



## İmmün Trombositopenik Purpura ve Mega Doz Metil Prednizolon Immune Thrombocytopenic Purpura and Mega Dose Methyl Prednisolone

Şinasi Özsoylu

Emekli Profesör, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Sayın Editör;

Akyüz ve arkadaşlarının, derginizin son sayısında yayınlanan "İmmün Trombositopenik Purpura Olgularımızın Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi" adlı yazılarını ilgi ile okudum (J Turgut Ozal Med Cent 2013; 20(3):246-251).

Mega doz metil prednizolon tedavisini ortaya atan ülkemizin çalışmalarının referanslarda bildirilmemiş olmasını bilimsel haksızlık olarak gördüğümü belirtmek zorundayım (1-6). MDMP tedavisinde çok önemli olan metil prednizolon dozu kadar verilmiş zamanı (sabah saat 6 civarında olması belirtilmemiştir. Sabahın bu erken saatinde ACTH ve kortikosteroid homeostazı ile ilgili olup etkisinin en yüksek ve yan etkilerinin en az olması yönünden de fizyolojiyi bozmadığı için çok önemli olduğu ısrarla belirtilmiştir (5). Veriliş süresi de çok önemli olup i.v. verilişinde 5-10 dakikada uygulanırken daha kolay ve hastanın evinde de kullanımı sağlması yönünden oral yolun tercihi de defalarca belirtilmiştir<sup>5</sup>. Oral yolla verilmesinde gerekli total doz sabah 6 civarında bir kaşığa koyup (çok acı olduğundan üzerine biraz bal döküp) bir defada alınmasından sonra az miktarda süt içilmesi üzerinde de ısrarla durulmuştur. Yani ilacın dozu kadar verilmiş zamanı ve süresine dikkat edilmesi gerekmektedir.

MP dozu, akut İTP vakalarında yazarların da belirttiği gibi günde 30 mg/kg 3 gün, daha sonraki 4 günde 20 mg/kg/gün olması yanında kronik İTP'li hastalara bir hafta 30 mg/kg/gün ve daha sonra 20 mg/kg/gün bir hafta olmak üzere verilmesi önerilmiştir. Belirtilmesi gerekir ki her MDMP uygulaması özel bir kortikosteroid uygulaması ise de her konvansiyonel kortikosteroid uygulaması MP uygulaması değildir. Bu hususları etki, yan etki ve rekürens riskini azaltabileceği de bildirilmiştir.

Uygun doz, zaman ve sürede verilen MDMP uygulamasının ucuz, (IVIG'ten 60 defa), anti Rh'nin önemli yan etkilerinden de koruyuculuğu dolayısıyla bu son iki biyolojik birleşimin hemen hemen

kullanılmasına gerek kalmayacağını belirtmek isterim. Beni şaşırtan bir husus da İTP remisyondaki trombosit ömrü dahil bütün trombosit antikorları ile (APA) ilgili tüm temel çalışmalar ülkemizde yapılmış olduğunun meslektaşlarımızca dikkate getirilmemiş olmasıdır.

Trombosit antikorlarının, akut ve kronik İTP vakalarındaki remiyon ve relaps ile ilgili çalışmaların da ilk defa ülkemizde gerçekleştirildiğini belirtilmesini de beklerdim (6-8). ANA, dsDNA Coombs testi yanında antifosfo lipid antikorları ile ilgili çalışmaların da ilk defa ülkemizde yapıldığının dikkate getirilmesini de isterdim.

Son olarak reflakter İTP'nin steroide cevapsızlığı ve rekürensler için de cevaptan sonra tekrarlaması üzerinde durulması gerektiğini belirtmemin de hoş karşılanmasını rica ederim.

Saygılarımla.

### KAYNAKLAR

1. Kurlan R, Nutt JG, Woodward WR, Rothfield K, Lichter D, Miller C, et al. Duodenal and gastric delivery of levodopa in Parkinsonism. *Ann Neurol* 1988;23:589-95.
2. Severn AM. Parkinsonism and the anaesthetist. *Br J Anaesth* 1988;61:761-70.
3. Kalenka A, Hinkelbein J. Anaesthesia in patients with Parkinson's disease. *Review Anaesthesist* 2005;54:401-9.
4. Nicholson G., Pereira A. C., Hall G. M. Parkinson's disease and anaesthesia. *Br J Anaesth* 2002;89:904-16.
5. Stone D.J., Difazio C.A. Sedation for patients with Parkinson's disease Undergoing Ophthalmic surgery. *Anesthesiology* 1988;68:821.
6. Bajwa SK, Bajwa SJ, Kaur J, Singh A. Anesthesia implications in emergency oncologic surgery in a case of untreated Parkinsonism. *Saudi J Anaesth* 2011;5:317-9.
7. Wüllner U, Standop J, Kaut O, Coenen V, Kalenka A, Wappler F. Parkinson's disease. Perioperative management and anesthesia. *Anaesthesist* 2012;61:97-105.
8. Furuya R, Hirai A, Andoh T, Kudoh I, Okumura F. Successful perioperative management of a patient with Parkinson's disease by enteral levodopa administration under propofol anesthesia. *Anesthesiology* 1998;89:261-3.

9. Gravlee GP. Succinylcholine-induced hyperkalaemia in a patient with Parkinson's disease. *Anesth Analg* 1980;59:444-6.

10. Uravchick S, Smith DS. Parkinsonian symptoms during emergence from general anaesthesia. *Anesthesiology* 1995;82:305-7.

Received/Başvuru: 23.01.2014, Accepted/Kabul: 23.01.2014

Correspondence/İletişim

Şinasi ÖZSOYLU  
Altınşehir Sitesi No: 30 Beysukent-ÇANKAYA 06860,  
ANKARA  
E-mail: sinasiozsoylu@hotmail.com



For citing/Atıf için

Ozsoylu S. Immune thrombocytopenic purpura and mega dose methyl prednisolone. *J Turgut Ozal Med Cent* 2014;21:87-8 DOI: 10.7247/jtomc.2014.1689