmasına neden olur.

- **Benzil benzoat**

- İlaç banyo sonrası boyundan aşağı tüm vücuda 2-3 gün üst üste günde bir defa sürülür.
- İlacın kullanımını sınırlayan en önemli faktör ilaca bağlı gelişen irritasyondur.

- **Krotamiton**

- Krotamiton antibakteriyel etkisi nedeniyle sekonder impetiginize lezyonların da düzelmesini sağlar ve antipruritik etkisi hastalar için önemli bir avantajdır.
- Etkinliği düşüktür.

- **Lindan:** Hızla emildiği ve nörotoksik etkiler gösterdiğinin tespit edilmesi nedeniyle kullanımı Türkiye dahil birçok ülkede yasaklanmıştır.

- **Malathion:** Türkiye'de ruhsatlı değildir.

# Topikal tedaviler

| İlaç                  | Formülasyon              | Önerilen tedavi                                      | Etkinlik (%) | Yan etkileri   | Çocuklarda kullanımı                   | Gebelikte kullanımı   | Emzirenlerde kullanımı  |
|-----------------------|--------------------------|--|--------------|--|--|---|---|
| <b>Kükürt</b>         | %2-12.5 krem veya merhem | 3 gün üst üste uygulanıp 1 hafta sonra tekrarlanır   | 39-100       | Koku ve kserotik ekzema  | Güvenli, bebeklerde %6 konsantrasyonda | Kategori C (sınırlı kullanım, muhtemelen güvenli, %6 konsantrasyonda) | Anne sütüne geçip geçmediği bilinmiyor, %6 konsantrasyonda kullanılabilir |
| <b>Benzil benzoat</b> | %10-15 losyon            | 2-3 gün üst üste uygulanıp 1 hafta sonra tekrarlanır | 48-92        | Kaşıntı, yanma, batma, püstül, deri irritasyonu ve ekzema, nörolojik komplikasyonlar | 2 yaşından büyük çocuklarda güvenli    | Önerilmez   | Önerilmez, anne sütüne geçip geçmediği bilinmiyor                         |
| <b>Krotamiton</b>     | %10 krem, losyon         | İki gece üst üste sürülür                            | 63-88        | Kaşıntı, deri irritasyonu, eritem, ekzema, anafilaksi                                | Önerilmez                              | Kategori C  | Önerilmez, anne sütüne geçip geçmediği bilinmiyor                         |

|                  |                     |   |        |   |           |            |   |
|------------------|---------------------|---|--------|---|-----------|------------|---|
| <b>Lindan</b>    | %1 losyon veya krem | 8-12 saat deride kaldıktan sonra yıkanır, 1 hafta sonra tekrarlanır | 64-96  | Nörotoksisite, baş dönmesi, kramp, nöbet, renal ve hepatik toksisite                      | Önerilmez | Kategori C | Önerilmez, anne sütüne geçer                      |
| <b>Malathion</b> | %0,5 losyon         | 8-12 saat deride kaldıktan sonra yıkanır, 1 hafta sonra tekrarlanır | 83-100 | Nörotoksisite, deride kızarma, kabarma, soyulma, ağrı, kuruluk ve kaşıntı, gözlerde yanma | >6 yaş    | Kategori B | Önerilmez, anne sütüne geçip geçmediği bilinmiyor |
| <b>Permetrin</b> | %5 krem veya losyon | 8-12 saat deride kaldıktan sonra yıkanır, 1 hafta sonra tekrarlanır | 86-100 | Kaşıntı, yanma, batma, ekzema   | >2 ay*    | Kategori B | Güvenli   |

- **Oral İvermektin**

- Önerilen doz, 200 mcg/kg tek dozdur (yemekle birlikte alınır) ve 14. günde tekrarlanır.
- 2 hafta arayla 2 doz uygulanan standart tedavi, topikal %5 permetrin ile benzer şekilde %100'e yakın bir iyileşme oranına sahiptir.
- Yetersiz güvenlik verileri nedeniyle ivermektinin hamile kadınlarda veya küçük çocuklarda (<5 yaş veya 15 kg) kullanılması önerilmez.
- Yan etkileri arasında baş ağrısı, bulantı, kusma, parestezi, hipotansiyon, ateş, döküntü, kaşıntı, ödem, nefes darlığı, karın ağrısı, gastrointestinal rahatsızlık, miyalji ve artralji bulunur.

# Kabuklu Uyuz Tedavisi

- Yüksek akar yükünü azaltmak ve daha iyi nüfuz etmek için oral ve topikal tedavi seçeneklerinin bir kombinasyonu yapılır.
- 3, 5 veya 7 standart dozda oral ivermektin+ardışık 7 gün boyunca %5 topikal permetrin veya benzil benzoat (daha sonra klinik iyileşmeye kadar haftada iki kez) ve gerekirse topikal keratolitiklerin kullanılması önerilir.

# Kabuklu uyuz derecelendirmesi

| Clinical assessments                               | Mild    | Moderate | Severe    |
|--|---------|----------|-----------|
| Distribution and extent of the disease             | 1       | 2        | 3         |
| Severity/depth of the crusts                       | 1       | 2        | 3         |
| The number of previous episodes (hospitalizations) | 1       | 2        | 3         |
| The degree of skin cracking                        | 1       | 2        | 3         |
| Pyoderma   | 1       | 2        | 3         |
| Grade  | 1 (4-6) | 2 (7-9)  | 3 (10-12) |

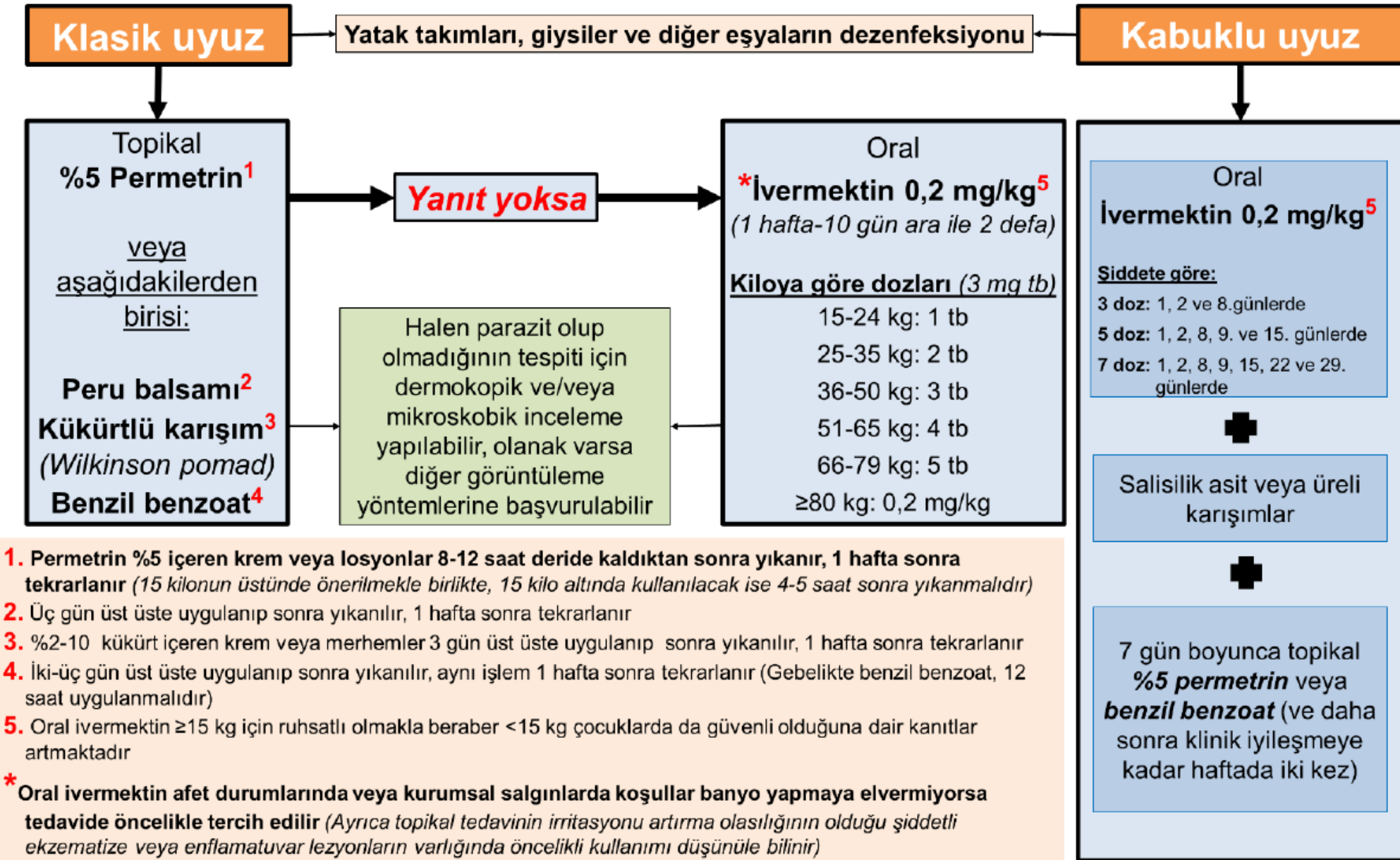
Klinik şiddete göre aşağıdaki protokollerden birisi uygulanır

**3 doz:** 200 µg/kg 1., 2. ve 8.günlerde

**5 doz:** 200 µg/kg 1., 2., 8., 9. ve 15. günlerde

**7 doz:** 200 µg/kg 1., 2., 8., 9., 15., 22. ve 29. günlerde





## **Is there a really resistance to scabies treatment with permethrin? In vitro killing activity of permethrin on *Sarcoptes scabiei* from patients with resistant scabies**

Aslan Yürekli <sup>1</sup>

- Permetrin tedavisine rağmen en az 3 aydır uyuzu olan hastalardan parazitler toplanmış ve kontrol grubuna immersiyon yağı, çalışma gruplarına %5, %7 ve %10 permetrin eklenmiştir.
- Permetrin gruplarında akarların ortalama hayatta kalma süresinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir.
- Kontrol ve permetrin ile tedavi edilen gruplar arasındaki ortalama hayatta kalma süresi farkı anlamlı bulunmuş ve uyuzun kronikleşmesinin altında yatan faktörün permetrin direncinden ziyade tedaviye uyumsuzluk olduğu belirtilmiştir.

## Comparison of sulfur ointment and permethrin treatments in scabies

Goksen Ertugrul <sup>1</sup>, Habibullah Aktas <sup>1</sup>

- Nisan 2021 ile Eylül 2021 tarihleri arasında uyuz tanısı alan hastalar,
- %5 permethrin krem (78 hasta) ve %10 kükürtlü merhem (140 hasta) uygulanan iki gruba ayrılarak her iki ajanın tedavi etkinliği karşılaştırılmıştır.
- %10'luk kükürt merheminin %5'lik permethrin kreminden önemli ölçüde daha etkili olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0.001$ ).

## **Can we increase the success of scabies treatment? The effect of removing tunnels from patients in the success of scabies treatment**

Aslan Yürekli <sup>1</sup>, Ayşenur Botsali <sup>2</sup>

- Skabies'i olan hastalarda doğrudan permetrin tedavisi verilmesi ile maksimum sayıda tünel hastalardan çıkarıldıktan sonra permetrin tedavi uygulanması arasında, tedavi öncesi tünelin hastadan çıkarılmasının tedavinin başarısını anlamlı olarak arttırdığı tespit edilmiştir (%53.3/%86.6).

# Yeni Tedaviler

- **Moksidektin**

- Oral moksidektin, yarı ömrünün daha uzun olması nedeniyle (20 günden fazla; ivermektin için 14 saat) tek bir doz tedavi için yeterli olabilir.

- **Fluazuron-benzoilfenil üre bileşiği**

- Yetişkin akarlar karşı etkinliği yoktur ancak yumurtaların içinde yeni larvaların büyümesini engeller

- **Afoxolaner ve Fluralaner'i içeren izoksazolinler-** nörotoksik yan etki

- **Diğer botanik ürünler;** çay ağacı yağı, zerdeçal, Lippia ve neem yağları, karanfil

# Dekontaminasyon Önerileri

- Son zamanlarda kullanılan tüm tekstil ürünlerinin (iç çamaşırı, pijama, nevresim, havlu) en az 50°C sıcaklıkta en az 10 dakika makinede yıkanması,
- Kalan giysilerin ve yakın zamanda uzun süreli vücut teması olan diğer eşyaların (ayakkabılar, oyuncak hayvanlar vb.) en az 21°C sıcaklıkta kuru bir yerde kapalı plastik torbalarda en az 3-4 gün saklanması veya alternatif olarak, -10°C'nin altında bir sıcaklıkta en az 5 saat süreyle dondurulması,
- Tüm temas yüzeylerinin temizliği,
- Döşemeli mobilyaların, minderlerin, yatakların, şiltelerin, halıların, zeminlerin ve otomobil koltuklarının süpürülmesi,

- Asemptomatik olsalar bile tüm yakın temaslıların aynı anda tedavi edilmesi gerekir.
- Tedavi başarısızlığının tanısı, tedavi tamamlandıktan en az 6 hafta sonraya kadar yapılmamalıdır, çünkü aşırı duyarlılığın belirti ve semptomlarının düzelmesi bu kadar uzun sürebilir.
- İki kürlük tedavinin bitiminden bir hafta sonra aktif uyuz belirtisi yoksa (aktif lezyon yok, gece kaşıntısı yok) hastanın uyuzu tedavi edilmiş kabul edilir.



- Teşekkür ederim..