

EDİTÖRE MEKTUP

Gebelikte Toksoplazma Taraması

Ercüment Müngen

GATA, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Dünyada pek çok ülkede gebelerde veya yenidoğanlarda toksoplazma taraması yapıp yapılmayacağı konusunda ulusal politikalar olduğu halde, ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın bu konuda belli bir politikası bulunmamaktadır. Değişik merkezler veya hekimler kendi doğru bildikleri yönde hareket etmekte ve sonuçta ortaya çıkan seropozitif olguların yönetimi de farklı görüş ve uygulamalar nedeniyle tam bir kaosa dönüşmektedir.

Konjenital toksoplazma enfeksiyonunun önlenmesi için üç tip koruyucu yaklaşım söz konusudur. Primer koruma maternal enfeksiyonun oluşmasını önlemeyi amaçlayıp gebelik öncesi ve erken gebelikte annenin bu konuda bilgilendirilmesi ve eğitilmesini amaçlar.¹ Sekonder koruma anneden fetusa enfeksiyon geçiş riskini azaltarak toksoplazmaya bağlı morbiditeyi önlemeyi amaçlar. Tersiyer koruma ise doğum sonrası erken tanı ve tedavi ile konjenital toksoplazmaya bağlı morbiditenin şiddetini azaltmaya yöneliktir.¹ Gebelerin toksoplazma seropozitifliği yönünden taranması sekonder koruma içinde yer almakta olup daha çok prevalansın yüksek olduğu Avusturya, Fransa, Brezilya gibi ülkelerde bir devlet politikası olarak uygulanmaktadır. Bu toplumlarda toksoplazma seropozitifliği Fransa'da %50, Brezilya'da %80-90 gibi yüksek orandadır. Gebelik sırasında serokonversiyon gerçekleşen ve böylece akut enfeksiyon olarak kabul edilen olgularda genellikle spiramisin te-

davisi başlanmakta ve amniosentez uygulanmaktadır.¹ Amniosentez materyelinde gerçekleştirilen PCR incelemesinin sonucu fetal enfeksiyonu gösteriyorsa tercih edilen tedavi primetamin ve sülfonamid verilmesidir. Gebelik terminasyonu genellikle ultrasonografide fetal anomali saptanırsa gündeme gelmekte ve aile bu alternatif yönünden bilgilendirilmektedir. Ancak, gebelik sırasında serokonversiyon saptanan gebelerin tedavi edilmesi ile anneden fetusa enfeksiyon geçişinin önlenemediği veya perinatal sonuçların iyileştirilebildiğine dair yeterli kanıt mevcut değildir.^{2,3} Ayrıca toksoplazmanın serolojik taramasında kullanılan kitlerde bazı sorunlar vardır. Özellikle piyasada mevcut Ig M kitlerinin çoğunda ciddi spesifite problemi söz konusu olup, bu yüksek yalancı pozitiflik oranlarına (%6'lara varabilen) neden olmaktadır.⁴ Altı farklı Ig M kitini araştıran bir çalışmada sensitivite oranları %93 ile %100 arasında, spesifite oranları ise %77.5 ile %99.1 arasında bulunmuştur.⁵ PCR yönteminin kullanılmaya başlanması fetal tanıyı kolaylaştırmış olmakla birlikte, bu yöntemin duyarlılığı hala %83'ün altında kalmaktadır.¹ PCR'ın spesifitesi referans laboratuvarlarında %100 olmakla birlikte, diğer pek çok laboratuvarlarda çok daha düşük oranlar bildirilmektedir.¹ Diğer önemli bir sorun, gebelikte toksoplazma taraması sonucu serokonversiyon saptanan olgularda amniosentez yapılması gerekliliğidir. Amniosentezde günümüz bilgileri-

ne göre %0.5 (200 işlemde 1) oranında gebelik kaybı riski vardır. Toksoplazma taramasında hastaların %1-5'inde Ig M pozitifliği saptanmaktadır. Bunların bir kısmı akut enfeksiyonu göstermekle birlikte çoğu yalancı pozitifliktir. Ancak yalancı pozitif olguların da bir kısmında toksoplazma Ig A titresini, Ig G-avidite, toksoplazma Ig G titresinde artış gibi yöntemlerle akut enfeksiyon ekarte edilememekte ve amniyosenteze gidilmektedir. Oysa konjenital toksoplazma prevalansı çok düşük olup, 10.000 canlı doğum dikkate alındığında, İsveç'te 0.73, Massachusetts'te 0.8, İngiltere'de 1'den az, Finlandiya'da 2,4, Fransa'da 10 olarak bildirilmektedir.^{1,6} Dolayısı ile 1 konjenital toksoplazma olgusunu saptamak için amniyosentezle kaybedilecek fetus sayısı kabul edilemeyecek kadar yüksek olacaktır.^{1,7} Toksoplazma taramasındaki yalancı pozitif sonuçların, fetal enfeksiyon saptanan olgularda tıbbi tedavinin olası olumsuz etkileri ve prognoz konusundaki belirsizliklerin anne ve babada ciddi anksiyeteye yol açtığı çok iyi bilinmektedir.⁸

Bu bilimsel gerçekler nedeniyle günümüzde ABD'de gebelikte toksoplazma taraması yapılmamaktadır. Sadece ultrasonografide anomali saptanan olgularda serolojik inceleme yapılmaktadır. İsviçre'de daha önce uygulanmakta olan taramaya yakın zamanda son verilmiştir.⁹ ACOG (American College of Obstetricians, Gynecologists) gebelikte rutin toksoplazma taramasını önermemektedir.¹⁰ RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynecologists) gebelerin toksoplazma konusunda eğitilmelerinin yararlı olduğunu belirtmekte ancak rutin toksoplazma taramasını önermemektedir.¹¹ CDC (Centers for Disease Control and Prevention) primer korumanın önemini vurgulayarak gebelerin ve doğurganlık çağındaki kadınların toksoplazma bulaşmasından korunma konusunda eğitilmelerini önermekte, gebelikte serolojik toksoplazma taramasını önermemektedir.⁴ CDC ayrıca toksoplazma serolojik testleriyle ilgili olarak gebelerin iki konuda uyarılmalarının uygun

olacağını belirtmektedir: ilki, hiçbir serolojik testin toksoplazma enfeksiyonunun ne zaman geçirildiğini tam olarak gösteremeyeceği, diğeri ise toksoplazma prevalansı düşük olan toplumlarda pozitif Ig M sonuçlarının önemli bir kısmının yalancı pozitifliği temsil ettiği gerçeğidir.⁴ Ülkemizde ise Türk Perinatoloji Derneği'nin gebelikte yapılmasını önerdiği rutin testler arasında toksoplazma serolojisi bulunmamaktadır.

Perinatoloji Dergisi'nin bu sayısında Kayseri bölgesindeki gebelerde toksoplazma seroprevalansını araştıran bir çalışma yer almaktadır. Bu çalışma ülkemizdeki gebelerde toksoplazma prevalansının son durumunu göstermesi bakımından önemli olup, gebelerin toksoplazmadan korunma konusunda eğitilmelerinin önemini vurgulanması günlük obstetri pratiğine katkı sağlar niteliktedir. Diğer taraftan bu çalışmada bulunan %33.9 seropozitiflik epidemiyolojik açıdan yüksek bir oran değildir. Daha önce Türkiye'de yapılan diğer çalışmalara göre de bu oran düşüktür. Diğer Avrupa ülkelerinde yapılan çalışmalarda da son 2 dekatta benzer bir azalma olduğu görülmektedir. Bu nedenle, gerek bulunan prevalans değerinin yüksek olması ve gerekse yukarıda söz edilen güncel bilimsel verilen ışığında, yazarların gebelikte toksoplazma taraması yapılması yönündeki önerilerine katılmak mümkün değildir.

Sonuç olarak, konjenital toksoplazmozisin önlenmesi için gebelerin ve gebelik planlayan kadınların genel hijyen kurallarının yanı sıra kedilerle ve kedi dışkılarıyla temas edilmemesi, et ürünlerinin çiğ yenmemesi, iyi pişirilerek yenmesi, çıplak el ve ayakla toprağa dokunulmaması ve meyve-sebzelerin soyularak veya iyi temizlenerek yenmeleri konusunda eğitilmeleri önemlidir. Risk grubunda olmayan gebelerde serolojik toksoplazma taraması önerilmemektedir.

Kaynaklar

1. Swiss Working Group on congenital Toxoplasmosis. Toxoplasmosis during pregnancy and infancy. *Swiss Med Wkly* 2008; 138(Suppl): 168.

2. Peyron F, Wallon M, Liou C, Garner P. Cochrane Database Syst Rev. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2): CD001684.
3. Wallon M, Liou C, Garner P, Peyron F. Congenital toxoplasmosis: systematic review of evidence of efficacy of treatment in pregnancy. *BMJ* 1999; 318: 1511-4.
4. CDC Preventing congenital toxoplasmosis. recommendations and reports. *MMWR* 2000; 49(RR02); 57-75.
5. Wilson M, Remington JS, Clavet C, et al. Evaluation of six commercial kits for detection of human immunoglobulin M antibodies to *Toxoplasma gondii*. *J Clin Microbiol* 1997; 35: 311-25.
6. Gilbert RE. Epidemiology of infection in pregnant women. In: Petersen E, Amboise-Thomas P, eds. Congenital toxoplasmosis: scientific background, clinical management and control. 1st ed. Paris: Springer-Verlag; 2000.
7. Bader TJ, Macones GA, Asch DA. Prenatal screening for toxoplasmosis. *Obstet Gynecol* 1997; 90: 457-64.
8. Khoshnood B, De Vigan C, Goffinet F, Leroy V. Prenatal screening and diagnosis of congenital toxoplasmosis: a review of safety issues and psychological consequences for women who undergo screening. *Prenat Diagn* 2007; 27: 395-403.
9. Stricker R, Sitavanc R, Liassine N, de Marval F. Toxoplasmosis during pregnancy and infancy. *Swiss Med Wkly* 2009; 139: 643-4.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists. Perinatal viral and parasitic infections. Washington - ACOG Practice Bulletin 20. Washington DC: ACOG; 2000.
11. <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/infection-and-pregnancy-study-group-statement>