

EDİTÖRE MEKTUP

Akut ITP'de metilprednisolon tedavisi

Dr. Akarsu ve arkadaşlarının¹ derginizde yayınlanan "Akut immün trombositopenik purpura tedavisinde farklı dozlarda steroid ile intravenöz immünglobülin tedavilerinin karşılaştırılması" adlı yazılarını ilgi ile okudum. İlk defa bizim önerdiğimiz üç gün 30 mg/kg/gün + dört gün 20 mg/kg/gün oral metilpredizolon (MDMP) tedavisinin intravenöz immünglobulin (IVIG) uygulaması ile aynı etkinlik ve en az 40 defa ucuz olduğunun ve IVIG tedavisinin yan etkilerinin yazarlarca vurgulandığını görmekten memnun oldum. Yazarlar intravenöz megadoz (IVMDMP) ve oral megadoz (OMDMP) uygulamalarını nasıl yaptıklarını, metot bölümünde doz dışında ayrıntılı vermemişlerdir. IV ve oral dozun ne sürede ve günün hangi saatinde nasıl verdiklerini öğrenmek isterim. Yazarların yedinci ve 22. referansları dışındaki kaynaklarında MDMP ismi kullanılmamıştır. IVMDMP ilk ortaya atıldığında üç gün 30 mg/kg/gün + dört gün 20 mg/kg/gün ve daha sonra birer hafta 10 mg/kg/gün + 5 mg/kg/gün 2 mg/kg/gün + 1 mg/kg/gün olarak tarafımızdan uygulanmıştır².

Ayrıca o MDMP, IVMDMP uygulamalarında (önceleri sabah 9'dan önce) 20 yıla yakın bir süreden beri de sabah 6'da, IV dozun 10-15 dakikada, oral dozun (ilaç çok acı olduğundan) bal ile örtülerek verilmesi defalarca belirtilmiştir³⁻⁵. Bu şekildeki uygulama, kortikosteroidin klasik bölünmüş (6-8 saat aralarla) dozlarda veya dörtte IV (pulse) uygulamasından tamamen farklı olup ACTH ve kortikosteroid homeostazisini en az etkileyecek saatlerde (günde bir defada) verilmesidir. Araştırmacılar hastalarını hastaneye yatarak tedavi edildiklerini yazmışlardır. On beş yıl önce yatış ücretleri dikkate alınmalı ve hastaların ailelerinden ayrılmasının gerekli olmadığını da bildirmiştik⁴.

Her ne kadar yazarlar "tedavi verilmeden izlenmiş hasta grubunun oluşturulması etik değildir" diye yazmışlarsa da aynı sayfada bir paragraf sonra "Akut ITP'li hastalarda IVIG ve oral prednizon tedavisi alan grup ile tedavi almayan grup karşılaştırıldığında tedavi alan grupta trombosit artışı belirgin yüksek bulunmuştur" ifadesine yer vererek etik yönde

açıklık getirmişlerdir. Biz de dünyada ilk defa trombosit antikoları ile de korelasyonu da göstererek MDMP, oral prednizon ve tedavi almayan grupları karşılaştırmış ve yazarların "kortikosteroid alanlarda hiçbir tedavi almayanlara göre trombosit sayısında daha hızlı yükselme olduğu bilinmektedir" ifadesinin aksine trombosit sayısında düzelmeyen tedavi almayanlarda oral prednizon alanlardan daha sık olduğunu göstermiştik⁴.

Yazarlar Dr. Nugent'in ve iki derlemesini kaynak vererek (asıl çalışma gösterilmeksizin) ITP'nin iki klinik fenotipinin belirlenmiş olduğunu yazmışlarsa da, ITP tanısı dikkate alınıp antikolar ile ilişkisi üzerinde durulduğunda böyle bir konuyu çok şüpheli olacağı fazla tartışma konusu görülmemektedir.

Akut ITP vakalarında trombosit sayısı 20000/mm³ altında olduğunda "Tedavi başlanması konusunda görüş birliği vardır" ifadesine yeni veriler dolayısı ile katılmadığını belirtmek isterim⁶. Rosthoj ve arkadaşları IVIG ile pulse metil prednizon tedavisini karşılaştırdıklarında relaps oranını pulse tedavisi ile yüksek bulduklarını yazmışlarsa da (yazarların sekizinci kaynağı) MDMP ile relapsın daha az (%7 civarında) olduğu tarafımızdan bildirilmiştir⁷.

Yazarlar hastalarını rastgele metodu ile tedavi gruplarına ayırdıklarını yazmalarına rağmen gruplardaki hasta sayısının önemli farkını açıklamakta zorlandığını belirtmek isterim. Arkadaşlarımın anlayışlarına sığınarak başlıktaki "farklı dozlarda steroid" ifadesinin "farklı yollarla verilen steroid" şeklinde olmasını öneririm.

MDMP tedavisini ilk tanımlayan kimse olarak aşağıdaki konuları bir kere daha dikkate getirmekte gerek görmekteyim:

- Her yüksek doz veya "pulse" metilprednisolon uygulaması MDMP tedavisi değildir.
- MDMP tedavisi ile trombosit cevabına paralel olarak trombosit antikoları her vakada azalır.
- Akut ITP'de MDMP tedavisi ile kronikleşme büyük ölçüde önlenir.
- Oral MDMP tedavisi diğer etkili tedavilerden çok daha ucuzdur.

- MDMP tedavisi için hastaların yatırılması gerekmediğinden tedavi fiyatının çok azalması yanında hasta çocuğun aileden ayrılması da gerekmez.
- MDMP uygulamasında serum fizyolojik uygulaması ile sekonder enfeksiyonların önlenmesi önemlidir.

Prof. Dr. Şinasi Özsoylu
Altınşehir Sitesi No: 30
Beysukent, Ankara

KAYNAKLAR

1. Akarsu S, Kılıç M, Taşkın E, et al. Akut immün trombositopenik purpura tedavisinde farklı dozlarda streoid ile intravenöz immunoglobülin tedavilerinin karşılaştırılması. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2005; 48: 209-214.
2. Özsoylu Ş, Ruacan Ş. High dose bolus methylprednisolone treatment for primary myelofibrosis. Eur J Pediatr 1983; 140: 81.
3. Özsoylu Ş. High dose intravenous corticosteroid treatment for a patient with diamond-Blackfan syndrome refractory to classical prednisone treatment. Acta Haematol 1984; 71: 207-210.
4. Özsoylu Ş, Ertürk G. Oral megadose methylprednisolone for childhood acute idiopathic thrombocytopenic purpura. Blood 1991; 77: 1856-1857.
5. Özsoylu Ş, İrken G, Karabent A. High dose intravenous methylprednisolone for acute childhood thrombocytopenic purpura. Eur J Haematol 1989; 42: 431-435.
6. Kruskall MS. The perils of platelet transfusions, N Engl J Med 1997; 337: 1914-1915.
7. Özsoylu Ş, Şaylı T, Ertürk G. Oral megadose methylprednisolone versus intravenous immunoglobulin for acute childhood idiopathic purpura. Pediatr Hematol Oncol 1993; 10: 317-321.