



EKMUD İSTANBUL GÜNLERİ



Dr.Abdulkadir SONKAYA

Prof.Dr.Seniha ŞENBAYRAK

SBÜ,Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi



43, Erkek, Bekar

Kilo kaybı (son 1 yılda 20 kg)

İshal (4 aydır, günde 4-5 kere, sulu)

Karın ağrısı

Öksürük

Balgam

Dış merkez kolon biyopsi sonucu Crohn ile uyumlu
İç Hastalıkları kliniğine yatış , immunsupresif tedavi

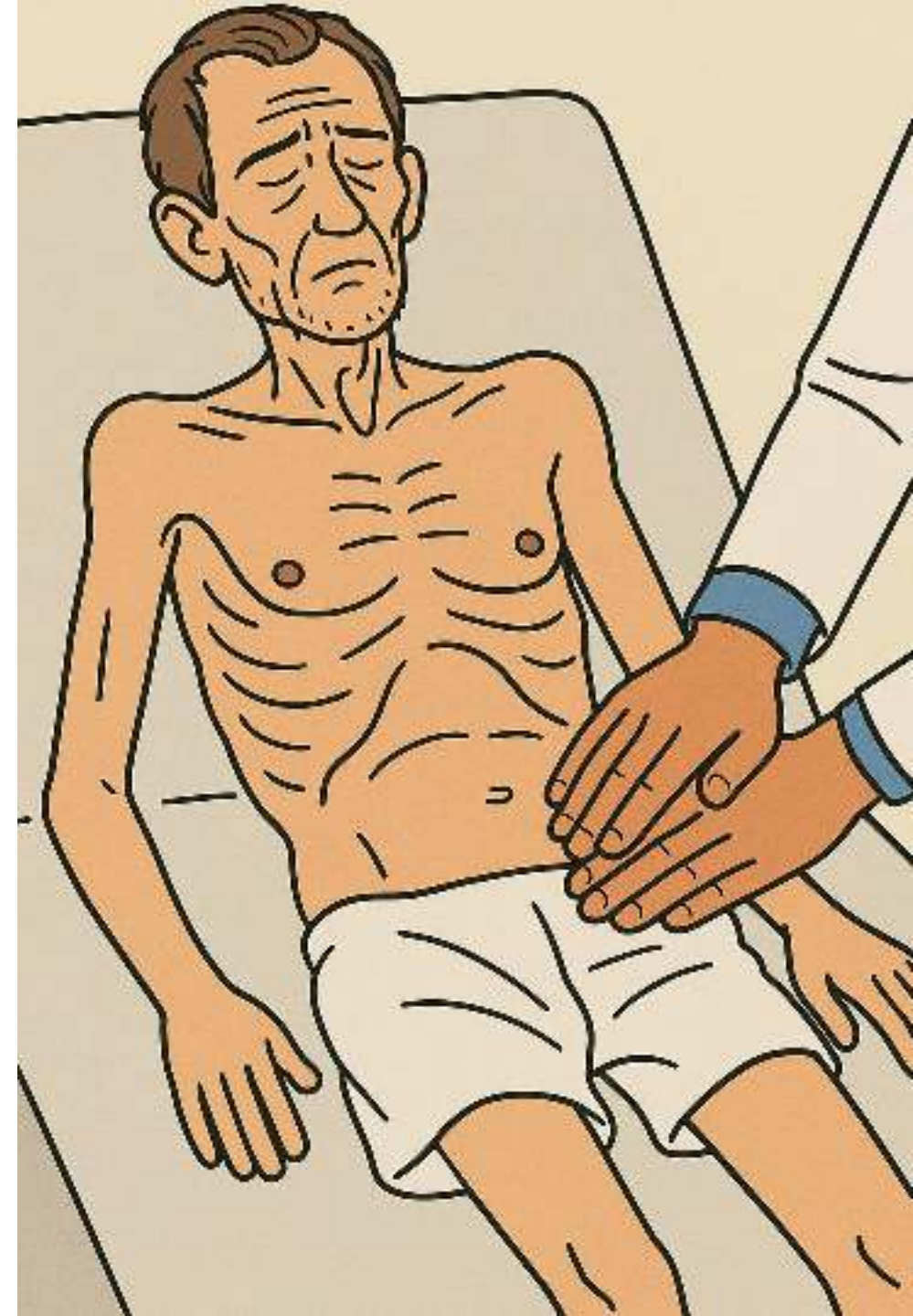
TKP; seftriakson ve azitromisin

Kronik ishal ve kaşeksi sebebiyle ELİSA

Anti-HIV reaktif, HIV RNA 5.528582IU/ml
Kliniğimize nakil

FİZİK MUAYENE

- Genel durumu orta
- Bilinç açık oryante koopere,
- Kaşektik görünümde (VKİ:15)
- Batında minimal hassasiyet mevcut
- Defans rebound yok
- LAP saptanmadı
- Diğer sistem muayeneleri doğal



ÖZGEÇMİŞ-SOYGEÇMİŞ



- Sigara 20 paket/yıl
- Alkol sosyal içici
- Haricinde özellik yok

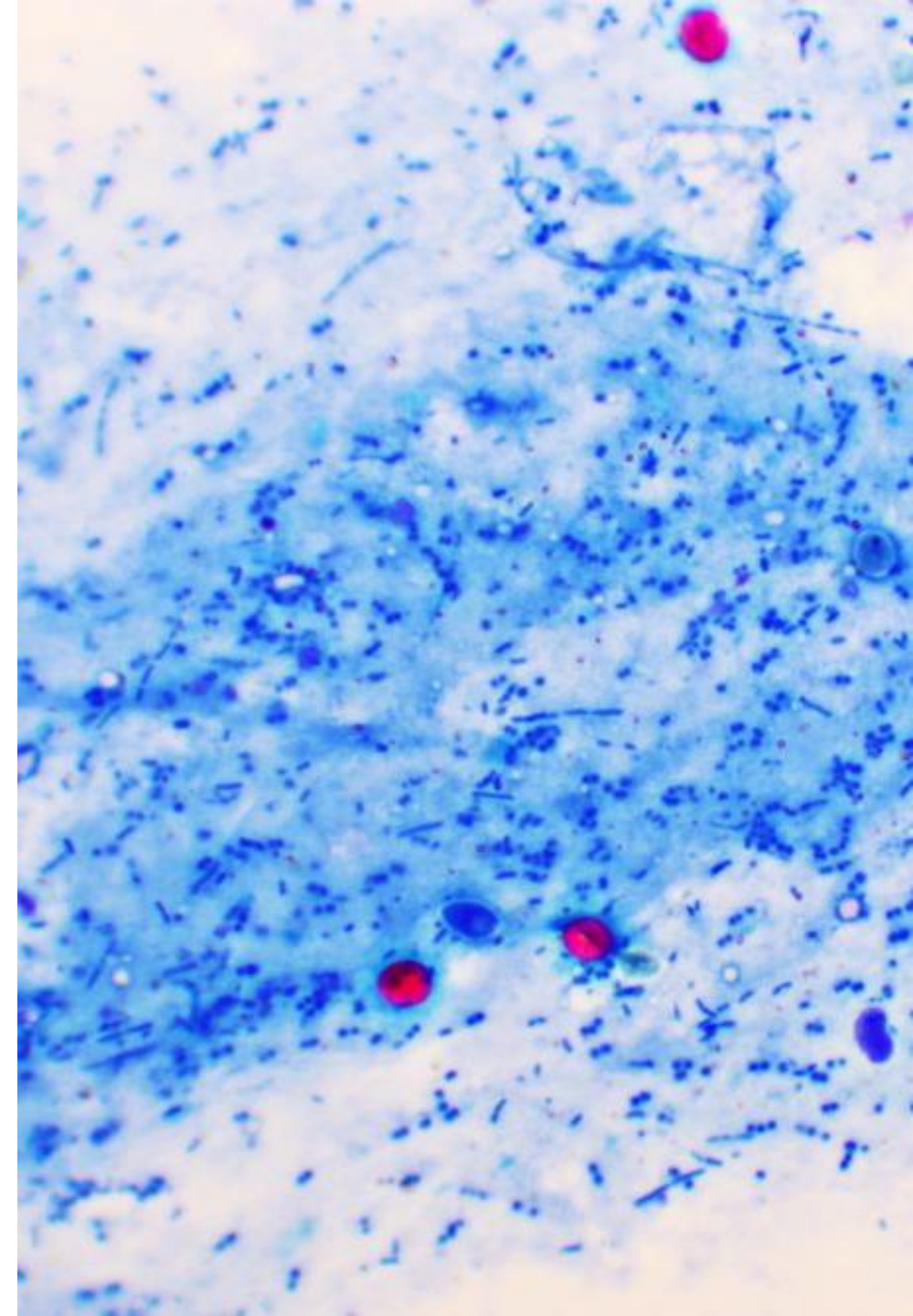
LABORATUAR BULGULARI

- **BK: 10990 mm³ (% 95PNL)**
- Hgb: 11,7 g/dL
- Plt: 397000mm³
- **CRP: 25 mg/dL**
- BUN: 16 mg/dL
- Kreatinin : 0.7 mg/dL
- **Albumin: 2.91 mg/dL**
- Hbs Ag: Negatif
- Anti-HBs: Negatif
- **Anti-HAV IgG: Pozitif**
- Anti-HCV: Negatif
- **Anti-Toxoplazma IgG: Pozitif**
- **Anti-CMV IgG: Pozitif**
- **Varicella IgG: Pozitif**
- **Kızamık IgG: Pozitif**
- **VZV IgG: Pozitif**
- VDRL: Negatif
- TPHA: Negatif



LABORATUAR BULGULARI

- Gaita kültürü: Üreme yok
- Gaita modifiye EZN ile *Cryptosporidium spp*
- Cryptosporidium antijen testi: Pozitif
- CD4- T lenfosit : 0 hücre /mm³
- IGST: Negatif



TORAKS BT:



NASIL YÖNETELİM



PCP ? Trimetoprim/Sulfometaksazol

Gastroenteroloji konsültasyonu

Dış merkez patoloji numuneleri tekrar incelendi

Cryptosporidium ile uyumlu mikroorganizma varlığı

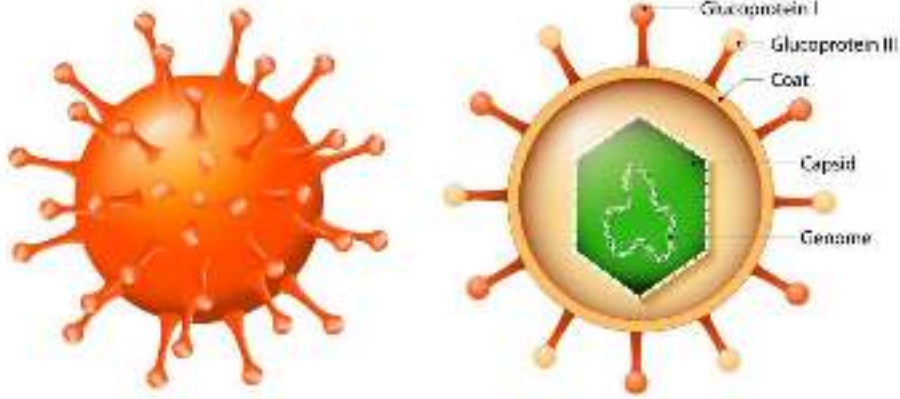
İmmunsupresif tedavi kesildi

Paromomisin ve nitazoksanid başvurusu

Serum *C.neoformans* antijeni: Negatif
Göz hastalıkları konsültasyonu

Sol üst perifer fulminan hemorojik
nekrotik CMV retinitisi

CMV



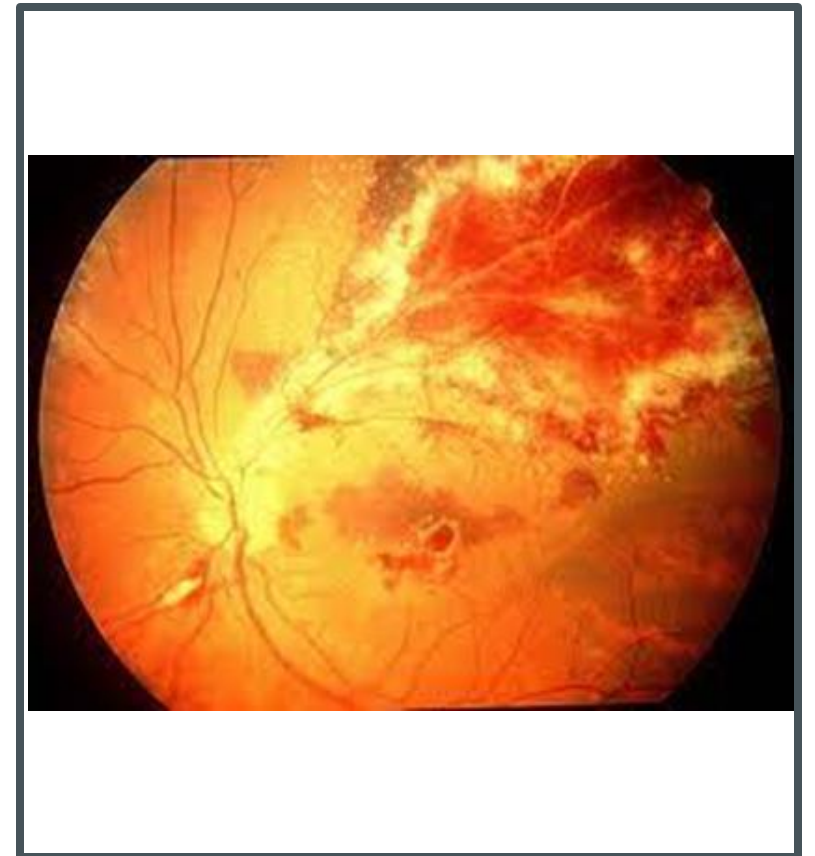
Herpesviridae ailesinden, çift zincirli DNA virüsü

Monosit/hematopoetik progenitör hücrelerde yaşam boyu latent

İmmünsüpresyon durumunda reaktif olarak hastalık oluşturur

HIV-CMV

- En sık retinit ile prezente olmakta
- 2/3 oranda tek taraflı



CMV RETİNİTİ

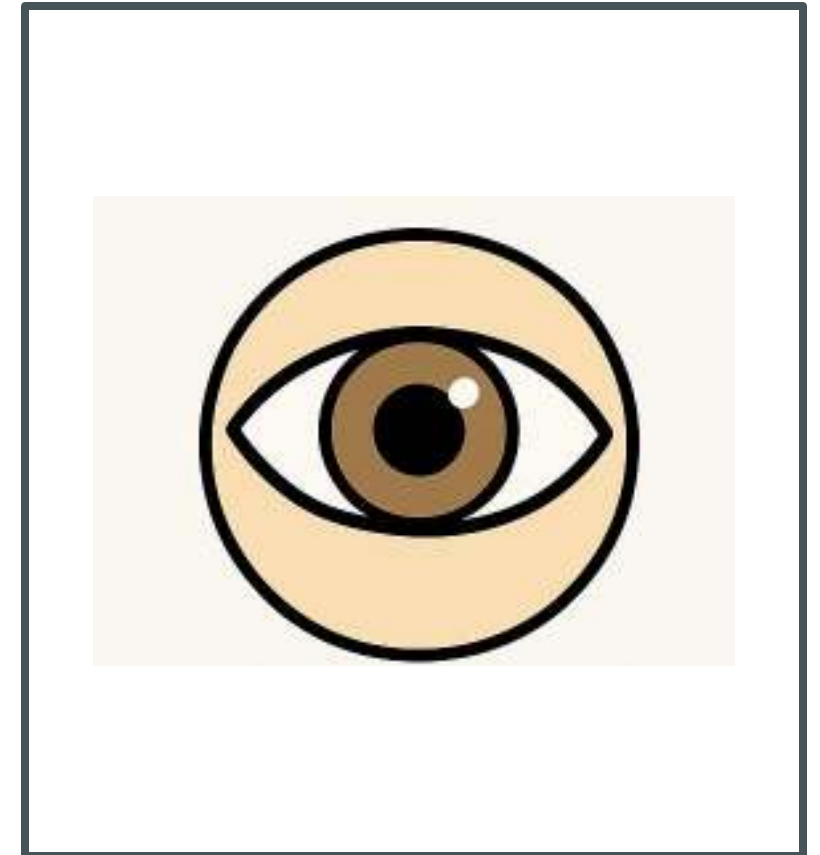
- ART öncesi %30'unda gözlenmekteydi.
- ART ile %95 azaldı.
- ART sonrası immün düzelme ile yeni CMV lezyonları çok nadir
- Ancak daha önce CMV retinitis geçirenlerde, CD4 >100 olsa bile nüks riski devam etmekte
- Düzenli oftalmolojik takip şart

CMV RETİNİT RİSK FAKTÖRLERİ

- CD4 sayısı <50 hücre/mm³
- ART almıyor olmak
- CMV seropozitifliği
- Diğer fırsatçı enfeksiyonların varlığı
- Kortikosteroid ve diğer immunsupresif tedaviler
- Yüksek düzey CMV viremisi
- HIV RNA düzeyinin yüksek olması (> 100.000 kopya/mL)

CMV RETİNİT -KLİNİK

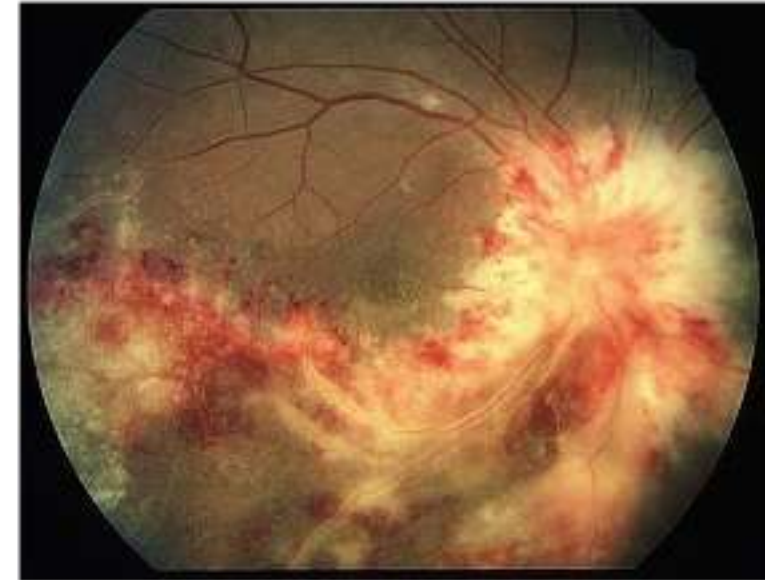
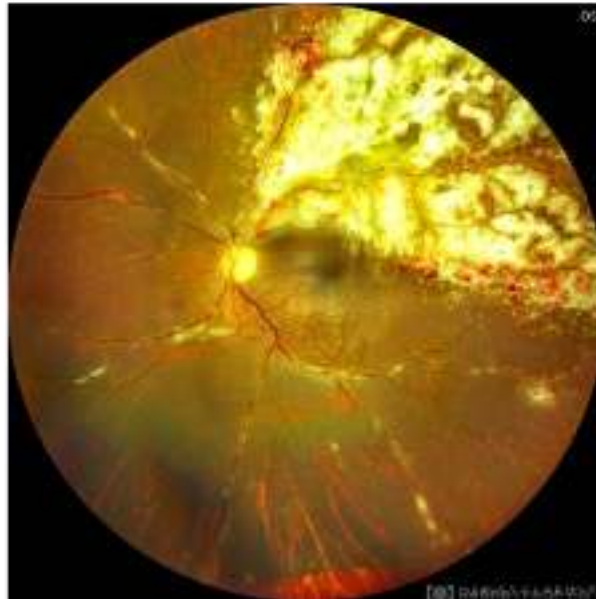
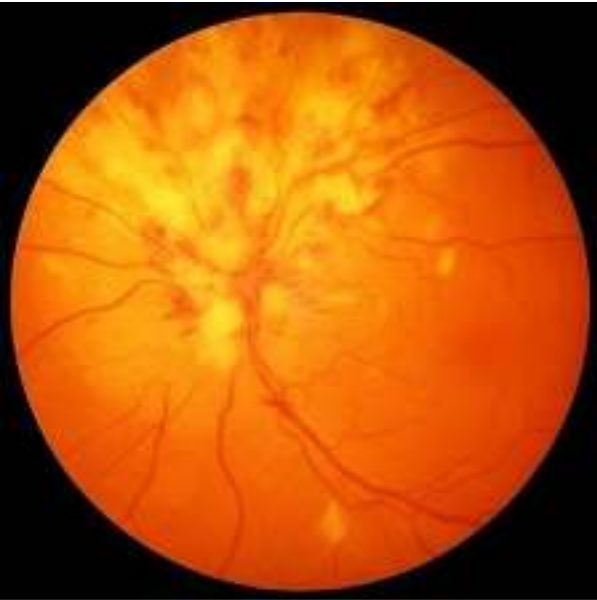
- Aseptomatik
- Uçuşan cisimcikler (floaters)
- Skotomlar (görme alanında karanlık noktalar)
- Periferik görme alanı defektleri
- Santral görme alanı defektleri
- Azalmış görme keskinliği



TANI

Deneyimli bir oftalmolog

- Sarı-beyaz, kabarık nekrotik lezyonlar
- Retinanın tam katını tutar
- Perivasküler yerleşimli
- İntraretinal hemoraji
- “Pizza pie” görünümü: Nekroz + yaygın kanama



TANI-LABORATUAR

- Kan CMV PZR yeri yok
- Dokuda CMV PZR genellikle gereksiz
- Tanı belirsizse yada atipik lezyon varsa vitreus sıvısı yada aköz humor



KOMPLİKASYONLAR

- Retina dekolmanı
- İmmun Recovery Üveitis- IRU
 - Anterior üveitis
 - Vitritis
 - Kistoid maküla ödemi

TEDAVİ



Göz Hastalıkları ekibi ile
birlikte yürütülmeli



Antiviral tedavi +ART

Sistemik

Intravitreal



Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in Adults and Adolescents With HIV

Initial Therapy Followed by Chronic Maintenance Therapy—For Immediate Sight-Threatening Lesions (within 1,500 microns of the fovea)

Preferred Therapy

- Ganciclovir 5 mg/kg IV q12h for 14–21 days, then 5 mg/kg IV daily (AI), or
- Ganciclovir 5 mg/kg IV q12h for 14–21 days, then valganciclovir 900 mg PO daily (AI), or
- Valganciclovir 900 mg PO q12h for 14–21 days, then 900 mg once daily (AI)

with or without

- Intravitreal injections of ganciclovir (2 mg/injection) or foscarnet (2.4 mg/injection) repeat weekly until lesion inactivity is achieved. This is to provide higher intraocular levels of drug and faster control of the infection until steady-state intraocular ganciclovir concentrations are achieved. (AII)
- **Note:** IV ganciclovir can be switched to oral valganciclovir if the patient is clinically improving and there are no concerns about gastrointestinal absorption.



Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in Adults and Adolescents With HIV

Alternative Therapy

- Intravitreal injections as listed above (AIII); *plus* one of the following systemic therapies:
 - Foscarnet 60 mg/kg IV q8h or 90 mg/kg IV q12h for 14–21 days, then 90–120 mg/kg IV q24h (BI), or
 - Cidofovir 5 mg/kg/week IV for 2 weeks, then 5 mg/kg every other week with saline hydration before and after therapy and probenecid 2 g PO 3 hours before the dose followed by 1 g PO 2 hours after the dose, and 1 g PO 8 hours after the dose (total of 4 g) (CI). Cidofovir is contraindicated in patients with a serum creatinine >1.5 mg/dL, a calculated creatinine clearance ≤ 5 mL/min or a urine protein ≥ 100 mg/dL (equivalent to $\geq 2+$ proteinuria). Given the nephrotoxic potential of cidofovir, cautious use of cidofovir with tenofovir is advised.
 - Note: This regimen should be avoided in patients with sulfa allergy because of cross-hypersensitivity with probenecid.

For Peripheral Lesions

- Valganciclovir 900 mg PO q12h for 14–21 days, then 900 mg once daily (AI) for the first 3–6 months until ART-induced immune recovery (AI).



EACS European AIDS Clinical Society

Disease	Drug	Dose	Comments
Retinitis, immediate sight-threatening lesions	ganciclovir	5 mg/kg bid iv	3 weeks, then secondary prophylaxis
	or foscarnet	90 mg/kg bid iv	Foscarnet used as alternative therapy if toxicity or resistance to ganciclovir . Most experts would add intravitreal injections of ganciclovir (2 mg) or foscarnet (2.4 mg) for 1-4 doses over 7-10 days in combination with systemic CMV treatment
Retinitis, small peripheral retinal lesions	valganciclovir	900 mg bid po (with food)	2-3 weeks, then secondary prophylaxis
	or ganciclovir	5 mg/kg bid iv	
	or foscarnet	90 mg/kg bid iv	If adverse reactions or ineligibility to ganciclovir/valganciclovir



EACS European
AIDS Clinical Society

Secondary Prophylaxis / Maintenance therapy: Cytomegalovirus (CMV) Retinitis

Stop: Inactive lesions treated for at least 3 months AND CD4 count > 100 cells/ μ L with HIV-VL undetectable over 3 months

Regimens	valganciclovir (preferred regimen)	900 mg qd po (with food)	
	or ganciclovir	5 mg/kg qd iv (x 5 days/ week)	
	or foscarnet	90-120 mg/kg qd iv (x 5 days/ week)	

Cidofovir (+ probenecid) may be considered as a therapeutic option for patients unable to tolerate the other treatments listed

NE ZAMAN KESELİM?

En az 3-6 ay CMV proflaksisi

Lezyonların inaktif olması

3-6 ay boyunca CD4 sayısının >100 hücre/mm³

Relaps açısından kanda CMV yükü takibi önerilmemekte

3 ayda bir oftalmolojik takip

CD4 sayısı <100 hücre/mm³ olması durumunda tekrar

TEDAVİ PLANI

Gansiklovir 5mg/kg, 2x1 (3 hafta), sonra sekonder profilaksi

İntravitreal gansiklovir haftada 1 kez (3 hafta)

TKP için 7 gün AB tedavisi

TMP-SXT 10. günde proflaksi dozuna geçildi

Gansiklovir tedavisinin 10. gününde TDF/ETC+DTG

TEDAVİ PLANI

İshal için sıvı destek tedavisi

ART 1. haftasında ishal şikayeti geriledi

Paromomisin başvurusu onaylandı

Hasta poliklinik önerileriyle taburcu edildi

	Tanı	ART 1 . Ay	ART 3.ay	ART 6.ay	ART 9. ay
CD4 (hc/mm3)	0	4	29	26	21
RNA (IU/ml)	5.528582	20117	2.298	<100	<100

TAKİPLERİNDE ART 9. AY

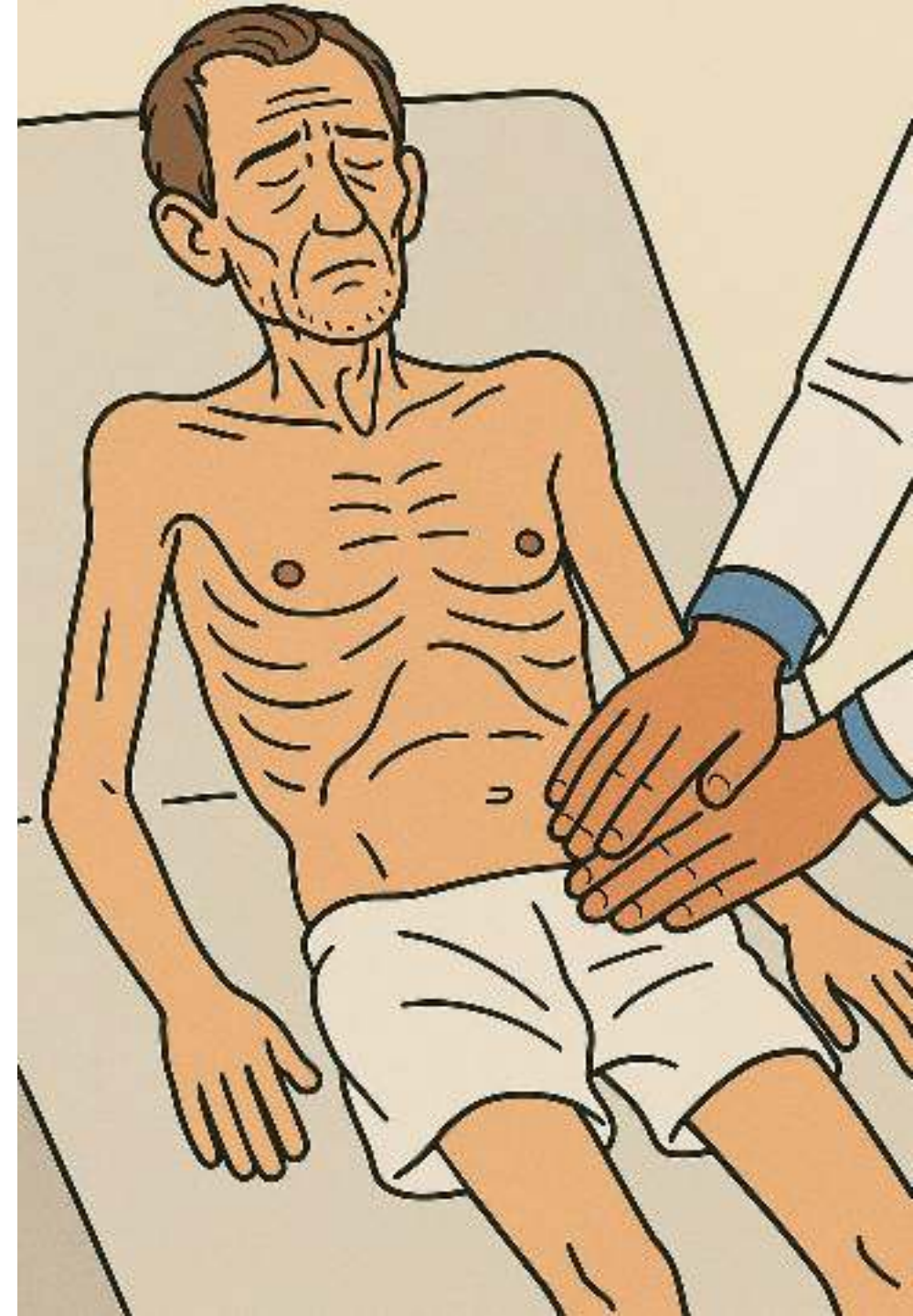
- Ateş
- İştahsızlık
- Halsizlik
- İshal
- Kilo kaybı şikayeti

Kontrastlı batın BT:

Batın orta hatta prevasküler bölgede yaklaşık 8 mm kalınlıkta 60 mm uzunlukta mezenterik yumuşak doku lezyon, malignite

FİZİK MUAYENE

- Genel durumu orta, bilinç açık koopere
- Batın rahat, defans rebound yok
- Diğer sistem muayenesinde özellik yok
- Lenfadenopati saptanmadı



LABORATUAR BULGULARI

- BK: 4890 mm³ (% 95PNL)
- Hgb: 12 g/dL
- Plt: 182.000mm³
- **ALP: 854 U/L**
- **Na: 127 mEq/L**
- LDH: 389 U/L
- **GGT:265 U/L**
- ALT: 52 U/L
- **AST:56 U/L**
- **Crp:32 mg/L**
- T.bil:0.26
- **Sedim:60**
- **Albumin: 1.6 g/dL**



LABORATUAR BULGULARI

- Gaita kültüründe üreme yok
- Gaita modifiye EZN ile m.o. görülmedi
- Crytosporidium antijeni negatif
- Gaitada gizli kan pozitif



NASIL YÖNETELİM



LABORATUAR BULGULARI

- Kolonoskopi yapıldı CMV lehine lezyon görülmedi.
- Alınan örneklerde;
 - HHV-8: negatif
 - CMV-PZR: Negatif
 - ARB: Negatif
 - M.tuberculosis* PZR: Negatif



GÖRÜNTÜLEME

MRCP: Sol lobda intrahepatik safra yollarında minimal dilatasyon izlendi. Koledok normalden geniş izlendi.

PET BT: Mide ve batin sol alt kadranda hipermetabolizma
Sol supraklavikular bölgede,
batında ve mediastende SUV-
Max 3- 8 arasında değişen
LAP

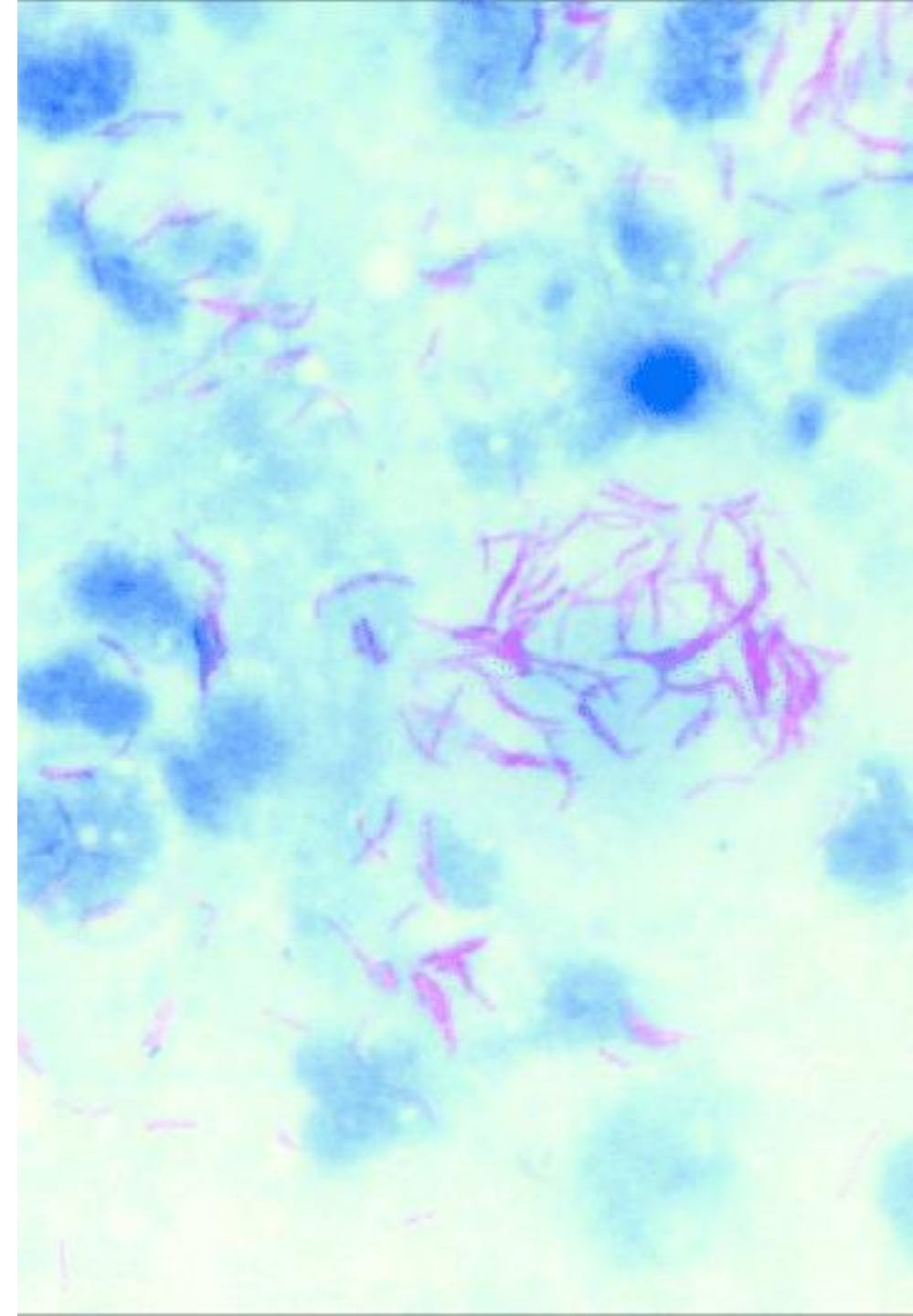
LABORATUAR BULGULARI

- Brucella Aglutinasyon negatif
- Tularemi negatif
- Bartonella negatif
- Serum *cryptococcus* antijen testi negatif
- VDRL-RPR negatif



MİKROBİYOLOJİK TETKİKLER

- Gram boyamada özellik yok
- Nonspesifik kültürde üreme yok
- Doku biyopsisinde **ARB pozitif**
- *M. tuberculosis* PZR negatif



PATOLOJİ

Nekrotizan süpüratif granulomatöz lenfadenit

-MEVCUT BİYOPSİ MATERYALİNDE LENF NODUYAPISI İZLENMEMİŞ OLUP TÜMÜYLE GRANÜLOMATÖZ ODAKLAR VE ARADA HİSTİYOSİTİK HÜCRELERDEN İBARETTİR.

-OLGUDA TÜBERKÜLOZ VEYA FUNGAL ETYOLOJİYE YÖNELİK YAPILAN HİSTOKİMYASAL İNCELEMEDE **EZN VE PAS İLE BU YÖNDE POZİTİF BULGU SAPTANMAMIŞTIR.** ANCAK BU YÖNTEMİN NEGATİF ÖNGÖRÜ DEĞERİNİN SINIRLI OLDUĞU BİLİNMEKTEDİR.

-**LENFOMA YA DA METASTAZ LEHİNE BULGU GÖRÜLMEMİŞTİR** ANCAK LENF NODUNDA TRU-CUT ÖRNEKLEMENİN PARŞİYEL TUTULUM GÖSTEREN ANTİTELERDE YÖNTEM OLARAK **TANI SINIRLILIĞININ OLDUĞU GÖZ ÖNÜNDE BULUNDURULMALIDIR.**

-OLGUNUN **GRANÜLOMATÖZ LENFADENİTLERİN EŞLİK EDEBİLECEĞİ NON-NEOPLASTİK, ENFEKSİYÖZ VE NEOPLASTİK ANTİTELER YÖNÜNDEN KLİNİK, RADYOLOJİK VE SEROLOJİK BULGULAR EŞLİĞİNDE KORELASYONU ÖNERİLİR.**



ÖNTANINIZ

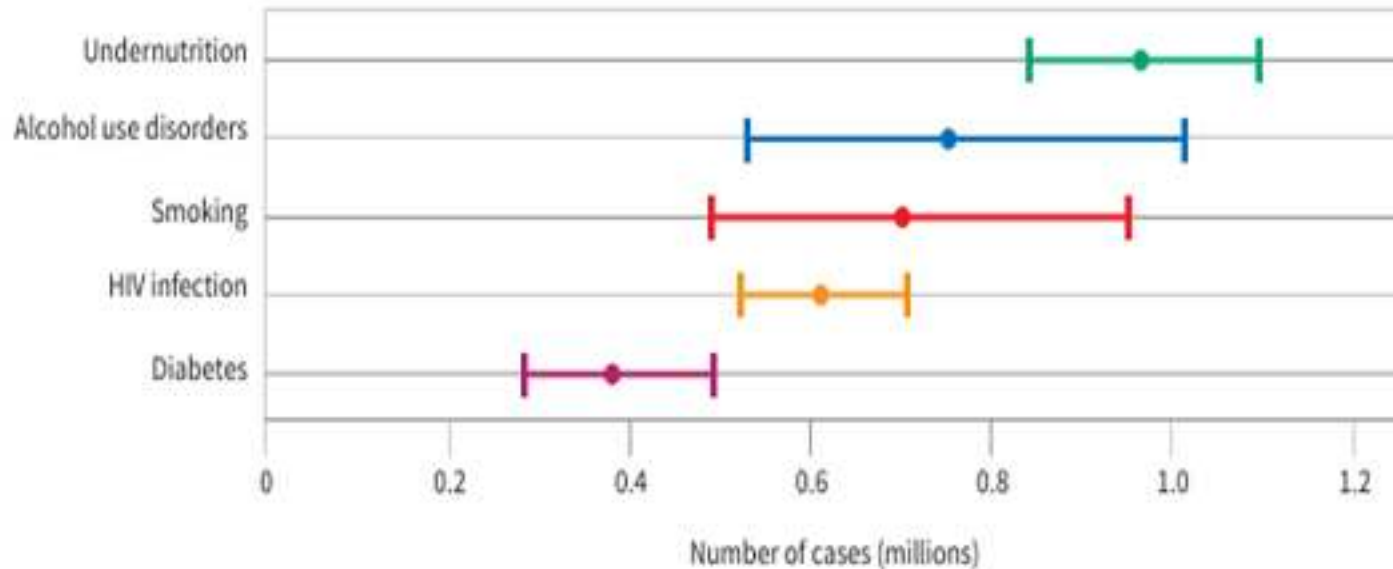


LAP-ETYOLOJİ

Kategori	Nedenler
Enfeksiyöz - Bakteriyel	M. tuberculosis, MAC, Bartonella, Brucella, Tularemi
Enfeksiyöz - Viral	CMV, EBV, HHV-8, HIV,
Enfeksiyöz - Fungal	Histoplasma, Cryptococcus, Coccidioides
Enfeksiyöz - Parazitik	Toxoplasma, Leishmania, Strongyloides
Neoplastik	Non-Hodgkin lenfoma, Kaposi sarkomu, Castleman hastalığı
Granülomatöz	Sarkoidoz
Reaktif / İmmün	IRIS, ilaç hipersensitivitesi, Primer HIV enfeksiyonu
Metabolik / Diğer	Lenfanjiomiyomatozis, Amiloidoz, Kikuchi, Silika/Asbest

TÜBERKÜLOZ-HIV

Global estimates of the number of people with a new episode of TB (incident cases) attributable to five risk factors,* 2023



Global tuberculosis report

2024

KLİNİK

CD4 > 200/mm³

- Klinik tablo HIV negatif bireylere benzer
- Tipik pulmoner TB baskındır
- Radyolojik görüntü: Kavite, üst lob tutulumu
- Balgam ARB pozitifliği sık
- Sistemik bulgular: Ateş, kilo kaybı, gece terlemesi

CD4 < 200/mm³

- TB atipik seyredebilir
- Ekstrapulmoner ve dissemine TB daha sık:
Lenf nodu TB (en sık) (servikal,mezenterik) Plevral,
perikardiyal, MSS, kemik iliği
- Miliyer TB
- Radyolojik bulgular silik, kavite nadirdir
- Balgam ARB genelde negatiftir



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

TANI

Bakteriyolojik olarak doğrulanmış TB:

Bu tanım, yayma, kültür ya da valide edilmiş bir moleküler test ile pozitif bulunan hasta için kullanılır.

Klinik tanı alan TB:

Bakteriyolojik doğrulama kriterlerine tam olarak uymayan, ancak bir klinisyen tarafından aktif TB tanısı konulan ve TB tedavisi planlanan olgudur. Histopatolojik tanı alan hastalar da bu gruptadır.

TÜBERKÜLOZ TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2. BASKI

Ankara - 2019

HIV VE *MYCOBACTERIUM AVIUM* COMPLEX

MAC toprakta, suda, çevrede yaygın olarak bulunan atipik bir mikobakteri

İnhalasyon, yutma ya da inokülasyon

Etkin ART ve profilaksi almayan, hastalarda dissemine MAC hastalığı insidansı % 20- 40

Modern ART ile ilk fırsatçı enfeksiyon olarak görülme insidansı <2/1000 kişi-yıl

RİSK FAKTÖRLERİ

- CD4 T lenfosit sayısı <50 hücre/mm³
- ART'ye rağmen HIV RNA $>100,000$ kopya/mL
- Daha önceki veya eşzamanlı fırsatçı enfeksiyonlar

DİSSEMİNE MAC

- Ateş
 - Gece terlemesi
 - Kilo kaybı
 - İshal
 - Karın ağrısı
 - Hepatomegali
 - Splenomegali
 - Lenfadenopati
- Paratrakeal, Retroperitoneal,
Paraaortik, Nadiren periferik

Tanı; kan, lenf düğümü, kemik iliği
veya diğer steril doku veya vücut
sıvısı kültürlerinden MAC izolasyonu

PRIMER PROFLAKSI

Preventing First Episode of Disseminated MAC Disease (Primary Prophylaxis)

- Primary prophylaxis is **not recommended** for adults and adolescents who immediately initiate ART **(All)**.

Indications for Initiating Primary Prophylaxis

- Not on fully suppressive ART, and
- CD4 count <50 cells/mm³ after ruling out disseminated MAC disease based on clinical assessment (which may include mycobacterial blood culture for some people with HIV) **(AI)**

Preferred Therapy

- Azithromycin 1200 mg PO once weekly **(AI)**, or
- Clarithromycin 500 mg PO BID **(AI)**, or
- Azithromycin 600 mg PO twice weekly **(BIII)**

Alternative Therapy

- Rifabutin 300 mg PO daily **(BI)** (dose adjustment may be necessary based on drug-drug interactions, please refer to [Table 4](#) for dosing recommendation when used with ARV drugs).
- **Note:** Active TB should be ruled out before starting rifabutin.

Indication for Discontinuing Primary Prophylaxis

- Initiation of effective ART **(AI)**

Indication for Restarting Primary Prophylaxis

- CD4 count <50 cells/mm³ (only if not on fully suppressive ART) **(AIII)**

TEDAVI

Treating Disseminated MAC Disease

Preferred Therapy

- At least 2 drugs as initial therapy to prevent or delay emergence of resistance **(AI)**
 - Clarithromycin 500 mg PO twice daily **(AI)** plus ethambutol 15 mg/kg PO daily **(AI)**, or
 - Azithromycin 500–600 mg **(AII)** plus ethambutol 15 mg/kg PO daily **(AI)** when drug interactions or intolerance precludes the use of clarithromycin
 - **Note:** Testing of susceptibility to clarithromycin or azithromycin is recommended.

Alternative Therapy

- Some experts would recommend addition of a third or fourth drug for people with HIV with high mycobacterial loads (i.e., >2 log CFU/mL of blood), or in the absence of effective ART **(CIII)**.

The Third or Fourth Drug Options May Include:

- Rifabutin 300 mg PO daily **(CI)** (dose adjustment may be necessary based on drug-drug interactions), *or*
- A fluoroquinolone **(CIII)** (e.g., levofloxacin 500 mg PO daily or moxifloxacin 400 mg PO daily), *or*
- An injectable aminoglycoside **(CIII)** (e.g., amikacin 10–15 mg/kg IV daily or streptomycin 1 gm IV or IM daily)

TEDAVİ PLANI

Dörtlü antitüberküloz tedavisi başlandı.

İsoniazid 300 mg+Pirazinamid 1000 mg+Etambutol 1000 mg+
Rifampisin 600 mg

B6 replasmanı yapıldı

Tüberküloz dışı mikobakteri (TDM) enfeksiyonu ekarte
edilemediğinden azitromisin 2x500 mg eklendi

TEDAVİ PLANI

Regimen	Main requirements	Additional guidance (footnotes)
Recommended regimens with rifampicin		
2 NRTIs + NNRTI		
TXF/XTC + EFV or TDF/FTC/EFV	At bedtime or 2 hours before dinner	I (tenofovir salts) II (EFV: suicidality, HIV2 or HIV-1 group 0)
ABC/3TC + EFV	HLA-B*57:01 negative HBsAg negative HIV-VL < 100,000 copies/mL At bedtime or 2 hours before dinner	III (ABC: HLA-B*57:01) II (EFV: suicidality, HIV-2 or HIV-1 group 0)
Alternative regimens with rifampicin		
2 NRTIs + INSTI		
TXF/XTC + DTG bid		I (tenofovir salts) IV (DTG: dosing)
TXF/XTC + RAL bid		I (tenofovir salts) V (RAL: dosing)
ABC/3TC + RAL bid	HBsAg negative HLA-B*57:01 negative	III (ABC: HLA-B*57:01) V (RAL: dosing)
Other combinations with rifabutin		
2 NRTIs + PI/r		
TXF/XTC + DRV/r	With food	VI (rifabutin dosing)
ABC/3TC + DRV/r	HLA-B*57:01 negative HBsAg negative HIV-VL < 100,000 copies/mL With food	III (ABC: HLA-B*57:01) VI (rifabutin dosing)

Mevcut ART devam edildi. Dolutegravir 2x50 mg olarak dozu revize edildi.

TAKİP

Tbc tedavisine yan etki gelişmedi

Yatışının 1. ayında şikayetleri gerileyen hasta taburcu edildi

Mikobakteri kültüründe üreme olmadı

TAKİP

2 aylık dörtlü, 4 aylık ikili idame tedavisi ile tüberküloz lenfadenit tedavisi tamamlandı

Tüberküloz dışı mikobakteri enfeksiyonu için etambutol, azitromisin şeklinde toplam tedavisi 12 aya tamamlandı

DTG 50 mg 1x1 olarak tekrar doz revize edildi.

CD4 T lenfosit sayısı : 49 hücre/mm³

HIV RNA: Saptanmadı

NASIL TAKİP EDELİM



SEKONDER PROFLAKSİ

Chronic Maintenance Therapy (Secondary Prophylaxis)

- Same as treatment regimens

Criteria for Discontinuing Chronic Maintenance Therapy (All)

- Completed **at least** 12 months therapy, and
- No signs and symptoms of MAC disease, and
- Have sustained (>6 months) CD4 count >100 cells/mm³ in response to ART

Indication for Restarting Secondary Prophylaxis

- CD4 <100 cells/mm³ (All)

- Azitromisin + Etambutol sekunder proflaksisine devam edildi.
- Kemik dansitometrisinde osteopeni saptanınca BIC/TAF/FTC

	ART 24.AY	ART 27.AY	ART 30.ay	ART 33.ay	ART 36. ay
CD4 (hc/mm3)	29	26	47	19	23
RNA (IU/ml)	NEGATİF	NEGATİF	NEGATİF	<100	<100

CD4 T- LENFOSİT SAYISI DÜŞÜK OLMA NEDENLERİ



Kategori	Olası Nedenler
Başlangıç CD4 düzeyi çok düşük	CD4 <50/mm ³ ile başlayan hastalarda immün reküperasyon zayıf olabilir
İleri yaş	Yaşlı bireylerde timus aktivitesi azalmış olabilir
Kemik iliği baskılanması	Kemik iliği infiltrasyonu, HIV ilişkili miyelotoksisite, ilaçlar
Kronik koinfeksiyonlar	CMV, HBV, HCV, TBC, latent infeksiyonların immün yanıtı baskılaması
HIV dışı immünolojik hastalıklar	Otoimmüniteler veya primer immün yetmezlik tabloları
ART rejimine bağlı yetersiz immün modülasyon	Bazı ART kombinasyonlarında CD4 artışı sınırlı olabilir
Persistan inflamasyon	Mikrobiyal translokasyon, bağırsak bariyer bozukluğu nedeniyle inflamasyon sürebilir
İlaçlara yanıtın kişisel farklılıkları	Genetik veya farmakokinetik nedenlerle immün yanıt zayıf olabilir
Lenf nodlarında fibrozis	HIV süresince gelişen fibrozis nedeniyle CD4 yapımı bozulabilir

EYLÜL 2024

- Karın ağrısı
- Karında şişlik
- Nefes darlığı
- FM'de asit
- CD4 T lenfosit sayısı 29
- HIV-RNA saptanamaz düzeyde

ASİT- TETKİK

- Drenaj kateteri
- Transuda
- Hücre sayımında 178 hücre (%81 MNL)
- Non-Spesifik kültürde üreme olmadı
- ARB negatif
- *M.tuberculosis* PZR negatif
- Mantar kültüründe üreme olmadı

Ca-125



AC görüntülemesinde masif plevral efüzyon

USG: Bağırsak anlarında özellikle jejunal anlarda daha belirgin olmak üzere duvar kalınlaşmaları, safra kanallarında dilatasyon

Kolonoskopi ve PET-BT randevusu

TAKİP

Mikobakteri kültüründe olmadı

Asit sıvısı patoloji sonucu:

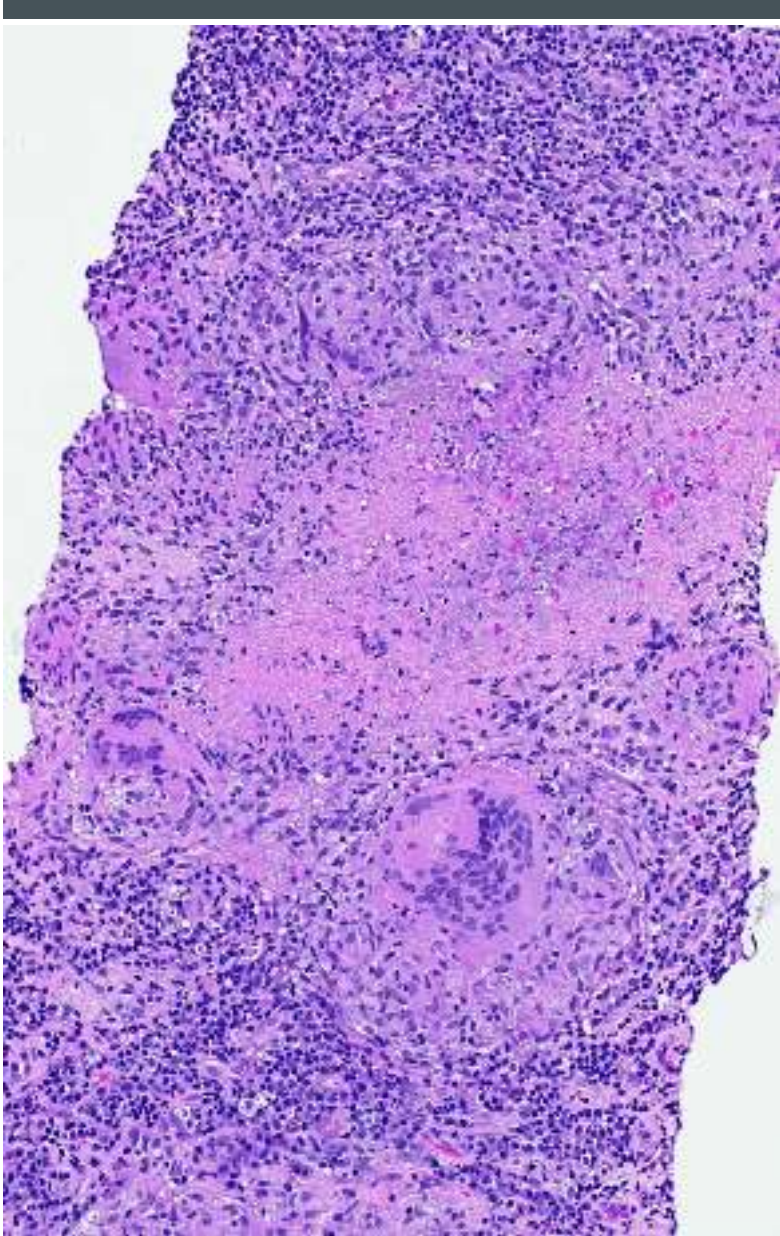
CD3- CD20 ile mikst boyanma

HHV-8: Negatif

CMV PZR: Negatif

Kolonoskopi : Non spesifik kolit

PET-BT : Supraklavikular,mediastende ve batındaki lenf nodlarının bazılarında regresyon bazıları ise aynı boyutlarda



LAP TETKİK

- İİAB: Nekrozun eşlik ettiği granulomatoz reaksiyon
- M.tuberculosis ARB, PCR ve kültür negatif
- İHK için yeterli örnek olmadığı için HHV-8 çalışılamadı

ASİT- TETKİK

- Şilöz asit
- Girişimsel radyoloji tarafından istenen lenfanjiografide kaçak tespit edilince lipiodol eşliğinde sklerozan madde ile onarım yapıldı
- Hematoloji tarafından yapılan kemik iliği biyopsisinde ve akım sitometrisinde patoloji saptanmadı

Travmatik	Cerrahi	• Abdominal aort cerrahisi • Lenf nodu diseksiyonu • Ortopedik retroperitoneal cerrahiler
	Penetran/Blunt Travma	• Batın travması • Lenfatik damar rüptürü
	İatrojenik	• Kateter yerleştirilmesi • Peritoneal diyaliz
Maligniteler	Lenfatik Obstrüksiyon	• Non-Hodgkin lenfoma (en sık) • Hodgkin lenfoma • Kaposi sarkomu • GI tümörler (mide, pankreas, kolon)
Enfeksiyonlar	Mikobakteriyel	• Tüberküloz (peritoneal TB) • Mycobacterium avium kompleksi (özellikle AIDS hastasında)
	Paraziter	• Filaryazis (Wuchereria bancrofti)
	Fungal	• Histoplazmozis
Konjenital	Lenfatik Anomaliler	• İnternal lenfangektazi • Lenfatik agenezis • Noonan sendromu
Siroz	Artmış lenfatik basınç	• Karaciğer sirozu (özellikle ileri evre) • Portal hipertansiyon
Diğer Nedenler	Kardiyojenik	• Konstriktif perikardit • Sağ kalp yetmezliği
	İnflamatuvar	• SLE • Sarkoidoz • Retroperitoneal fibrozis
	İlaç veya Radyasyon	• Radyoterapiye bağlı lenfatik tıkanıklık
	İRİS (Immune Reconstitution)	• Özellikle AIDS hastalarında TB veya MAC sonrası

PLAN

Düşük grade lenfoma açısından Eksizyonel biyopsi

Kriptokok nadiren generalize LAP yapabilmekte, lenf nodu kriptokok

ÖZETLE

CMV retiniti semptomsuz
olabilmekte CD4 <100
iken rutin göz muayenesi

TBC koenfeksiyonu sık
olmakla birlikte MAC
enfeksiyonu akılda
tutulmalı

Lenfoma tanısı için
eksizyonel biyopsi gerekli
olduğu akıldan
çıkarılmamalı

HIV takibi dinamik bir
süreç ilaç etkileşimleri,
ayırıcı tanılar tekrar tekrar
gözden geçirilmeli

Sekonder profilaksi
açısından rehber
önerilerine uyulmalı



TEŞEKKÜRLER...