



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI

UYUZ VAKA YÖNETİM REHBERİ



ANKARA - 2025



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

UYUZ VAKA YÖNETİM REHBERİ

ANKARA, 2025

Bu eser T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Daire Başkanlığı tarafından hazırlanmış ve yayımlanmıştır.

Her türlü yayın hakkı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne aittir. Kaynak gösterilmeksizin kısmen dâhi olsa alıntı yapılamaz, çoğaltılamaz ve yayımlanamaz.

Alıntı yapıldığında 'Uyuz Vaka Yönetim Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Yayın No, Ankara, Yayın Tarihi" şeklinde olmalıdır.

Ücretsizdir. Parayla satılamaz.

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ YAYIN KOMİSYONU	
Uzm. Dr. Hamit Harun BAĞCI	Komisyon Başkanı
Doç. Dr. Mustafa Kemal BAŞARALI	Komisyon Başkan Yardımcısı
Dr. Kanuni KEKLİK	HSGM Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Daire Başkanı
Uzm. Dr. Tuğba GÜLER SÖNMEZ	Aile Hekimliği Eğitim ve İzleme Daire Başkanı
Uzm. Dr. Hüsnüye ŞİMŞEK	HSGM Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları ve Biyolojik Ürünler Daire Başkanlığı
Uzm. Dr. Fehminaz TEMEL	HSGM Bulaşıcı Hastalıklar ve Erken Uyarı Daire Başkanlığı
Doç. Dr. Can Hüseyin HEKİMOĞLU	HSGM Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları ve Biyolojik Ürünler Daire Başkanlığı
Uzm. Dr. Özge US	Aile Hekimliği Eğitim ve İzleme Daire Başkanlığı
Meryem SAYGI	Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Daire Başkanlığı
Uzm. Dr. Rıdvan Erdin	Genel Müdürlük Büro

Uluslararası Standart Kitap Numarası (ISBN): 978-975-590-989-9

Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1376

1. Baskı, 2025, Ankara

EDİTÖRLER

Doç. Dr. Muhammed Emin DEMİRKOL	Halk Sağlığı Genel Müdürü
Doç. Dr. Erdoğan ÖZ	Halk Sağlığı Genel Müdür Yardımcısı

YAZARLAR

Dr. Seher TOPLUOĞLU	Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Daire Başkanı
Prof. Dr. Akın AKTAŞ	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD
Prof. Dr. Fatma Şebnem ERDİNÇ	Emekli Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Aslı Nur ÖZKAYA PARLAKAY	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD
Prof. Dr. Ayşegül TAYLAN ÖZKAN	Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji AD
Prof. Dr. Sami GÖKPINAR	Kırıkkale Üniversitesi Veteriner Fakültesi Parazitoloji AD
Doç. Dr. Aslan YÜREKLİ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Gülhane Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Dermatoloji AD
Doç. Dr. İzzet FİDANCI	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
Doç. Dr. Egemen ÜNAL	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
Dr. Vet. Hek. Elif BULUT	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Daire Başkanlığı
Prof. Dr. Özlem Makbule KAYA	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Daire Başkanlığı

ÖN SÖZ

Uyuz; yüksek bulaşıcılığı, toplumda yarattığı sağlık yükü ve toplu yaşam alanlarında salgınlara yol açma potansiyeli nedeniyle halk sağlığı açısından önemli bir enfestasyondur. Özellikle son yıllarda dünyada ve ülkemizde artan uyuz enfestasyonu, uyuzun tanı ve tedavisinde standart yaklaşımlara duyulan ihtiyacı artırmıştır.

Bu rehber; sağlık çalışanlarına, uyuzun biyolojisi, bulaşma yolları, belirtileri, tanı yöntemleri, tedavi seçenekleri, temaslı takibi ve salgın yönetimi gibi başlıklarda güncel ve bilimsel bilgilere dayanan pratik bilgiler sunmak amacıyla hazırlanmıştır. Rehberin, başta birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimler ve sağlık personeli olmak üzere, toplu yaşam alanlarında görev yapan tüm paydaşlara yol gösterici olması hedeflenmiştir.

Uyuzla etkin mücadele; erken tanı, uygun tedavi, temaslıların takibi ve toplumun bilinçlendirilmesi gibi birçok halk sağlığı yaklaşımının bir arada uygulanmasını gerektirmektedir. Bu bağlamda hazırlanan Uyuz Hastalığı Vaka Yönetim Rehberi hem bireysel vakaların yönetiminde hem de olası salgınların önlenmesinde sağlık çalışanlarına destek olmayı amaçlamaktadır.

Rehberin hazırlanmasında emeği geçen tüm uzmanlara ve katkı sunanlara teşekkür eder; bu çalışmanın sahada görev yapan tüm sağlık çalışanları için yararlı olmasını temenni ederim.

Doç. Dr. Muhammed Emin DEMİRKOL

Halk Sağlığı Genel Müdürü

İçindekiler

ŞEKİLLER	vi
TABLolar	vi
KISALTMALAR	vii
1. AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	1
2.1. Etkenin biyolojisi ve hastalığa genel bakış.....	1
2.2. Epidemiyoloji	3
2.3. Bulaşma	4
2.4. Belirtiler ve Klinik Özellikler	6
2.5. Tanı	11
2.6. Ayırıcı Tanı.....	14
2.7. Tedavi	14
2.7.1. Topikal Tedavi	15
2.7.2. Sistemik Tedavi	21
2.7.3. Tedavi Başarısızlığı	21
3. BİLDİRİM VE SÜRVEYANS	22
4. TOPLU YAŞAM ALANLARINDA UYUZ KONTROLÜ.....	23
4.1. Toplu Yaşam Alanlarında Uyuz Salgın Yönetimi	24
4.2. İzolasyon ve Bakım.....	27
4.2.1. Klasik Uyuz.....	27
4.2.2. Kabuklu Uyuz	28
4.3. Temaslıların Yönetimi	29
5. KAYNAKLAR	31

ŞEKİLLER

Şekil 1. Dünyada 100.000 kişi başına yaşa göre standardize edilmiş DALY değerleri haritası	4
Şekil 2. Uyuzun derideki en sık belirtileri.....	8
Şekil 3. Küçük çocuklarda uyuz belirtileri	9
Şekil 4. Kabuklu uyuzun deri belirtileri	10
Şekil 5. Uyuz tünellerinin klinik ve dermoskopik görüntüleri.....	11
Şekil 6. Uyuz Tanı Algoritması	13
Şekil 7. Uyuz Tedavi Algoritması	20

TABLolar

Tablo 1. Uyuz Lezyonlarının Tipik Görünümü	6
Tablo 2. Uyuz Lezyonlarının Tipik Dağılımı	9
Tablo 3. Topikal olarak uygulanan uyuz tedavi ilaçlarının özellikleri.....	17
Tablo 4. Uyuz Tedavisinde Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar	18
Tablo 5. Kilograma Göre Oral İvermektin Dozları	21
Tablo 6. Yeni Kişi Kabulünde Değerlendirilmesi Gereken Hususlar	27
Tablo 7. Kabuklu Uyuz Tespiti Halinde Uygulanması Gereken Ek Önlemler.....	28
Tablo 8. Uyuz Vakası Temaslı Yönetimi	29
Tablo 9. Toplu Yaşam Alanlarında Uyuz Salgın Yönetimi Özet.....	30

KISALTMALAR

DALY	: Disability adjusted life years- yeti yitimine ayarlanmış yaşam yılları kaybı)
HIV	: Human immunodeficiency virüs- insan bağışıklık yetmezliği virüsü
KKE	: Kişisel koruyucu ekipman
NTD	: Neglected tropical diseases- ihmal edilmiş tropikal hastalıklar

1. AMAÇ

Bu rehber, uyuz enfestasyonu ile ilgili olarak sağlık personeline ve toplu yaşam alanlarında çalışan personele yönelik kapsamlı bir başvuru kaynağı olarak hazırlanmıştır. Rehber; başta İl Sağlık Müdürlükleri, Toplum Sağlığı Merkezleri ve Aile Sağlığı Merkezleri olmak üzere, birinci basamak sağlık hizmeti sunan tüm kurum ve kuruluşlarda görev yapan sağlık çalışanlarına vaka yönetimi konusunda standart bir yaklaşım kazandırmayı amaçlamaktadır. Aynı zamanda, toplu yaşam alanlarında görev yapan idari ve sağlık personelinin de salgın kontrolü ve önleyici tedbirlerin uygulanması süreçlerinde bilgilendirilmesini hedeflemektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Etkenin biyolojisi ve hastalığa genel bakış

Uyuz, *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* adlı mikroskobik bir akarın deriyi istilasıyla oluşan ve çoğunlukla doğrudan temas yoluyla kişiden kişiye bulaşan bir hastalıktır. Genellikle 5-15 akarla meydana gelen bu durum, kaşıntı ve değişken şiddette deri döküntüleri ile karakterizedir. Dişi akarlar, insan derisinin üst tabakası olan stratum corneum'a girerek yumurtalarını bırakır. “Klasik” uyuz vakasında, akarın vücuda girmesiyle birlikte bağışıklık sistemi, akarlara ve onların ürünlerine karşı aşırı duyarlılık reaksiyonu gösterir ve bu da şiddetli kaşıntıya yol açar. Kaşıntı, günlük yaşamı, yemek yeme, uyuma, çalışma ve ders çalışma gibi aktiviteleri zorlaştıracak kadar rahatsız edici olabilir. Şiddetli kaşıntı ve deri döküntüleri genellikle dişi akarla ilk temasın ardından 2-5 hafta içinde ortaya çıkar. Döküntüler, akarlara ve onların ürünlerine karşı vücutta gelişen bir bağışıklık yanıtı olarak kabul edilir.

Genellikle papül, vezikül ve nodül gibi ikincil deri lezyonları gelişir. Nadiren, hastalarda kabuklu uyuz (önceden “Norveç uyuzu” olarak adlandırılırdı) gelişebilir. Bu form, plaklarla ve milyonlarca uyuz akarı içeren yaygın pullanma ve/veya kabuklarla karakterizedir ve değişen derecelerde eritem ile birlikte olabilir.

Uyuz, doğrudan deri teması yoluyla bulaşır; bu nedenle, aşırı kalabalık ortamlarda yaşayan ve dünyanın en yoksul topluluklarındaki bireyler özellikle risk altındadır. Uyuz zoonotik değildir, yani köpekler veya diğer hayvanlardan insanlara geçmez; çünkü

hayvanlarda görülen uyuz etkeni, *Sarcoptes* akarının genetik olarak farklı türleridir. Uyuz suyla bulaşmaz ve kötü hijyenle ilişkili görünmemektedir.

Diğer uyuz etkenleri çeşitli memelileri etkilerken, *S. scabiei* paraziti tamamen insana özgüdür. Akarın yaşam döngüsü 9 gün ile 2 hafta (12-17 gün) arasında olup dört ana aşamadan oluşur: yumurta, larva, nimf ve ergin. Dişiler, erkeklerle çiftleştikten 3–4 gün sonra yumurtlar. Yumurtalarını ve dışkılarını deri içine bırakan dişi akarlar, enfestasyon belirtilerinin başlıca sorumlusudur.

Klasik uyuzda, enfekte olmuş bir kişide yalnızca 5-50 kadar akar olabilir ve bulaşma genellikle deri teması yoluyla gerçekleşir. Kabuklu uyuzda ise derideki akar sayısı binlerce veya milyonlarca olabilir ve eşyalar da bulaşmada rol oynayabilir. Akarlar, konakların koku ve ısı uyarıları tarafından çekilir. Kabuklu uyuz nadir görülür ve genellikle bağışıklık sistemi baskılanmış kişilerde (HIV enfeksiyonu olanlar, kanser hastaları ve yaşlı veya yetersiz beslenen kişiler gibi) ortaya çıkar.

Enfestasyon, bir veya birkaç dişi akarın, enfekte bir kişinin derisinden enfekte olmayan bir kişinin derisine geçmesiyle başlar. Bir bölge seçildikten sonra, akarlar ağız organellerini kullanarak deri yüzeyine zarar verirler. Ayrıca, derinin çözülmesine yardımcı olan, salya benzeri bir madde salgırlar. Bir tünel tamamlandığında, dişi akar 2-3 yumurta bırakır. Dişiler iki aylık yaşam süresi boyunca ortalama 40-50 yumurta yumurtlar. 3-4 gün içinde yumurtadan çıkan larvalar bir gün içinde derinin yüzeyine göç ederek sığ bir tünel kazıp deri hücrelerinde bulunan sıvılarla beslenirler. Takip eden 3-4 gün içinde gömlek değiştirerek cinsel olarak olgunlaşmamış nimfler haline gelirler. 4-6 gün sonra son bir gömlek değişimi ile cinsel olarak olgun erkek ve dişi ergin akarlar oluşur. Erkek akarlar çok kısa bir yaşam süresine sahiptir (1-2 gün). Dişi akar, iki aylık yaşam süresi boyunca günde üçe kadar yumurta bırakabilirken, yumurtaların %10'undan daha azı ergin aşamaya ulaşacak kadar uzun süre hayatta kalır. Yumurtaların çoğu, banyo yaparken veya kaşınma ve sürtünme gibi diğer eylemler sırasında deriden düşerler.

Uyuz belirtileri, enfestasyondan sonra 2–5 hafta içinde başlar. Ana belirti; uyuz etkenlerinin oluşturduğu gözle görülebilen tüneller olsa da genellikle bu tünelleri görmek zordur. Tüneller, parmak arası bölgelerde, bilek çevresinde, kalça ve kasık bölgesinde ve meme çevresinde yoğunlaşır. Kaşıntı, dişi akarların dışkıları, deri

döküntüleri ve diğer atık ürünlerine karşı alerjik reaksiyonların bir sonucu olarak kabul edilir.

Uyuzun ayırıcı tanısında egzama, atopik dermatit, ilaç döküntüsü, sedef, kaşıntılı hastalıklar, piyoderma ve mantar enfeksiyonları yer alır.

Uyuzun ciddi komplikasyonlarına bağlı ölüm riski %2–10 arasında olup ayrıca birey ve ailelerin sosyo-ekonomik durumu üzerinde de olumsuz etki yaratır.

Uyuz, düşük ve orta gelirli ülkelerde ve yüksek gelirli ülkelerde düşük sosyo-ekonomik gruplarda daha yaygındır. Uyuz ile ilişkili maliyetler, tedavi için bireysel maliyet ve kaçırılan ekonomik fırsatların birikimli etkisini içerir. Uyuzun ekonomik maliyetleriyle ilgili herhangi bir çalışma bildirilmemişse de bir kurumda görülen uyuz salgını tedavi maliyetinin 2.000–200.000 Amerikan Doları arasında olabileceği tahmin edilmektedir.

2.2. Epidemiyoloji

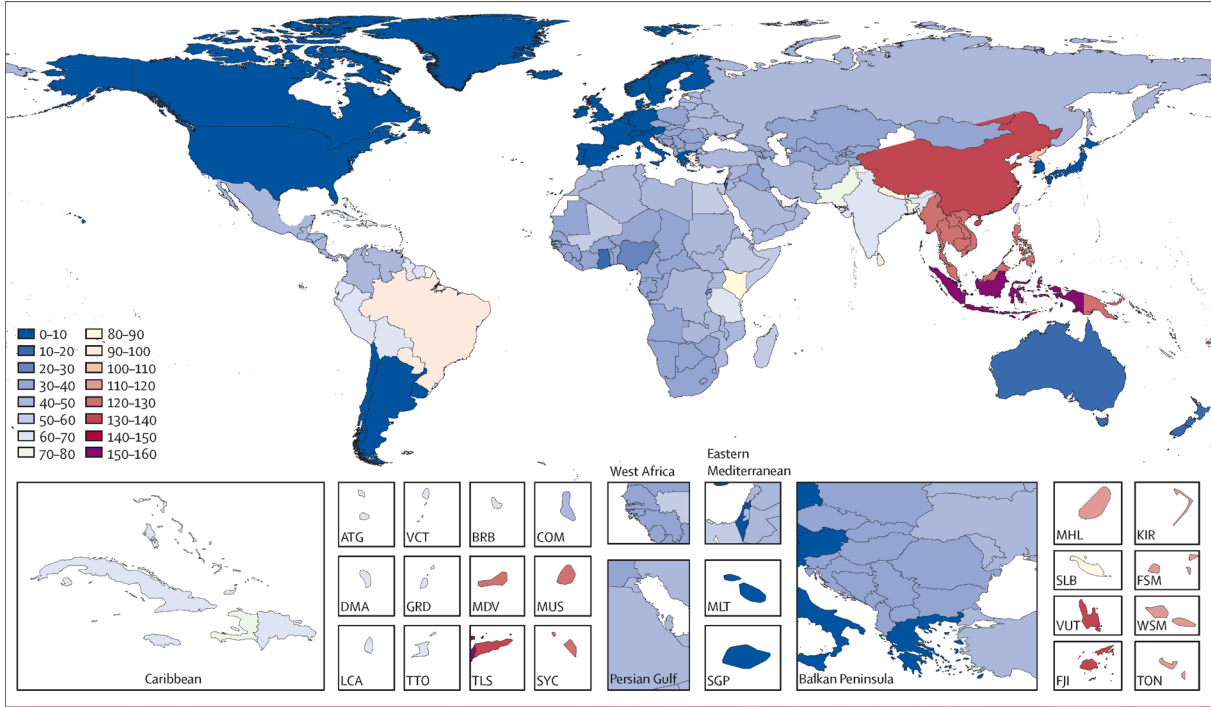
Uyuz, her yaş grubunda, her ırkta, her cinsiyette, her sosyo-ekonomik grupta ve bütün toplumlarda görülebilen bir enfestasyondur. Birçok ülkede uyuzla ilgili epidemiyolojik veriler yetersizdir ve mevcut verilerin çoğu nüfusun tamamına genelleştirilmiş sınırlı birkaç araştırmadan elde edilmiştir.

Dünya genelinde uyuz prevalansının 100–200 milyon, yıllık yeni vaka sayısının ise 455 milyon olduğu tahmin edilmektedir. Yaklaşık 3,8 milyon DALY (yeti yitimine ayarlanmış yaşam yılları) kaybına neden olması onu en yüksek yük oluşturan ihmal edilmiş tropikal hastalıklardan (NTD) biri yapmaktadır. Üstelik bu tahminlere, uyuz enfestasyonuna bağlı komplikasyonlar dahil değildir.

Uyuz tüm ülkelerde görülebildiğinden, tüm nüfuslar teorik olarak risk altındadır. Ancak kalabalık ve yoksul koşullarda yaşayan insanlar arasında deri temasının daha yaygın olması ve etkili tedaviye erişimin sınırlılığı nedeniyle risk çok daha yüksektir. En yüksek uyuz prevalansı, tropikal ve kaynakları kısıtlı ülkelerdeki bebekler ve çocuklar arasında bildirilmiştir. Pasifik gibi bazı bölgelerde genel popülasyonda %20–30 oranındaki prevalansın çocuklarda %50'nin üzerine çıktığı tespit edilmiştir. Ayrıca uyuz birçok tropikal ülkede impetigo için de önemli bir zemin oluşturmaktadır.

Küresel Hastalık Yüğü Çalışmasının 2015 verilerine dayanarak uyuzun küresel yüküne ilişkin yapılan bir araştırmada Doğu Asya (DALY 136,3), Güneydoğu Asya

(134,5), Okyanusya (120,3), Tropikal Latin Amerika (99,9) ve Güney Asya (69,4) bölgeleri, uyuzun neden olduğu DALY'nin en yüksek olduğu bölgeler olarak bulunmuştur (Şekil 1).



Referans: Karimkhani, Chante et al. The global burden of scabies: a cross-sectional analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet Infectious Diseases, Volume 17, Issue 12, 1247 – 1254.

Şekil 1. Dünyada 100.000 kişi başına yaşa göre standardize edilmiş DALY değerleri haritası

2.3. Bulaşma

Uyuz akarı, (*Sarcoptes scabiei* var. *hominis*), insana özgü zorunlu bir parazittir ve genellikle uyuzlu olan kişilerden bulaşır. Bulaşma en çok aynı yatakta yatmak gibi uzun süreli ve yakın deri teması ile gerçekleşir. Genellikle bulaşma için 15–20 dakika kadar süren temas gerektiğinden, kısa süreli tokalaşma veya hasta muayenesi gibi temaslarda bulaşma riski oldukça düşüktür.

Bulaşmadan çoğu zaman erişkin dişi akar sorumludur. Uyuzlu kişide parazit yükünün fazla olması, bulaşma riskini artırır. Özellikle deride milyonlarca akarın bulunduğu kabuklu uyuz vakalarında bulaşma riski, klasik uyuz olgularına göre çok daha yüksektir. Bu tür kabuklu uyuz hastalarıyla kısa süreli bir temas bile bulaşma için yeterli olabilir. Hatta bu hastalardan dökülen skuamlar bile bulaşmada rol oynayabilir.

Akarlar, yaşamlarının tüm evrelerinde zaman zaman oluşturdıkları tünellerden çıkarak deri yüzeyinde dolaşabilir. Bu sırada düşmeleri veya konaktan ayrılmaları mümkündür. Bu nedenle, bulaşma açısından deri yüzeyindeki akarlar oldukça önemlidir.

İnsan uyuz akarı bulaşmasının birincil yolu, iki birey arasında doğrudan deri temasıdır. Akarlar zıplayamazlar da deri yüzeyinde hareket edebilirler ve uzun süreli deri teması yapıldığında yeni bir bireye geçebilirler. Bu nedenle, uyuz olan biriyle doğrudan teması olan herkes, enfestasyon riski altında olabilir. Yeni bir kişiye geçtiğinde, akarlar birkaç dakika içinde tünel oluşturmaya başlayabilirler. Uyuz akarları başka bir enfeksiyon etkenini bulaştırmaz; ancak tünel oluşturma ve beslenme sürecinde enfestasyonun neden olduğu tahrişe ve alerjik reaksiyonlara bağlı kaşıntı nedeniyle sekonder deri enfeksiyonlarına yol açabilir.

Uyuz, çoğunlukla aile içinde görülen bir enfestasyondur. Özellikle eşler başta olmak üzere, diğer aile bireylerinde de hastalık bulunabilir. Ancak ailede başka bireylerde kaşıntı olmaması, uyuz hastalığını kesin olarak dışlamaz.

Fomitlerin yani uyuz paraziti taşıma olasılığı olan tüm eşyaların rolü belirsizdir, ancak akarlar, konağından uzak bir ortamda kısa süreliğine de olsa hayatta kalabilirler. Fomitler, bir kapı kolu ya da diğer yüzeyler gibi, enfeksiyöz organizmalarla kirlenmiş olabilecek ve bu organizmaların bulaşmasına neden olabilecek cansız nesneler olarak tanımlanır. Teorik olarak, uyuz akarlarının yatak çarşafı, yün battaniyeler, iç çamaşırları veya bandajlar gibi tekstil ürünleri aracılığıyla bulaşması mümkündür. Ancak pratikte, deri dışındaki yüzeylerde akarların hızla ölmesi ve bağışıklığı yeterli olan kişilerde akar sayısının çok az olması nedeniyle, klasik uyuzda böyle bir bulaşma yolunun oldukça nadir olduğu kabul edilmektedir. Daha önce uyuz hastası olan bir kişinin kullandığı yatakta uyuyanların %1'inden daha azında bulaş tespit edilmiştir. Ayrıca kişinin hijyen durumunun iyi olmasının, örneğin vücut temizliğini düzenli ve sıkça yapmasının bulaşma riskini azaltmadığı da gösterilmiştir.

Sarcoptes akarının hayvanlarda bulunan diğer varyantları zaman zaman insanlara bulaşabilir. Hayvan uyuz akarlarının bulaşmasında kuluçka süresi daha kısadır ve en sık bulaşma köpeklerden kaynaklanır. Lezyonların dağılımı tipik olarak farklı bir topoğrafik özellik gösterir ve genellikle hayvanla temas edilen deri bölgelerinde ortaya

çıkarak. Bu klinik tablo, uyuzlu hayvanla temasın kesilmesinden sonra çoğunlukla tedavi gerektirmeden kendi kendine düzelir.

2.4. Belirtiler ve Klinik Özellikler

Uyuzun en yaygın belirtisi, özellikle geceleri veya sıcak duş sonrası artan şiddetli kaşıntıdır. Klasik uyuzda klinik bulgular, parazitin bulaşmasından ortalama 2 ila 6 hafta (genellikle 4 hafta) sonra ortaya çıkar. Ancak daha önce uyuz geçirmiş ve bu parazite karşı duyarlılık geliştirmiş kişilerde bağışıklık sistemi tepkisi çok daha hızlı gelişir. Bu nedenle, aynı parazite yeniden maruz kalındığında klinik belirtiler 1 ila 3 gün içinde, hatta saatler içerisinde bile ortaya çıkabilir.

Genellikle kaşıntılı, sivilce benzeri kırmızı döküntüler ortaya çıkar. Bu belirtilerin en sık görüldüğü bölgeler arasında kafa, yüz, boyun, koltuk altı, dirsekler, bilekler, avuç içleri, kalçalar ve ayak tabanları yer alır.

Uyuz lezyonlarının tipik görünümü: Uyuz, üç farklı deri lezyon türünden biri veya bir kaçı ile kendini gösterebilir: papüller, nodüller ve tüneller. En yaygın olarak, deride <5 mm boyutlarında, kolayca hissedilebilen papüller ile kendini gösterir. Lezyonlar sıklıkla kaşıma nedeniyle tahriş olmuştur. Bazı durumlarda, uyuz, genital bölge, koltuk altı ve meme bölgesinde özellikle daha büyük (5–10 mm) ve hissedilebilen nodüller şeklinde de görülebilir. Uyuz tünelleri, dişi akarların stratum corneumda kazarak oluşturdukları kısa (genellikle <5 mm) lineer lezyonlardır. Tüneller, uyuzun oldukça patognomonik bulgularıdır, ancak bunları bulmak zor olabilir ve tekrar eden enfestasyon ve ikincil enfeksiyonların yaygın olduğu yüksek endemik bölgelerde sıklıkla mevcut olmayabilir. Uyuz lezyonlarının tipik görünümleri ve özellikleri Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Uyuz Lezyonlarının Tipik Görünümü

1. Papüller: - En sık görülen lezyon tipidir. - Genellikle 5 mm’den küçük, elle hissedilebilen küçük kabarcıklardır. - Çoğu zaman kaşıma nedeniyle tahriş olmuş halde bulunurlar.
2. Nodüller: - Daha az sıklıkta görülür. 5–10 mm arasında, daha büyük ve elle hissedilebilen şişliklerdir.

- Özellikle genital bölge, koltuk altı ve meme çevresi gibi alanlarda görülür.

3. Tüneller:

- Dişi uyuz akarlarının cildin üst tabakası olan *stratum corneum*'da açtığı kısa (genellikle <5 mm) çizgisel lezyonlardır.
- Uyuz için çok patognomoniktir, ancak saptanması zor olabilir.
- Özellikle uyuzun yaygın olduğu bölgelerde, tekrar eden enfestasyonlar ve ikincil enfeksiyonlar nedeniyle tünellere rastlamak zorlaşabilir.

Uyuz enfestasyonu ilerledikçe, döküntülü egzama, ilaç reaksiyonları, impetigo, folikülit, dermatit herpetiformis, piyodermal, tinea, pityriasis, sedef hastalığı, frengi, mikozis fungoides, lupus, akut ürtiker, böcek ısırıkları ve kontakt dermatit gibi diğer dermatolojik durumları taklit edebilir. Deri lezyonları, *S. aureus* veya beta hemolitik streptokoklar gibi bakterilerle enfekte olabilir. Bu durum, bakteriyel deri enfeksiyonu olarak yanlış tanı konmasına ve uyuzun maskelenmesine neden olabilir.

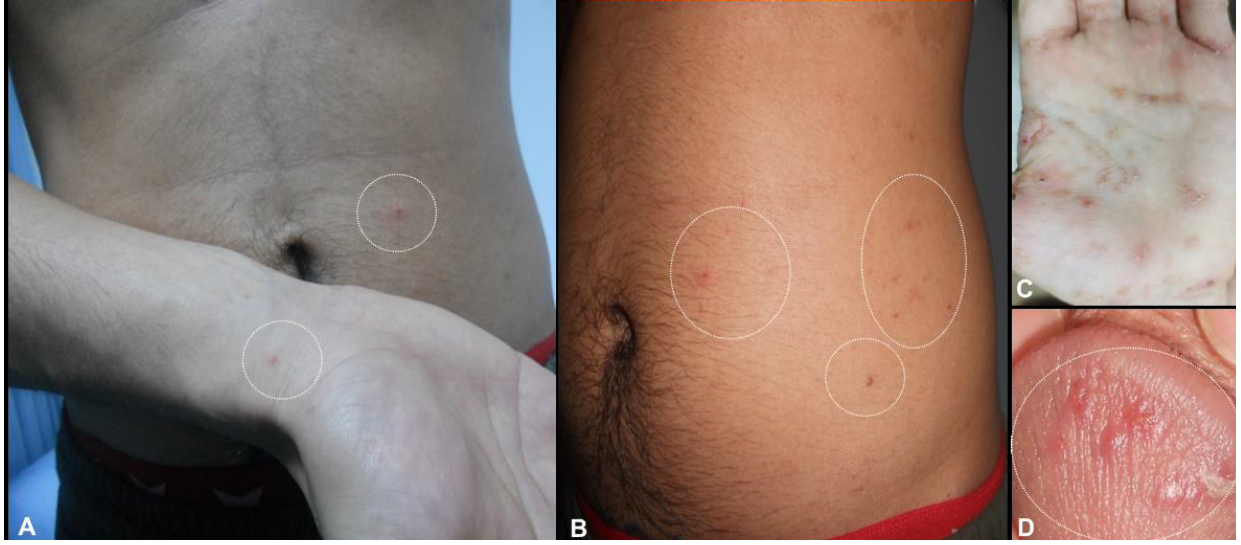
Uyuz enfestasyonunun şiddeti, deride yaşayan akar sayısı ve ilk enfestasyondan tanı ve tedaviye kadar geçen süreyle doğrudan ilişkilidir. Uyuz enfestasyonları genellikle:

1. Klasik (tipik, olağan, sıradan) uyuz
2. Kabuklu (atipik, Norveç) uyuzu olarak sınıflandırılır.

Enfestasyonun ilerleyişini etkileyen çeşitli fizyolojik ve immünolojik faktörler bulunur. Tedavinin geciktirilmesi klasik uyuzun kabuklu uyuza dönüşmesine sebep olabilir. Böbrek yetmezliği, insüline bağımlı diyabet veya ciddi zihinsel engellilik tanısı konan kişilerin, sağlıklı kişilere kıyasla klasik uyuzdan kabuklu uyuz formuna geçiş süreci daha kısa olabilir. Kabuklu uyuzun, edinilmiş bağışıklık yetmezliği sendromu (AIDS), T hücreli lösemisi gibi bağışıklık sistemi baskılanmış hastalar ile steroid veya immünsüpresif tedavisi gören kişilerde gelişme riski yüksektir.

Klasik uyuz

Klasik uyuz, tipik olarak hafif kabarık, lineer tüneller şeklinde görülen lezyonlarla kendini gösterir. Bu tünellerin uzunluğu birkaç milimetreden bir santimetreye kadar değişebilir. Akar, bazen tünelin ucunda siyah bir nokta şeklinde görülebilir. Uyuzun derideki en sık deri belirtileri Şekil 2'de gösterilmektedir.



Şekil 2. Uyuzun derideki en sık belirtileri

Kaşımaya nedeniyle tepesi yolunmuş kırmızı deri kabarıklıklarıdır (**A, B**). Ellerin içerisinde (**C**), erkeklerde özellikle penisin uç kısımlarında (**D**), sivilce benzeri kabarıklıklar, küçük yara ve soyulmalar uyuz için çok karakteristik belirtilerdir. Referans: Uzun S, Durdu M. *Derimiz için öneriler*. 1st ed. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevleri; 2021, 668-73.

Büyük çocuklar ve erişkinlerde lezyonlar genellikle parmak aralarında, el ve ayakların yan kısımlarında, kemer hattında, meme uçlarında, kalçalarda ve genital bölgelerde bulunur. Yüz tutulumu ise nadirdir. Penil veya skrotal nodüler lezyonlar, uyuz için oldukça özgül bulgulardır. Beş yaş altı çocuklarda ise baştan ayağa yayılmış, egzamatöz yaygın lezyonlar görülebilir.

Kafa, yüz, boyun, avuç içleri ve ayak tabanlarında görülen döküntüler genellikle bebeklerde ve çok küçük çocuklarda ortaya çıkar (Şekil 3). Daha büyük çocuklar ve erişkinlerde ise bu bölgelerde döküntü oluşumu nadirdir. Bebeklerde ve küçük çocuklarda özellikle saçlı deri, boyun, avuç içleri ve ayak tabanlarında vezikül benzeri lezyonlar gelişebilir.



Şekil 3. Küçük çocuklarda uyuz belirtileri

Uyuz, özellikle küçük çocuklarda el içi ve ayak tabanında içi cerahatli kabarcıklara ve kabuklanmalara neden olabilir (A, B). Çok bulaşıcı olan kabuklu uyuzda deride yaygın, kepeklenme ve kabuklanmalar meydana gelebilir (C). Referans: Uzun S, Durdu M. *Derimiz için öneriler*. 1st ed. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevleri; 2021, 668-73.

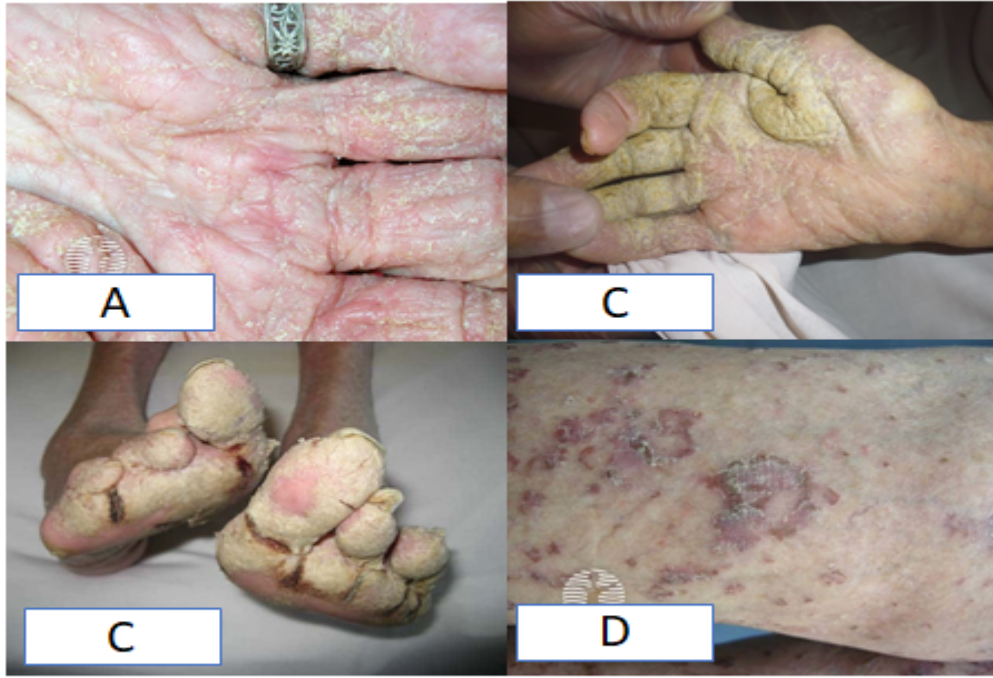
Uyuz lezyonlarının tipik dağılımı Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Uyuz Lezyonlarının Tipik Dağılımı

Büyük çocuklar ve yetişkinlerde: - Lezyonlar genellikle üst kolun ortasından aşağıya, uyluğun ortasından aşağıya olan bölgelerde bulunur. - Kasık, peri-umbilikal, meme bölgesi de sık etkilenen alanlardır. - En sık görüldüğü yerler: - Eller, özellikle parmaklar, parmak araları ve bilekler
Bebeklerde: - Lezyonlar genellikle daha yaygındır. - Vücut gövdesi, saçlı deri, avuç içleri ve ayak tabanları dahil olabilir.

Kabuklu uyuz

Kabuklu uyuz, çok sayıda akar içeren pul pul dökülen döküntüler ve kalın kabuklu deri lezyonları ile karakterizedir ve deride yoğun dökülmeye neden olur (Şekil 4). Bu kabukların içinde binlerce ila milyonlarca canlı akar bulunur. Ayrıca aşırı hiperpigmentasyon, pullu döküntü ve deri enfeksiyonu olabilir, kaşıntı ve döküntüler her zaman mevcut olmayabilir. Kabuklu uyuz vakaları, akar sayısının fazla olması nedeniyle daha bulaşıcıdır ve tedavileri daha zordur. Bu nedenle halk sağlığı açısından özel önem taşır.



Kabuklu uyuz. (A) Avuç içinde erken dönemde kabuklu uyuz, **(B)** avuç içinde ileri dönemde kabuklu uyuz, **(C)**, ayaklarda ileri dönemde kabuklu uyuz **(D)**, kabuklu uyuzun koldaki lezyonları

Şekil 4. Kabuklu uyuzun deri belirtileri

Referanslar: 1) UK Health Security Agency. UKHSA guidelines for the management of scabies cases and outbreaks in communal residential settings. Updated 23 April 2025. <https://www.gov.uk/government/publications/scabies-management-advice-for-health-professionals/ukhsa-guidance-on-the-management-of-scabies-cases-and-outbreaks-in-long-term-care-facilities-and-other-closed-settings>.

2) DermNet. Scabies images. <https://dermnetnz.org/images/scabies-images>

Kabuklu uyuzda, derideki akarlar olağanüstü bir şekilde çoğalır. Klasik uyuzda tüm deri yüzeyinde genellikle en fazla 20 akar bulunurken, kabuklu uyuzda bu sayı binlerce hatta milyonlarca olabilir. Bu yüksek akar yükü nedeniyle kabuklu uyuzun kuluçka süresi, klasik uyuzdan daha kısa olabilir ve semptomlar bulaşmayı takiben 4–5 gün içinde ortaya çıkabilir. Kabuklu uyuzun gelişiminde, parazitin virülansından ziyade konağa ait faktörler (örneğin bağışıklık sistemi yetersizlikleri) belirleyici rol oynar. Kabuklu uyuz, en yaygın olarak yaşlı, bağışıklık sistemi baskılanmış veya yetersiz beslenmiş kişilerde görülür.

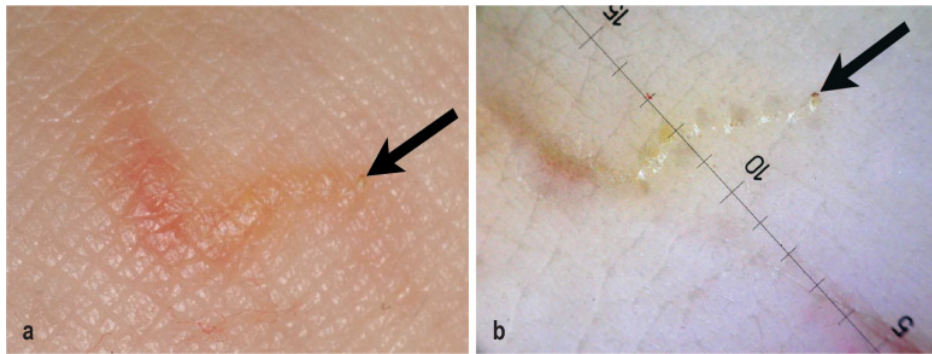
Bu form son derece bulaşıcı olduğundan özellikle yatak çarşafı, kanepe, giysi gibi eşyalar aracılığıyla bulaşma, klasik uyuz formuna kıyasla çok daha sık görülür. Kabuklu uyuz hastalarının bulunduğu ortamlarda akar yoğunluğu son derece yüksektir. Bu nedenle kabuklu uyuzu olan kişilerin uyuz salgınlarını tetikleyebilecek potansiyelde olduğu kabul edilir.

2.5. Tanı

Uyuz enfestasyonu esas olarak toplumda klinik bulgulara dayanarak tanı konulan bir hastalıktır. Günümüzde mevcut testler, uyuzun tanı ve yönetiminde nadiren yardımcı olmaktadır ve uyuz teşhisi için şu anda sahada kullanılabilecek “pratik” bir hızlı test mevcut değildir. Uyuz, mikroskopi, doğrudan görselleştirme ve klinik olarak teşhis edilebilir.

Deri kazıntılarının ışık mikroskopunda incelenerek akar, yumurta veya dışkılarının tespit edilmesi genellikle “altın standart” olarak kabul edilse de nadiren uygulanır, teşhis ekipmanına sahip uzmanlaşmış danışmanlarla sınırlıdır. Ayrıca invaziv ve zaman alıcıdır, çünkü doğru bir tanı için deri kazıntısı gereklidir ve birçok yanlış negatif sonuç verebilir.

Non-invaziv yöntemler arasında tünelleri ve tünellerdeki akarları bulmak için 10x–1000x büyütme yapan dermoskopi, video-dermoskopi ve video-mikroskopi gibi basit, düşük maliyetli ve elde taşınan araçlar yer alır. Bir dermoskopi ile tünel ya da akarların tespit edilmesi uyuz için tanı koydurucudur ancak tecrübe gerektirir. Uyuz tünellerinin klinik ve dermoskopik görüntüleri Şekil 5’te gösterilmiştir.



a. Klinik bulgu

b. Dermoskopi bulgusu

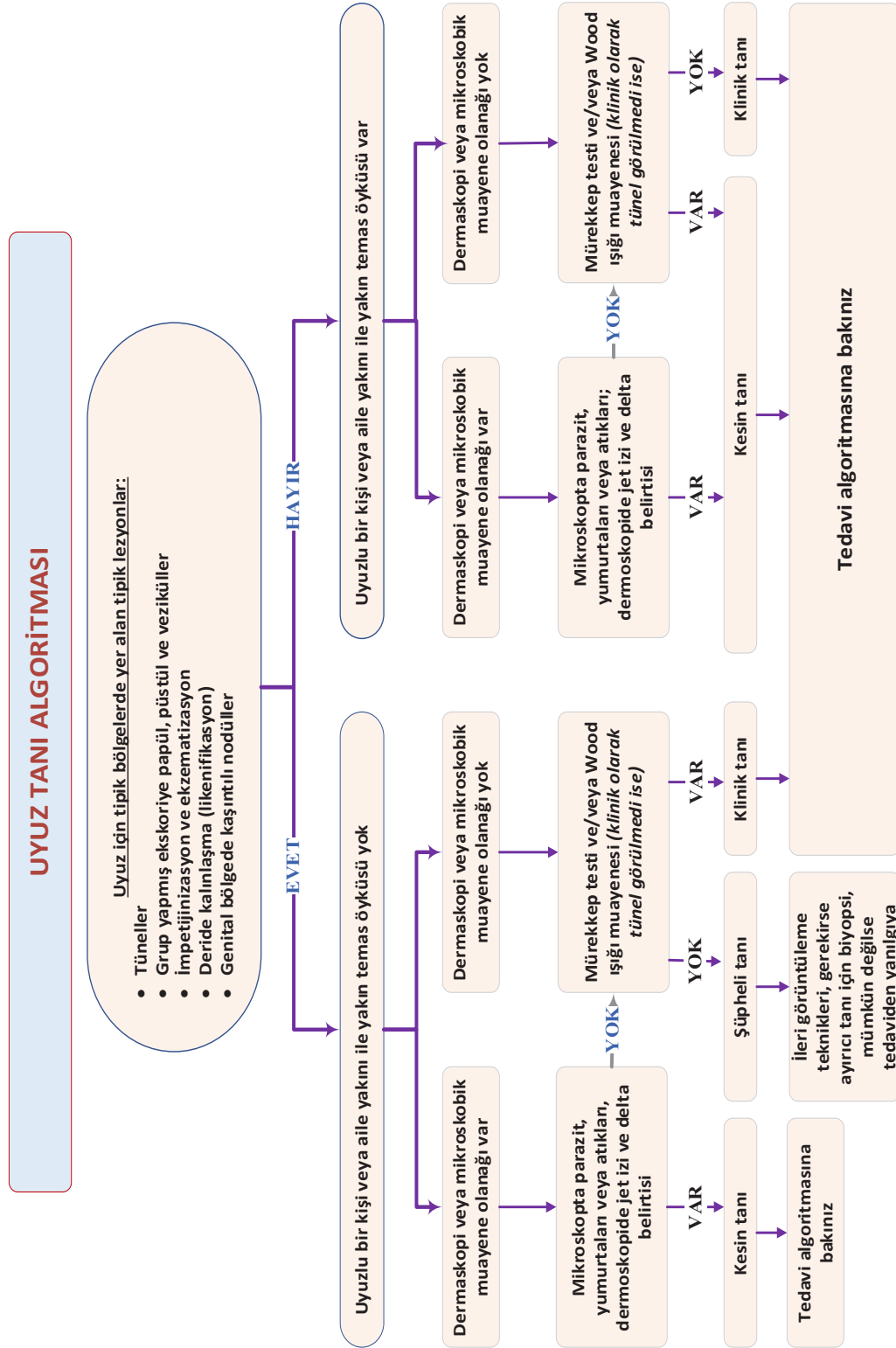
Şekil 5. Uyuz tünellerinin klinik ve dermoskopik görüntüleri

Referans: Sunderkötter, C., Wohlrab, J., & Hamm, H. (2021). Scabies: epidemiology, diagnosis, and treatment. Deutsches Ärzteblatt International, 118(41), 695.

Klinik tanı, eğitim ve deneyim gerektirir ve hasta öyküsü ile muayeneye dayanır. İyi bir klinik muayene uyuz tanısı ve ayırıcı tanısı açısından önemli ipuçları verir. Hastaların ideal olarak aydınlık bir ortamda tüm vücut muayenesi yapılmalı, bebeklerde ve yaşlılarda baş ve yüz bölgesine de bakılmalıdır. Tam muayenenin mümkün olmadığı durumlarda en azından dört ekstremita muayenesi yapılmalıdır.

Kollar en az orta-üst koldan parmak uçlarına kadar, bacaklar en az uyluk ortasından ayak parmaklarına kadar muayene edilmelidir.

Kaşıntı çok sayıda hastalığa bağlı gelişebildiğinden mikroskop veya diğer görüntüleme yöntemleri ile akarların gösterilemediği vakalarda klinik olarak uyuz tanısı koyabilmek için uyuz akarlarının neden olduğu tüneller, genital bölgede kaşıntılı nodüller ve kaşıntının özellikleri oldukça önemlidir. Kaşıntı özellikle gece ve sıcakla artar ve klasik kaşıntı ilaçlarına yanıt vermez. Hastanın uyuz için tipik bölgelerinde kaşıntı hikayesinin varlığı da klinik tanı açısından oldukça önemlidir. Tipik dağılım ve tipik lezyonlar ile birlikte hikayesinde hem uyuzlu bir kişiye temas öyküsü hem de temas sonrası başlamış bir kaşıntı var ise kesin uyuz tanısı konulabilir (Şekil 6).



Şekil 6. Uyuz Tanı Algoritması

Referans: Uzun S, Durdu M, Yüreklil A, ark. Uyuz Tanı ve Tedavi Rehberi. Türk Dermatoloji Derneği.

2.6. Ayırıcı Tanı

Uyuz hem oluşturduğu farklı tipteki klinik form ve lezyonlarıyla hem de ana semptomu olan kaşıntı nedeniyle özellikle kaşıntının ön planda olduğu atopik dermatit, kontakt dermatit, egzama, böcek ısırıkları ve liken planus gibi pek çok deri hastalığı ile karışabilir. Uyuz hastalarının tanı ve tedavi yanlışlıklarına maruz kalması nadir karşılaşılan bir durum değildir.

Uyuz gebelik döneminde görülebileceği gibi gebeliğin kaşıntılı dermatozları da uyuzu taklit edebilir. Bunlar içerisinde yer alan ve fetal riskler nedeniyle önem arz eden gebeliğin intrahepatik kolestazi, tıpkı uyuz gibi prurigo papüllerine yol açabilir. Bu nedenle özellikle son trimesterde şiddetli kaşıntıyla başvuran gebelerde uyuz ve kaşıntılı gebelik dermatozlarının ayırımı iyi yapılmalıdır. Psikodermatozlardan parazit delüzyonu yanlışlıkla ve defalarca uyuz tedavisi alınmasına yol açacak kadar uyuzu taklit edebilecek bir tablodur.

Tüm kaşıntılı tablolarda uyuzu öncelikli olarak akla getirmek, öyküyü iyi değerlendirmek (yaş, süre, temas ve aile öyküsü varlığı, kaşıntıda noktöernal kreşendo) ve dikkatli muayene (tipik lezyonların ve tünellerin araştırılması, dermoskopik bulgular) uyuzun klinik ayırıcı tanısı açısından önemli yaklaşımlardır.

2.7. Tedavi

Uyuz, güvenli ve etkili antiparaziter ilaçlarla tedavi edilir. Uyuza neden olan akarları ve yumurtalarını yok etmek amacıyla topikal ve/veya sistemik tedavi yöntemleri kullanılır. Ülkemizde uyuz tedavisinde kullanılan ilaçlar SGK bedeli ödenecek ilaçlar listesinde yer almaktadır. Tüm semptomatik hastalar ile uzun süreli deri teması olan yakın temaslılar, şikayetleri olmasa dahi mutlaka tedavi edilmelidir. Ayrıca, yeniden enfestasyonun önlenmesi için vakaların ve temaslıların aynı 24 saatlik süre içinde tedavi edilmesi önem taşımaktadır.

Tedavi öncesinde, enfekte kişilerin ve yakın temaslılarının kullandığı çarşaf, giysi ve havlular mutlaka dekontamine edilmelidir. Bu; eşyaların sıcak suda yıkanması ve sıcak kurutucuda kurutulması, kuru temizleme yapılması veya en az 7 gün boyunca ağzı kapalı plastik bir torbada bekletilmesi yoluyla sağlanabilir. Uyuz akarları, insan konağından uzakta genellikle 2–3 günden fazla hayatta kalamazlar.

2.7.1. Topikal Tedavi

a) Permetrin

Uyuz tedavisinde ilk seçenek topikal tedavidir. Bu amaçla ülkemizde Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurulu tarafından ruhsatlandırılmış permetrin, kükürt, benzil benzoat ve krotamiton içeren krem, losyon ve pomadlar mevcuttur.

Uyuz tedavisinde en sık tercih edilen birinci basamak ilaçlar permetrin içeren krem veya losyonlardır. Yüzde beş (%5) permetrin içeren preparatlar, bir hafta arayla iki kere uygulanır. Her uygulamadan sonra ilacın 8–14 saat boyunca deride kalması, ardından yıkanması önerilir. Renksiz ve kokusuz olan bu topikal ilaçlar, uzun süre "altın standart" olarak kabul edilmiştir. Her ne kadar son yıllarda yapılan bazı çalışmalarda, uyuz etkeninin permetrine karşı direnç geliştirdiğini bildiren çalışmalar olsa da bu durumun gerçek bir dirençten ziyade, yanlış veya yetersiz uygulamaya bağlayan araştırmalar da mevcuttur.

Permetrin içeren ilaçlar hızla metabolize edildiği için gebelik ve emzirme dönemlerinde güvenle kullanılabileceği belirtilmektedir. Laktasyon döneminde göğüs bölgesine uygulama yapılmışsa, emzirmeden önce ilgili bölge temizlenmeli ve gerekirse emzirmeden sonra tekrar uygulanmalıdır. Aynı şekilde, çocuklarda yüz bölgesine uygulanması gereken durumlarda, ilacın yalama mesafesinden uzağa sürülmesi önerilir. Ayrıca, bebeklerin ilacı yalama yoluyla yüksek miktarda mineral parafine maruz kalabileceği göz önünde bulundurularak, meme bölgesine yalnızca suyla karışabilen krem, jel veya losyonların kullanılması tercih edilmelidir.

b) Kükürt

Ülkemizde, vazelin içinde hazırlanmış %3–10 oranında kükürt içeren majistral karışımlar ile bazı hazır preparatlar, uyuz tedavisinde sıkça kullanılan topikal ajanlardandır. 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. Yumurta veya kalan akarların öldürülmesi için aynı işlemin bir hafta sonra tekrarlanması gerekir. Yüksek konsantrasyonlarda kükürt içeren karışımların uygulanmasının ardından hastaların yaklaşık üçte birinde kserotik egzama gelişebildiği bildirilmektedir. Göreceli olarak ucuz ve güvenli olan bu tedavi yönteminin, özellikle gebelerde, emziren kadınlarda ve

bebeklerde %6 konsantrasyonda kullanılması önerilmektedir. Kükürt, keskin ve rahatsız edici kokusu ve giysilerde leke bırakma eğilimi nedeniyle genellikle ilk seçenek olarak tercih edilmez; ancak permetrine yanıt alınamayan durumlarda tercih edilir.

c) Benzil benzoat

Benzil benzoatın %25'lik formu erişkinlerde, %10 veya %12,5'lik formları ise çocuklarda 1937 yılından bu yana uyuz tedavisinde kullanılmaktadır. Düşük maliyetli olması ve özellikle %25'lik formuna karşı henüz direnç gelişmemiş olması nedeniyle tercih edilmektedir. İlacın kullanımını sınırlayan en önemli faktör ilaca bağlı gelişen irritasyondur. Tedavi protokolü genellikle banyo sonrası boyundan aşağı tüm vücuda ilacın uygulanması şeklindedir. Bu uygulama, iki ila üç gün boyunca günde bir kez tekrarlanır. İlacın göze temasından kaçınılmalıdır.

d) Krotamiton

Krotamitonun %10'luk krem veya losyonu hem erişkin hem de çocuklarda beş ardışık gün tüm vücuda günde 1-2 defa uygulanır. İlk uygulama öncesi ve altıncı günde banyo yapılması önerilir. Önerilen bir başka yöntem ise ilacın ilk uygulanmasından sonra 24 saat içerisinde banyo yapmadan tekrar uygulama yapmak ve son uygulamadan 2 gün sonra banyo yapmaktır. Krotamiton antibakteriyel etkisi nedeniyle sekonder impetijinize lezyonların da düzelmesini sağlar ve antipruritik etkisi hastalar için önemli bir avantajdır. Toksisitesinin düşük olması ve irritasyon etkisinin nadir olması nedeniyle krotamiton, genellikle bebeklerde ve küçük çocuklarda tercih edilebilir, ancak çocuklarda kullanımı açısından FDA onayı yoktur.

Bu ilaçlara ilave olarak topikal uyuz tedavisinde peru balsamı da kullanılabilir. Hazır bir ilaç formu bulunmadığından majistral ilaç şeklinde kükürtlü karışımlarda olduğu gibi üç gün üst üste uygulanıp yıkanılır, bir hafta sonra aynı uygulama tekrarlanır. Peru balsamı kontakt duyarlılık yapabilir.

Topikal olarak uygulanan uyuz tedavi ilaçlarının kullanımına ilişkin detaylı bilgi Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Topikal olarak uygulanan uyuz tedavi ilaçlarının özellikleri

İlaç	Formülasyon	Önerilen tedavi	Yan etkileri	Çocuklarda kullanımı	Gebelikte kullanımı	Emzirenlerde kullanımı
Permetrin	Krem, losyon	8-12 saat deride kaldıktan sonra yıkanır, 1 hafta sonra tekrarlanır	Kaşıntı, yanma, batma, egzama	2 aylıktan büyük infantlarda onaylı olmasına rağmen 2 aylıktan küçük infantlarda da pediatrik dermatologlar tarafından en sık önerilen ilaç	Kategori B	Güvenli
Kükürt	Krem, merhem	3 gün üst üste uygulanıp 1 hafta sonra tekrarlanır	Koku ve kserotik egzama	Güvenli, bebeklerde %6 konsantrasyonda	Kategori C (sınırlı kullanım, muhtemelen güvenli, %6 konsantrasyonda)	Anne sütüne geçip geçmediği bilinmiyor, %6 konsantrasyonlarda kullanılabilir.
Benzil benzoat	Losyon	2-3 gün üst üste uygulanıp 1 hafta sonra tekrarlanır	Kaşıntı, yanma, batma, püstül, deri irritasyonu ve egzama, nörolojik komplikasyonlar	2 yaşından büyük çocuklarda güvenli	Önerilmez	Önerilmez, anne sütüne geçip geçmediği bilinmiyor.
Krotamiton	Krem, losyon	İki gece üst üste sürülür	Kaşıntı, deri irritasyonu, eritem, egzama, anafilaksi	Önerilmez	Kategori C	Önerilmez, anne sütüne geçip geçmediği bilinmiyor.

Referans: Uzun S, Durdu M, Yürekli A. ark. Uyuz Tanı ve Tedavi Rehberi. Türk Dermatoloji Derneği.

Uyuz belirtileri, akarların ve dışkılarının neden olduğu aşırı duyarlılık reaksiyonuna bağlı olarak geliştiğinden, tüm akarlar ve yumurtalar öldürülmüş olsa bile kaşıntı, tedavi sonrasında birkaç hafta daha devam edebilir. Bu süre 6 haftaya kadar sürebilir; ancak bu durum, tedavinin başarısız olduğu anlamına gelmez. Kaşıntı, akarların neden olduğu alerjik bir reaksiyon sonucudur. Bu şikâyetin hafifletilmesi için antihistaminikler kullanılabilir. Ayrıca, eğer deri lezyonları enfekte olursa, ek olarak antibiyotik tedavisi gerekebilir.

Etkili bir uyuz tedavisi için dikkat edilmesi gereken hususlar Tablo 4'te belirtilmiştir.

Tablo 4. Uyuz Tedavisinde Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar

Uygulamadan önce:

- Losyon/krem temiz, serin bir yerde saklanmalıdır.
- Uygulama öncesi tırnaklar kesilmeli, varsa kol saati ve yüzükler çıkarılmalıdır.
- Uygulama öncesi sıcak ve keseli banyo yapmak, tünellerin açılmasını sağlar ve parazitin sürülen ilaçla temas etme olasılığını artırır. Vücut tamamen kurulanıp, ilaç tarif edildiği şekilde sürüldükten sonra temiz giysiler giyilir.

Uygulama esnasında:

- İlaç kuru cilde uygulanmalıdır (ancak banyodan hemen sonra uygulanmamalıdır).
- Uyuz paraziti derinin herhangi bir yerinde olabilir. Bu nedenle sürme ilaç; göz, ağız ve burun içerisi hariç, varsa açık yaralara temas etmeyecek şekilde, kaşınan veya kaşınmayan tüm vücut bölgelerine sürülmelidir:
 - Kıvrım yerlerine (koltukaltı, kasıklar, anogenital bölge derisine, diz arkası, dirsek içi, el-ayak parmak araları, göbek deliği içerisine)
 - Tırnaklara (yumuşak bir fırça ile el ve ayak tırnaklarının altlarına)
 - El içi-ayak tabanına
 - Kulak arkalarına
 - Özellikle çocuklarda ve yaşlılarda yüz ve saçlı deri dâhil (ağız, burun içi ve göz hariç) derinin tamamına
- Sırt gibi ulaşılması zor bölgelere ilacı sürmek için yardım istenebilir.
- Elleri veya vücudun herhangi bir bölümünü süre dolmadan yıkamak gerekirse bu bölgelere tekrar ilaç uygulanmalıdır.

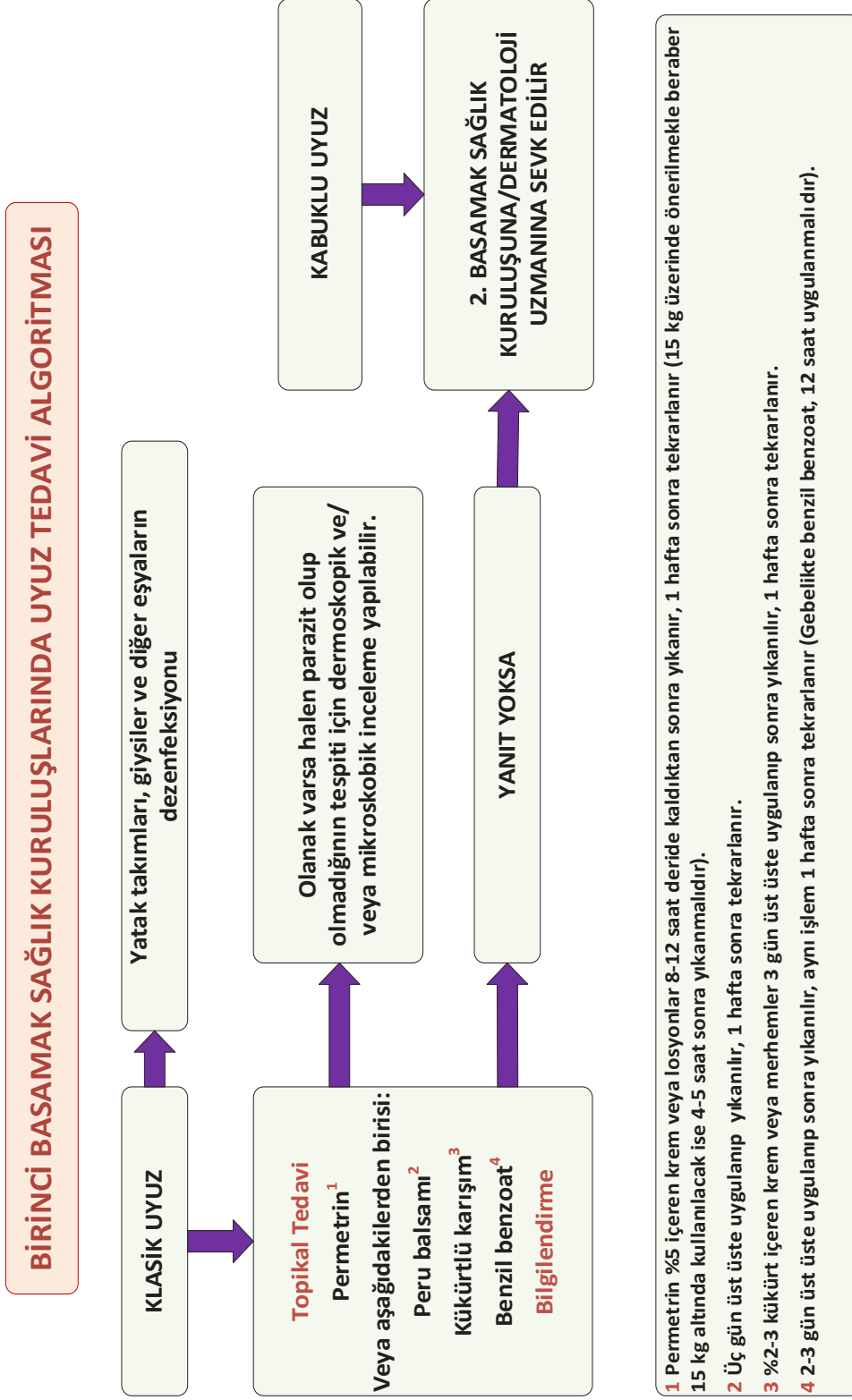
- Kükürtlü ilaçlar, yıkanmadan arka arkaya üç gün boyunca sürülür, ardından banyo yapılır.
- Uyuz ilaçları genellikle parazit yumurtalarına karşı etkisizdir. Bu nedenle ilk uygulamadan bir hafta sonra (yumurtadan çıkan yavru parazitleri öldürmek için) aynı tedavi bir kez daha yapılmalıdır.

Uygulama sonrası:

- İlacın vücutta kalma süresi genellikle 8-12 saat arasındadır. Bu süre sonunda banyo yapılarak ilaç vücuttan temizlenir ve temiz giysiler giyilir, yatak örtüleri değiştirilir.
- Yatak kılıflarının, çarşafların, havlu, giysi ve çamaşırların 50 °C'de 10 dakika yıkanması veya kurutulması parazitleri yok eder. Yıkanamayan veya kurutma yapılamayan, üzerinde uyuz parazitin bulunma ihtimali olan tüm eşyalar kapalı plastik bir torbada soğuk hava koşullarında (4 °C) 7 gün, ılıman iklim koşullarında (22 °C) 4 gün boyunca veya bir dondurucuda -10 °C'de 5 saat boyunca bekletilebilir.
- Odalar normal temizlik ürünleri ile iyice temizlenebilir, halı kaplı zeminler ve döşemeli mobilyalar elektrik süpürgesi ile çekilebilir.
- Tedavi sonrası deri akardan tamamen temizlenmiş olsa bile kaşıntı azalarak 2-4 hafta kadar daha devam edebilir (bu süreyi aşan kaşıntılarda tekrar doktora başvurulmalıdır).

Uyuzlu kişinin yakın temasta olduğu herkes (birlikte yaşadığı aile üyeleri, eşi, çocukları, çocukların okul arkadaşları, aynı evde yaşanan kişiler, bakıcılar veya cinsel eşi gibi), şikâyetleri olmasa dahi uyuzlu kişiyle aynı zamanda tedavi görmelidirler.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında uyuz tedavisine ilişkin algoritma Şekil 7'de belirtilmiştir.



Şekil 7. Uyuz Tedavi Algoritması

Referans: Uzun S, Durdu M, Yürekli A, ark. Uyuz Tanı ve Tedavi Rehberi. Türk Dermatoloji Derneği.

2.7.2. Sistemik Tedavi

Uyuz tedavisinde sistemik tedavi; klasik uyuzda topikal tedavinin etkisiz olduğu durumlarda ikinci seçenek, kabuklu uyuzda ise topikal tedavi ile birlikte birinci seçenek olarak kullanılmaktadır. FDA tarafından uyuz tedavisinde kullanımı onaylanmamışsa da şu an için oral ivermektin uyuzda sistemik tedavinin ana ilacıdır ve ülkemizde ivermektin etkin maddesi içeren ruhsatlı ilaçlar mevcuttur. Topikal tedavinin başarısız olduğu uyuz vakalarında, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji veya dermatoloji uzmanları tarafından reçete edilmesi halinde bedeli SGK tarafından ödenmektedir. Klasik uyuz tedavisinde ivermektinin bir hafta arayla tek seferde 200 µg/kg şeklinde 2 kez kullanılması önerilmektedir. İvermektinin 15 kg altındaki çocuklarda ve gebelerde kullanımı önerilmemektedir (Tablo 5).

Tablo 5. Kilograma Göre Oral İvermektin Dozları

Vücut ağırlığı (kg)	Tek seferlik doz (3 mg tablet sayısı)
15-24	1 tablet
25-35	2 tablet
36-50	3 tablet
51-65	4 tablet
66-79	5 tablet
≥80	200 µg/kg olarak hesaplanır

2.7.3. Tedavi Başarısızlığı

Uyuz belirtileri tedavi sonrasında 7-14 gün içinde devam ederse, şiddetlenirse veya yeni lezyonlar ortaya çıkarsa, bu tedavi başarısızlığını gösterebilir. Tedavi başarısızlığının en yaygın nedenleri aşağıda sıralanmıştır:

1. Uyuz losyonu/kremi uygulamasının yetersiz olması.
2. Tedavi edilmeyen bireylerle sürekli temas.
3. Yakın kişisel temaslar ve aile üyelerinin yanlış tanımlanması ve tedavi edilmemesi.
4. Tedavi süresi boyunca topikal steroidlerin kullanılması.

5. Etkisiz çevresel temizlik.
6. Uyuz ilacına karşı direnç.
7. Gerekirse ikinci bir uygulamanın yapılmaması.

Tedavi başarısızlığı, yanlış uyuz teşhisi konulması nedeniyle de olabilir. Birçok ilaç reaksiyonu veya yan etki, uyuz belirtilerini taklit ederek deri döküntüsü ve kaşıntıya neden olabilir. Egzama gibi bazı deri rahatsızlıkları da uyuz olarak yanlış teşhis edilebilir. Uyuz teşhisi mümkünse, akar, yumurta veya akar dışkısının mikroskop altında gözlemlendiği bir deri kazıntısı ile doğrulanmalıdır.

3. BİLDİRİM VE SÜRVEYANS

Uyuz, ülkemizde Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar içerisinde yer almamaktadır. Ancak Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler (SİNA) ve Bulaşıcı Hastalık Sürveyans ve Erken Uyarı Sistemi (İZCİ) sistemlerinden takip edilmektedir. Uyuz (skabiyez) ICD-10 tanı kodu B86'dır. B86 tanı kodunun alt kırılımları bulunmamaktadır.

Uyuz için vaka tanımı aşağıda belirtilmiştir.

Klinik Tanımlama

Aşağıdaki klinik kriterlerden en az birinin bulunmasıdır.

1. Ellerde (özellikle parmak aralarında), bilek, dirsek, koltuk altı, umblikus etrafı, bel çevresi, genital bölge, kalça ve ayak bileklerinde yoğun kaşıntı (özellikle gece ve sıcakla artan)
2. Uyuz akarlarının neden olduğu tünellerin olması

Epidemiyolojik Kriterler

1. Olası ya da kesin tanı konmuş uyuzlu birisiyle temas öyküsü
2. Aynı evde yaşayan bireylerde benzer kaşıntı öyküsü
3. Kalabalık ortamda (yurt, cezaevi, bakım evi vb.) yaşama öyküsü
4. Son 1 ay içerisinde seyahat vb. nedenlerle evi dışında konaklama öyküsü

Laboratuvar Kriterleri

Aşağıdaki laboratuvar tanı kriterlerinden en az birinin bulunmasıdır.

1. Mikroskopik inceleme ile akarın, yumurtalarının veya dışkı atıklarının görülmesi
2. Dermoskopik inceleme (jet izi, delta belirtisi ve ball sign tanısallı olabilir) veya mürekkep testi veya Wood ışığı ile akarın veya tünel yapısının görülmesi

3. Histopatolojik incelemede akarın kendisinin ve/veya yumurta ve dışkılarının görüntülenmesi

Vaka Sınıflaması

Şüpheli Vaka: Tanımlanmamıştır.

Olası Vaka:

Klinik tanımlamaya uyan ve aynı zamanda epidemiyolojik kriterlerden en az birini sağlayan vaka

Kesin Vaka:

Laboratuvar kriterlerinde en az birisi ile doğrulanmış vaka

4. TOPLU YAŞAM ALANLARINDA UYUZ KONTROLÜ

Uyuz enfestasyonlarının çoğu ev içi ortamlarda meydana gelir. Ancak insanların yakın mesafede yaşadığı, uzun süreli bakım tesisleri, yatılı okullar, kreşler, huzurevleri ve cezaevleri gibi kalabalık yaşam koşullarında da uyuz salgınları ortaya çıkabilir. Her uyuz salgını benzersizdir ve özelleştirilmiş bir yaklaşım gerektirir. Özellikle yaşlılar, çocuklar, genç yetişkinler ve bağışıklık sistemi zayıf olan bireyler uyuz enfestasyonuna karşı daha savunmasızdır.

Uyuzun uzun süreli bakım tesislerindeki yaşlılardaki klinik tablosu çok farklı olabilir. Tüneller ve döküntüler, genellikle giysilerin örttüğü gövde veya bacak gibi bölgelerde görülür. Bu nedenle kıyafetlerin çıkarılması dahil dikkatli ve kapsamlı bir muayene önerilmektedir. Bazı bireylerde — özellikle bilişsel bozukluğu olanlarda — hiçbir belirti görülmeyebilir, bu da tanıyı son derece zorlaştırır. Bilişsel bozukluğu olan kişiler, kaşındıklarını ifade edemeyebilir ve kaşınmayabilirler. İkincil bakteriyel enfeksiyonlar, altta yatan bir uyuz enfestasyonunu gizleyebilir.

Toplu yaşam alanlarında uyuz salgınlarından sadece oralarda kalanlar dışında sağlık çalışanları, öğrenciler, temizlik görevlileri gibi kurumda çalışan personel de etkilenebilmektedir. Uyuz ile uyumlu belirtileri olan personel sağlık kuruluşuna sevk edilerek değerlendirilmesi, tanı alması halinde tedavisinin yapılması sağlanmalıdır. Ayrıca uyuz tanısı alan personelin temaslıları belirlenmelidir.

Toplu yaşam alanlarında uyuzun önlenmesi ve kontrolü için plan hazırlanması süreçlerin yönetiminde kolaylık sağlayabilir. Sağlık ve uzun süreli bakım tesislerinin bir

uyuz önleme programı oluşturması olası bir salgın durumunda gerekli kontrol önlemlerinin hızla uygulanabilmesi açısından önemli bir zaman avantajı sağlayacaktır. Bu program kapsamında, yeni kabul edilen tüm sakinlerin cilt, saç ve tırnak yatağı muayeneleri mümkün olan en kısa sürede gerçekleştirilmelidir. Kaşıntı, döküntü ve deri lezyonları titizlikle belgelenmeli ve ilgili sağlık personeli ile sorumlu hekimin bilgisine sunulmalıdır.

Başarılı bir uyuz önleme planının temel unsurları aşağıda belirtilmiştir.

- Toplu yaşam alanlarında uyuzun önlenmesi ve kontrolü için yazılı prosedürlerin oluşturularak personele duyurulması,
- Yeni kabul edilen sakinlerin, özellikle başka bir kurum/tesisten transfer edilenlerin, ilk değerlendirmeleri sırasında uyuz için taranmasına yönelik politikaların belirlenmesi,
- Uyuz şüpheli olanların ileri incelemeler yapılana kadar derhal temas izolasyonuna alınması,
- Tüm yeni çalışanların, işe alım öncesi tarama sürecinin bir parçası olarak uyuz açısından değerlendirilmesi,
- Çalışanların, kendilerinde veya sakinlerde açıklanamayan döküntü veya kaşıntı durumunda uyuzdan şüphelenmesi,
- Bir uyuz salgını durumunda, personel, sakinler ve toplu yaşam alanından ayrılanların değerlendirilmesi ve tedavisinin sağlanması,
- Salgın durumunda enfeksiyon/enfestasyon kontrol önlemlerinin alınmasına yönelik planlamaların yapılması,
- Personelin güncel bilgi ve becerilerle donatılması amacıyla düzenli hizmet içi eğitimlerin verilmesidir.

4.1. Toplu Yaşam Alanlarında Uyuz Salgın Yönetimi

Genel olarak, bir salgın, belirli bir zaman dilimi ve yerde bir toplumda hastalığın olağanüstü artışı olarak tanımlanır. Bir tesiste rutin olarak beklenen uyuz vaka sayısı sıfır olmalıdır. Toplu yaşam alanlarında uyuz salgın araştırmasının temel amacı, salgına katkıda bulunan risk faktörlerini belirlemek ve uyuz vakalarının yayılmasını önlemek için önlemler almaktır. Bir toplu yaşam alanında semptomlar uyuz enfestasyonu ile uyumluysa ve alternatif tanılar dışlanmışsa, laboratuvar

konfirmasyonu beklenmeden uyuz tedavisine başlanıp salgın protokolüne devam edilmesi gerekir.

Toplu yaşam alanlarında uyuz salgını tanımı:

- Bir veya daha fazla laboratuvar tarafından doğrulanmış uyuz vakası veya
- İkamet edenler, sağlık personel, ziyaretçiler veya gönüllüler arasında dört hafta içinde en az iki klinik şüpheli vaka (klinik olarak teşhis edilen ve tedavi edilen bireyler dahil).

Bir kurumda uyuzun kontrol altına alınmasına yönelik önlemler; teşhis edilen ya da şüphelenilen vaka sayısı, enfekte bireylerin teşhis edilmeden önce veya yetersiz tedavi sırasında kurumda ne kadar süreyle bulunduğu ve vakalar arasında kabuklu uyuz olup olmadığı gibi çeşitli faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösterir. Uyuz şüphesi durumda da dahi kişinin uyuz olduğu kabul edilerek hareket edilmesi toplu yaşam alanlarında salgının önüne geçecektir. Tek bir uyuz şüphesi/vakası durumda dahi tüm sakinler ve personel, uyuzun belirti ve bulguları açısından muayene edilmelidir. Değerlendirmeyi yapan sağlık çalışanları, özellikle yaşlı bireylerde asemptomatik enfestasyon ihtimaline karşı dikkatli olmalıdır.

Uyuzlu kişiye ait tüm giysiler, yumuşak terlikler, havlular ve yatak çarşafları, ilk tedavi uygulandığı gün en az 50°C'de yıkanmalıdır. Yüksek ısıda yıkanamayan giysiler, oda sıcaklığında 4 gün boyunca plastik poşet içinde kapalı tutulabilir. Diğer alternatifler: sıcak ütü ile ütölemek, kuru temizleme yapmak ya da kıyafetleri kurutucuda 10–30 dakika boyunca sıcak programda çalıştırmak. Diğer sakinlerin giysileriyle karışık yıkanmamalı veya makine aşırı yüklenmemelidir. Sıcak yıkama ile yıkanamayacak eşyalar, yıkamadan önce en az 4 gün boyunca kapalı bir plastik torbada bekletilebilir. Bu eşyaları taşıırken, yıkarken vb. temas durumlarında kişisel koruyucu ekipman (KKE) kullanılabilir. Uyuz tanısından bir önceki hafta içerisinde sakin tarafından dokunulmayan eşyaların yıkanması gerekmez. Evcil hayvanları tedavi etmeye gerek yoktur.

Standart enfeksiyon kontrol önlemleri, uyuzun bulaşmasını önlemek için genellikle yeterlidir. Çoğu bakım faaliyeti sırasında eldiven ve plastik önlük kullanımı uygundur. Ancak, hasta derisiyle doğrudan temasın söz konusu olabileceği yakın kişisel bakım işlemleri veya enfekte çarşaf ve giysilerin taşınması gibi durumlarda,

yalnızca tek bir hasta için kullanılan uzun kollu önlükler veya kol koruyucular bulaşma riskini azaltmada ek koruma sağlayabilir.

Uyuz salgını esnasında kurum ziyaretçilerine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalı, riskin düşük olduğu durumlarda ziyaretlere izin verilmelidir. Ancak böyle bir durumda ziyaretçilere deri temasından kaçınılması yönünde bilgilendirme yapılmalı ve uygun KKE kullanılması tavsiye edilmelidir.

Bir vaka veya temasının, yeni bir kapalı ortama (örneğin hastane veya bakım evi) transfer edilmesi gerektiğinde, kabul eden kurum salgın hakkında bilgilendirilmeli ve transfer öncesinde risk değerlendirmesi yapılmalıdır. Transfer zamanı ideal olarak, vaka veya temasının ilk 24 saatlik tedavi dozunu tamamlamasından sonra planlanmalıdır; çünkü bu aşamada bulaşma riski minimum seviyededir. Ancak, kabul eden kurum uygun önlemleri alabiliyorsa, transfer bu süreden daha önce de gerçekleştirilebilir.

Risk değerlendirmesinde aşağıda belirtilen hususlar dikkate alınmalıdır:

- Transferi gereken kişinin ilk 24 saatlik tedavi dozunu tamamlayıp tamamlamadığı ve bu tedavinin tamamlanmasının beklenip beklenemeyeceği,
- Kişinin tedavi süresi boyunca yakın ve uzun süreli deri teması gerektiren temaslardan kaçınıp kaçınamayacağı, örneğin yürümeye veya el tutmaya yatkınlığı,
- Hasta bakımını üstlenen personelin, tedavi süresi tamamlanana kadar yakın temas sırasında uygun KKE kullanıp kullanamayacağı,
- Vaka ve temaslılar dışındaki kişilerin ise normal koşullarda transfer edilebileceği değerlendirilebilir.

Benzer şekilde uyuz salgını olan bir toplu yaşam alanına yeni kişilerin kabul edilip edilmeyeceği tedavi süreci tamamlanana kadar veya salgın sona erene kadar kabul işlemlerinin geçici olarak kapatılması değerlendirilmelidir. Yeni kişilerin kabulü durumunda bunların etkilenen bireylerden ve personelden nasıl ayrı tutulacağı mutlaka planlanmalıdır. Yeni kişi kabulüne ilişkin Tablo 6'da belirtilen hususlar değerlendirilmelidir.

Tablo 6. Yeni Kişi Kabulünde Değerlendirilmesi Gereken Hususlar

- Yeni kabul edilen kişilerin, uyuz enfestasyonuna daha yatkın hale getirebilecek ya da daha şiddetli sonuçlar doğurabilecek mevcut sağlık durumlarının olup olmadığı,
- Kabul işlemlerinin, tüm vakalar ve temaslılar ilk 24 saatlik tedavi dozunu tamamlayana kadar ertelenip ertelenemeyeceği,
- Salgının kontrol edilmesinin zorlaşp zorlaşmadığı, örneğin toplu tedavilerin koordine edilmesinde zorluklar yaşanması, bu da yerleşime giren diğer kişilere risk oluşturabilir.

Toplu bir yaşam alanında uyuz salgını tüm vakalar ve temaslılar önerilen tedavi sürecini (örneğin, 2 doz topikal krem uygulaması) tamamladıktan sonra sonlanmış sayılabilir. Ancak, salgının kontrolsüz devam etmesini önlemek amacıyla tedavi tamamlandıktan sonra sürekli izleme ve gözetim yapılması önerilir. Bu yoğun gözetim dönemi, tüm vakalar ve temaslılar tedavilerini tamamladıktan sonra 12 hafta (yani 2 akar kuluçka dönemi) süreyle devam etmelidir. Bu süre zarfında, personel ve sakinler düzenli olarak yeniden değerlendirilmeli, yeni semptomlar olup olmadığı kontrol edilmeli ve tedavi sonrası belirtilerin beklendiği gibi düzeliş düzelmediği izlenmelidir. Bir uyuz salgını, son bilinen vakada semptomların başlangıç tarihinden 12 hafta içinde yeni vaka tespit edilmediği takdirde sonlandırılabilir. Nodüller başarılı tedavi sonrasında birkaç ay sürebilir. İlk salgından sonra 12 hafta içinde yeni bir uyuz salgını meydana gelirse, bu durumun yeni bir salgın mı yoksa salgının devamı mı olduğunun değerlendirilmesi gerekir.

4.2. İzolasyon ve Bakım

Uyuz enfestasyonu şüphesi bulunan kişiler derhal izolasyona alınmalıdır. İzolasyon; tedavi tamamlanana kadar ve/veya hekim tarafından enfestasyon riski taşımadığı belirlenene dek sürdürülmelidir.

4.2.1. Klasik Uyuz

Klasik uyuz tanısı alan bireyler, tedaviye başlamadan önce ve tedavi süresince, temasa karşı önlem alınarak ayrı bir odada izole edilmelidir. İzolasyon, odalarında temizlik yapılanaya kadar sürdürülmelidir. Ayrıca bu süre, uyuz ilacının ilk ve sonraki uygulamalarından sonraki 24 saati de kapsamalıdır. Sağlık çalışanları, hastayla fiziksel

temas sırasında eldiven ve uzun kollu koruyucu giysi giymelidir. Eldiven çıkarıldıktan sonra eller mutlaka yıkanmalıdır.

Tedaviye başlanmadan önceki beş gün içinde uyuz hastası tarafından kullanılan yatak örtüleri, havlular ve giysiler, hasta odasında plastik torbalara yerleştirilmeli; bu eşyalar eldiven ve önlük giymiş çamaşırhane personeli tarafından en az 10 dakika sıcak suda yıkanmalıdır. Kurutma işlemi sırasında çamaşır kurutma makinesinin sıcak döngüsü en az 10–20 dakika çalıştırılmalıdır. Yıkanması mümkün olmayan battaniye ve diğer eşyalar, yedi gün boyunca plastik torba içinde saklanabilir, kuru temizlemeye gönderilebilir ya da 20 dakika boyunca sıcak kurutucuda kurutulabilir.

Sert yüzeyler için rutin temizlik ve dezenfeksiyon işlemleri yeterlidir. Hasta tarafından kullanılan yürüme kemerleri, tansiyon manşonları, stetoskoplar, tekerlekli sandalyeler gibi ekipmanlar, başka hastalarda kullanılmadan önce mutlaka dezenfekte edilmelidir. Etkili tedavi öncesinde kullanılan tüm kremler, losyonlar ve merhemler imha edilmelidir. Yataklar, döşemeli mobilyalar ve halılar vakumlanmalıdır. Bu eşyalar için özel bir dezenfeksiyon işlemine gerek yoktur. Genel temizlik ve dikkatli vakumlama yeterlidir; mobilyalar, yataklar ya da halılar için ayrıca bir işlem uygulanması gerekmez.

4.2.2. Kabuklu Uyuz

Kabuklu uyuz tespiti halinde, yukarıda belirtilen önlemlere ek olarak uygulanması gerekenler Tablo 7’de belirtilmiştir.

Tablo 7. Kabuklu Uyuz Tespiti Halinde Uygulanması Gereken Ek Önlemler

- Tedavi tamamlanana kadar ve/veya doktor enfekte vaka kalmadığına karar verene kadar temasa karşı izolasyon uygulanmalıdır. Uyuzlu kişi özel bir odaya yerleştirilmelidir.
- Ziyaretçiler, tedavi tamamlanana kadar kısıtlanmalı; gerekirse temasa karşı izolasyon önlemleri kapsamında önlük ve eldiven giymeleri sağlanmalıdır.
- Sağlık çalışanları ve refakatçiler, hasta ihtiyaçlarına bakmak, temizlik yapmak ve çamaşırları toplamak için eldiven ve bilek kısmı kapalı uzun kollu koruyucu giysi giymeli; ayrıca ayakkabı koruyucu kullanmalıdır. Odanın dışına çıkmadan önce önlük çıkarılmalıdır.
- Etkilenen bireyin odası, yalnızca bu odaya özel ayrılmış bir elektrikli süpürge ile her gün vakumlanmalı, ardından derin temizlik (örneğin, yumuşak mobilyaların nemli

tozla silinmesi, temas noktalarının temizlenmesi, yatakların vakumlanması vb.) ve dezenfeksiyon yapılmalıdır.

- Elektrikli süpürge torbası günlük olarak değiştirilmeli ve kirlenmiş torbalar enfeksiyon kontrol protokolüne uygun şekilde çıkarılıp atılmalıdır.
- Hasta taburcu edildiğinde veya odası değiştirilirken, odası titizlikle temizlenmelidir.

4.3. Temaslıların Yönetimi

Uyuz enfestasyonlarında “temaslı”; bireyin uyuz tanısı almadan önceki 8 hafta içinde, uygun KKE kullanmaksızın yakın fiziksel temasta bulunan kişiler olarak tanımlanır. Klasik uyuzda kişisel bakım verenler, aynı odayı paylaşanlar, aynı evde yaşayanlar veya cinsel partnerler temaslı olarak değerlendirilebilir. Ancak kabuklu uyuz vakalarında veya salgınlarında, daha kısa süreli temaslarla bulaşma riski artabileceğinden, bu durumlara karşı daha yüksek düzeyde şüpheyle yaklaşılması önerilir. Her bireysel vaka için risk değerlendirmesi yapılmalı; hastadaki enfeksiyonun ciddiyeti ile birlikte, doğrudan cilt teması olmaksızın bulaşma olup olmadığı (örneğin yalnızca çevresel temasla enfekte olmuş personel gibi durumlar) dikkate alınmalıdır.

Toplu yaşam alanlarında, eğer mümkünse tüm yerleşim sakinleri temaslı olarak değerlendirilmeli; ancak personel ile sakinler arasında bir karışım ya da hareketlilik yoksa, sadece vakaların bulunduğu kat veya kanattaki sakinler temaslı olarak kabul edilebilir. Ayrıca, vakalarla uzun süreli veya sık deri teması olan ziyaretçiler, yardımcı personel (örneğin berberler) ve sağlık çalışanları da temaslı kabul edilmelidir (Tablo 8).

Tablo 8. Uyuz Vakası Temaslı Yönetimi

- Tüm temaslılar, semptom göstermeseler bile, vaka ile eş zamanlı olarak ve ardından 7 gün arayla ikinci kez tedavi edilmelidir.
- Personel tedavi zamanında görevde değilse, işe başlamadan önce ilk 24 saatlik tedaviyi tamamlamış olmalıdır.
- Kabuklu uyuz vakalarında bulaşma riski yüksek olduğundan, potansiyel temaslıların belirlenmesinde düşük eşik kullanılmalıdır, yani temaslılar daha geniş bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.
- Personel, 8 hafta boyunca uyuz belirtileri açısından dikkatli olmalı; kurumda 2 veya daha fazla vaka görülmesi halinde durum, salgın yönetimi kapsamında ele alınmalıdır.

- Vaka, belirti başlangıcından sonraki 8 hafta içinde başka bir kurumdan transfer edilmişse, ilgili kurum bilgilendirilmeli; olası temaslıların belirlenmesi ve gerekli kontrol önlemlerinin uygulanması sağlanmalıdır.

Toplu yaşam alanlarında uyuz salgınlarının yönetimine ilişkin yapılması gerekenler Tablo 9'da özetlenmiştir.

Tablo 9. Toplu Yaşam Alanlarında Uyuz Salgın Yönetimi Özet

Uyuz salgınlarında yapılması gerekenler:

- Şüpheli vakaları tanı konulması için aile hekimine veya başka bir klinisyene yönlendirin.
- Tanı konularının mümkün olan en kısa sürede tedavi edilmelerini sağlayın.
- Tanıdan önceki 8 haftalık dönemde yakın temasta bulunan kişileri (ziyaretçiler dahil) belirleyin.
- Tespit edilen tüm temaslıların tedavi almalarını organize edin ve bu sürecin, bulaşma döngüsünü kırarak şekilde koordineli olarak yürütülmesini sağlayın.
- Temaslıların tanımlanması ve tedavi edilmesinde gecikme olmuşsa, vaka tedavi sürecinde yeniden tedavi gerekebilir.
- 8 hafta içinde 2 veya daha fazla vaka ortaya çıkarsa, tüm sakinler için uyuz enfestasyonu açısından klinik değerlendirme yaptırın; semptom gösteren personelin değerlendirilmesi ve tedavi olmasını sağlayın.
- Salgını yönetmekte güçlük çekiliyorsa ve ek desteğe ihtiyaç varsa, İl Sağlık Müdürlüğü ile iletişime geçin.
- Hijyen ve izolasyon tavsiyelerine uyun; tedavi öncesinde ve sırasında diğer kurumlara yapılan transferleri risk değerlendirmesi yaparak yönetin.
- Uygun KKE temin edilmesini sağlayın.
- Ziyaretçileri bilgilendirin ve gerekli tavsiyelerde bulunun.
- Etkili temizlik ve çamaşır yönetimini sağlayın; bu işlemlerin tedavi süreciyle koordineli yürütülmesine dikkat edin.

5. KAYNAKLAR

1. Centers for Disease Control and Prevention. Scabies. Clinical Care of Scabies. <https://www.cdc.gov/scabies/hcp/clinical-care/index.html> (Erişim: 05 Haziran 2025)
2. DermNet. Scabies images. <https://dermnetnz.org/images/scabies-images> (Erişim: 20 Haziran 2025)
3. Karimkhani, Chante et al. The global burden of scabies: a cross-sectional analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet Infectious Diseases, Volume 17, Issue 12, 1247 – 1254.
4. New Jersey Department of Health. Management of Scabies in Longterm Care Facilities, Schools and Other Institutions. 2014. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.nj.gov/health/cd/documents/faq/scabies_guidance.pdf (Erişim: 15 Haziran 2025)
5. Sunderkötter, C., Wohlrab, J., & Hamm, H. (2021). Scabies: epidemiology, diagnosis, and treatment. Deutsches Ärzteblatt International, 118(41), 695.
6. UK Health Security Agency. UKHSA guidelines for the management of scabies cases and outbreaks in communal residential settings. Updated 23 April 2025. <https://www.gov.uk/government/publications/scabies-management-advice-for-health-professionals/ukhsa-guidance-on-the-management-of-scabies-cases-and-outbreaks-in-long-term-care-facilities-and-other-closed-settings>. (Erişim: 17 Haziran 2025)
7. Uzun S, Durdu M, Yürekli A, ark. Uyuz Tanı ve Tedavi Rehberi. Türk Dermatoloji Derneği. <https://turkdermatoloji.org.tr/icerik/detay/401> (Erişim: 30 Mayıs 2025)
8. Uzun S, Durdu M, Yürekli A, Mülayim MK, Akyol M, Velipaşaoğlu S, Harman M, Taylan-Özkan A, Şavk E, Demir-Dora D, Dönmez L, Gazi U, Aktaş H, Aktürk AŞ, Demir G, Göktay F, Gürel MS, Gürok NG, Karadağ AS, Küçük ÖS, Turan Ç, Ozden MG, Ural ZK, Zorbozan O, Mumcuoğlu KY. Clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of scabies. Int J Dermatol. 2024 Dec;63(12):1642-1656. doi: 10.1111/ijd.17327.

9. Uzun S, Durdu M. Derimiz için öneriler. 1st ed. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevleri; 2021, 668-73.
10. World Health Organization HO informal consultation on a framework for scabies control, World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific, Manila, Philippines, 19–21 February 2019: meeting report. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
11. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/scabies> (Erişim: 25 Mayıs 2025)



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Daire Başkanlığı
Üniversiteler Mahallesi Şehit Mehmet Bayraktar Caddesi No:3 Çankaya/Ankara.
Eposta: hsgm.zoonotik@saglik.gov.tr
Tel:03125655124