

**Çocuk Solunum
Yolu Hastalıkları ve
Kistik Fibrozis
Derneği**

**ÇOCUKLARDA
RESPIRATUAR
SİNSİTYAL VİRUS
(RSV)
ENFEKSİYONLARI
ve
KORUNMA**

Şubat'2026

RESPIRATUAR SİNSİTYAL VİRUS (RSV) NEDİR?

Respiratuvar sinsityal virüs (RSV), tüm yaş gruplarında görülebilen, ancak özellikle çocukluklarda üst ve alt solunum yollarını etkileyen en sık enfeksiyon etkenlerindedir. RSV, Paramyxoviridae ailesi içinde yer alan Pneumovirinae alt ailesindeki Pneumovirus cinsi bir virustur. Helikal bir nükleokapsid içerisinde, negatif zincirli zarflı bir RNA virüsüdür. RSV genomu yapısal ve yapısal olmayan 10 proteini kodlamaktadır. Yapısal olmayan proteinler interferon yanıtını engelleyerek, enfekte hücrenin sağkalım süresini uzatır ve yeni virüs oluşumunu artırır. F (fusion), G (attachment) zarfın üzerinde bulunan yapısal yüzey proteinleridir ve virüsün enfektivitesinin esas sorumlularıdır. G proteini konak hücreye tutunmadan sorumlu iken, F proteini virüsün hücre membranı ile füzyonundan ve hücreden hücreye virüsün yayılımını sağlayan sinsitya oluşumundan sorumludur. Paramyxoviridae ailesindeki diğer virüslerden farklı olarak nörominidaz ve hemagglütinin içermez. İki ana antijenik alt grubu (RSV-A ve RSV-B) bulunur ve her ikisi de klinik olarak anlamlı hastalığa yol açabilir.

RSV için tek kaynak insandır. Bulaş, kontamine sekresyonların, nazofarengeal mukozaya, göz mukozasına ve oral mukozaya ulaşmasıyla meydana gelir. Solunum yolundaki tüm hücreleri enfekte edebilir. Hafif üst solunum yolu enfeksiyonlarından yaşamı tehdit eden alt solunum yolu enfeksiyonlarına kadar geniş bir yelpazede solunum yolu hastalığına neden olur.

Dünya Sağlık Örgütü, dünya genelinde 5 yaşın altındaki çocuklarda yıllık tahmini 3,6 milyon RSV ile ilişkili hastaneye yatışı ve yaklaşık 100.000 RSV'ye bağlı ölüme neden olduğunu bildirmektedir. Bebekler, özellikle altı aylıktan küçük olanlar, şiddetli RSV hastalığı ve ölüm riski en yüksek olan gruptur. Çocuklarda RSV ölümlerinin çoğunun (%97), destekleyici tıbbi bakıma erişimin sınırlı olduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geldiği bildirilmiştir.

RSV mevsimsellik göstermekte olup, yıllık RSV enfeksiyonlarının çoğu birkaç aylık bir dönemde meydana gelmektedir. Ilıman iklimlerde RSV, genellikle sonbaharın sonlarında ve kış aylarında (Ekim-Nisan ayları arasında) ortaya çıkan mevsimsel salgınlara neden olur. Ekvator bölgesinde, çoğu subtropikal ve tropikal ülkelerde yılın büyük bir kısmında yüksek RSV dolaşımı yaşanmaktadır; bu bölgelerde belirgin bir mevsimsellik göstermemektedir.

RSV bağışıklığı baskılanmış olgular dışında sadece solunum yollarında enfeksiyona neden olur. Nazofarenkse yerleşip çoğalması ile üst solunum yolu enfeksiyonlarına, bronşiyal epitelin, tip

1-2 alveolar pnömositlerin, monositlerin ve makrofajların RSV ile enfekte olması da alt solunum yolu enfeksiyonlarına yol açar.

RSV'NİN NEDEN OLDUĞU ENFEKSİYONLAR NELERDİR?

RSV çocuklarda genellikle üst solunum yolu enfeksiyonu biçiminde görülse de %20-30 oranında da alt solunum yolu enfeksiyonlarına yol açar. Bir yaş altı çocuklarda alt solunum yolu enfeksiyonlarının en sık nedenidir. CDC ve NIH verilerine göre RSV, 1 yaşın altındaki çocuklarda bronşiolit ve alt solunum yolu hastalıklarının başlıca nedenidir.

ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI

RSV çoğu insanda ilk enfeksiyon sırasında basit soğuk algınlığı benzeri semptomlarla kendini gösterebilir.

Bu klinik tablo;

- Burun akıntısı ve tıkanıklığı,
- Hafif öksürük,
- Hapşırma, boğaz ağrısı,
- Düşük dereceli ateş gibi belirtilerle karakterizedir.

ÜSYE genellikle sağlıklı çocuk ve yetişkinlerde kendi kendini sınırlayan bir süreçtir, ancak alt solunum yollarına ilerleme riski vardır.

AKUT BRONŞİYOLİT

RSV'nin en sık ve klinik açıdan önemli alt solunum yolu hastalığı akut bronşiolittir. Bu tablo, özellikle 6 ay altı bebeklerde ciddi seyredebilir ve küçük hava yollarının inflamasyonu ile karakterizedir.

Klinik tablo;

- Hırıltı
- Takipne
- Retraksiyonlar
- Beslenme güçlüğü gibi belirtilerle karakterizedir.

RSV bronşiyolitinin nörolojik komplikasyonları arasında nöbet ve akut ensefalopati yer alır. Menenjit, ensefalit, myelit, miyokardit, aritmi, ekzantem de nadir komplikasyonları arasındadır.

PNÖMONİ

RSV, alt solunum yollarına ilerlediğinde viral pnömoniye de yol açabilir, bu da akciğer parankiminin inflamasyonu ile karakterizedir. WHO verileri RSV'nin çocuklarda akut alt solunum yolu enfeksiyonlarından milyonlarca hastane yatışına neden olduğunu göstermektedir. Bazı olgularda oksijen tedavisi ve ileri yaşam desteği ihtiyacı ortaya çıkabilir.

Klinik tablo;

- Yüksek ateş
- Derin/sert öksürük
- Solunum güçlüğü (takipne, retraksiyon)
- Hırıltı,
- Hipoksi gibi belirtiler ile karakterizedir.

ORTA KULAK ENFEKSİYONU (OTİTİS MEDİA)

RSV enfeksiyonları sıklıkla alt ve üst solunum yolu inflamasyonu ile birlikte orta kulak boşluğu tutulumuna neden olabilir. Bu durum çocuklarda sık görülen otitis media tablosuna yol açar. RSV'ye sekonder otitis media, özellikle küçük çocuklarda gözlenir ve ağrı, irritabilite, iştah kaybı gibi belirtilerle seyredebilir.

RSV ENFEKSİYONLARI İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ NELERDİR?

RSV enfeksiyonu açısından temel risk grupları aşağıda belirtilmiştir;

1. Yüksek riskli bebekler ve çocuklar

Bebeklik ve erken çocukluk dönemi, RSV'nin en ağır klinik tablolara yol açtığı gruptur. Özellikle şu tıbbi durumlara sahip çocuklar yüksek risk altındadır:

- Prematüre doğum: 37. Gebelik haftasından önce, özellikle de 32. Haftadan önce doğan bebeklerde akciğer ve bağışıklık sistemi gelişimi tamamlanmadığı için risk çok yüksektir.
- Bronkopulmoner displazi (BPD) tanısı almış, persistan oksijen gereksinimi olan veya yapısal ve fonksiyonel akciğer immatüritesi ile seyreden bebekler.
- Konjenital kalp hastalığı: Özellikle dinamik olarak anlamlı olan (Ekokardiyografi veya anjiyografide akımlar oranı $Qp/Qs > 1.5$ ile beraber artmış pulmoner kan akımına bağlı konjestif kalp yetersizliği semptomları olması, konjestif kalp yetersizliği nedeniyle ilaç kullanması durumudur) veya siyanotik kalp hastalıkları ciddi seyir riskini artırır.
- Bağışıklık yetmezliği: Hematolojik maligniteler, kemoterapi alanlar veya organ/kemik iliği nakli yapılan çocuklar.
- Diğer durumlar: Nöromusküler hastalıklar, Down sendromu, kistik fibroz ve konjenital hava yolu anomalileri olan çocuklar.

2. Sağlıklı bebeklerdeki risk faktörü

Önemli bir bulgu olarak, RSV nedeniyle hastaneye yatırılan bebeklerin %70-80'i aslında önceden sağlıklı olan ve miadında doğan bebeklerdir. Bu nedenle, altta yatan bir hastalığı olmasa bile tüm bebekler RSV sezonunda risk altındadır. Özellikle 6 aydan küçük bebekler, hastane yükünün yaklaşık %50'sini oluşturmaktadır.

3. Çevresel ve sosyal risk faktörleri

Bebeklerde enfeksiyonun bulaşma ve ağır seyretme riskini artıran dış etkenler şunlardır:

- Anne sütü almama: Anne sütündeki koruyucu antikorların eksikliği.
- Pasif sigara içiciliği: Sigara dumanına maruziyetin solunum yollarındaki savunmayı zayıflatması.
- Kalabalık yaşam koşulları

- Okula/kreşe giden kardeşler: Virüsün eve taşınma riskini artırır.
- RSV sezonu başlangıcında doğmuş olmak: Bebeklerin yaşamlarının ilk aylarında virüsün en yoğun olduğu döneme yakalanması.

RSV KOMPLİKASYONLARI

RSV beş yaş altı çocuklarda alt solunum yolu enfeksiyonlarının en sık nedenidir. RSV komplikasyonları arasında pnömoni, yoğun bakım yatışı, mekanik ventilasyon ihtiyacı ve hatta ölüm görülebilir. Uzun dönem komplikasyonları arasında ise persistan solunum semptomları, tekrarlayan akciğer enfeksiyonları, astım ve solunum fonksiyon testlerinde düşüklük saptanabilir.

AKUT BRONŞİYOLİT

Akut bronşiyolit, iki yaş altındaki çocukları etkileyen ve en sık sonbahar ile kış aylarında görülen bir alt solunum yolu enfeksiyonudur. Yaşamın ilk yılında hastaneye yatışların en önemli nedenlerinden biridir. En sık etken yaklaşık %80 oranında RSV olup, ikinci sırada Rinovirüs yer almaktadır. Farklı etkenler arasında klinik bulgular genellikle benzerlik gösterir. Hastalığın görülme sıklığı mevsimsel ve coğrafi farklılıklar göstermektedir.

RSV'nin diğer viral etkenlere kıyasla daha ağır hastalık tablosu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. RSV salgınları genellikle düşük sıcaklıklarda ortaya çıkar. Soğuk havalarda bireylerin kapalı ve kalabalık ortamlarda daha fazla zaman geçirmesi, düşük sıcaklığın siliyer fonksiyonları bozması ve doğal antiviral immün yanıtın sıcaklığa bağımlı olması; bulaşma hızını ve hastalık şiddetini artıran faktörler arasında kabul edilmektedir.

Akut bronşiyolit genellikle burun akıntısı, ateş ve hafif öksürük gibi üst solunum yolu enfeksiyonu bulgularını takiben birkaç gün içinde gelişir. Klinik tabloya hışıltılı solunum, persistan öksürük, takipne ve göğüs duvarında çekilmeler eşlik eder. Semptomlar çoğunlukla hastalığın 3-5. günleri arasında en şiddetli düzeye ulaşır, ardından giderek azalır. Bununla birlikte öksürük, siliyer hasarın düzelmesine bağlı olarak vakaların çoğunda üç haftaya kadar devam edebilir.

Tanı, ayrıntılı öykü ve fizik muayene bulgularına dayanarak konur. Akut bronşiyolit tanısı için rutin akciğer grafisi ve laboratuvar testleri genellikle gerekli değildir. Hastalık çoğu bebekte

hafif ya da orta şiddette seyretmekle birlikte; prematürite, altta yatan kardiyopulmoner hastalık veya immün yetmezlik gibi risk faktörlerine sahip bebeklerde daha ağır seyredebilir ve yaşamı tehdit edici olabilir. Bu hastalarda yoğun bakım izlemi ve mekanik ventilasyon gereksinimi daha yüksektir.

Akut bronşiyolit sonrasında tekrarlayan hışıltı atakları görülebilir. Bu durum, enfeksiyonun immün yanıtı değiştirerek astım gelişimine zemin hazırlamasıyla ilişkili olabileceği gibi, altta yatkınlığı bulunan çocuklarda viral enfeksiyonların tekrarlayan hışıltı ataklarını tetiklemesi sonucu da ortaya çıkabilir.

Akut bronşiyolit tedavisi esas olarak destekleyicidir. Hastaların hidrasyonun sağlanması için tolere eden hastalarda oral ya da nazogastrik sonda ile beslenme sağlanır. Gerekirse intravenöz sıvı desteği verilir. Hastaların oksijen ihtiyacına göre nazal kanülle, maske ya da yüksek akım nazal kanülle oksijen ile tedavi sağlanır. Ağır solunum sıkıntısı bulguları olan hastalarda sürekli pozitif havayolu basıncı ya da entübasyon uygulanır. Tedavide etkisi kanıtlanmış bir ilaç ya da yöntem olmadığı için, bronkodilatör ve/veya steroid tedavilerinin rutin kullanımları önerilmemektedir.

RSV TEDAVİSİ

Respiratuar Sinsityal Virüs (RSV) enfeksiyonu için mevcut yaklaşım esas olarak **destekleyici bakıma** dayanmaktadır.

RSV tedavisinde izlenen temel yöntemler ve öneriler şunlardır:

1. Temel Destekleyici Tedavi Yaklaşımları

RSV enfeksiyonu, özellikle bebeklerde bronşiyolit ve pnömoni gibi alt solunum yolu tablolarına yol açtığında tedavinin temelini destekleyici yaklaşımlar oluşturur. Bu kapsamda nazal sekresyonların nazik aspirasyonu ile hava yolunun açık tutulması önemlidir. Artmış solunum işi ve beslenme güçlüğü nedeniyle gelişebilecek dehidratasyonu önlemek amacıyla hastanın yeterli hidrasyonu sağlanmalı, gerekirse enteral veya intravenöz sıvı desteği verilmelidir. Oksijenizasyon bozukluğu bulunan hastalarda uygun oksijen tedavisi uygulanmalı; hipoksemisi olan olgularda nazal kanül ile oksijen başlanmalı, daha ağır vakalarda ise yüksek akımlı nazal oksijen tedavisi tercih edilebilmektedir.

2. İleri Solunum Desteği

Hastalığın Őiddetlendiđi ve solunum yetmezliğinin geliŐtiđi durumlarda daha ileri m¼dahaleler gerekebilir. Ağır vakalarda noninvaziv veya invaziv mekanik ventilasyon desteği uygulanır. Çok nadir ve en ağır durumlarda Ekstrakorporeal Membran Oksijenasyonu (ECMO) g¼ndeme gelebilir.

3. Rutin Kullanımı nerilmeyen İlaçlar

Yapılan randomize kontroll¼ çalışmalar, bazı ilaçların hastanede yatış s¼resi veya komplikasyon oranları ¼zerinde anlamlı bir etkisi olmadığını g¼stermiŐtir. Bu nedenle bronkodilatat¼r, hipertomik salin sol¼syonu ve sistemik steroidlerin RSV bronŐiyoliti ve pn¼monisinde rutin kullanımını önerilmemektedir.

4. Antiviral tedavi

RSV enfeksiyonunda antiviral tedavinin yeri sınırlıdır ve rutin kullanım önerilmez; g¼ncel literat¼r ve rehberler, tedavinin temelini destekleyici yaklaŐımların oluŐturduđunu vurgulamaktadır. Ribavirin, guanozin (RNA) analog¼ etkisi g¼steren bir antiviral ajandır ve RSV enfeksiyonunun tedavisi için ruhsatlı tek spesifik antiviral ilaçtır. Bununla birlikte, kemik iliği supresyonu ile potansiyel karsinojenik ve teratojenik etkileri gibi g¼venlik endiŐeleri ve sağlıklı infant ve çocuklarda klinik sonuçları belirgin biçimde iyileŐtirdiđine dair g¼cl¼ kanıt bulunmaması nedeniyle rutin kullanım önerilmemektedir. Buna karŐın; hematopoetik k¼k h¼cre nakli alıcıları, solid organ nakli yapılmıŐ hastalar, ağır kombine imm¼n yetmezliği olan çocuklar ve ağır RSV alt solunum yolu enfeksiyonu geliŐen seçilmiŐ bağışıklığı baskılanmış çocuklarda, multidisipliner değerlendirme sonrası bireyselleŐtirilmiŐ tedavi seçeneği olarak d¼Ő¼n¼lebilir.

RSV'DEN KORUNMA YOLLARI

RSV enfeksiyonlarına karşı korunmada iki temel strateji vardır: Doğum sonrası uygulanan uzun etkili monoklonal antikolar (pasif bağışıklama) ve maternal aŐılar (aktif bağışıklama). Maternal aŐılar plasenta aracılığıyla fet¼se pasif antikor geçiŐi sağlar; ancak premat¼rite ve bireysel bağışıklık yanıtı gibi fakt¼rler etkinliği sınırlayabilir. Klinik kılavuzlar, özellikle riskli bebeklerde bu iki y¼ntemin birlikte kullanılmasını önermektedir.

NİRSEVİMAB (BEYFORTUS)

RSV enfeksiyonuna karşı 0-1 yaş arası tüm bebeklere ve 1-2 yaş arası RSV'ye karşı savunmasız bebeklere koruma sağlamak üzere geliştirilmiş, insan kaynaklı, uzun etkili bir IgG1 monoklonal antikordur. RSV'nin hücreye girişini sağlayan F (fusion) proteinindeki yüksek derecede korunmuş epitopa bağlanarak virüsün hücre zarları ile birleşmesini ve çoğalmasını engeller. Nirsevimab; sağlıklı veya altta yatan risk faktörleri ile doğmuş, zamanında veya prematüre doğmuş tüm bebeklerde RSV'ye bağlı ciddi ASYE'nin (özellikle akut bronşiolit ve pnömoni) önlenmesi amacıyla, RSV mevsimi başlamadan önce tek doz (5 kg altındaki çocuklarda 50 mg, 5 kg ve üzeri çocuklarda 100 mg) intramüsküler enjeksiyon yoluyla uygulanması önerilir ve tek dozla tüm RSV sezonu boyunca koruma sağlayarak hastane yatışlarını önemli ölçüde azaltır (Bkz Tablo 1).

Faz 2 ve 3 klinik çalışmalar ve gerçek yaşam verilerine göre; Nirsevimab'ın tüm bebekleri korumak için onaylanmış tek çözüm olması ve aynı zamanda komorbiditeli çocuklar (prematüre kronik akciğer hastalığı, hemodinamik olarak önemli konjenital kalp hastalığı (Ekokardiyografi veya anjiyografide akımlar oranı $Q_p/Q_s > 1.5$ ile beraber artmış pulmoner kan akımına bağlı konjestif kalp yetersizliği semptomları olması, konjestif kalp yetersizliği nedeniyle ilaç kullanması durumudur), bağışıklık sistemi baskılanmış durumlar, Down sendromu, kistik fibrozis, nöromüsküler hastalık, konjenital hava yolu anomalileri) için de RSV'ye bağlı tedavi ihtiyacı ve hastaneye yatışın azaltılmasında klinik ve istatistiksel olarak anlamlı yarar sağlayacağı saptanmıştır. Bu çalışmalar Nirsevimab'ın bebeklerin RSV nedeniyle hastaneye yatırılmasını önlemede en az %70 etkili olduğunu, tıbbi müdahale gerektiren RSV ile ilişkili alt solunum yolu enfeksiyonunları önlemedeki etkinliğinin %79 ve hastaneye yatış gerektiren RSV ile ilişkili alt solunum yolu enfeksiyonlarını önlemedeki etkinliğinin ise %80,6 olduğunu göstermektedir. İspanya, Fransa ve ABD'den bildirilen ilk sezon gerçek yaşam verilerine göre de; nirsevimab uygulanan bebeklerde RSV'ye bağlı hastaneye yatışlarda %80'in üzerinde azalma göstermiştir. Bu bulgular, faz 3 MELODY çalışmasında bildirilen yaklaşık %74–76 relatif risk azalımı ile uyumlu olup, rutin klinik pratikte de yüksek düzeyde koruyuculuğu desteklemektedir.

Nirsevimab uygulaması önerilen bebekler;

- İlk RSV mevsimi sırasında doğan veya bu mevsime giren 8 aydan küçük bebekler için:
 - Hamile ebeveyn bu gebelik sırasında RSV aşısı yaptırmadıysa,
 - Hamile ebeveynin RSV aşılama durumu bilinmiyorsa veya,

- Bebek, hamile ebeveynin RSV aşısından sonraki 14 günden daha kısa bir süre içinde doğduysa.
- Hamile ebeveynin RSV aşılama durumu veya çocuğun ilk RSV mevsiminde 8 aydan küçükken Nirsevimab veya Clesrovimab almış olması fark etmeksizin, şiddetli RSV hastalığı riski yüksek olan ve ikinci RSV mevsimine giren 8 ila 19 aylık bebekler. Yüksek risk kriterleri şunları içerir:
 - İkinci RSV mevsiminin başlangıcından önceki 6 aylık dönemde herhangi bir zamanda tıbbi destek (kronik kortikosteroid tedavisi, diüretik tedavisi veya ek oksijen) gerektiren kronik akciğer hastalığı olan prematüre bebekler,
 - Ağır immün yetmezliği olan bebekler,
 - Şu özelliklerden birine sahip kistik fibrozisli bebekler: Şiddetli akciğer hastalığı belirtileri (yaşamın ilk yılında akciğer alevlenmesi nedeniyle daha önce hastaneye yatış veya stabil durumdayken devam eden akciğer radyolojisinde anormallikler) veya boya göre ağırlığı 10. persentilin altında olan çocuklar.

Respiratuvar Sinsityal Virüse (RSV) Özgü Monoklonal Antikorlar	İlk RSV Sezonu						İkinci RSV Sezonu						Beyfortus (Nirsevimab) Uygulama Önerileri: -RSV sezonunda (Ekim-Mart) doğan tüm bebeklere önerilmektedir. -RSV sezonu öncesi (Nisan-Eylül) doğan bebeklere ise Ekim ayından itibaren uygulama önerilmektedir. -Anne gebelikte RSV aşısı yaptırdıysa ve bebek aşılamadan sonra 14 gün içinde doğduysa veya anne aşı yaptırmadıysa uzun etkili monoklonal antikor önerilir. *0-<8 aylık bebeklerde doz; <5 kg bebekler için 50 mg. ≥5 kg bebekler için 100 mg. **≥8-24 arası uygulanacak özel durumu olan çocuklar için doz 200 mg.
	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	
Beyfortus	0-< 8 ay arası tüm bebekler*						≥8 ay-24ay özel durumu* olan bebek ve çocuklar**						
Synagis	Synagis (Palivizumab) Uygulama Önerileri için bakınız: Sosyal Pediatri Derneği Prematüre Bebeklerde Bağışıklama Önerileri: https://www.sosyalpediatri.org.tr/assets/files/asi-uygulamaları/au6.pdf												

*Kronik akciğer hastalığı olan preterm bebekler, konjenital kalp hastalığı olup hemodinamik olarak riskli bebekler, immünsüpresif durumda olan bebekler.

Respiratuvar Sinsityal Virüse (RSV) özgü monoklonal antikorların diğer çocukluk çağı aşıları ile birlikte uygulanmasında sakınca yoktur. RSV'ye özgü monoklonal antikorları ile bağışıklamada bebeklerin risk durumuna göre bağışıklama programı farklılık gösterir.

Tablo 1. RSV'ye özgü monoklonal antikor uygulamaları. Sosyal pediatri derneğinin sağlıklı çocuklarda rutin dışı aşıların uygulanmasına ilişkin 22.01.2026 önerilerinden alınmıştır. Tüm yaşlar kronolojik yaştır, düzeltilmiş yaş değildir.

RSV enfeksiyonunun bulaşması ve yayılımını engellemek için ev içerisinde veya toplumda aşağıdaki önerileri uygulamak da oldukça etkilidir:

- Elleri su ve sabunla en az 20 sn boyunca yıkamak veya en az %60'lık alkol içeren el dezenfektanı ile dezenfekte etmek,
- Enfekte bireyi bebeklerden ve yaşlılardan uzak tutmak, enfekte birey ile yakın temastan kaçınmak,

- Öksürüp hapşırırken ağız ve burunu kağıt mendille kapatmak,
- İç mekan havalandırmasını pencereleri veya kapıları açarak sağlamak,
- Kapı kolları, oyuncaklar veya mobilyalar gibi sık dokunulan yüzeyleri ve nesnelere temizlemek ve dezenfekte etmek.

PALİVİZUMAB (SYNAGİS)

Palivizumab, RSV'nin füzyon (F) proteininde yer alan A epitopuna karşı geliştirilmiş, rekombinant DNA teknolojisiyle üretilmiş humanize bir IgG1 monoklonal antikordur. Bu biyolojik ajan, RSV'nin konak hücreye girmesini engelleyerek viral çoğalmayı durdurur. RSV'ye bağlı ciddi alt solunum yolu enfeksiyonları (ASYE) açısından yüksek risk taşıyan prematüre bebeklerde, bronkopulmoner displazisi (BPD) bulunan çocuklarda ve hemodinamik olarak anlamlı konjenital kalp hastalığı olan (Ekokardiyografi veya anjiyografide akımlar oranı $Q_p/Q_s > 1.5$ ile beraber artmış pulmoner kan akımına bağlı konjestif kalp yetersizliği semptomları olması, konjestif kalp yetersizliği nedeniyle ilaç kullanması durumudur) 24 ay altındaki çocuklarda koruma amacıyla kullanılır. Bu çocuklarda RSV nedeniyle oluşan ASYE'yi önlediği, hastaneye yatışı ve mortaliteyi belirgin derecede azalttığı bilinmektedir. Uygulaması, Ekim-Mart ayları arasında kabul edilen RSV sezonu boyunca 1 ay aralarla en fazla 5 doz 15 mg/ kg intramuskuler enjeksiyon şeklinde yapılır (Bkz Tablo 1).

Türk Neonatoloji Derneği Palivizumab profilaksisi önerileri;

1. Gebelik yaşı 29 haftanın (28 hafta +6/7 gün) altında doğmuş olan, RSV sezonu başlangıcında 1 yaşından küçük olan kronik akciğer hastalığı tanılı veya tanısız tüm bebekler, 2. RSV sezonu başlangıcından önceki son 6 ay içinde kronik akciğer hastalığı için özgün tedavi (ek oksijen, bronkodilatör, diüretik veya kortikosteroid) gereksinimi olan, 2 yaşın altındaki çocuklar,
3. RSV sezonu başlangıcında 1 yaşından küçük, siyanotik doğuştan kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği tedavisi gerektiren asiyanotik doğuştan kalp hastalığı olan bebekler, ameliyat edildiği halde rezidü hemodinamik bozukluk nedeniyle konjestif kalp yetersizliği tedavisi almaya devam eden bebekler, önemli pulmoner hipertansiyonlu bebekler (sistemik basıncın %50'sinden fazlası) ve hemodinamik bozukluk nedeniyle tedavi alması gereken kardiyomiyopati bebekler,
4. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde aynı anda en az 3 vakada RSV enfeksiyonu gösterildiği takdirde serviste yatan gebelik yaşları 29 haftanın (28 hafta +6/7 gün) altında doğmuş diğer tüm

prematüre bebeklere ve kronik akciğer hastalığı olan 29 hafta ve üzerindeki tüm prematüre bebeklerde uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Türk Neonatoloji Derneği Yüksek Riskli Bebek İzlem Rehberi, 2018.
2. Sosyal Pediatri Derneği'nin Sağlıklı Çocuklarda Rutin Dışı Aşıların Uygulanmasına İlişkin Önerileri, 22.01.2026.
3. Türk Toraks Derneği Akut Bronşiyolit Tanı ve Tedavi Rehberi, 2024.
4. Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Derneği RSV Tanı, Yönetim ve Korunma Öneri Kılavuzu, 31.07.2025.
5. CDC RSV Immunization Guidance for Infants and Young Children, 18.08.2025.
6. AAP Recommendations for the Prevention of RSV Disease in Infants and Children: Policy Statement, 20.10.2025.
7. WHO outlines recommendations to protect infants against RSV – respiratory syncytial virüs, 30.05.2025.
8. Shi T, et al. Global, regional, and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections due to RSV in young children. *Lancet*. 2017;390:946–958.
9. Drysdale SB, Green CA, Sande CJ. Best practice in the prevention and management of paediatric respiratory syncytial virus infection. *Ther Adv Infect Dis*. 2016 Apr;3(2):63-71.
10. Genis D, Riaz W, Hussain A, Oz T. Current and Emerging Strategies for the Prevention of Respiratory Syncytial Virus (RSV) Infections: A Comprehensive Review of Vaccines and Antibody Therapies. *Cureus*. 2026;18(1):e101340.
11. Hasegawa K, Tsugawa Y, Brown DF, et al. Trends in bronchiolitis hospitalizations in the United States, 2000-2009. *Pediatrics* 2013; 132(1): 28-36.