

TIP EVRİMİ YÖNÜNDEN

KAZANILMIŞ BAĞIŞIKLIK YETERSİZLİĞİ HASTALIĞI (AIDS)

DR. Yaman ÖRS

Yaklaşık beş yıldır, tıp çevrelerinin yanı sıra dünya kamuoyunun büyük ilgisini çeken bir hastalık, güncelliğini koruyor. Hastalığın İngilizce adı olan "Acquired Immune Deficiency Syndrome" terimini (AIDS, Fransızcada SIDA), Türkçeye, "Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Hastalığı (KBYH)" biçiminde aktarabiliriz.

Klinik gidişinde hastalık, önce gribi andırır belirtilerle ortaya çıkmakta, bundan sonra aylar ya da yıllar süren belirtisiz bir evreyi, sürekli ağırlık azalması ile ishal, zaman zaman ateşlenmeler, lenf düğümlerinde genel bir büyüme ve ilerleyici bir beyin bozukluğu izleyebilmektedir. Bu arada tüberküloz, akciğer iltihabı, sıtma ya da bir virüs bulaşı (enfeksiyonu), yukarıdakilerin bir bölümü ile birlikte ya da onlardan ayrı olarak ortaya çıkabilmektedir. Özellikle sağlık koşullarının kötü olduğu toplum kesimlerinde hastalık, kendine özgü belirtileri görülmeden de kişiyi ölüme götürebilmektedir.

Burada temel bozukluk, **kazanılmış**, başka bir deyişle **doğuştan sonra oluşan bağışıklık** mekanizmasıdır. Gerçekten de, hastalığa bildiğimiz adının verilmesinin, daha önce bilinen, doğuştan bağışıklık yetersizliği sendromlarıyla karşılaştırmanın sonucu olduğu anlaşılıyor. "Sendrome" (**syndrome** (Yun.): birlikte oluş) terimi ile, "bir arada bulunan belirtiler kümesini" anlıyoruz.

Belirtiler ya da klinik düzeyinin altında olanlar, hücresel bağışıklığın bozulmasına bağlıdır. Ortaya çıkan ikincil (ya da yakın zamanlardaki nitelendirmeyle "fırsatçı" bulaşlarla Kaposi sarkomu gibi kötücül ur süreçleri, başlangıçta **birden çok nedenle** açıklanıyordu. Ancak daha sonra, bütün bunların temelinde bir virüs bulaşına bağlı olabileceği ileri sürüldü; bunu, gerçekten böyle bir virüsün saptanması izledi.

Bu durumda, hastalığın bölümlendirilmesi (sınıflandırılması) ve adlandırılması açısından da bir sorun ortaya çıkmaktadır. İlk, temel ya da merkeze olduğunu düşünebileceğimiz bir **nedeni** olan, az çok belirli bir gidiş ve sonlanış gösteren, nedenle gidiş-sonlanış arasındaki bağlantı ya da "mekanizması" bilinebilen bir süreci, biz artık bir belirtiler kümesi olarak değil, bir **klinik bütün**, biyoloji düzeyinde belirli bir **patoloji birimi** (entité morbide) kavramı içinde görebiliriz. O zaman böyle bir süreci, birden çok nedenle ortaya çıkabilen bir "sendrom"dan" çok, **bir hastalık** olarak adlandırabiliriz.

Konumuzla ilgili olarak kuramsallığın ötesinde çok önemli bir nokta, **Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Hastalığı'nın** (KBYH'nin) insandan insana geçiş yoludur. Salgının başlangıçta belki özellikle erkek eşcinsellerde görülmesi, daha doğrusu saptanması, meni (erkek cinsellik sıvısı) yoluyla geçtiği düşüncesini doğur-



KBYH virüsünün hedefi olan bağışıklık sistemi hücresi.

muş, bunun dışında geçişte tükrüğün de bir payının bulunabileceği düşünülmüştü. Ancak laboratuvar gözlemleriyle deneysel çalışmalarda, hiç olmazsa şimdilik bu kanıyı doğrulayacak bulgular elde edilememiştir. Buna göre KBYH virüsü, B hepatitis (karaciğer iltihabı) virüsü gibi, yalnız kan yoluyla organizmaya girmektedir. Hastalığın kan aktarımı yapılan kişilerde ve damar yoluyla uyuşturucu alanlarda özellikle görülmesinin nedeni de bu olmaktadır. Bu düşünüşe göre, hastalığın erkek eşcinsellerde sık görülmesi, onlardan edilgin (pasif) olanların son barsaklarının iç yüzünde ilişkiye dayanıklı bir katmanın bulunmaması, dolayısıyla küçüktür ya da büyükçe kanama odaklarının ortaya çıkmasıyla açıklanmaktadır. Kadınla erkek arasındaki oluşması cinsel ilişkide ise, birincisinin cinsel organının iç yüzünün kalınlığı ve sağlamlığı, kanamanın oluşunu, buna bağlı olarak virüsün geçme olasılığını çok azaltıyor olmalıdır. Kuşkusuz her iki durumda, erkeklik organında da küçük kanama odaklarının oluşması gerekir ki, iki yönden birinde geçiş gerçekleşebilsin; burada belki yüzeysel damarlardaki kanlanma yeterli olabilmektedir. Bütün bunların yanında, cinsel ilişkideki iki kişinin kanlarının karşı karşıya gelişinin, yalnız cinsel organlar aracılığıyla olmayacağını da düşünebiliriz.

Bugün, başta frengi (sifilis) ile belsoğukluğu (gonore) olmak üzere, cinsel ilişki yolu ile geçen yirmirin üstünde hastalık bilinmektedir. Ancak cinsel organlarda değişikliklere yol açmaması, bunlarla doğrudan ilgili olmaması nedeniyle KBYH'nin, hiç olmazsa kuramsal açıdan, onlarla birlikte düşünülmemesi uygun olacaktır.

Ancak virüsün insandan insana geçmesi konusunda, ki burada onu hastalık belirtilerini göstermeden taşıyanlar (porteur'ler) da işin içindedir, geçiş yolunun birden çok olduğu, kanla, meni ve tükrüğün yanında, gözyaşının, idrarın da dikkate alınması gerektiğini ileri süren yazarlar da azınlıkta değildir. Bunun yanında, hastalıklı ya da yakalanma olasılığı yüksek kadınların gebe kalmamaları salık verilmekte, doğacak ve yeni doğmuş yavruya virüsü, özellikle kan yoluyla aktarabilecekleri ileri sürülmektedir. Bu arada diş fırçalarının, traş bıçak ve makinelerinin ortak kullanımının tehlikesinden söz edilmektedir. (Bkz. **World Health**, (WHO) Kasım 1985, 3-6.)

Organizmasında KBYH'nin geliştiği her insan, cinsiyeti, yaşam biçimi, yaşı ne olursa olsun, şu andaki iliştiirme olanakları, daha doğrusu olanaksızlığı karşısında, kısa ya da uzunca bir süre içinde bu hastalıktan ölecektir. Süreyi belirleyen etkenler arasında kişinin kendisine bağlı biyolojik olanların yanında, yaşam düzeyi, içinde bulunduğu sağlık koşulları gibi dış belirleyiciler de bulunmaktadır. Gerçekte de, belki tüm bulaş hastalıklarında, sorumlu minicanıyı **gerekli ve yeter neden** olarak görmektense, onu **gerekli, ötekileri yeterli ya da bütünleyici belirleyenler** olarak düşünmek daha doğru olmalıdır.

KBYH virüsü, organizmada bağışıklıktan sorumlu hücrelerden bir türünü, bunun yanında yaygın olarak beyin hücrelerini etkilemektedir. Kan ve beyindeki hücrelerde yavaş çoğalan virüs, onların yapısıyla birleşmiş ya da ayrı olarak saptanabilmektedir. Minicanın beyin hücreleri üzerindeki etkisi geri dönmez ve birikici biçimde olmaktadır, ancak bu etkinin klinik belirtilere yol açması için en az iki yıl geçmesi gerekmektedir. Yakın zamanlarda da, bağışıklık yetersizliği ile ilgili belirtiler görülmeden ilerleyici beyin hastalığının ortaya çıkabildiği, virüsün bu yolla hastayı ölüme götürebileceği gözlenmiştir. Bu tür durumlarda kuluçka süresinin, insanda ve hayvanlarda benzer ya da değişik virüslerin neden olduğu beyin hastalıklarıyla karşılaştırılmasından çıkan sonuçlara göre, 2-30 yıl arasında değişebileceği düşünülmektedir.

Özellikle bu son anlatılanların tedavisi açısından büyük önemi vardır. Beyin hücrelerine giren virüslerin DNA'sı, bunların gen yapılarıyla birleşebildiğinden, minicaniya karşı kullanılabilecek bir ilacın hastaya kuramsal olarak yaşamı boyunca verilmesi gerekmektedir. Ancak, henüz geliştirilmemiş olan böyle bir ilaç, (en azından yine kuramsal olarak) beyin hücrelerini de ortadan kaldıracaktır.

Hastalığın önlenmesi için aşı uygulamasına gelince, araştırmacılar bu konuda da, en azından yakın bir geleceğe için pek umutlu görünmüyorlar. Yaşam boyu hastaların kanında kalan virüslere karşı etkili bağışıklık cisimleri geliştirememektedir. Bağlı bulunduğu virüs ailesinin öteki türlerinde olduğu gibi, KBYH virüsünün yapısında da sürekli değişiklikler olmaktadır, bu da, organizmanın bu değişimlere uyarak bağışıklık cisimleri yapma yeteneğini aşmaktadır. Onun için, en azından şimdilik, eldeki aşılama yöntemleriyle bu hastalığa karşı korunma olanağı bulunmamaktadır.

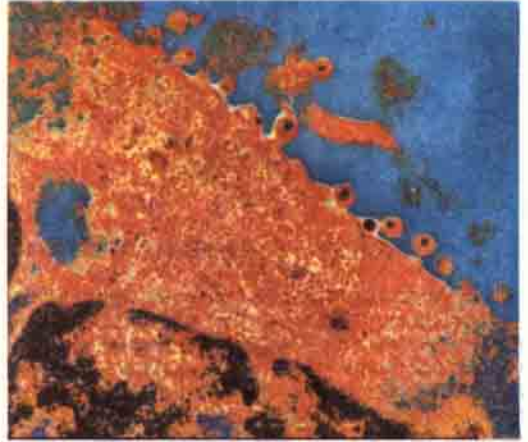
Büyük olasılıkla bir yeşil maymun türünden insana geçerek, **tür engellini** aşmış olan KBYH virüsü, evrimsel gelişmesi içinde, insanın bağışıklık sisteminin "tanımadığı", ona karşı "hazırlıksız" olduğu bir minicandır. Görünüşe göre, özellikle bu yüzden, yaşam boyu kanda ve beyin dokusunda kalarak, yıllarca süren bir kuluçka süresinden sonra önü alınamayan bir salgın başlatılabilecek niteliktedir.

Bu, en başta dünyanın sağlık açısından elverişsiz yaşama koşullarının sürdüğü yerleşim bölgeleri için geçerlidir.

İnsan topluluğlarının geçmişinde büyük salgınlar yapmış, kısa denebilecek bir zaman içinde çok sayıda ölüme neden olmuş, yer yer birtakım toplulukların varlığını tehlikeye sokmuş bulaş hastalıkları vardır; bir bakteriden ileri gelen veba ile bir virüsün neden olduğu çiçek gibi. Bunlarda ilke olarak, hastalık hızlı (akut) bir gidiş göstermekte, ölümler kısa zamanda ortaya çıkmakta, zamanla toplumda bağışıklık yoluyla bir denge oluşmakta ve salgın kısa ya da uzun bir zaman sonra belli bir süre için de olsa sönmemektedir. Ancak bunların yanında, bulaşma olasılığı çok düşük olan ve yıllarca birlikte olmayı gerektiren, kuluçka süresi de çok uzun, cüzzam (lepra) gibi "kronik" bir bulaş hastalığı da vardır.

Konunun evrim-çevre kapsamı içinde ele alınmasının yanı sıra, onun tıp evrimi yönünden değerlendirilmesi gerekebilir. Tarihsel akış içinde belli zamanlarda, belli toplumlarda ortaya çıkmış büyük salgınlarla karşılaştırıldığında, ulaşım olanakları ve yer değiştirmedeki çok büyük boyut değişikliğini de dikkate alırsak, acaba tüm dünyayı ilgilendirecek bir salgına mı tanıklık edeceğiz? Tıp evrimine ilgili çalışmalarda, hastalık olgusunu çeşitli yönlerden incelediğimiz ölçüde, geçmişte ne düşünüldüğü (**açıklama**) ve ne yapıldığı (**iyileştirme** ya da **tedavi**) konularını araştırıyoruz. Elde ettiğimiz bilgilerin ışığında, insan türü için "yeni" olan kazanılmış bağışıklık yetersizliği hastalığı konusunda geleceğe yönelik bir varsayımda bulunabilir miyiz?

Geçmişin olaylarından, tarihsel örneklerden yola çıkarak, gü-



KBYH virüsü parçacıklarının elektron mikroskopu ile çekilmiş resmi: Sıra oluşturan yuvarlak parçacıkların hücre ile ilişkisine dikkat ediniz (resmin altındaki koyu bölüm, hücre çekirdeğine aittir).

nümüzde yaşanan bir olayın olası gelişmesi ya da geleceği konusunda bir çıkarım ya da kestirimde bulunmak kuşkusuz güç, yerine göre çok güç. Ancak yukarıda çizilen "karanlık" görünümüne karşılık, KBYH için de bir yandan çok karmaşık yapı bir bütün olan insan organizmasının zaman içinde, büyük de olsalar "tehditleri" karşılayabilme yeteneğini, öte yandan tıp etkinliği içinde, şimdilik görülmesi bile, insanın sınıra bir çözüm getirme olasılığını düşünebiliriz. Burada, 18. yüzyılın sonunda çiçek aşısının bulunması ve geçen yüzyılın ikinci yarısında öteki aşıların bulunmaya başlamasıyla salgınlara karşı elde edilen büyük başarıyı; ayrıca, bu yüzyılda bulaşlara karşı geliştirilen ilaçları, özellikle antibiyotikleri aklımıza getirebiliriz. Bunlar, zamanları için önceden açıkça öngörülebilecek gelişmeler değildi.

KBYH virüsünün komşu bir ailedeki virüslerin tıp açısından büyük önemi vardır, çünkü bunların arasında çok sayıda kanser yapıcıları bulunmaktadır. Kötücutlurları ortaya çıkışında da organizmanın bağışıklık sisteminin çöküşünün çok önemli bir yeri olduğunu biliyoruz. Genellikle de virüsler, örneğin grip ve benzeri bulaşlarda olduğu gibi, bağışıklık mekanizmasını geçici de olsa değiştirerek, başka bulaşlara karşı organizmanın direncini kırmaktadırlar.

Konumuzun olgulara dayanan bilgi yönünün yanında, çok önemli bir değerler yönü de var. Bu hastalığa yakalanmış bir kişinin, ailesi, yakın çevresi, çalışma yerindeki, genel olarak toplum içindeki yeri ne olacaktır? Hastalıklı bir ilkokul öğrencisi öğrenimini bırakmak, giderek toplumdan büyük ölçüde soyutlanmak durumunda mı kalacaktır? Eşler arasındaki ilişki nasıl yürüyebilecektir? Hastaları toplumdan uzaklaştıramazsak, sağlamları ne yolla koruyabileceğiz? Konumuzla ilgili olarak Tıbbi Etik (yaklaşık karşılığındaki Tıp Ahlakı), genel olarak da Etik ya da değerlerimizin açısından çok temel sorunların ortaya çıktığını görüyoruz.

Burada tıp evrimi açısından, biyolojik özellikleri KBYH'nin kilerinden çok değişik olan "lepra"yı (cüzzam) anımsatabiliriz. Bulaşma olasılığının düşüklüğüne, tedavi alanında da atılan çok olumlu sonuçlara karşın Lepralı hastaların yüzyıllar boyu uğradıkları ayırım, eski ölçüsünde olmasa bile, günümüzde de sürüp gitmektedir.

(Bu yazıda, KBYH ile ilgili bilgiler için büyük ölçüde aşağıdaki kaynaktan yararlanmıştım: J.Seale: "AIDS virus infection prognosis and transmission" Journal of the Royal Society of Medicine, 78: 613-615 (Ağustos) 1985.)