


Olgu Sunumu

Doç.Dr. Asuman İnan

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

- 
- MD, E, 1978 doğumlu
 - İlkokul mezunu, serbest meslek
 - 2011 yılında kliniğimize başvurmuş
 - Hepatit B takibi sırasında anti-HIV (+) bulunmuş

- Evli, eşinden ayrı, 1 çocuk
- Birden fazla partner (heteroseksüel)

- Yakınma: 3 hafta önce başlayan ateş, son iki ayda 11 kg kilo kaybı, 2 hafta önce başlayan nefes darlığı, öksürük, balgam, yutma güçlüğü, burun kanaması
- 10 yıldır hepatit B, 3 yıldır edinsel immünyetmezlik sendromu tanısı

Özgeçmiş: 20 paket /yıl sigara,

17-24/09/2014 tarihleri arasında kliniğimizde ishal, bulantı kusma yakınmalarıyla yatırılarak izlenmiş, o dönemde kandida özefajiti tanısıyla flukonazol kullanılmış,

Soygeçmiş: Anne DM

Fizik Muayene

- Genel durumu orta, Őuur açık, oryante ve koopere
- Kol ve bacaklarda döküntü,
- Servikal bölgede bilateral <1cm LAP
- Vücut kitle indeksi: 17,9 kg/m²
- Vücut ısı: 36.7 °C
- Nabız: 84/dk, ritmik
- Solunum sayısı: 20/dk, düzenli
- Kan basıncı: 110/70 mm Hg



Laboratuvar tetkikleri

BK	CRP	ESR	Plt	AKŞ	BUN	Kre	ALT	AST	T.prot	Alb
3800	<0,1	107	25100	89	15	0,79	37	118	7.3	2.8

To. Bi	D. Bi	AFP	INR	PT
1.45	0.81	11	1.18	14.7

HbsAg	HBeAg	Anti delta	Anti-HAV IgG	Anti-HCV	Toxo-IgG	CMV - IgG	TPH A	RPR	PPD
(+)	(-)	(-)	(+)	(-)	(+)	(+)	(-)	(-)	0 mm

- Hastaya nöbet şartlarında kan kültürü alınıp, Seftriakson 1 g 2X1 IV
- TMP-SXT 160/800 mg 3x2 oral
- Flukonazol 1x400 mg başlanmış







Hastanızın **TORAKS BT** tetkikinde:

Trakea orta hattadır. Trakea, her iki ana bronş ile segmental dallanmaları açıktır.

Mediastinal ana vasküler yapılar normal konfigürasyondadır.

Kalp normal büyüklüktedir.

Mediasten içinde tüm düzeylerde en büyükleri rekarinal alanda 12 mm çaplı olmak üzere multiple lenf nodları izlenmiştir.

Akciğer parankim alanlarının değerlendirilmesinde ;

Akciğer parankimi her iki akciğer apekte multiple paraseptal amfizem alanları izlenmektedir. Sol akciğer üst lob anterior segmentte pleporankimal fibrotik dansite artışları eşlik eden traksiyon bronşiektaziler izlenmektedir.


Her iki akciğer üst lobta özellikle subplevral alanlarda asiner infiltrasyon ile uyumlu olabilecek sınırlanamayan dansite artışları izlenmektedir.

Sol akciğer medial bazal segmentte pleroparankimal kalsifik bant ve sol alt lobta intertisyel peribronşial kalınlaşmalar ve havalanma artışı izlenmektedir.

Üst batından geçen kesitlerde perigastrik ve mezenterik alanda ilk planda lenf nodları olarak değerlendirilen multiple nodüler oluşumlar izlenmektedir. İV kontrast sonrası değerlendirilmesi önerilir.

İnceleme alanına giren kemik yapılarda destrüksiyon bulgusu izlenmemiştir.

- Burun kanaması devam ediyor, sağ servikal lenf bezinde ağrı ve büyüme, bacaklarda güçsüzlük,
- KBB konsültasyonu: tampon uygulandı, trombositopeni nedeniyle lenf bezi biyopsisi yapılamadı.
- Hematoloji konsültasyonu: ITP?, glukokortikoid tedavisi ve kemik iliği biyopsisi önerildi.
- Dermatoloji konsültasyonu: biyopsiye gerek görülmedi, kanamaya sekonder hiperpigmentasyon olarak deđerlendirildi
- Girişimsel radyoloji: Lenf bezi biyopsisi yapıldı.
- Nöroloji konsültasyonu: Beyin MR önerildi
- Göğüs hastalıkları konsültasyonu: akciğer TB ?, tedavi önerildi

- 
- CD4 sayısı: %5.4, 53/mm³
 - HIV RNA: 15.372.829 IU/ml



HIV –TB Tedavi başlama zamanı

- CD4 T hücresi sayısı <50 hücre/ mm^3 ise ART, TB tedavisinin ilk 2 haftasının içinde başlanmalıdır;
- CD4 T lenfosit sayısı >50 hücre/ mm^3 ve klinik olarak ağırlaştırıcı bulgular mevcut ise (düşük Karnofsky skoru, beden kitle endeksinin düşük olması, hemogloblin düşüklüğü, hipoalbuminemi, organ disfonksiyonu veya yaygın hastalık gibi) ART, TB tedavisinin 2-4. haftasında başlanmalıdır;
- CD4 T lenfosit sayısı >50 hücre/ mm^3 ve klinik olarak ağırlaştırıcı bulgular yok ise, ART'ye TB tedavisinin 2-4. haftasından sonra başlanabilir, ancak 8-12 haftayı geçmemelidir.



CD4 sayısından bağımsız olarak, TB saptanan tüm olgulara ART başlanmalıdır

HIV-TB ART seçimi

Recommended 1st line ARV combination with anti-TB medicines

TDF/FTC + RAL or TDF/FTC/EFV (see table for dose adjustment with rifamycins).

Alternatives

Where combinations are not recommended or to be used with caution or because of resistance/intolerance, specialist HIV treatment advice should be sought.

- TDF/FTC + PI/r, using rifabutin instead of rifampicin (see table for dose adjustment of rifabutin). Use with caution.
- TDF/FTC + DTG bid^{***} with rifampin.

In countries where neither DTG nor rifabutin are available, following combinations could also represent a short-term alternative until anti-TB treatment has been completed.

- Rifampin plus fixed-dose combination of ABC/3TC/ZDV bid + TDF qd (if HIV-VL < 100,000 copies/mL).
- Rifampin plus double dose LPV/r or with RTV super boosted (400 mg bid) + LPV.
- For other regimens based on 2NRTIs plus NVP, RPV, ETV or MVC, consultation with an HIV specialist is recommended.

^{***} Only pharmacokinetic and not clinical data are available, use with caution.

ART- Rifamisin etkileşimi

ARV drug class	Specific ARVs	Drug-drug interactions and recommended adjustment of dose of either or both drugs
NRTIs		Rifampicin: standard dose of all drugs Rifabutin: standard dose of all drugs
PI/r and PI/c		Rifampicin: not recommended
PI/r	Monitor liver enzymes and, whenever possible, perform TDM for PI	Rifabutin: dose as 150 mg qd ⁽ⁱ⁾ . PI/r at standard dose
PI/c		Rifabutin: not recommended. If needed recommended dose of rifabutin: 150 mg qd ⁽ⁱⁱ⁾
NNRTIs	EFV	Rifampicin: No dose change required. EFV: standard dose ARV TDM recommended after 2 weeks
		Rifabutin: 450 mg qd. EFV: standard dose
	NVP	Neither rifampicin nor rifabutin recommended
	RPV	Rifampicin: not recommended Rifabutin: standard dose. RPV dose should be increased (use with caution)
	ETV	Rifampicin: not recommended Rifabutin: standard dose of both drugs (few data – use with caution)
INSTI	EVG/c	Rifampicin: not recommended Rifabutin: 150 mg qd. EVG: standard dose. Use with caution.
		RAL
	DTG	Rifampicin: standard dose. DTG 50 mg bid (use only in absence of INSTI resistance) Rifabutin: standard dose of both drugs
Other ART	MVC	Rifampicin: MVC 600 mg bid Rifabutin: Standard dose of MVC (300 mg bid in absence of a PI, 150 mg bid in presence of a PI)

ART steroid ilaç etkileşimi

Corticosteroids		ATV/r	DRV/c	DRV/r	LPV/r	EFV	ETV	NVP	RPV	MVC	DTG	EVG/c	RAL	ABC	FTC	3TC	TDF	ZDV
Inhaled, oral, topic and/or injected corticosteroids	beclometasone (inhalation)	↑ ^B	↑ ^{2A}	↓ ^D	↑ ^A	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑ ^B	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	betamethasone	↑ ^C	↑ ^C	↑ ^C	↑ ^C	↓	↓	↓	D	D	↔	↑ ^C	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	budesonide (inhalation)	↑ ^C	↑ ^D	↑ ^D	↑ ^D	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑ ^C	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	clobetasol (topical)	↑ ^{c,d}	↑ ^{c,d}	↑ ^{c,d}	↑ ^{c,d}	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑ ^{c,d}	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	dexamethasone	↑ ^C D	↑ ^C D	↑ ^C D	↑ ^C D	↓D	↓D	↓D	D	D	↔	↑ ^C D	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	flucinolone (topical)	↑ ^{c,d}	↑ ^{c,d}	↑ ^{c,d}	↑ ^{c,d}	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑ ^{c,d}	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	fluticasone (inhalation)	↑ ^C	↑ ^C	↑ ^C	↑ ^C	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑ ^C	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	hydrocortisone (oral)	↑ ^C	↑ ^C	↑ ^C	↑ ^C	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑ ^C	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	hydrocortisone (topical)	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	methylprednisolone	↑ ^C	↑ ^C	↑ ^D	↑ ^C	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑ ^C	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	mometasone (inhalation)	↑ ^C	↑ ^D	↑ ^D	↑ ^D	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑ ^C	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	prednisolone (oral)	↑ ^C	↑ ^C	↑ ^C	↑ ^C	↓ 40%	↓	↓	↔	↔	↔	↑ ^C	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	prednisone	↑ ^C	↑ ^D	↑ ^D	↑ ^D	↓ 40%	↓	↓	↔	↔	↔	↑ ^D	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	triamcinolone	↑ ^C	↑ ^C	↑ ^C	↑ ^C	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑ ^C	↔	↔	↔	↔	↔	↔

ART rifampisin ilaç etkileşimi

Non-ARV drugs	ATV/r	DRV/c	DRV/r	LPV/r	EFV	ETV	NVP	RPV	MVC	DTG	EVG/c	RAL	ABC	FTC	3TC	TDF	ZDV	
Cardiovascular drugs	atorvastatin	↑	↑	↑	↑490%	↓43%	↓37%	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	
	fluvastatin	↔	↑	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	
	pravastatin	↔	↑	↑81%	↔	↓44%	↓	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	
	rosuvastatin	↑213%	↑	↑48%	↑107%	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↑38%	↔	↔	↔	↔	↔	
	simvastatin	↑	↑	↑	↑	↓68%	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	
	amlodipine	↑ ⁱⁱⁱ	↑	↑	↑ ⁱⁱⁱ	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	
	diltiazem	↑ ⁱⁱⁱ	↑	↑	↑ ⁱⁱⁱ	↓69%	↓E	↓	E	E	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	
	metoprolol	↑ ⁱⁱⁱ	↑	↑	↑ ⁱⁱⁱ	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	
	verapamil	↑ ⁱⁱⁱ	↑	↑	↑ ⁱⁱⁱ	↓	↓E	↓	E	E	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	
	warfarin	↑ or ↓	↑	↓	↓	↑ or ↓	↑	↑ or ↓	↔	↔	↔	↑ or ↓	↔	↔	↔	↔	↔	
	CNS drugs	diazepam	↑	↑	↑	↑	↓	↑	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔
midazolam (oral)		↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	
triazolam		↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	
citalopram		↑ ⁱⁱⁱ	↑	↑	↑ ⁱⁱⁱ	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	
mirtazapine		↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	
paroxetine		↑↓?	↑↓?	↓39%	↑↓?	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑↓?	↔	↔	↔	↔	↔	
sertraline		↓	↑	↓49%	↓	↓39%	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	
bupropion		↓	↔	↓	↓57%	↓55%	↔	↓	↔	↔	↔	↑?	↔	↔	↔	↔	↔	
pimozide		↑ ⁱⁱⁱ	↑	↑	↑ ⁱⁱⁱ	↑	↓	↓	↔ ^{iv}	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	
carbamazepine		↑D	↑D	↑	↑D	↓27%D36%	D	↓D	D	D	D	D	D	↑	↔	↔	↔	↑ ^{ix}
lamotrigine		↓32% ⁱⁱ	↔	↓ ⁱⁱ	↓50%	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
phenytoin	↓D	D	↓D	↓D	↓D	D	↓D	D	D	D	D	D	D	↔	↔	↔	↓	
Anti-infectives	clarithromycin	↑ ⁱⁱⁱ	↑	↑	↑ ⁱⁱⁱ	↓	↓E	↓	E	E	↔	↑E	↔	↔	↔	↔	↔	D
	fluconazole	↔	↑?	↔	↔	↔	E86%	E100%	E	↔	↔	↑?	↔	↔	↔	↔	↔	E74%
	itraconazole	↑E	↑E	↑E	↑E	↓	↓E	↓61%	E	E	↔	↑E	↔	↔	↔	↔	↔	
	rifabutin	↑	↑D	↑E50%	↑	↓38%	D37%	↑17%	D	*	↔	↑D	↔	↔	↔	↔	↔	
	rifampicin	D72%	D	D	D	D26%	D	D58%	D80%	D	D54% ^x	D	D40%	D	↔	↔	↔	D47%
	voriconazole	↓	↑E	↓	↓	↓E	↑E	↓E	E	E	↔	↑E	↔	↔	↔	↔	↔	
antacids	D	↔	↔	↔	↔	↔	↔	D	↔	D	D	D	↔	↔	↔	↔		

ART yan etkiler-1

	Skin	Digestive	Liver	CV	Musculo-skeletal	Genito-urinary	Nervous	Body fat	Metabolic	Other
NRTIs										
ABC	Rash*	Nausea* Diarrhoea*		IHD						*Systemic hypersensitivity syndrome (HLA B*5701 dependent) Anaemia
ZDV	Nail pigmentation	Nausea	Steatosis		Myopathy, Rhabdomyolysis					
d4T		Pancreatitis	Steatosis							
ddI			Steatosis, Liver fibrosis	IHD						
3TC										
FTC										
TDF ^(III)					↓ BMD, Osteomalacia ↑ Fractures risk	↓ eGFR, Fanconi syndrome				

EFV, NVP, RPV hepatit

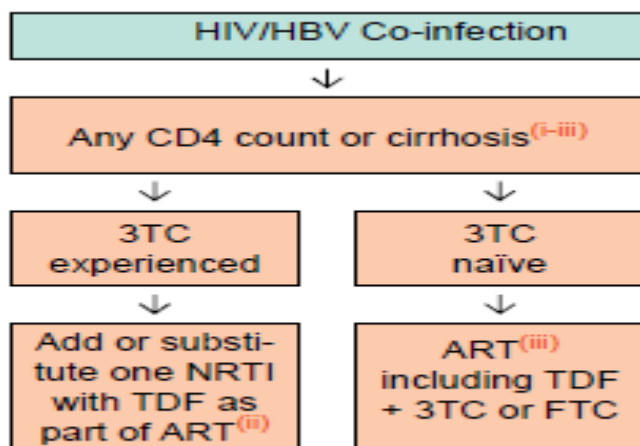
NNRTIs										
EFV	Rash		Hepatitis				Depression, Sleep disturbances, Headache, Suicidal ideation		Dyslipidaemia, Gynaecomastia	↓ plasma 25(OH) vitamin D, Teratogenesis
ETV	Rash									
NVP	Rash*		Hepatitis*							*Systemic hypersensitivity (CD4 count and gender dependent)
RPV	Rash		Hepatitis			↓ eGFR ^(IV)	Depression, Sleep disturbances, Headache			

ART yan etkiler 2

PIs										
ATV ^(v)			Hyperbiliru- binaemia, Jaundice, Cholelithiasis			↓ eGFR, Nephrolith- iasis			Dyslipi- daemia	
DRV ^(v)	Rash					Nephrolith- iasis			Dyslipi- daemia	
FPV ^(vi)	Rash			IHD					Dyslipi- daemia	
IDV ^(vi)	Dry skin, Nail dystrophy	Nausea and Diarrhoea ⁽ⁱⁱ⁾	Jaundice	IHD		Nephrolith- iasis			Dyslipi- daemia, Diabetes mellitus	
LPV					IHD					
SQV ^(vi)										
TPV ^(vi)				Hepatitis						
Boosting										
RTV						↓ eGFR ^(iv)				
COBI						↓ eGFR ^(iv)				
FI										
ENF	Injection nodules									Hypersensi- tivity
INSTI										
RAL		Nausea			Myopathy, Rhabdomy- olysis		Mood changes			
DTG	Rash		Nausea			↓ eGFR ^(iv)	Headache			Systemic hyper- sensitivity syndrome (<1%)
EVG/c		Nausea, Diarrhoea	Hyperbiliru- binemia			↓ eGFR ^(iv)	Headache			
CCR5 inhibitor										
MVC			Hepatitis	IHD						↑ Infections risk

ATV hiperbilirubinemi,
sarılık, kolelithiasis
TPV hepatit
EVG: hiperbilirubinemi

HIV HBV koinfeksiyon



- i For management of cirrhotic persons, see page 49-52. Persons with liver cirrhosis and low CD4 count require careful surveillance in the first months after starting ART in order not to overlook immune reconstitution syndrome and subsequent liver decompensation due to flares of liver enzymes.
- ii All persons with HBV/HIV co-infection should receive ART including TDF + 3TC or FTC unless history of TDF intolerance. In HBV/HIV co-infected persons with chronic kidney disease, see recommendations for [Dose Adjustment of ARVs for Impaired Renal Function](#) and page 45. If TDF is strictly contra-indicated, entecavir + adefovir may be tried. However, efficacy and renal toxicity need to be closely monitored, because of the proven renal toxicity of adefovir. In persons with no prior 3TC exposure, entecavir may be used alone. NRTI substitution should only be performed if feasible and appropriate from the perspective of maintaining HIV suppression. Caution is warranted to switch from a TDF-based regimen to drugs with a lower genetic barrier, e.g. FTC or 3TC, in particular in 3TC-pretreated cirrhotic persons as viral breakthrough due to archived YMDD mutations is likely to happen. This has also been described in individuals with previous 3TC HBV-resistance who have been switched from TDF to entecavir. The addition of entecavir to TDF in persons with low persistent HBV-replication has not statistically proved to be efficient and should therefore be avoided. Results of trials are awaited.
- iii The optimal treatment duration for nucleos(t)ide analogues with anti-HBV activity has not yet been determined and experts recommend life-long therapy if anti-HBV nucleos(t)ides are given as part of ART. In those on ART where the nucleoside backbone needs changing, anti-HBV therapy may be stopped cautiously in HBeAg positive persons who have achieved HBe-seroconversion for at least six months or after confirmed HBs-seroconversion in those who are HBeAg negative. In persons with liver cirrhosis, stopping of effective anti-HBV treatment is not recommended in order to avoid liver decompensation due to flares of liver enzymes.

Hepatit B- TB Tedavi



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI

TÜBERKÜLOZ
TANI ve TEDAVİ
REHBERİ

Karaciğer rezervi yetersiz ya da aktif karaciğer hastalığı olanlarda alternatif tedavi rejimleri:

- 2 hepatotoksik ilaçla; 2 ay HRE / 7 ay HR ya da 2 ay HRES / 6 ay HR ya da 6-9 ay RZE
- 1 hepatotoksik ilaçla; 2 ay HES / 10 ay HE
- Hepatotoksik ilaç olmadan; 18-24 ay ES + kinolon (+ sikloserin)

HIV ile ilişkili trombositopeni-ayırıcı tanı

- Psödotrombositopeni
- Kemik iliği baskılanması. TMP/SXT, RIF, ETB, radyasyon
- Malign lenfoproliferatif B hücre bozuklukları: KLL, diffüz B hücreli lenfoma
- İmmunolojik: SLE, immün tiroidit, Evans sendromu, heparin
- Diğer: HUS, TTP, PNH, hipersplenizm, karaciğer sirozu

Sekonder trombositopeni ile EDTA-psödotrombositopeni ayrımı yapılmalı.
(Miyelotoksik ajanlar, CMV, HCV, MAC infeksiyonları)

HIV ile ilişkili trombositopeni

- ART almayanlarda 10 yıllık kümülatif insidans >%45
- ART kesildiğinde hızla trombositopeni gelişebilir (ort 9 hafta)
- HIV ilişkili trombositopenide olguların %10'undan azında trombosit <30.000

HIV ile ilişkili trombositopeni- tedavi

Klinik durum	Tedavi
Asemptomatik ve PLT>30,000/	ART
PLT<30,000/ veya PLT<50,000/ ve belirgin mukoz membran kanaması	ART + ilk seçenek : glukokortikoid Sonrasında IVIG, anti-(Rh)D, rituximab, splenektomi
Ciddi kanama	PLT transfüzyonu, yüksek doz glukokortikoid, IVIG, tek başına veya birlikte

Glukokortikoidlere birkaç gün içinde yanıt beklenir,
En az 3-6 hf sürdürülmeli,
PLT > 60 000 olunca haftalar içinde azaltılarak kesilebilir.

- INH 300 mg/gün
- Streptomisin 1 g /gün IM
- Etambutol 1500 mg/gün IM
- Prednol 0,5 mg/kg/gün oral başlandı

HIV direnç testi

Drug Resistance Interpretation: PR

PI Major Resistance Mutations: None

PI Minor Resistance Mutations: **K20I**

Other Mutations: I13V, G16E, M36I, P39T, R41K, R57K, I62K, H69K, L89M

Protease Inhibitors

atazanavir/r (ATV/r)	Susceptible
darunavir/r (DRV/r)	Susceptible
fosamprenavir/r (FPV/r)	Susceptible
indinavir/r (IDV/r)	Susceptible
lopinavir/r (LPV/r)	Susceptible
nefnavir (NFV)	Potential low-level resistance
saquinavir/r (SQV/r)	Susceptible
tipranavir/r (TPV/r)	Susceptible

Drug Resistance Interpretation: RT

NRTI Resistance Mutations: **D67N**

NNRTI Resistance Mutations: **E138A**

Other Mutations: I50V, V60I, V118I, K122E, I135T, T139A, S162C, Q174N, R211K

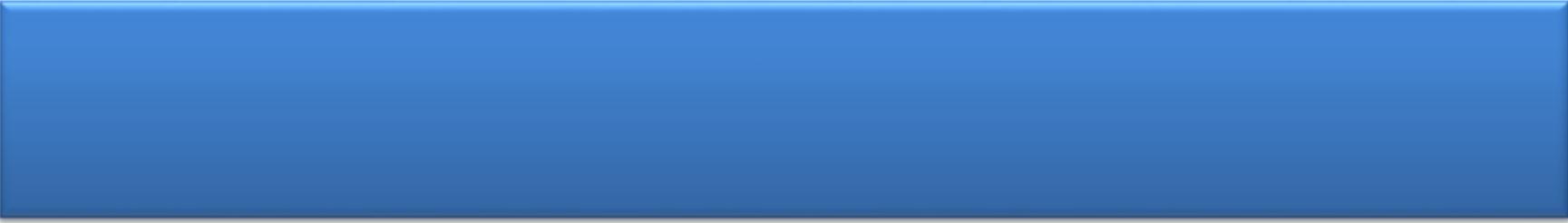
Nucleoside RTI

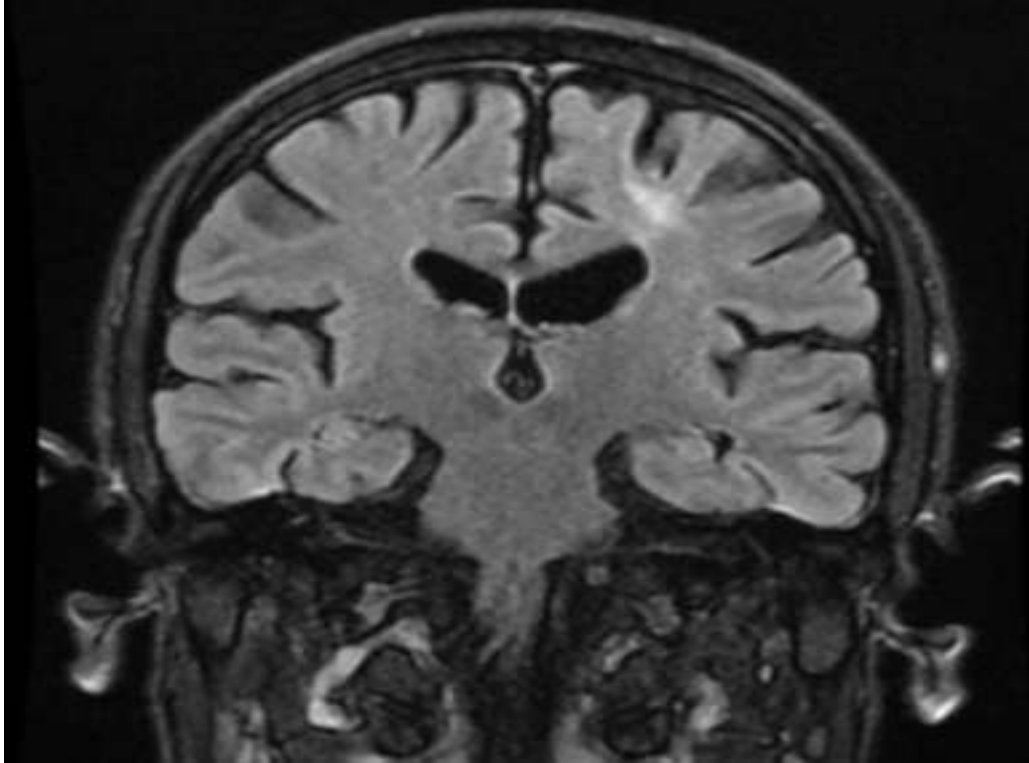
lamivudine (3TC)	Susceptible
abacavir (ABC)	Susceptible
zidovudine (AZT)	Low-level resistance
stavudine (D4T)	Low-level resistance
didanosine (DDI)	Susceptible
emtricitabine (FTC)	Susceptible
tenofovir (TDF)	Susceptible

Non-Nucleoside RTI

efavirenz (EFV)	Susceptible
etravirine (ETR)	Potential low-level resistance
nevirapine (NVP)	Susceptible
rilpivirine (RPV)	Low-level resistance



- 
- Tenofovir/emtrisitabin 1x1
 - Raltegravir 400 mg 2x1 ile ART tedavi başlandı



Hastanızın KRANİAL MRG incelemesinde:

Supratentorial alanda periventriküler ak maddede frontal bölümde sentrum semiovaleye dek uzanım gösteren T2A ve FLAİR hiperintens sinyal karakterinde değişiklik izlenmekte olup post kontrast incelemede patolojik kontrast tutulumu saptanmadı. Kliniği ile birlikte değerlendirilmesi ve progresif multifokal loköensefalopati açısından değerlendirilmesi önerilir.

Sol lateral ventrikül sağa göre asimetrik geniş olarak izlenmektedir.

Periferik BOS alanları belirgindir.

Test sonuçları

PPD, T-spot	Negatif
Balgam kültürü	Orofarengeal flora elemanları üredi
Kan kültürü	Üreme olmadı
Balgamda ARB, TB-PCR	Negatif
Kemik iliği TB- PCR, CMV-PCR	Negatif
Lenf bezi biyopsi TB- PCR	Negatif



- Hastanın TB tedavisi kesildi

	CD4+ T hücre sayısı	HIV-RNA	HBV- DNA	PLT
2014	% 5,1, 40/mm ³	17,155,395 IU/ml	10,122,612 IU/ml	75,000
2015 yatış	%5,4, 53/mm ³	15,372,829 IU/ml	Negatif	25,000
2015 ART 1. ay	%11,3, 160/mm ³	2730 IU/ml		55.000

Teşekkür ederim

