

NEFES DARLIĞI İLE BAŞVURAN YENİ TANI HIV OLGUSU

Dr Hatice Kübra UÇAR

Prof Dr Yasemin Çağ

OLGU

52 yaşında kadın hasta

Şikayet: Ateş, nefes darlığı, kilo kaybı

Öykü: Hasta 12 Mart 2024 te dış merkeze, 2-3 gündür devam eden 38 C° ateş ve nefes darlığı, son 2 aydır 7-8 kg kilo kaybı ile başvurmuş.

Özgeçmiş

Hipertansiyon, KOAH

Soygeçmiş

Özellik yok

Laboratuvar bulguları

Kan gazı

Ph:7.567

PaO2: 55.1 mmHg

PaCO2: 29 mmHg

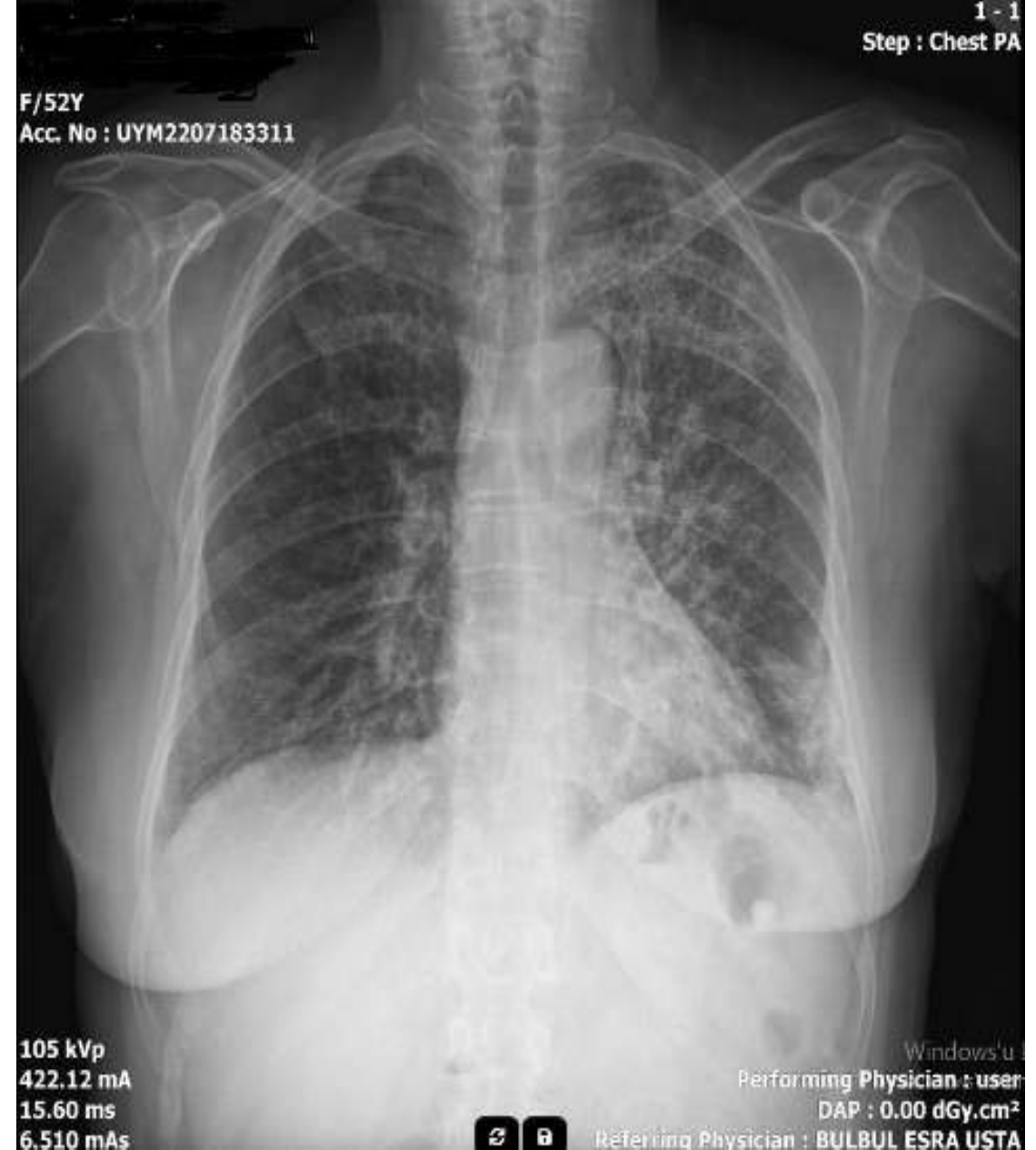
Wbc:4,6 $10^3/uL$

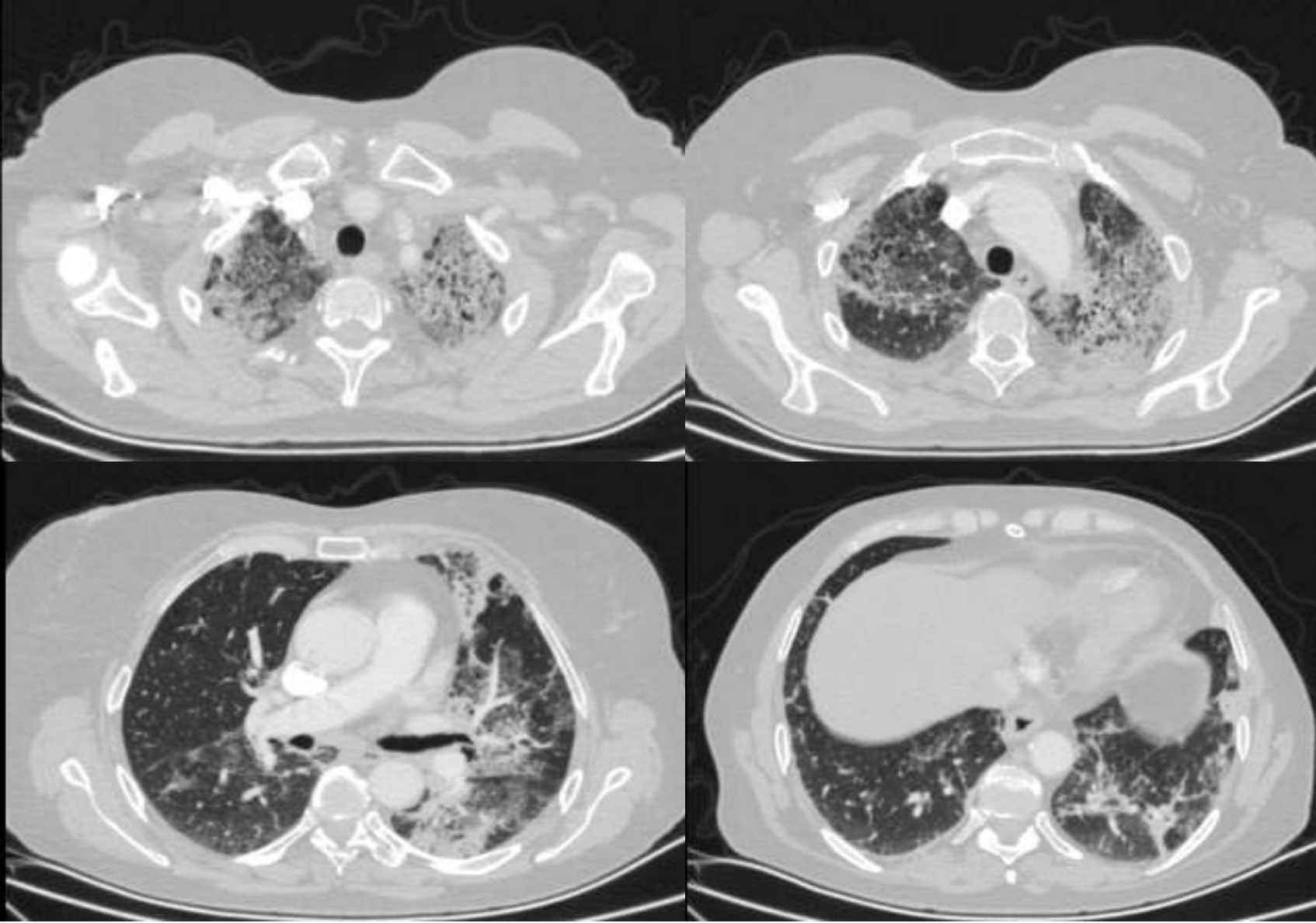
Neu:3,3 $10^3/uL$

Lym: 0.7 $10^3/uL$

Crp: 27.13 mg/L

- Tip 1 solunum yetmezliği, KOAH alevlenme ve pnömoni ön tanıları ile yatırılarak Piperasilin tazobaktam 4x4.5gr başlanmıştır.





13.03.2024 Toraks BT:
Her iki akciğerde, özellikle sol akciğerde daha yaygın olmak üzere yamasal buzlu cam manzaralari-infiltrasyon imaji mevcuttur. Her iki akciğerde yaygın retikuler paternde fibrotik yapılanmalar mevcut olup, interstisyel patolojiler lehinedir. Bilateral minimal plevral effuzyon mevcuttur.

- E nabız tetkiklerinde 05.03.2024 ELİSA testlerinde Anti HIV pozitif görülmüş, **HIV PCR sonucu 70.052 kopya/ml , CD4 sayısı 2 hücre/mm3** (%0.6) olarak görülmüş.
- Enfeksiyon Hastalıkları konsültasyonu istenmiş, toraks görüntülemesi ile değerlendirilen hastaya, *Pneumocystis jirovii* pnömonisi (PCP) ön tanısı ile **trimetoprim-sulfametoksazol (TMP-SMX) 15mg/kg/gün** başlanmıştır.

- Takiplerinin 3.gününde bronkoskopi örnekleme yapılmış:
PCP PCR: 1,262,556 kopya/ml
BAL ARB: negatif
- PPD: 0 mm,
- Yatışının 3. gününde Lamuvidin 2x150mg + Dolutegravir 1x50mg rejimi başlanmıştır.
- Hasta 7 gün Piperasilin Tazobaktam ve TMP-SMX tedavisi almış ve 18.03.2024 te antiretroviral tedavi ve TMP-SMX 960 mg 2x1 tablet ile taburcu edilmiştir.



26.03.2024

Dış merkez taburculuğunun 8.gününde hasta yeni gelişen nefes darlığı şikayeti ile hastanemiz aciline başvurmuş, 3 gündür reçete edilen ilaçları alamamış.

Acil servis vitalleri:

A:36.5

N:88 KB: 127/70 mmHg

SpO2: %93 (oda havası)

DSS:28

Laboratuvar Bulgular:

Kan gazı

Ph: 7,51

PaO2: 88,5 mmHg

PaCO2: 27,3 mmHg

SO2: 88,5 mmHg

Fizik muayene: Solunum sesleri sol hemitoraksta azalmış, sağ hemitroksta yaygın ronküs

WBC: 3,6 $10^3/uL$

Neu: 2,76 $10^3/uL$

Lym: 400 $10^3/uL$





Hasta göğüs tüpü takılarak Göğüs Cerrahisi Kliniğine interne edilmiş



Toraks BT raporu:
Solda en belirgin yerinde **8 cm ölçülen pnömotoraks** görünümü mevcuttur. Sol akciğer parankimi içerisinde **konsolidasyon kollaps** görünümleri dikkati çekmiştir. Her iki akciğer parankimi içerisinde **buzlu cam tarzında dağınık yerleşimli infiltratif dansite artışları** izlenmiştir.



27.03.2024

Hastanın solunumsal semptomları geçmemesi üzerine tarafımıza antibiyotik önerisi açısından danışılmış, hastanın dış merkez tetkikleri incelenerek PCP pnömonisi tanısı ile:

- TMP-SMX 15mg/kg (3x4ampül) ve
- Prednizon 2x40mg oral 5 gün sonrasında, 1x40 mg 5 gün devamında, 1x20mg 11 gün planlanarak başlandı. (toplam 21 gün)

- 21 gün TMP-SMX PCP pnömoni tedavi dozunda aldıktan sonra oral ardışık TMP-SMX 960mg 1x1 tablet sekonder PCP profilaksisine başlandı.
- Takibinin 24.gününde göğüs cerrahi tedavisi tamamlanması üzerine enfeksiyon hastalıkları servisine devir alınarak tetkik edildi.
 - Batın USG patoloji izlenmedi
 - Aksillar, inguinal, servikal LAP USG de patolojik lap görülmedi.
 - Mamagrofi istendi patoloji saptanmadı.
 - Kriptokok antijeni negatif saptandı.
 - Kadın doğum muayenesi yapıldı smear alındı HPV patolojisi negatif sonuçlandı.
 - Oral kandidiazis nedeniyle mikostatin garagara başlandı.
 - TMP-SMX 960mg 1x1 tablet ve ART tedavisi ile taburcu edildi.
 - Poliklinik kontrolüne çağrıldı.

- Düzenli takiplerine gelen ve tedavisi devam eden hasta en son 07.04.2025te tarafımıza başvurmuş.

- HIV PCR: Negatif ,

- CD4:128 hücre/mm3(%62.9

Parameter	Percent	Value/AbsCnt
Lymph Events		5197
CD3+	68.87	1928.27
CD3+CD8+	62.96	1762.86
CD3+CD4+	4.56	127.69
CD3+CD4+CD8+	0.38	10.78
CD45+		2800
4/8 Ratio		0.07

- Hastanın genel durumu iyi, aktif şikayeti yok, ART ve tmp-smx sekonder profilaksisi devam etmekte.



Göğüs Hastalıkları tarafından post-pnömotoraks takip edilen hastanın 28.05.2025 tarihli BT görüntüsü

Pneumocystis Pnömonisi (PCP)

- Etken atipik bir fungus olan ***Pneumocystis jirovecii***
- PCP insidansı son yıllarda etkili ART ve profilaksi nedeniyle belirgin azalmıştır. (<1 vaka 100 kişi/yıl)
- Ancak halen CD4 sayısı düşük HIV enfekte bireylerde fırsatçı enfeksiyonların önde gelen enfeksiyonlar arasında

Risk Faktörleri

- ART almayan hastalarda ileri immunsupresyon
- Yüksek plazma HIV RNA seviyeleri
- $CD4 < 200$ hücre / mm^3 (Vakaların yaklaşık %90'ı)
- $CD4$ yüzdesi $< \% 14$
- Geçirilmiş PCP
- Oral kandidiyazis
- Tekrarlayan bakteriyel pnömoni
- Kilo kaybı

Klinik Şüphe

Yeni başlayan ya da kötüleşen solunum semptomları olan **Akciğer grafisi anormal** olan her HIV enfekte bireyde PCP düşünülmelidir

Görüntüleme

Akciğer Grafisi

- **Diffüz, bilateral, interstisyel veya alveolar Kelebek tarzı infiltratlar**
- Daha nadiren
- Lober veya segmental infiltrasyonlar
- Nodül
- Kist
- Kavite
- Spontan pnömotoraks
- *Başlangıçta hastaların ¼'ünde normal X ray*

TORASKS BT

Bilateral, yamalı veya noduler buzlu cam görünümü

Sensitivite %100, spesifite %89

TANI

- PCP tanısı, BAL veya indüklenmiş balgamda **immunofloresan, histokimya veya PCR** ile *P. jirovecii* tespiti ile konmalıdır. (1A)
- Semptom veya solunumsal bulgu yokken sadece PCR pozitifliği varsa, tek başına tedavi başlamak için yeterli değildir. (1B)

TEDAVİ

Tedavi empirik olarak başlanabilir ve tanısal yöntemler tedavi sonrasına ertelenebilir.

- Her şiddette PCP için **ilk seçenek trimetoprim-sulfametoksazol (TMP-SMX)** önerilir. (1A)
- Profilaksi altında PCP gelişmişse, yine **yüksek doz TMP-SMX** ile tedavi edilebilir. (2C)
- Tedavi süresi **21 gün** (1B)

Kortikosteroid Kullanımı

- **PaO₂ <70 mmHg , SaO₂ ≤ %92** istirahatte veya **eforla ≥%3 düşüş** varsa, tedaviye sistemik **kortikosteroid** eklenmelidir. (1A)
- Prednizon (veya metilprednizolon) tedavinin **ilk 72 saati içinde** başlanmalı
 - İlk 5 gün 40 mg PO 2x1
 - 6–10. günlerde 40 mg PO 1x1
 - 11–21. güne dek 20 mg PO 1x1

Tedavi Takibi

Tedavi Başarısızlığı

- Klinik yanıt yoksa, **tedavi değişikliği için en az 4 gün** (4-8gün) beklenmelidir. (2C)

Art ne zaman başlanmalı?

- PCP tanısından sonraki 2 hafta içinde ART başlanması önerilir. (1B)

Paradoksik IRIS

- ART başlanması sonrası klinik kötüleşme mevcutsa **Paradoksik IRIS** akla gelmeli
- Nadir görülür
- Tedavi sonrası haftalar içinde ortaya çıkabilir
- Tedavide diğer nedenler dışlanırsa steroidler verilebilir

PROFİLAKSİ

BHIVA (UK Rehberi)

CD4 <200 hücre/mm³ (1A)

CD4 <14% (2B)

CD4: 200–250 ise ART gecikiyorsa veya CD4 izlemi yapılamıyorsa (2B)

DHHS (US Rehberi)

CD4 <100 hücre/mm³ (AIII)

CD4: 100–200 ve HIV RNA saptanabilir (AI)

Primer profilaksi: TMP-SMX 1x960mg veya 1x480mg

(CD4 T lenfosit sayısı 3 ay süreyle ≥ 200 hücre/mm³ ve baskılanmış viral yük var ise profilaksi kesilebilir.)

Sekonder profilaksi: TMP-SMX 1x960mg

(CD4 T lenfosit sayısı 6 aydan uzun süre boyunca > 200 hücre/mm³ ve HIV RNA saptanamaz düzeyde ise profilaksi kesilebilir.)

➤ CD4 sayısı > 200 üstünde PCP gelişen hastalarda ömür boyu profilaksi



DİNLEDİĞİNİZ İÇİN
TEŞEKKÜRLER