

Küresel Tüberküloz Raporu 2016

Özet



Giriş

2030 yılı için Sürdürülebilir Gelişme Hedefleri (SGH), Birleşmiş Milletler tarafından 2015'te kabul edildi. Hedeflerden birisi, küresel TB epidemisi sonlandırmaktır. Dünya Sağlık Asamblesi tarafından DSÖ'nün TB'yi Bitir (End TB) Stratejisi 2014'te onaylanmıştır, buna göre, 2015 yılı ile kıyaslandığında 2030'da TB ölümlerinde %90 ve TB insidansında %80 azalmayı hedeflemiştir.

Bu küresel TB raporu, SGH ve TB'yi Bitirme Stratejisi döneminde hazırlanmış ilk rapordur. Bu rapor, TB epidemisinin ve TB tanı, tedavi ve korunma çabalarının bir değerlendirmesini, aynı zamanda TB'ye özgü bütçe ve araştırmanın genel bir görünümünü sunmaktadır. Aynı zamanda, evren sağlığın kapsamı, sosyal koruma ve sağlık üzerine etkisi olan diğer SGH'leri tartışmaktadır. Sunulan veriler dünya nüfusunun ve TB olgularının %99' fazlasını kapsayan 202 ülkeyi ve bölgeyi kapsamaktadır.

Ana bulgular ve iletiler

TB epidemisinin durumu ve ÇİD-TB krizi

TB epidemisi daha önce tahmin edilenden daha büyüktür, Hindistan'Dan yeni sürveyans ve tarama verilerini yansıtmaktadır. Ancak, TB ölüm sayıları ve TB insidans oranı küresel olarak ve Hindistan'da düşmeyi sürdürmektedir.

Dünya genelinde 2015'te tahmin edilen yeni (bir yılda ortaya çıkan) TB olguları 10,4 milyon; bunlardan 5,9 milyonu (%56) erkek, 3,5 milyonu (%34) kadın ve 1,0 milyonu (%10) çocuklardadır. HIV ile yaşayan kişilerde yeni TB olgularının 1,2 milyonu (%11) bulunmaktadır.

Yeni olguların %60'ı 6 ülkede bulunmaktadır: Hindistan, Endonezya, Çin, Nijerya, Pakistan ve Güney Afrika¹. Küresel gelişme, bu ülkelerdeki TB korunma ve bakımındaki temel gelişmelere dayanmaktadır. (çeviri notu: bakım, tanı ve tedaviyi kapsar) Dünya genelinde, TB insidansındaki düşüş, 2014'den 2015'e sadece yılda %1,5'tur. TB'yi Bitirme Stratejisinin ilk kilometre taşına 2020'de ulaşmak için bu düşüş hızının yılda %4-5'e çıkması gereklidir.

2015'te tahmin edilen çok ilaca dirençli TB (ÇİD-TB) 480.000 yeni olgudur ve ek olarak ÇİD-TB tedavisi gereken 100.000 rifampisin dirençli TB (RD-TB) kişi vardır². Hindistan, Çin ve Rusya Federasyonu, bu toplam 580.000 toplam olgunun %45'ini barındırmaktadır.

2015'te tahmini 1,4 milyon TB ölümü ve buna ek olarak HIV ile yaşayan kişilerde TB hastalığından 0,4 milyon ölüm vardır³. 2000 ile 2015 arasında TB ölümlerinin sayısı %22 azaldıysa da, 2015'te TB dünya genelinde en çok ölüme yol açan 10 nedenden birisidir.

TB bakım ve korunma sonuçları

TB tedavisi, 2000 ile 2015 arasında küresel olarak 49 milyon ölümü önlemiştir fakat tanı ve tedavide önemli eksiklikler sürmektedir.

2015 yılında ulusal yetkililerce kayıt edilen ve DSÖ'ye rapor edilen 6,1 milyon yeni TB olgusu vardır. 2013'ten 2015'e kayıtlı TB olgularındaki artışın büyük ölçüde nedeni Hindistan'daki %34 kayıtlı artışıdır. Bununla birlikte küresel olarak var olan olgularla kayıtlı olgular arasında 4,3 milyon bir fark vardır⁴, Hindistan, Endonezya ve Nijerya nerdeyse bu farkın yarısını içermektedir⁵.

ÇİD-TB saptama ve tedavisinde kriz sürmektedir. 2015'te tahmini 580.000 yeni kişi ÇİD-TB için uygundur, sadece 125.000 (%20) tedavi almıştır. Beş ülke bu eksikliğin %60'tan fazlasını bulundurmaktadır: Hindistan, Çin, Rusya Federasyonu, Endonezya ve Nijerya⁵. 2013 yılında küresel olarak ÇİD-TB tedavi başarı oranı %52'dir⁶.

2015'te kayıtlı TB hastalarının %5'inde HIV test sonucu vardır. HIV pozitif TB hastalarından antiretroviral tedavi (ART) alanlar %78'dir.

TB koruyucu tedavi yaygınlaştırılmalıdır. HIV ile yaşayan 910.000 kişiye ve 5 yaş altı 87.000 çocuğa (gerekli olanların %7'si) 2015'te koruyucu tedavi başlanmıştır.

TB bütçesi, evrensel sağlığı kapsama, sosyal önleme ve sosyal belirleyiciler

Düşük ve orta gelirli ülkelerde 2016 yılında TB bakımı ve korunması için 6,6 milyar dolar ayrılmıştır. Bunun %84'ü yerel kaynaklardan. Bununla birlikte, düşük gelirli ülkelerde ulusal TB programları (UTPları), bütçeleri için yaklaşık %90 uluslararası kuruluşlara dayanmaktadırlar. Düşük ve orta gelirli ülkelerde 2016 yılında gereken yaklaşık 8,3 milyar ABD Dolarının 2 milyarı eksiktir. Bu yıllık açık, eğer var olan bütçe düzeyleri artmazsa 2020 yılında 6 milyar ABD dolarına çıkacaktır.

Toplam sağlık bütçesi için de artışlara gerek vardır. Sağlık için 2014'teki hükümet harcamaları, 150 ülkede, DSÖ'nün genel ölçütü olan gayri safi yurtiçi hasıla (GSYH)'nin en az %6'ından daha azdır. 46 ülkede tüm sağlık harcamalarının %45'ten fazlası cepten yapılan harcamalardır, bunlar arasında 30 yüksek olgu yükü olan ülkenin 11 de vardır.

TB'de araştırma ve geliştirme

Yeni tanısallar, ilaçlar ve rejimler ile aşılardan bazı gelişmeler olmakla birlikte TB'de araştırma ve geliştirme ciddi şekilde bütçe eksikliği yaşamaktadır.

Rapordan diğerk önemli noktalar

Küresel TB izleminde yeni bir dönem

TB'yi Bitirme Stratejsinin üç yüksek düzey göstergesi vardır: TB insidans oranı, TB ölümlerinin gerçek sayısı ve TB hastaları ile aile bireylerinin TB hastalığı nedeniyle yıkıcı maliyetler yaşayanlarının yüzdesi. 2030 ve 2035 için göstergelere yönelik hedefler ortaya konulmuştur, buna ek olarak 2020 ve 2025 için kilometre taşları belirlenmiştir.

TB'yi Bitirme Stratejsinin 2020 kilometre taşları, 2015'e göre TB ölüm sayılarında %35 ve TB insidans oranında %20 düşüştür, bunun yanında TB'den etkilenmiş aile bireylerinin hiçbirinin yıkıcı maliyetlerle karşılaşmamasıdır.

DSÖ, 2016-2020 arasında TB, TB/HIV ve ÇİD-TB için yüksek olgu yükü olan ülkelerle ilgili 3 liste tanımlamıştır. Her liste 30 ülkeyi içermektedir.

TB hastalık yükü

Hindistan'da 2000-2015 dönemi için TB hastalık yükü ile ilgili tahminlerin daha yüksek değerlerle değiştirilmesi sonrasında önceki tahminlerin çok düşük olduğunu gösteren kanıtlar birikmeye başlamıştır. Bu kanıtlar arasında, ev halkı taramaları, bir eyalet düzeyinde TB prevalans taraması, özel sektörde anti-TB ilaç satışları çalışmaları, kayıt verileri ve mortalite verilerinin yeni analizi vardır. Hindistan, dünyadaki TB olgularının ve ölümlerinin dörtte birini barındırdığı için, bu düzeltmeler küresel tahminlere büyük bir etki yapmıştır. Hindistan'daki tahminler, ara tahminler olarak alınmalıdır çünkü 2017/1018'de ülke çapında bir TB prevalans taraması planlanmıştır.

HIV ile yaşayan TB olgularının oranı DSÖ Afrika Bölgesinde en yüksektir (%31) ve güney Afrika'nın bazı bölümlerinde %50'den fazladır.

TB yıllık insidansında artan düşüşe ek olarak, 2020 kilometre taşında %35 TB ölümü düşüşüne ulaşmak için TB'den ölenlerin küresel TB'lu kişilere oranı (olgu ölüm oranı) 2015'te %17'den 2020'de %10'a inmesi gereklidir.

Olgu ölüm oranı, 2015 yılında birkaç ülkede %5'ten az iken, DSÖ Afrika Bölgesindeki ülkelerin çoğunda %20'den fazladır. Bu, TB tanı ve tedavisine ulaşmada ülkeler arasında önemli eşitsizlikler olduğunu göstermektedir. Eğer TB'li her kişinin zamanında tanı ve yüksek kaliteli tedavisi mümkün olsa olgu ölüm oranı bütün ülkelerde düşük olurdu.

Bütün ülkelerde ulusal kayıtlar ve yaşamsal kayıt sistemlerinin (ölüm nedenlerinin standart kodlanması ile birlikte) yüksek kapsama ve kalitede olması gereklidir. Ara dönemde, ulusal TB prevalans taramaları, TB hastalık yükünün doğrudan hesaplanması için en iyi yöntemi sağlamaktadır ve ülkelerin önemli bir bölümünde hastalık yükünü azaltmak için gereken faaliyetleri belirlemeyi mümkün kılmaktadır. Son yıllarda bu tür taramaları uygulamada devasa gelişme kaydedilmiştir, 2009 ile Ağustos 2016 arasında 22 ülkede yapılmıştır.

Tanı ve tedavi: TB, HIV ile ilişkili TB ve ilaca dirençli TB

Kayıtlarda küresel erkek:kadın (E:K) oranı 1,7'dir; Pakistan'da 1,0 iken Vietnam'da 3,1'dir; yüksek TB yükü olan 30 ülkede bu iki uç değer arasındadır. Ulusal TB prevalans taramalarının sonuçları daha yüksek E:K oranı göstermektedir, bu da bazı ülkelerde kayıtlı hasta verilerinin erkeklerdeki TB yükü oranını olduğundan az gösterdiği anlamına gelmektedir. Küresel olarak çocuklar (<15 yaş), 2015'te kaydedilen yeni olguların %6,3'ünü oluşturmaktadır.

2015'te bakteriyolojik olarak doğrulanmış yeni ve daha önce tedavi görmüş küresel düzeyde raporlanmış 3,4 milyon kişinin %30'unda rifampisin için ilaç duyarlılık testi vardır, kapsama oranı yeni TB hastalarında %24 ve daha önce tedavi görmüş TB hastalarında %53'tür.

Bugün için DSÖ tarafından önerilen TB ve rifampisin direncini saptamada tek hızlı tanısal test Xpert MTB/RIF® testidir. Yüksek olgu yükü olan 3 listeden en az birindeki 48 ülkeden 15'i, 2015 yılı sonu itibarıyla akciğer TB semptom ve bulguları olan tüm kişilerde ilk tanısal test olarak Xpert MTB/RIF® testi kabul edilmiştir. Bu ülkeler, 2015'te yıllık TB hastalarının küresel tahmin edilen sayısının %10'unu bulundurmaktadır.

2015'te tahmin edilen yıllık olgularla kayıtlı yeni olgular arasında 4,3 milyon fark⁴ iki nedenle olabilir; saptanmış TB olgularının raporlanmaması (özellikle büyük özel sektörü olan ülkelerde) ve tanı almayanlar (özellikle bakıma ulaşmada önemli coğrafi ve bütçe engelleri olan ülkelerde). Toplam tahmin edilen eksik olguların %77'i 10 ülkededir: Hindistan, Endonezya, Nijerya, Pakistan, Güney Afrika, Bangladeş, Kongo Demokratik Cumhuriyeti, Çin, Tanzanya Birleşik Cumhuriyeti ve Mozambik⁵.

HIV ilişkili TB'nin en yüksek olduğu Afrika Bölgesinde, kayıtlı TB hastalarının %81'inde kayıtlı HIV test sonucu vardır. HIV pozitif TB hastalarından ART alanların oranı Hindistan, Kenya, Malavi, Mozambik, Namibya ve Svaziland'da %90'ın üzerindedir.

En son tedavi sonuçları verisi TB için (2014 kohortunda) %83 başarı oranı göstermektedir; ÇİD-TB için (2013 kohortunda) %52 ve yaygın ilaç dirençli TB (YİD-TB, 2013 kohortunda) %28'dir.

Afrika ve Asya'da en az 23 ülke ÇİD/RD-TB için kısa süreli rejimlere başlamışlardır. Bunlar, yöneylem araştırması koşullarında yüksek tedavi başarısına (%87/90) ulaşmışlardır. İkinci grup ilaçlara dirençli olmayan akciğer ÇİD/RD-TB'li (gebe kadınlar dışındaki) tüberküloz hastalara DSÖ 9-12 aylık standart rejim önermektedir.

ÇİD/YİD-TB için tedavi sonuçlarını geliştirme çabalarının parçası olarak en az 70 ülke bedakulin ve 39 ülke delamanidi 2015 sonunda kullanmaya başlamış durumdaydılar.

TB korunma hizmetleri

Güney Afrika, 2015 yılında HIV ile birlikte yaşayan ve latent TB enfeksiyonu (LTBE) için koruyucu tedavi alan ülkelerin en yüksek paya (%45) sahip olanıdır, bunu Malavi, Mozambik ve Kenya izlemektedir. On ülke ilk kez veri sunmuştur, Kenya dahil. Bu gelişmeye karşın, 30 yüksek TB/HIV

yükü olan ülkeden 21'i veri raporlamamıştır. Sağlık çalışanlarındaki TB kayıt hızının genel nüfustaki TB kayıt hızına oranı, sağlık kurumlarında TB enfeksiyon kontrolünün etkisi ile ilgili iyi bir göstergedir. 2015 yılında 16 ülkede, 100.000 sağlık çalışanındaki TB olgularının sayısı, genel nüfustaki kayıt hızının iki katından fazladır.

BCG aşılması, ülkenin TB epidemiyolojisine göre ulusal çocukluk çağı baağışıklama programlarının bir parçası olarak sunulmalıdır. 2015 yılında 163 ülke, bu programların standart bir parçası olarak BCG aşılması yaptığını raporlamıştır; bunlardan 102'si aşı yapılma oranının %90'ın üzerinde olduğunu bildirmiştir.

Evrensel sağlık kapsamı, sosyal korunma ve sosyal belirleyicilerin ele alınması: TB için etkileri

Bazı yüksek TB yükü olan yerlerde yeni sağlık bütçe sistemi, ulusal sağlık sigortası dahil, düşük gelirli topluluklarda cepten ödemede önemli düşümlere neden olabilir. Taylan ve Amerikalı Bölgesindeki bir dizi ülkede bunun örnekleri vardır.

TB bakımında özel girişimlerle ilgili yerleşik yaklaşımların geliştirilmesi, sağlık bakım sunumunda özel sektörün gelişmesine yardımcı olabilir, özellikle de Asya'da. Hizmet sunanlara destekler ve düzenlemelerin bir karışımı ile yenilikçi kurumsal araçlar ve iletişim teknolojilerinin bileşimi de buna dahildir. Bu tür kaldıraçlar, sunulan hizmetlerin kalitesini sağlamaya yardımcı olabilir.

Sosyal koruma, daha iyi bakım modelleri ve sosyal yardımlar aracılığıyla geliştirilebilir. Birçok düşük ve orta gelirli ülke, TB hastaları için sosyal ve ekonomik desteğin bütçesini sağlamıştır, fakat bu destek paketlerinin daha iyi kayıt edilmesi ve analizi gereklidir. Toplam etki ve sürdürülebilirlik için ulusal sosyal koruma platformlarının kullanımı bir önceliktir.

TB hasta maliyetlerinin doğası ve derecesini değerlendirmede DSÖ tarafından önerilen başlangıç ulusal taramalar yapılacaktır ve buna göre hizmet sunumu ve sosyal koruma geliştirilecektir. 2015'te bir ülkede tarama yapıldı, 2016'da 8 ülkede başlandı ve 2017-2018'de 10 ülkede planlandı.

TB'yi bitirmekle yoksulluğu bitirmek arasındaki ilişkiler hakkındaki var olan kanıtlar, yoksulluğu bitirmeyi savunmak ve ilişkili risk faktörleri hakkında faaliyette bulunmayı gerektirir, bunlar arasında bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi, besin güvenliği ve barınma yer almaktadır.

TB bütçesi

BRICS ülkeleri (Brezilya, Rusya Federasyonu, Hindistan, Çin ve Güney Afrika), toplu olarak dünyadaki TB hastalarının yaklaşık %50'sini barındırırlar, çoğunlukla yalnız kendi bütçelerini kullanırlar (istisna Hindistan'dır).

Yüksek TB yükü olan diğer ülkelerde, uluslararası fonlar baskındır. BRICS dışındaki 25 yüksek TB yükü olan ülkede %75, düşük gelirli ülkelerde %87 ve orta gelirli ülkelerde %60 bütçe uluslararası

fonlarla karşılanır. Uluslararası en büyük tek fon, AIDS, Tüberküloz ve Sıtma ile Savaş için Küresel Fon'dur.

TB için uluslararası fonlar, HIV ve sıtma için olana göre çok daha azdır. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Kurumu (OECD)'nin kredi raporlama sisteminin en son verileri, 2014 yılında HIV/AIDS için 5,4 milyon ABD doları, sıtma için 1,7 milyon ABD doları ve TB için 0,7 milyon ABD doları olduğunu göstermektedir.

İlaca duyarlı TB için tedavi edilen her hastanın maliyeti 100-1000 ABD doları iken, ÇİD-TB'de bu rakam 2000-20000 ABD dolarıdır.

TB'de araştırma ve geliştirme

TB'de araştırma ve geliştirme için yıllık gereken miktar en azından 2 milyar ABD dolarıdır. 2005-2014 arası 10 yılda yıllık en büyük bütçe 0,7 milyar ABD dolarını geçmemiştir.

DSÖ, 2016 yılında 4 tanısal testi gözden geçirip onaylamıştır: TB için ilmi aracılı izotermal çoğaltma testi (loop-mediated isothermal amplification test for TB: TB-LAMP), birinci grup TB ilacı olan izoniyazid ve rifampisine karşı direnci saptayan iki çizgi prop testi (line probe assay (LPA) ve ikinci grup TB ilaçlarını direnci saptayan bir LPA. Yeni nesil bir kartuş olan Xpert Ultra ve yeni bir tanısal platform olan Gene Xpert Omni geliştirilmektedir; her ikisinin DSÖ tarafından 2017'de değerlendirileceği beklenmektedir.

İlaca duyarlı TB, ilaca dirençli TB ve LTBE tedavisi için 9 ilaç klinik araştırması ileri evrelerde. Bunlar, bedakulin, delamanid, linezolid, PBTZ169, pretomanid, Q203, yüksek doz rifampisin, rifapentin ve sutezolid'dir.

Klinik araştırmalarda 13 aşı adayı vardır, bunlar arasında TB enfeksiyonunu önleme adayları ve LTBE olan kişilerde TB hastalığını önleme adayları vardır.

1 Ülkeler, olgu sayılarına göre büyükten küçüğe doğru sıralanmışlardır.

2 ÇİD-TB, rifampisin ve izoniyazide direnç olarak tanımlanır. DSÖ, rifampisin dirençli TB (RD-TB) olan bütün hastaların ikinci sıra ÇİD-TB rejimi ile tedavisi önermektedir. ÇİD-TB ve RD-TB olguları bu raporda, birarada ÇİD/RD-TB olarak adlandırılmıştır.

3 HIV pozitif bir kişi TB hastalığından öldüğünde, Uluslararası Hastalık Sınıflama sisteminde (ICD-10), nedenini HIV olarak sınıflamaktadır.

4 yani 10,4 eksi 6,1 milyon

5 Ülkeler, eksiklik miktarı en fazladan en aza doğru sıralanmıştır.

6 Bu yıl, tedavi sonuçları ile ilgili en son var olan verilerin olduğu yıldır.

Çeviri:

Şeref Özkara

(ozkaraseref@yahoo.com)