DOI: 10.4274/mjima.galenos.2019.2019.28

Mediterr J Infect Microb Antimicrob 2019;8:28

Erişim: <http://dx.doi.org/10.4274/mjima.galenos.2019.2019.28>

Mediterr J Infect Microb Antimicrob 2019;8:28'de Yayınlanmış Olan İngilizce Yazının Birebir Türkçe Versiyonudur.

Ne Zaman Profilaksi? Üst Ekstremitelerde Güç Kaybı Yakınması ile Başvuran HIV Sendromu Olgusu

When to Start Prophylaxis? A HIV-infected Patient Presenting with Upper Extremity Weakness

© Hüsnü PULLUKÇU¹, © Hasip KAHRAMAN², © Cenk ERASLAN³, © Oğuz Reşat SİPAHİ¹, © Meltem IŞIKGÖZ TAŞBAKAN¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

²Datça Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Muğla, Türkiye

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Anahtar Kelimeler: Trimetoprim/sülfametoksazol, serebral toksoplazmoz, Kaposi sarkomu, manyetik rezonans görüntüleme, *Toxoplasma gondii*
Keywords: Trimethoprim/sulfamethoxazole, cerebral toxoplasmosis, Kaposi's sarcoma, magnetic resonance imaging, *Toxoplasma gondii*

Sayın Editör,

Dünya çapında 36,7 milyon kişiyi etkileyen ve her yıl yaklaşık 2,1 milyon yeni olguyla karşımıza çıkan insan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu, global düzeyde önemli sağlık problemlerinden birisidir^[1]. Erken tanı ve yüksek etkili antiretroviral ilaçların kullanımı ile HIV olgularında fırsatçı enfeksiyonların görülme sıklığında anlamlı azalmalar olmuştur^[2]. Ancak bazı olgularda CD4 T-hücre sayısı normal olmasına rağmen çeşitli fırsatçı enfeksiyonlar görülebilir. Bu yazıda üst ekstremitelerde güç kaybı yakınması ile başvuran HIV sendromu olgusu sunulmaktadır.

Altmış üç yaşında erkek hasta, 20 gün önce ateş yüksekliği tanısı ile dış bir merkezde HIV tanısı almıştır. CD4 T-hücre sayısı 200 hücre/mm³, HIV viral yükü 160000 kopya/ml olan olguya elvitegravir/kobisistat/emtricitabin/tenofovir alafenamid tedavisi, kotrimoksazol ve flukonazol profilaksisi başlanmıştır. Polikliniğimize ilk başvurusunda viral, parazitolojik ve cinsel yolla bulaşan diğer hastalık göstergelerinde (hepatit A, hepatit B, hepatit C, sifiliz) geçirilmiş hepatit A, B ve toksoplazma

immünoglobulin G (IgG) pozitifliği dışında bulgu saptanmayan hastada ayak sırtında Kaposi sarkomu lezyonları belirlenmiştir. Hastaya bir ay daha kotrimoksazol profilaksisi verilmesi, flukonazol tedavisinin kesilmesi, başlanmış olan HIV tedavisine devam etmesi ve üç ay sonra poliklinik kontrolüne gelmesi önerilmiştir. Ancak hasta poliklinik randevusundan yaklaşık on gün önce, sol kol ve bacağına güç kaybı ve, konuşmada peltekleşme yakınmaları ile kliniğimize başvurmuştur. Hastanın koroner arter hastalığı ve hipertansiyon dışında ek hastalık öyküsü yoktu. Fizik muayenede özellikle sol tarafta belirgin olan her iki ayak üzerinde Kaposi sarkomuna bağlı lezyonları mevcuttu. Sol üst ekstremitelerde motor kuvvet 3/5 idi ve his kaybı yoktu. Diğer ekstremitelerde motor defisit saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre 5.500 hücre/mm³, lenfosit 2.260 hücre/mm³, hemoglobin 13,7 g/dl, C-reaktif protein <0,03 mg/dl, eritrosit sedimentasyon hızı 48 mm/saat, HIV-RNA <40 k/ml, CD4 420hücre/mm³ idi. Böbrek ve karaciğer fonksiyon testlerinde patoloji saptanmadı. Toksoplazma IgM olumsuz, toksoplazma IgG olumlu, toksoplazma avidite testi %71 oranında saptandı. Kan örneğinden bakılan toksoplazma gerçek zamanlı-

Atıf: Pullukçu H, Kahraman H, Eraslan C, Sipahi OR, Işıkgöz Taşbakan M. Ne Zaman Profilaksi? Üst Ekstremitelerde Güç Kaybı Yakınması ile Başvuran HIV Sendromu Olgusu. Mediterr J Infect Microb Antimicrob. 2019;8:28.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Hasip Kahraman, Datça Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Muğla, Türkiye

Tel.: +90 506 972 96 66 E-posta: hasipkahraman@gmail.com

Geliş Tarihi/Received: 28.05.2019 Kabul Tarihi/Accepted: 04.09.2019 ORCID ID: orcid.org/0000-0002-5120-4877

©Telif Hakkı 2019 Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği
Mediterranean Journal of Infection Microbes and Antimicrobials, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.

Yayınlanma tarihi: 4 Eylül 2019

polimeraz zincir reaksiyonu sonucu olumsuz olarak sonuçlandı. Ayak sırtındaki lezyondan alınan doku biyopsi sonucu Kaposi sarkomu olarak raporlandı. Olgunun kontrastlı kraniyal manyetik rezonansında (MR) supratentorial kesitlerde, sağ korona radiata ve talamus düzeyinde öncelikle serebral toksoplazmozis lehine değerlendirilen periferik kontrastlanma etkileşimi gösteren lezyonlar izlendiği belirtildi (Şekil 1). Perfüzyon MR incelemesinde ise lezyonlar öncelikli olarak lenfoma lehine değerlendirildi. Nöroloji tarafından lomber ponksiyonun kontrendike olduğu belirtilmesi nedeniyle beyin omurilik sıvısı örneklemesi yapılamadı. Beyin cerrahisine danışılan olguya olası risklerden dolayı biyopsi yapılamadı (hastadan onam alınamadı). Mikrobiyolojik olarak kanıtlanamasa da hasta olası toksoplazma olgusu kabul edilerek trimetoprim/sulfametoksazol (TMP/SMX) 800/160 mg 3x2 tablet dozundan tedaviye başlandı. Antiretroviral tedavi (ART) ve TMP/SMX tedavisi ile taburcu edilen olgunun üç hafta sonra çekilen kontrol kraniyal MR'ında sağ hemisferdeki lezyonlarda ve çevre dokulardaki ödemde regresyon görüldüğü bildirildi (Şekil 2). Kliniği tamamen düzelen hastanın altıncı ay MR'sinde tamamen düzelme görüldü. Takip sırasında viral yük sürekli olumsuz saptandı. CD4 düzeyi 400 hücre/mm³'ün altına hiç düşmedi. Kaposi sarkomu açısından takipleri devam eden olguda, kotrimoksazol profilaksisine altı ay daha devam edilerek sonlandırılması planlandı.

Etkin ART kombinasyonlarının kullanıma girmesinden sonra AIDS tanımlayan fırsatçı enfeksiyonların görülme sıklığında ciddi azalma sağlanmıştır. Buna rağmen fırsatçı enfeksiyonlar HIV enfeksiyonlu olgulardaki hastaneye yatışlarda ve mortalitede en önemli nedenler arasındadır^[3].

Merkezi sinir sistemi (MSS) patolojileri ile ilgili başvurular tüm başvuruların %5-7'sini oluşturur^[4]. HIV enfeksiyonunun herhangi bir döneminde virüsün direkt olarak beyin ve spinal kordda replikasyonu veya fırsatçı enfeksiyonlar, tümörler aracılığıyla MSS patolojileri görülebilmektedir. Toksoplazma, kriptokok, JC virüs, Epstein-Barr virüs ve sitomegalovirüs gibi etkenler HIV ile enfekte kişilerde en sık MSS tutulumu yapan fırsatçı mikroorganizmalardır^[5].

Serebral toksoplazmoz *Toxoplasma gondii*'nin etken olduğu paraziter bir hastalıktır. Primer enfeksiyon görülme sıklığı oldukça nadirdir. Bulgular genellikle latent doku kistlerinin reaktivasyonu sonucunda ortaya çıkar. CD4 hücre sayısının >200 hücre/mm³ olan olgularda nadiren klinik tablo oluşturur. Hastalık açısından en riskli grup CD4 hücre sayısı <50 olan olgulardır. En sık görülen klinik bulgular baş ağrısı, konfüzyon, motor güçsüzlük ve ateşle seyreden fokal ensefalittir. Bunun haricinde olgular atipik baş ağrısı, psikiyatrik semptomlar veya epileptik nöbetle de başvurabilirler^[6].

Şekil 1. Olgunun tedavi öncesine ait manyetik rezonans görüntüleri. Sırasıyla T2 aksiyel, flair koronal, T1 prekontrast aksiyel, T1 postkontrast aksiyel

Şekil 2. Olgunun tedavisinin üçüncü haftasına ait manyetik rezonans görüntüleri. Sırasıyla T2 aksiyel, flair koronal, T1 prekontrast aksiyel, T1 postkontrast aksiyel

HIV ile enfekte olan serebral toksoplazmozlu olguların hemen hemen tamamında anti-toksoplazma IgG seropozitifliği mevcuttur. Bu olgularda toksoplazma IgM antikorları genellikle olumsuzdur. Kantitatif antikor ölçümlerinin tanıya katkısı bulunmamaktadır. Toksoplazma ensefalitinin kesin tanısı klinik semptomlarının varlığının yanında kraniyal bilgisayarlı tomografi (BT) veya MR görüntüleme (MRG) ile tek veya çok sayıda olabilen kitle lezyonun görülmesi ve alınan klinik örnekte etkenin gösterilmesi ile konulmaktadır. Kraniyal lezyonları tanımlamada MRG, BT'ye göre daha üstündür. Klinik veya radyolojik olarak serebral toksoplazmoz düşünülen olgularda tedaviye hemen başlanmalıdır. İki haftalık tedaviye rağmen klinik olarak yanıt alınamayan olgularda en kısa sürede beyin biyopsisi yapılması önerilir^[6]. Bizim olgumuzdaki lezyonların çevresinde kontrastlanma gösteren bir bölümün olması lenfoma kuşkusu uyandırmıştır. Ancak biyopsi yapılamadığı için öncelikle toksoplazmaya yönelik tedavi başlanmıştır. Bu tedaviden dramatik yanıt alınmıştır.

Serebral toksoplazmozun primer tedavisinde primetamin/sülfadiyazın kombinasyonu önerilmektedir. Alternatif tedavide ise primetamin/klindamisin kombinasyonu veya TMP/SMX önerilmektedir. Akut tedavi ile klinik ve radyolojik iyileşme sağlanan serebral toksoplazmoz olgularında tedavi süresi en az altı haftadır^[6].

AIDS tanımlayıcı hastalık bulgusu olan olgularda, CD4 hücre sayısının 200 hücre civarında olmasının fırsatçı enfeksiyonlar açısından sorun yaratabileceği akılda bulundurulmalıdır. Hatta bu olguda olduğu gibi AIDS tanımlayıcı hastalık bulgusu olan olgularda CD4 sayısından bağımsız olarak toksoplazma açısından belirli bir dönem profilaksi uygulanmasının gerekli olabileceği düşünülmektedir.

Etik

Hasta Onayı: Çalışmamıza dahil edilen hastadan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: H.P., H.K., C.E., O.R.S., M.I.T., Konsept: H.P., H.K., C.E., O.R.S., M.I.T., Dizayn: H.P., H.K., C.E., O.R.S., M.I.T., Veri Toplama veya İşleme: H.P., H.K., C.E., O.R.S., M.I.T., Analiz veya Yorumlama: H.P., H.K., C.E., O.R.S., M.I.T., Literatür Arama: H.P., H.K., C.E., O.R.S., M.I.T., Yazan: H.P., H.K., C.E., O.R.S., M.I.T.

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Global AIDS update 2016. Geneva: UNAIDS, 2016. Last accessed date: 1 October 2018. Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/Global-AIDS-update-2016>
2. Sandhu A, Samra AK. Opportunistic infections and disease implications in HIV/AIDS. International Journal of Pharmaceutical Science Invention. 2013;2:47-54.
3. Buchacz K, Lau B, Jing Y, Bosch R, Abraham AG, Gill MJ, Silverberg MJ, Goedert JJ, Sterling TR, Althoff KN, Martin JN, Burkholder G, Gandhi N, Samji H, Patel P, Rachlis A, Thorne JE, Napravnik S, Henry K, Mayor A, Gebo K, Gange SJ, Moore RD, Brooks JT; North American AIDS Cohort Collaboration on Research and Design (NA-ACCORD) of IeDEA. Incidence of AIDS-Defining Opportunistic Infections in a Multicohort Analysis of HIV-infected Persons in the United States and Canada, 2000-2010. J Infect Dis. 2016;214:862-72.
4. Ford N, Shubber Z, Meintjes G, Grinsztejn B, Eholie S, Mills EJ, Davies MA, Vitoria M, Penazzato M, Nsanzimana S, Frigati L, O'Brien D, Ellman T, Ajose O, Calmy A, Doherty M. Causes of hospital admission among people living with HIV worldwide: a systematic review and meta-analysis. Lancet HIV. 2015;2:438-44.
5. Luzzi GA, Peto TEA, Goulder P, Conlon CP. HIV/AIDS, in Oxford Textbook of Medicine: Infection. In: Warrell DA, Cox TM, Firth JD (eds). United Kingdom: Oxford University Press, 2012:226-50.
6. Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents: recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Last accessed date: 1 October 2018. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/Preview/mmwrhtml/rr5804a1.htm>