



OLGU SUNUMU

Dr. Esra ERDEM KIVRAK

- Ö.G.
- 31Y, E, serbest meslek
- ESE
- Manisa
- 2011 yılında HIV enfeksiyonu tanısı
 - askerlik sırasında 9 aydır süren ishal nedeni ile
- Üniversite hastanesine yönlendirilmiş
 - takibi bırakmış !!!

SEBEPLER...

- Doktoruna güvenmemiş
- Tedavi önerisini kabul etmemiş
 - Tedaviden fayda görmeyeceğini düşünmüş

Takip önerisine uymamış

- 2017 Kasım ayında ishal ve hemoroid nedeni ile dış merkeze başvurmuş
- Kolonoskopi: rektit, anal fissür, internal hemoroid,
 - bx PAS+ trofozoitler
 - uygun tedavi şikayetlerde azalma
- Kısa süreli düzelme

- Şubat 2018 de CBÜ enfeksiyona başvuru
 - Ateş yüksekliği,
 - gece terlemesi,
 - kilo kaybı (13 kg),
 - giderek artan rektal akıntı ve tenezm,
 - oral kandida plakları



- Dışkı kültürü, parazitolojik bakı, enterik panel
- Balgam kültürleri, *P.jirovecii* taraması
- Genel cerrahi konsültasyonu
- CD4 15, Viral yük 64000IU/mL
- PPD 6 mm

- Toksoplazma IgM,G (-)
- Anti HBs(+), Anti HCV(-)
- CMV IgG (+), EBV geçirilmiş
- VDRL/TPHA(-)

Hasta No: 2011056204
Yaş: 034Y
Cinsiyet: Erkek
Doğum Tarihi: 15.11.1987

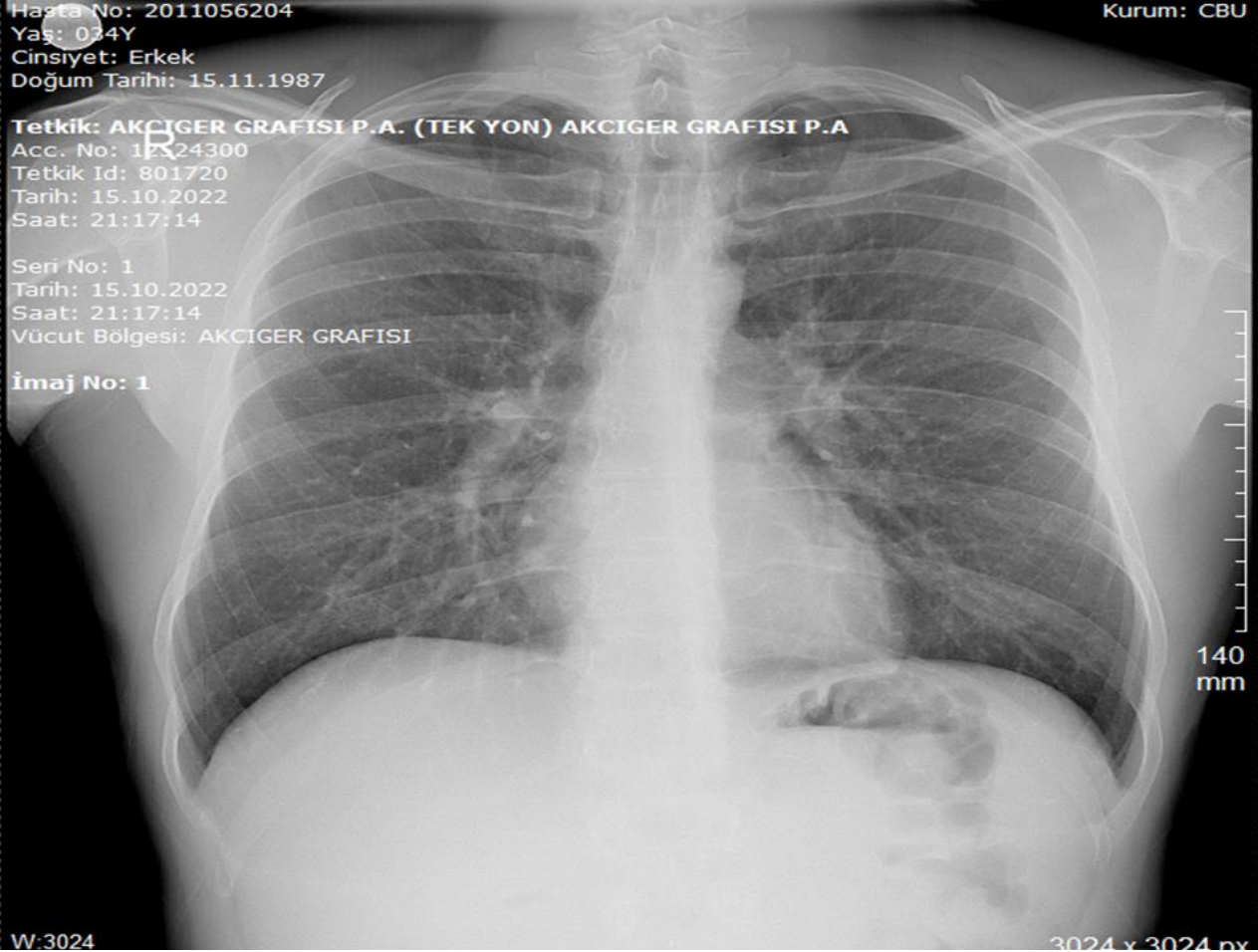
Kurum: CBU

Tetkik: AKCİGER GRAFISI P.A. (TEK YON) AKCİGER GRAFISI P.A

Acc. No: 1224300
Tetkik Id: 801720
Tarih: 15.10.2022
Saat: 21:17:14

Seri No: 1
Tarih: 15.10.2022
Saat: 21:17:14
Vücut Bölgesi: AKCİGER GRAFISI

İmaj No: 1



NE BAŞLAYALIM?

Tablo 4.1. Daha önce ART almamış, erişkin HIV pozitif bireyler için birinci basamak ART rejimi

A) Önerilen rejimler†‡			
Rejim	Doz	Uyarı	Gıda Gereksinimi
2 Nükleozit analogu revers transkriptaz inhibitörü + İntegraz inhibitörü			
ABC/3TC/DTG ^{1,2}	ABC/3TC/DTG 600/300/50 mg Günde 1 tablet	<ul style="list-style-type: none"> » Al/Ca/Mg içeren antasit ve multivitaminler ile eş zamanlı alınmalıdır (en az 2 saat önce veya 6 saat sonra alınabilir). » Rifampisin ile birlikte kullanılacaksa DTG 50 mg günde iki kez önerilir. 	Yok
TAF/FTC/BIC ³	TAF/FTC/BIC 25/200/50 mg Günde 1 tablet	Ağır karaciğer yetmezliğinde kullanılmamalıdır.	Yok
TAF/FTC ³ veya TDF/FTC ³ + DTG	TAF/FTC 25/200 mg Günde 1 tablet TDF/FTC 300/200 mg Günde 1 tablet DTG 50 mg Günde 1 tablet	<ul style="list-style-type: none"> » Al/Ca/Mg içeren antasit ve multivitaminler ile eş zamanlı alınmalıdır (en az 2 saat önce veya 6 saat sonra alınabilir). » Rifampisin ile birlikte kullanılacaksa DTG 50 mg günde iki kez önerilir. 	Yok
TAF/FTC/EVG/c ³ veya TDF/FTC/EVG/c ^{3,4}	TAF/FTC/EVG/c 10/200/150/150 mg Günde 1 tablet veya TDF/FTC/EVG/c 300/200/150/150 mg Günde 1 tablet	Al/Ca/Mg içeren antasit ve multivitaminler ile eş zamanlı alınmalıdır (en az 2 saat önce veya 6 saat sonra alınabilir).	Yemekle
TAF/FTC ³ veya TDF/FTC ³ + RAL	TAF/FTC 25/200 mg Günde 1 tablet veya TDF/FTC 300/200 mg Günde 1 tablet RAL 400 mg Günde iki defa 1 tablet veya RAL 600 mg Günde bir defa 2 tablet	<ul style="list-style-type: none"> » Al/Mg içeren antasitlerle eş zamanlı alınması önerilmez. » Rifampisin ile birlikte kullanılacaksa RAL 400 veya 800 mg günde iki kez alınmalıdır. 	Yok
2 Nükleozit analogu revers transkriptaz inhibitörü + Nonnükleozit revers transkriptaz inhibitörü			
TAF/FTC/RPV ³ veya TDF/FTC/RPV ³	TAF/FTC/RPV 25/200/25 mg Günde 1 tablet veya TDF/FTC/RPV 300/200/25 mg Günde 1 tablet	<ul style="list-style-type: none"> » CD4 T lenfosit sayısı >200 hücre/mm³ ve HIV RNA düzeyi <100.000 kopya/mL ise kullanılabilir. » PPI kontrendikedir. H2 antagonistleri, RPV'den 12 saat önce ve 4 saat sonra alınabilir. 	Yemekle
2 Nükleozit analogu revers transkriptaz inhibitörü + Güçlendirilmiş proteaz inhibitörü			
TAF/FTC ³ veya TDF/FTC ³ + DRV/c(v) veya DRV/r(v)	TAF/FTC 10/200 mg Günde 1 tablet veya TDF/FTC 300/200 mg Günde 1 tablet DRV/c 800/150 mg Günde 1 tablet veya DRV 800 mg Günde 1 tablet ve RTV 100 mg Günde 1 tablet	Sülfonamid alerjisi olan hastalar izlenmelidir.	Yemekle

B) Alternatif rejimler (Önerilen rejimdeki ilaçlardan hiçbiri kullanılamıyorsa, temin edilemiyorsa veya uygun değilse)

Rejim	Doz	Uyarı	Gıda Gereksinimi
2 Nükleozit analogu revers transkriptaz inhibitörü + İntegraz inhibitörü			
ABC/3TC ^{1,2} + RAL	ABC/3TC 600/300 mg Günde 1 tablet RAL 400 mg Günde iki defa 1 tablet	» Al/Mg içeren antasitlerle eş zamanlı alınması önerilmez. » Rifampisin ile birlikte kullanılacaksa RAL 400 veya 800 mg günde iki kez alınmalıdır.	Yok
2 Nükleozit analogu revers transkriptaz inhibitörü + Nonnükleozit revers transkriptaz inhibitörü			
ABC/3TC ^{1,2} + EFV ⁶	ABC/3TC 600/300 mg Günde 1 tablet EFV 600 mg Günde 1 tablet	HIV RNA düzeyi <100.000 kopya/mL ise kullanılabilir.	Yatmadan önce veya akşam yemeğinden 2 saat önce
TDF/FTC/EFV ^{5,6}	TDF/FTC/EFV 300/200/600 mg Günde 1 tablet		Yatmadan önce veya akşam yemeğinden 2 saat önce
2 Nükleozit analogu revers transkriptaz inhibitörü + Güçlendirilmiş proteaz inhibitörü			
TAF/FTC ³ veya TDF/FTC ³ + ATV/c ^{7,8} veya ATV/r ^{7,8}	TAF/FTC 10/200 mg Günde 1 tablet veya TDF/FTC 300/200 mg Günde 1 tablet ATV/c 300/150 mg Günde 1 tablet veya ATV 300 mg Günde 1 tablet ve RTV 100 mg Günde 1 tablet		Yemekle
ABC/3TC ^{1,2} + ATV/c ^{7,8} veya ATV/r ^{7,8}	ABC/3TC 600/300 mg Günde 1 tablet ATV/c 300/150 mg Günde 1 tablet veya ATV 300 mg Günde 1 tablet ve RTV 100 mg Günde 1 tablet	HIV RNA düzeyi <100.000 kopya/mL ise.	Yemekle

ABC/3TC ^{1,2} + DRV/c ¹ veya DRV/r ¹	ABC/3TC 600/300 mg Günde 1 tablet DRV/c 800/150 mg Günde 1 tablet veya DRV 800 mg Günde 1 tablet ve RTV 100 mg Günde 1 tablet	Sülfonamid alerjisi olan hastalar izlenmelidir.	Yemekle
Diğer kombinasyonlar			
RAL ¹ + DRV/c ¹ veya DRV/r ¹	RAL 400 mg. Günde iki defa 1 tablet DRV/c 800/150 mg Günde 1 tablet veya DRV 800 mg Günde 1 tablet ve RTV 100 mg Günde 1 tablet	» CD4 T lenfosit sayısı >200 hücre/mm ³ ve HIV RNA düzeyi <100.000 kopya/mL ise. » Al veya Mg içeren antasitlerle birlikte kullanılması önerilmez.	
LPV/r + 3TC	LPV/RTV 200/50 mg Günde iki defa 2 tablet 3TC 150 mg Günde iki defa 1 tablet		
DTG + 3TC	DTG 50 mg Günde 1 tablet 3TC 150 mg Günde iki defa 1 tablet	» Al/Ca/Mg içeren antasit ve multivitaminler ile eş zamanlı alınmamalıdır (en az 2 saat önce veya 6 saat sonra alınabilir). » Rifampisin ile birlikte kullanılacaksa DTG 50 mg günde iki kez önerilir.	

Tablo 4.2. Daha önce antiretroviral kullanmamış, erişkin HIV pozitif bireylerde birinci basamak antiretroviral tedavi rejimi için Türkiye’de bulunan antiretroviral ilaçlar

ARV İlaç Sınıfı	ARV İlaç, İçerdiği İlaç Miktarı	Ticari Preparat
NRTI	TDF/FTC, 300/200 mg	Hivent film tablet
		Sidatria film tablet
		Truvada film tablet
	ABC, 300 mg 3TC, 150 mg	Ziagen film tablet Epivir tablet
NNRTI	EFV, 600 mg	Stocrin tablet
	RPV, 25 mg	Edurant tablet
PI	DRV, 400 mg ve 600 mg	Prezista tablet
	LPV/r, 200/50 mg	Kaletra tablet
	RTV, 100 mg	Norvir tablet
INSTI	RAL, 400 mg	Isentress tablet
	TDF/FTC/EVG/c 300/200/150/150 mg	Stribild tablet
	TAF/FTC/EVG/c 10/200/150/150 mg	Genvoya tablet
	DTG, 50 mg	Tivicay tablet
	ABC/3TC/DTG 600/300/50 mg	Triumeq tablet

ART

- Lopinavir+ritonavir/tenofovir+emtricitabin
 - Flukonazol, kotrimaksazol (P)

Bu tedavi ile ilgili fikirleriniz?



Piperasilin tazobaktam, siprofloksasin ve kotrimaksazol Flukonazol, azitromisin (P)

- İki hafta sonra CBÜ acil servisten senkop nedeni ile yatış
 - ateş yüksekliği
 - İshal
 - rektal akıntı

* CRP 145

Önerileriniz?



- Acil serviste akut SSS patolojileri ekarte edildi
 - Beyin BT frontalde hipodens alanlar ?
- Psikiyatri - ağır depresif atak
 - SSRI
- Genel cerrahi- anal fissür ve hemoroid
 - Venotonik ve lokal tedavi

ART DEĐİŐİKLİĐİ

ART- TENOFOVİR EMTRİSİTABİN + DOLUTEGRAVİR

- ABDOMEN US, TÜM : Karaciğer boyut ,parankim eko olağandır.KC parankim ekojenitesi diffüz azalmıştır.Hepatit ?
- KCFT ve bilirubin normal
- LDH ılımlı yüksek

- Batın MR:
 - Retroperitoneal alanda en büyükleri 3 cm , aortakaval boşlukları dolduran çok sayıda LAP
 - Sağ iliak zincirde 2 cm boyutunda 3-4 adet ve iç obtrator zincir ile eksternal iliak zincir boyunca inguinale kadar devam eden birbirleri ile birleşme eğiliminde multipl lenf nodları ,
 - Solda da patolojik boyutta olmayan eksternal iliak arter lenf nodları

- Yüzeyel USG
 - Her iki aksillar bölgede patolojik boyutta ve görünümde lenf nodu yok
 - Bilateral inguinal bölgede büyüğü solda 13x9 mm , sağda 25x12 boyutunda bazıları sferik şekilli bazılarının yağlı hilusu seçilmeyen multipl lenfadenopatiler

Piperasilin tazobaktam Flukonazol, azitromisin, kotrimaksazol (P)

- Toraks BT: Normal
- Birkaç gün ateşsiz dönem
 - Döküntü ve mide şikayetleri nedeni ile siprofloksasin kesildi, kotrimaksazol(P!)
- Ardından 39°C bulan ateş

Piperasilin tazobaktam Flukonazol, azitromisin, kotrimaksazol (P)

- Kan kültürü
- Dışkı tetkikleri yinelendi
- Balgam örnekleri yinelendi
- Mikolojik örnekler (-)
- CD4 14

Meropenem, teikoplanin, azitromisin Flukonazol Flukonazol, , kotrimaksazol (P)

- Oral alım azaldı, depresyon?, konfüzyon??
- Ateş devam ediyor, rektal akıntı sürüyor
- Kültürler tekrarlandı Dışkıda bol maya
- Beyin MR ve EEG ile nöroloji ek öneri olmadı
- CMV PCR
- İnguinal LAP örnek (sadece patoloji)
- Ateş sınırlandı, CRP artışı

Pip-tazo flukonazol, kotrimaksazol (P) Amikasin levofloksasin, klaritromisin

- Tremor, lökopeni, nötropeni, ateş, Hb 8,4 mg/dL
- CD4 200
- IRIS, lenfoma, kolon CA, ilaç reaksiyonu???
- Ig düzeyi, parvovirüs, CD4 kontrolü, Anti TBC
- Dışkıda bol maya
- Kan kültürü (-)
- Lenf nodu
 - Lenf nodu tru-cut biopsisinde kümeler halinde köpüksü görünümlü stoplazmaya sahip histiositler izlenmiştir. Arada seyrek diğer lenfoid hücreler izlenmiştir. Histiositler içerisinde çok sayıda Ehrlich-Ziehl-Neelsen pozitif basiller dikkati çekmiştir. Histiositler net granülom yapısı oluşturmadığından ve histiositler içerisinde çok fazla basil görüldüğünden **atipik mikobakteri enfeksiyonu (öncelikli mycobacterium avium intracellulare) düşünülmüştür.**

- Inguinal lenf nodu bx üredi: *M. chelonei*

, amikasin, levofloksasin,

klaritromisin, | gansiklovir
kotrimaksazol (P)

- Kan CMV PCR sonucu 10657 IU
- Tedaviye gansiklovir eklendi
- Nötropeniden çıktı
- Ateş sınırlandı ancak iki gün sonra yine ateş ve CRP progresyonu
- GIS endoskopisi
- Kİ asp-bx yapıldı.

- NORMOSELLÜLER KEMİK İLİĞİ (%50)
- MPO ve CD71 ile eritroid/myeloid oranının korunduğu gözlenen kemik iliğinde megakaryositer hiperplazi ve displazi göze çarpmakta
- Gerek morfolojik olarak ve gerekse PAS, Gümüş ve Ehrlich Ziehl-Neelsen boyaları ile hastada var olduğu bilinen mikrobakteri enfeksiyonuna ya da kuşkulanan paraziter enfeksiyonlara dair herhangi bir bulgu saptanmamış
- Blastik hücreler olağan sınırlarda
- Retiküler lifler derece I, depo demiri derece IV'tür.

Ege Üniversitesi 1

- Klaritromisin Levofloksasin Gansiklovir
- CMV DNA, EBV DNA, Periferik yayma, CD4 68
- İNGUİNAL USG-eksizyonel bx
 - HIV LENFADENİTİ, PATERN C
- Dışkıda rutin parazit bakışı: CRYPTOSPORIDIUM
 - kotrimaksazol (T)
- Tüm vücut BT:
 - Hepatosplenomegali ve batin içerisinde ve her iki inguinal bölgede çok sayıda yer yer konglomerasyon gösteren lenf adenopatiler saptanmış
 - Jejunal barsak anslarında uzun segment belirgin duvar kalınlaşması, sıvı retansiyonu ve komşu mezenter kökünde lenf nodları izlenmiş
 - Bulgular başta fırsatçı enfeksiyöz ajanları olmak üzere enterit ile uyumlu
 - Olgunun klinik ve laboratuvar bulguları ile birlikte değerlendirilmesi önerilir.

Ege Üniversitesi 2

- 1 ay sonra yan ağrısı
- Lomber kalça sakroiliyak görüntüleme
 - normal
- NRŞ ve FTR
- Tüm enfeksiyon tetkikleri tekrarlandı (-)
- Dirençli ateş devam ediyor
- KI bx
 - HİPERSELLÜLER KEMİK İLİĞİ (%80)

Ege Üniversitesi 3

- Hastaya yeni başlanan mama sonrası ishal karın ağrısı şikayetleri
- Günde 3-4 kere sulu dışkılama olmuş bugün gerilemiş
- 2 gün önceye kadar ateşleri olmuş
- 7 gündür proflaktik kotrimaksazol ve flukonazolünü kesmiş
- Hasta ileri tetkik tedavi amaçlı servise yatırıldı.

Ege Üniversitesi 3

- Hasta servise yatırıldı
- Flukanazol ve kotrimaksazol profilaksi devam
- FM: batın sol kadranda hassasiyet+ defans yok
ptö-/- kvah-/-
- CD4 73 HIV viral yük (-)
- Batın BT
- Dışkı bakteriyoloji ve parazitoloji (-)

- Batın BT kesin raporu
- HIV RNA sonucu
- Gaita kültür sonucu
- Gaita parazit bakısı sonucu ile kontrol
- Taburcu (1 gün yatmış)

Ege Üniversitesi 4


- Son günlerde kilo kaybı
- Oral alımda azalma
- Halsizlik
- Hasta servise yatırılıyor (yaklaşık 1,5 ay sonra)
 - Batın muayenesinde palpasyonla hassasiyet + defans ve rebound yok
 - Diğer sistem muayeneleri olağan

- Batın BT :
 - Hepatomegali, intraabdominal düzeyde yer yer konglomerasyon paterni gösteren multipl LAP'lar , LAP'ların bazılarında dansite azalması izlenmiş olup nekrotik karakter taşımakta.
 - Görünüm önceki tetkikle benzerdir. Olgunun lenfoproliferatif hastalıkları yönünden araştırılması önerilir
 - Bir önceki tetkikte proksimal jejunal anslarda izlenen duvar kalınlığında artış ve kontrastlanma bir miktar gerilemiş

- HIV RNA negatif, CD₄ : 86

- Hastaya abdominal LAP larından örnekleme yapılması planlandı
- Genel cerrahi'de laparotomi ile LAP bx yapıldı
- Operasyonda gönderilen materyalden mikabakteriyolojide tbc pcr negatif, **ARB 4+**
 - atipik mikobakteri enf? olan hastay extrapulmner atipik mikobakteri enfeksiyonu
- **Tedavi:** Moksifloksasin 1*1 ,azitromisin 1*1,etambutol 2*1

- **Patoloji** : Tanılar: LENF NODÜLÜ, EKSİZYONEL BİYOPSİ, İLEUM MEZOSU ; NON-KAZEİFİYE GRANÜLOMATÖZ LENFADENİT
- Histopatolojik incelemede lenf nodülünün olağan yapısını tümüyle ortadan kaldıran belirgin nekroz oluşturmayan, plazma hücrelerinin eşlik ettiği, belirgin dev hücre formasyonu içermeyen **granülom** yapıları görülmüş, yer yer lenf nodülünde hyalinizasyon izlenmiş
- Ayrıca perivasküler alanlarda eşlik eden polimorf nüveli lökositler ve eozinofil lökositler görülmüş
- Olguda iki kez çalışılan asit fast incelemesinde spesifik bir sonuç alınamamış olmakla birlikte olgunun "atipik mikrobakteri" enfeksiyonu açısından araştırılması

- Yaklaşık 9 ay sonra takiplerinde kreatinin progresyonu ve hiperkalsemi gelişmesi nedeniyle yatırılıyor
- TDF/FTC  Lamivudin
- IV hidrasyon
- Kre 2,3-2,18-1,8-1,5
- Ca 13,3-11,6-10,8-9,9
- PTH düşük

- Tüm vücut BT:
 - Retroperitoneal kompartmanda yaygın lenf adenopati kümeleri lenfoma tanısını desteklemekte olup ayırıcı tanıda metastatik lenf bezleri söz konusu olabilir
 - Yaygın lenf adenopati ve lenfoma tanısı ağırlıklık kazandığından PET BT görüntüleme ile sistemik olarak ileri değerlendirme

■ PET/BT Rapor:

- Abdomino-pelvik görüntülerde gastrointestinal yapılar, karaciğer, dalak, adrenal bezler ve üriner sistem yapıları fizyolojik sınırlarda FDG tutulumu göstermektedir.
- Bilateral retrokrual, çöliak, lateral aortik, interaortkaval, paraaortik , parakaval, , bilateral ana-internal -ekternal iliak peritoneal ve yer yer konglomerasyon yapan büyüğü 3x2. 5 cm olan multipl hipermetabolik (SUVmax: 33) özellikte lenf nodu dikkati çekmektedir.
- Bilateral inguinal alanda düşük FDG tutulumu olan (SUVmax:2. 2) lenf bezleri izlenmektedir.

- 14.02.2020 Batın içi LAP eksizyonu (yaklaşık 1 yıl sonra 2. eksizyon)
- **Patoloji Tetkik Sonucu**
 - Tanılar: GRANÜLOMATÖZ PERİTONİT + MEZOTELYAL HİPERPLAZİ
 - Mikroskopi yorumu: Olgunun tüberküloz başta olmak üzere sistemik granülomatöz hastalıklar ve fırsatçı enfeksiyon etkenleri açısından araştırılması
 - Dokuda PCR ile tüberküloz araştırılması
 - Uygulanan histokimyasal incelemeler ile spesifik etken saptanmadı

- Tekrar etambutol, moksifloksasin ve klaritromisin tedavileri başlanıyor
- Ekim 2020'de karın ağrısı yakınması ile dış merkeze başvuruyor
- Ege Üniv. Acil serviste çekilen Batın BT:
 - bilateral psoas kası boyunca uzanım gösteren multiloküle görünümde enfekte hematoma veya apseye ait olabilecek görünüm
 - Diğer bulgular kabaca benzer

- Retroperitoneal abse nedeniyle I.V pip/tazo başlanıyor ve girişimsel radyoloji tarafından dren takılıyor
- Drenden seröz sıvı gelmesi ve az geleni olması nedeniyle dren çekilip taburcu ediliyor
- Atipik mikobakteri enf. açısından tedavi devam ediyor

- Taburculuktan 17 gün sonra karın ağrısı, bacak hareketlerinde hassasiyet yakınması ile tekrar yatış
- 23. 11. 2020 Genel cerrahi tarafından sağ inguinal LAP insizyonel bx + abse drenajı yapıp hasta dren ile taburcu edilmiş

- Aralık 2020 ağrı ile tekrar gelmiş
- 4. 12. 2020 USG: HSM. Sol psoas lojundan inguinal bölgeye uzanım gösteren yaklaşık 11*6 cm boyutunda kalın duvarlı, yoğun içerikli sıvı koleksiyonu izlendi. (abse?).

- 3.12.2020 Sol inguinal ağrı ile gelen hastanın usg: sol psoas lojundan inguinal bölgeye uzanan 11X6 cm yoğun içerikli abse
- Girişimsel radyoloji tarafından sol inginal bölgeye de dren takılıyor
- Sağdan gönderilen örnekte C. albicans üremesi , pip/tazo+anidulafungin başlandı

- Soldan gönderilen absede yine *C. albicans* üremesi, anidulafungin devamı
- Bakteriyolojik kültürlerde üreme yok
- Hasta uzun süre dren ile takip edilmiş
- Toplam yaklaşık 2 yıl atipik mikobakteri enfeksiyonu tedavisi

SABRINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER....