

HIV ENFEKSİYONU VAKASI

Prof. Dr. Ayhan AKBULUT

- ❖ 40 yaşında erkek
- ❖ Öksürük
- ❖ Ateş
- ❖ Yutma güçlüğü
- ❖ Son 3 ayda yaklaşık 15 kg ağırlık kaybı
- ❖ Yaklaşık 1 yıldır halsizliği(+)
- ❖ İstanbul Laleli'de bir tekstil atölyesinde çalışmakta

Pozitif Fizik Bakı Bulguları

- ❖ 38-40 °C ateş,
- ❖ Ağızda kandidal plaklar
- ❖ Akciğerde yer yer kaba raller
- ❖ Sağ el 3. parmak uç kısmında panaris
- ❖ Anal bölgede 10X5 cm boyutlarında hafif ülser lezyon

Pozitif Fizik Bakı Bulguları



Pozitif Fizik Bakı Bulguları



Laboratuvar Değerleri

- ❖ WBC: 2190
- ❖ N: %74 L: %13 Mo:%9 Eo:%4
- ❖ HB: 8.0 HCT:25
- ❖ PLT:180 000
- ❖ Sedim: 81, CRP:95
- ❖ AST:59, ALT:34, AKŞ:87, Na:132, Alb:2.9
- ❖ HIV RNA:14.394.354 IU/ML
- ❖ Lenfosit: 340, CD4:44(%12)

Laboratuvar Değerleri

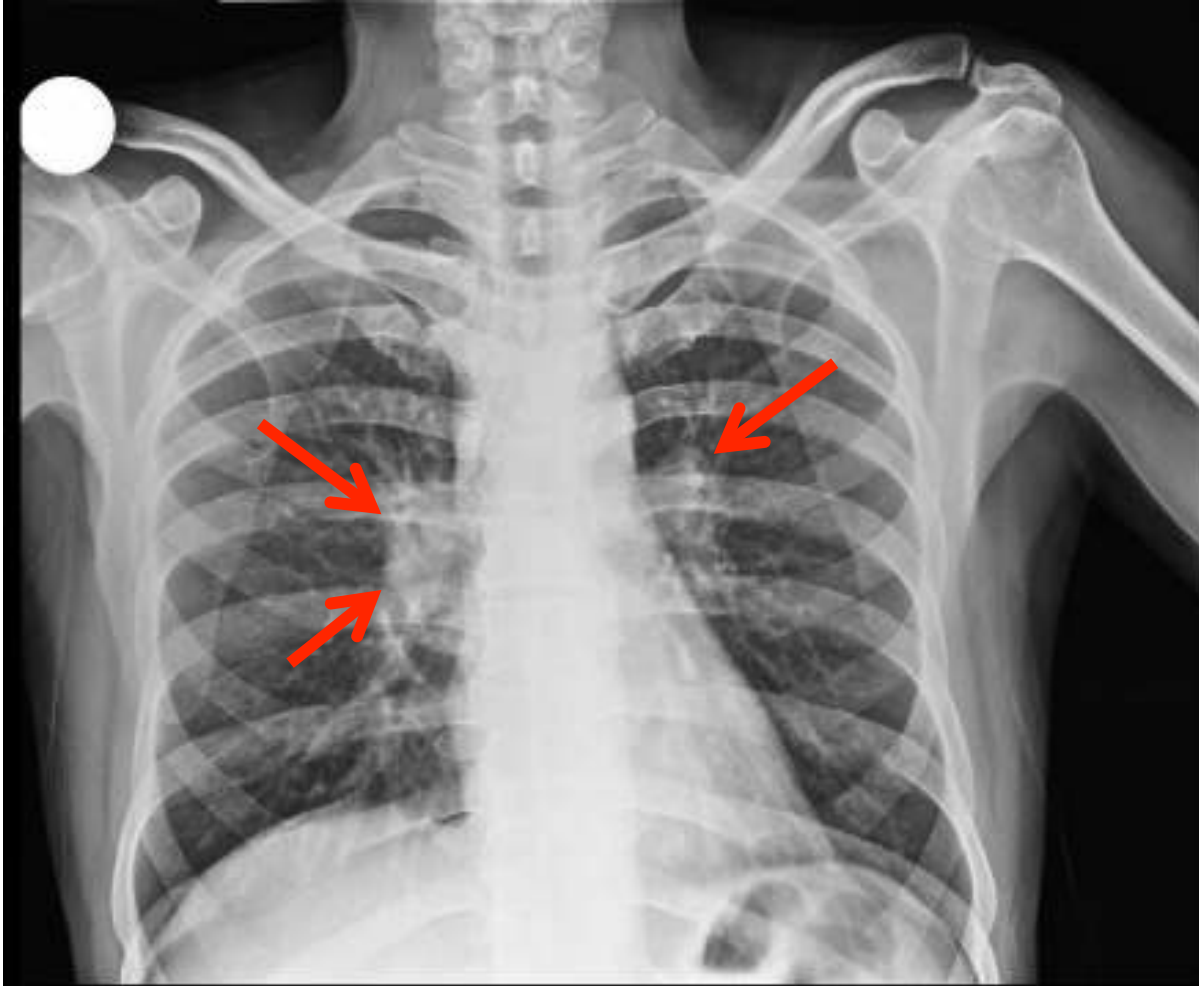
- ❖ Balgamda ARB(-)
- ❖ Balgam kültüründe patojen bakteri saptanmadı
- ❖ Anti-Toxo IgM(-), Anti-Toxo IgG(-)
- ❖ Anti-Rubella IgM(-), **Anti-Rubella IgG(+)**
- ❖ Anti-CMV IgM(-), **Anti-CMV IgG(+)** **Avi:92.8(High +)**
- ❖ **Anti-HAV(+)**
- ❖ HBsAg(-), Anti-HBs(-)
- ❖ Anti-Chlamydia pneumonia Ig M(-), IgG(-)
- ❖ Anti-Chlamydia trachomatis Ig M(-), IgG(-)
- ❖ EBV VCA IgM(-), IgG(-)

Görüntüleme Sonuçları

- ❖ Boyun Ultrasonografi: Her **iki servikal ve supraklavikular** bölgede büyüğü **1 cm boyutta** zayıf yağlı hilus ve hiler kanlanması izlenen **multipl LAP**
- ❖ Üst Batın Tomografisinde: Özellik yok
- ❖ Alt Batın Tomografisinde: Mezorektal yağ doku içerisinde **sağda 8x6 mm boyutlarında 1 adet LAP** izlenmekte
- ❖ Beyin Manyetik Rezonans: Bilateral sobkortikal beyaz cevherde T2 flair'de hiperintens **iskemik gliotik odaklar izlendi** (Küçük damar hastalığı)

Görüntüleme

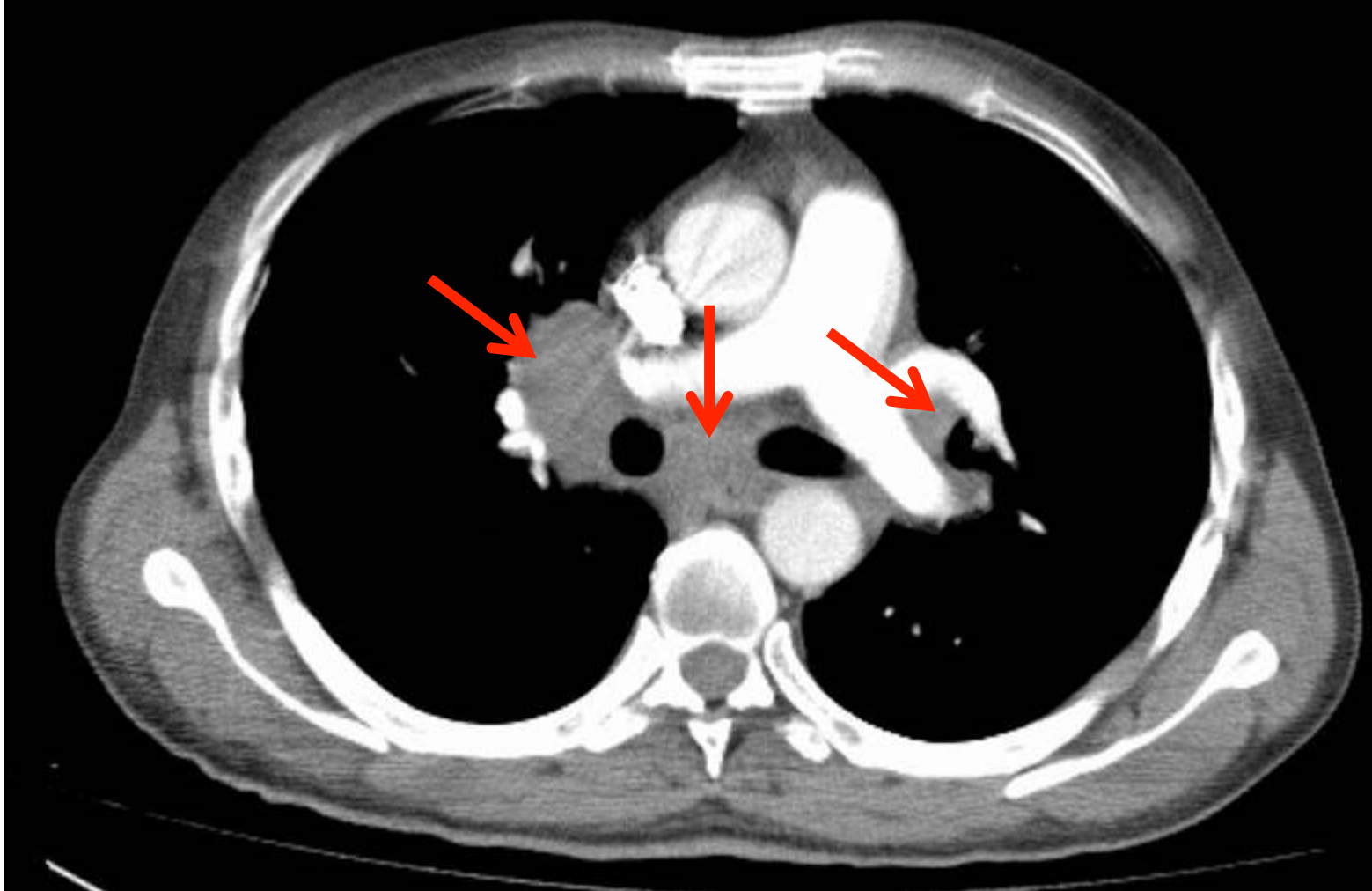
Sağda daha bariz olmak üzere **bilateral hiler dolgunluk**



11.02.2015

Thorax Tomografi

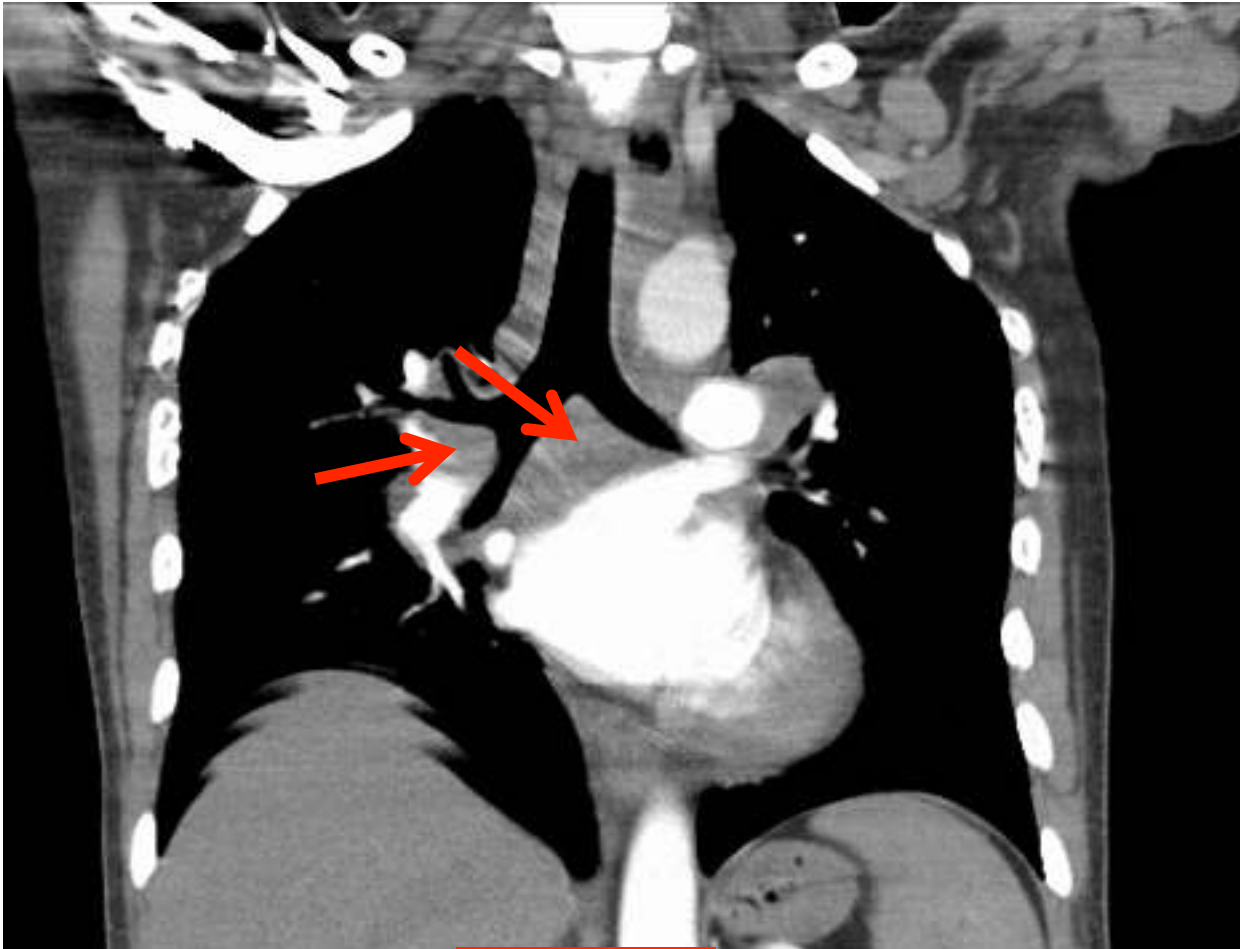
Sağda daha bariz olmak üzere **bilateral hiler ve subkarinal LAP**



11.02.2015

Thorax Tomografi

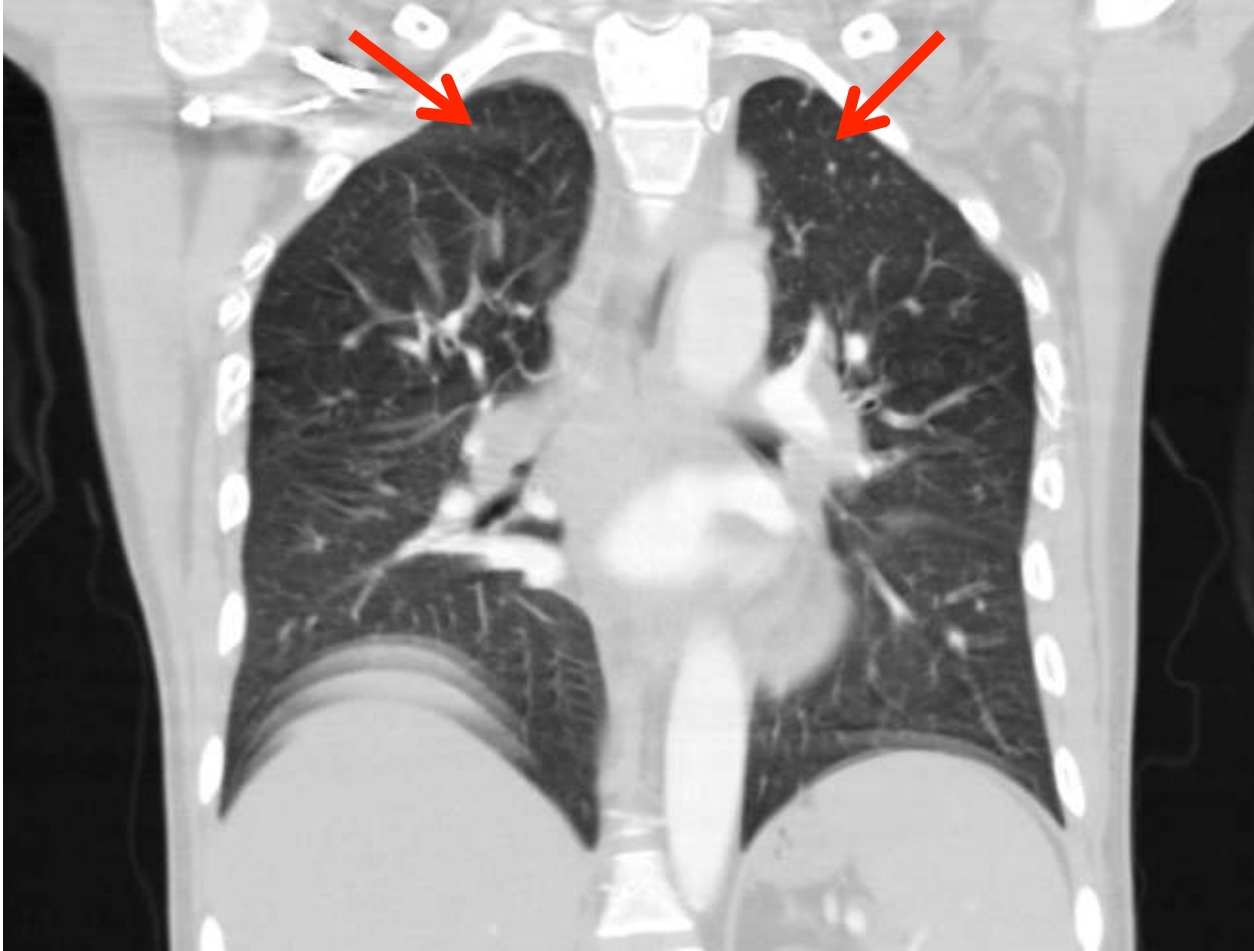
Bilateral hiler ve subkarinal LAP



11.02.2015

Thorax Tomografi

Bilateral akciğer üst loblarda milimetrik boyutlu yer yer interseptal kalınlaşmaların eşlik ettiği çok sayıda **pulmoner nodüller**

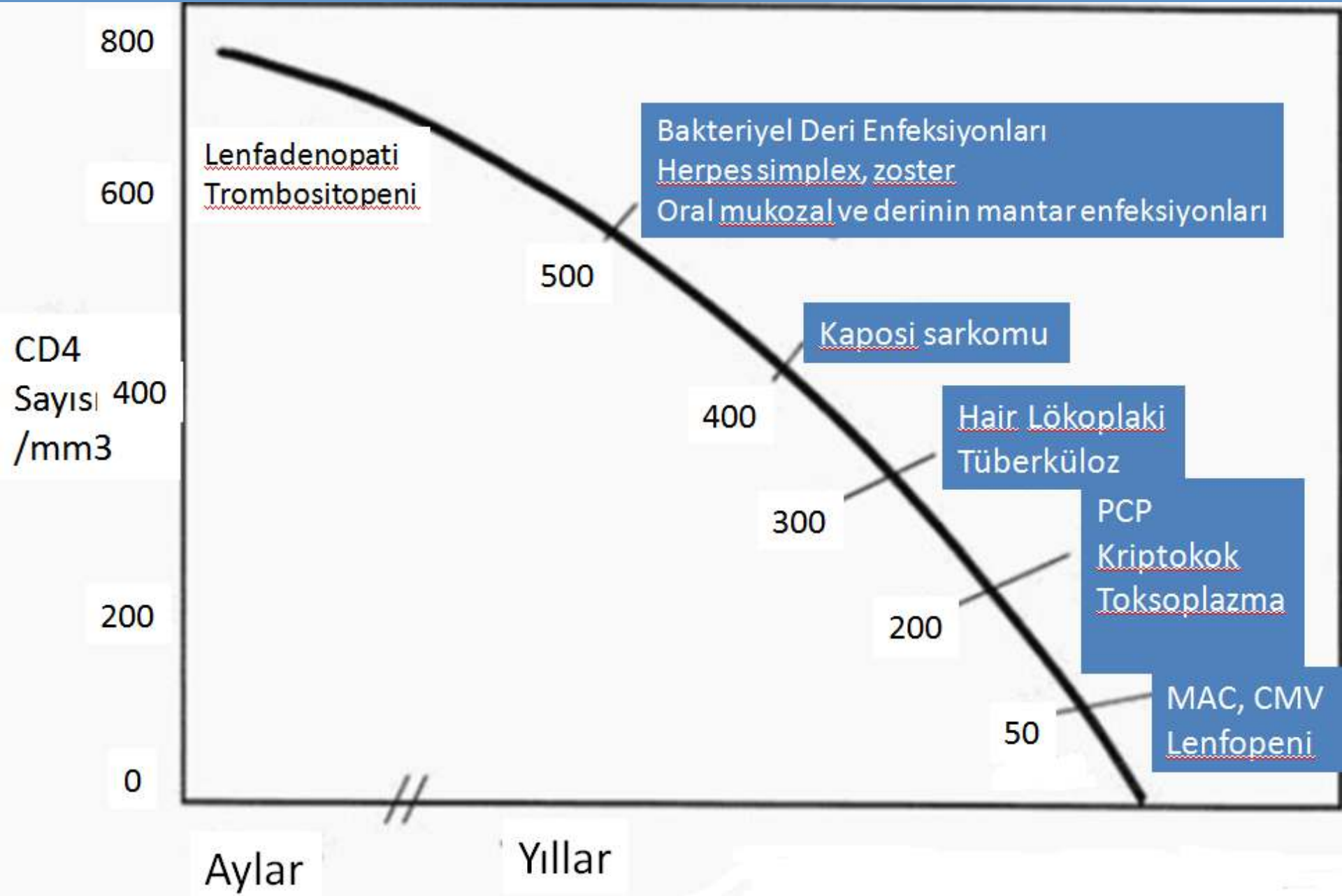


Hastanın klinik seyri

- ❖ Bu aşamada hastaya hangi tedaviyi önerirsiniz?
- A. ART tedavisi başlarım
- B. ART+Profilaksi tedavileri (Anti-PCP, Anti-mikotik, Anti-MAC)
- C. ART+Profilaksi+ Anti-Mikobakteriyel tedavi
- D. Anti-Mikobakteriyel+Profilaksi tedavileri



Fırsatçı Enfeksiyonlar



TEDAVİ PLANI

- ❖ Klaritromisin 500 mg 2x1 /gün po **(MAC'lar için)**
 - Azitromisin 1200 mg X 1 /hafta po **(Lopinavir/r'den etkileşim)**
- ❖ Flukonazol 200 mgr 1x1/gün **(Kriptokoklar için)(Candida)**
 - ✓ Lipozomal Amfoterisin B 180 mgr/hafta **(Rifabutin'den etkileşim)**
- ❖ Trimetoprim/Sulfometoksazol (800/160 mgr) Bactrim forte tbl 1x1 **(PCP, Toksoplazma için)**
- ❖ **Valgansiklovir (CMV için) başlanılmadı (??)**
- ❖ Anti-TBC
 - Isoniyazid 300mgr 1x1 po
 - Prazinamid 500 mgr 1x3 po
 - Etambutol 1x500 mgr 1x3 po
 - Moksifloksasin 400 mgr 1x1 po (Rifabutin 150 mgr/gün)
 - Neurox-B 1x1
- ❖ ART
 - Truvada 1x1 po
 - Kaletra 2x2 po

Drug-drug Interactions between ARVs and Non-ARVs⁽ⁱ⁾

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% ^D 36%	D	↓ ^D	D	D	D	D	D	D	↑	↔	↔	↔	↔	↑ ^{ix}
lamotrigine		↓32% ⁱⁱ	↔	↓ ⁱ	↓50%	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
phenytoin	↓ ^D	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%	D	D40%	D	↔	↔	↔	↔	D47%	
voriconazole	↓	↑E	↓	↓	↓E	↑E	↓E	E	E	↔	↑E	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	

- Klaritromisin ile LPV/r' nin birlikte kullanımı Klaritromisinin yüksek dozda kalmasına neden olabilir
- Doz ayarlanması ve yakın EKG takibi gerektirir

Table 18a. Drug Interactions between Protease Inhibitors^a and Other Drugs (Last updated May 1, 2014; last reviewed May 1, 2014) (page 5 of 12)

Concomitant Drug	PI	Effect on PI or Concomitant Drug Concentrations	Dosing Recommendations and Clinical Comments
Antimycobacterials, continued			
Rifabutin			
RTV-Boosted PIs			
	ATV/r	Compared with rifabutin (300 mg daily) administered alone, when rifabutin (150 mg once daily) is administered with ATV/r, rifabutin AUC ↑ 110% and metabolite AUC ↑ 2101%	<p><u>Rifabutin 150 mg once daily or 300 mg three times a week.</u></p> <p>Monitor for antimycobacterial activity and consider therapeutic drug monitoring.</p> <p>PK data reported in this table are results from healthy volunteer studies. Lower rifabutin exposure has been reported in HIV-infected patients than in the healthy study participants.</p>
	DRV/r	Compared with rifabutin (300 mg once daily) administered alone, when rifabutin (150 mg every other day) is administered with DRV/r, rifabutin AUC not significantly changed and metabolite AUC ↑ 881%	
	FPV/r	Compared with rifabutin (300 mg once daily) administered alone, when rifabutin (150 mg every other day) is administered with FPV/r, rifabutin and metabolite AUC ↑ 64%.	
	LPV/r	Compared with rifabutin (300 mg daily) administered alone, when rifabutin (150 mg once daily) is administered with LPV/r, rifabutin and metabolite AUC ↑ 473%.	
	SQV/r	↑ rifabutin with unboosted SQV	

DHHS 2015

- ❖ HIV + Tüberküloz birlikteliğinde ciddi lenfopeni varken (<50 CD4⁺T Lenfosit) erken başlanan ART sonrasında **IRIS daha sık gözlenmekte** ancak **daha az sıklıkta mortalite** ile ilişkili olduğu belirtilmektedir.
- ❖ Eğer ≤ 50 CD4⁺T Lenfosit ise ilk 2 hafta içinde başlanılmalı **(AI)**.

Sequence: 119-15-SAERHA75

Sequence Date	20-Feb-2015
Algorithms	GRADE_06/2014

Length of included Sequences:

- Sequence includes PR: codons: 1 - 99
- Sequence includes RT: codons: 1 - 334

Subtype and % similarity to closest reference isolate (adopted from Stanford HIVDB):

1. PR: CRF02_AG (93.9%)
2. RT: B (92.6%)

Gene	Differences from Consensus B
PR	T12AT, I13V, G16E, L19I, K20I, M35I, P39I, R41K, I52K, H69K, L89M
RT	I2V, K32IK, V35T, E36D, K49R, V60I, I135R, Q174H, D177E, I202V, R211K, F214L, V245Q, E248D, A272P, T286A, E297A, S322T, I326V, I329V

Drug Resistance Mutations

PR: K20I, H69K, L89M

NNRTI	GRADE_06/2014	Algorithm Result	SIR	Final Rating
	Mutation List			
EFV		Susceptible		
ETR		Susceptible		

NNRTI	GRADE_06/2014	Algorithm Result	SIR
	Mutation List		
NVP		Susceptible	
RPV		Susceptible	

Scanned Mutations for Drugclass: NNRTI :

NNRTI	GRADE_06/2014	Algorithm Result	SIR
	Mutation List		
3TC		Susceptible	
ABC		Susceptible	
AZT		Susceptible	
AZT_SP		Susceptible	
D4T		Susceptible	
D4T_SP		Susceptible	
DDI		Susceptible	
FTC		Susceptible	
TDF		Susceptible	
TDF_SP		Susceptible	

Scanned Mutations for Drugclass: NRTI :

NRTI	GRADE_06/2014	Algorithm Result
	Mutation List	
PI		
APV/FPV		Susceptible

PI	GRADE_06/2014	Algorithm Result	SIR	Final Rating
	Mutation List			
APV/FPV_RTV		Susceptible		
ATV		Susceptible		
ATV_RTV		Susceptible		
ATV_SP		Susceptible		
DRV		Susceptible		
IDV		Susceptible		
IDV_RTV		Susceptible		
LPV		Susceptible		
NFV		Susceptible		
SQV		Susceptible		
SQV_RTV		Susceptible		
SQV_SP		Susceptible		
TPV		Susceptible (Score 1)		

Scanned Mutations for Drugclass: PI : H69K

PI Comments

- Data for Tipranavir resistance is based on subtype B sequences only. There is by now no approval for subtype CRF02_AG or other non-B subtypes.
- M is a mutation at the resistance-associated codon 89 that is not scored by GRADE.

- **Kullanılan Anti-Retroviral**
- **Tenofovir (hassas)**
- **Emtrisitabin (hassas)**
- **Lopinavir/ritonavir**

Hastanın klinik seyri

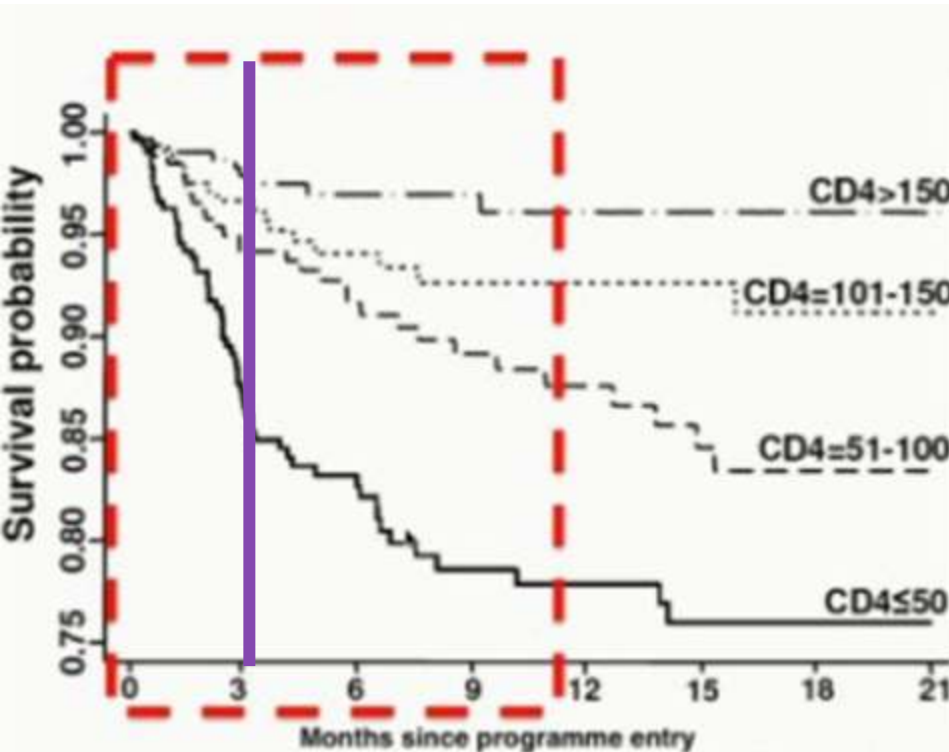
- ❖ Tedavinin **2. gününden sonra ateş kesildi**
- ❖ Hastanın iştahı ve yutması düzeldi
- ❖ Tedavinin **12. gününden sonra ateşler tekrar yükselmeye başladı**
- ❖ **Ürik Asit: 12.1** (Ürokoliz başlandı)
- ❖ Losec ampul 1x1
- ❖ WBC: 4440
- ❖ N: %71 **L: %13 (Lenfosit: 610)**
- ❖ HB: 10.2 HCT:33
- ❖ **Sedim: 102, CRP:40**
- ❖ **AST:30, ALT:22, AKŞ:71, Na:130, Alb:3.8**
- ❖ **VDRL(+), TPHA(+)** (Benzatin penisilin 2.4 milyon ünite/hafta, 3 hafta)

Hastanın klinik seyri

- ❖ Tedavinin 20. gününde ateşlenmeler devam ediyor
 - IRIS düşünüldüğü hastaya anlatıldı
 - Ateşten rahatsız olmadığını belirtti, arada **antipiretik ve anti-inflamatuvar ile devam edildi**
 - Hemoroidden yakındığı için **doxium 1000 mgr 2x1**
 - Depresif durum dolayısıyla psikiyatri konsültasyonu ve **lustral 50 mgr/gün, serex 25 mgr/gün**
 - Hasta ilaç çokluğundan çok yakınıyor
 - Hastadan balgam vermesi istenildi

Ciddi Lenfopenide ART

❖ Ciddi lenfopenide ART başlanmasından sonra erken morbidite ve mortalite ortaya çıkabilmekte



Early mortality among adults accessing antiretroviral treatment programmes in sub-Saharan Africa. Lawn SD, Harries AD, Anglaret X, Myer L, Wood R. AIDS 2008

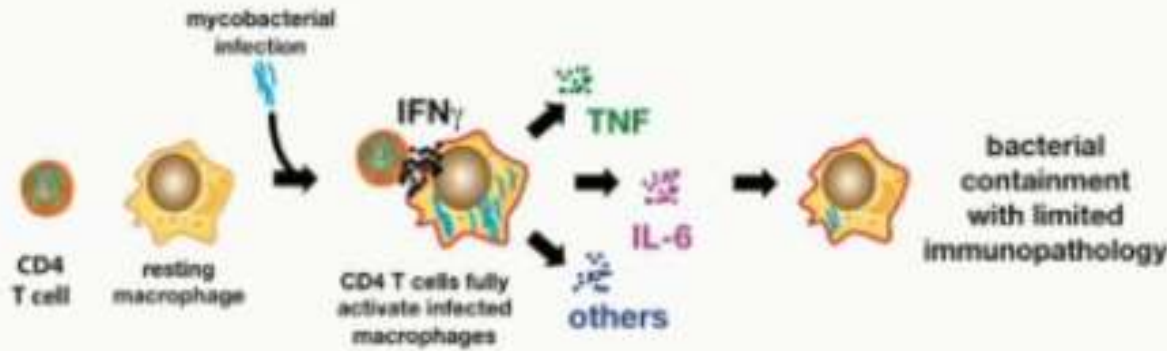
- Fırsatçı enfeksiyonlar
- İlaç toksisiteleri
- Enfeksiyöz olmayan komplikasyonlar
- IRIS

IRIS

- ART başlanan HIV hastalarında atipik klinik ya da mevcut kliniğin kötüleşmesi şeklinde ortaya çıkar
- % 4-50 oranında gözlenir
- Mikobakteriyal, Kriptokok, Histoplazmozis, Pneumocystis Jiroveci, Herpes, HBV ve diğerlerinde
- **Başarılı HIV virolojik baskılama** olabilmekte
- **Başarılı mikrobiyolojik temizlenme** olabilmekte
- **Tanıda başlıca 3 klinik belirleyici bulunur**
 - ✓ ART başlangıcında **şiddetli CD4 lenfopeni**
 - ✓ Önceden olan **fırsatçı enfeksiyon (Subklinik olsa bile)**
 - ✓ ART'den önce **fırsatçı enfeksiyonun çok kısa tedavisi**

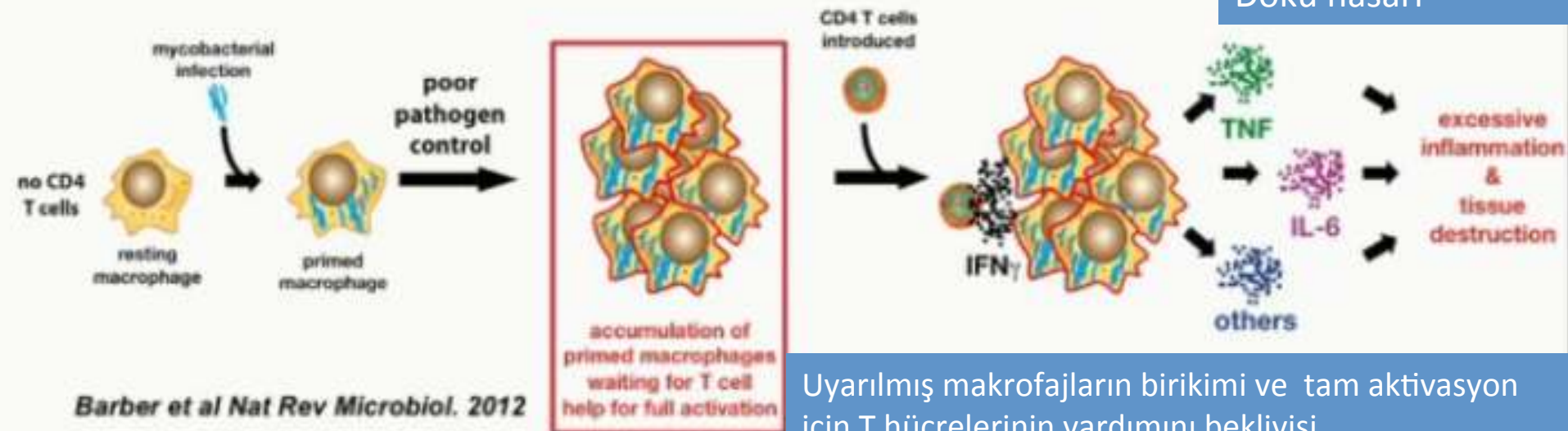
Monocytes/Macrophages in IRIS

A. Yeterli Konak CD4⁺ T Lenfositli Enfeksiyon



Sınırlı immunopatoloji ile bakteriyel sınırlama

B. Sonradan oluşan T hücre uyarılmasını izleyen, eksik CD4⁺ T Lenfositli Enfeksiyon



Aşırı inflamasyon ve Doku hasarı

Uyarılmış makrofajların birikimi ve tam aktivasyon için T hücrelerinin yardımını bekliyişi

IRIS Görünüşü

Fırsatçı Enfeksiyon	Klinik Görüntüsü
<i>M. tuberculosis</i>	<ul style="list-style-type: none">➤ Ateş➤ Lezyonlarda ilerleme➤ Yaygın LAP, organomegali
MAC	<ul style="list-style-type: none">➤ Ateş, Anemi➤ Boyun ve batında büyüyen LAP'lar➤ Karaciğer ve dalak büyüklüğü➤ Granülomatöz lezyon basısına bağlı ikter, alkalen fosfataz ve GGT yükselmesi
Hepatit B, C	<ul style="list-style-type: none">➤ Geçici yükselen transaminazlar (ilaç-ilaç etkileşimi ile karışır)➤ Genellikle hafif ve kendini sınırlar➤ Önceden siroz bulunanlarda dekompanse hale dönebilir
Progressif multifocal leucoensepholapati	<ul style="list-style-type: none">➤ Lezyonlar maskelenebilir ya da kötüleşebilir
Varicella zoster ya da Herpes simplex virus	<ul style="list-style-type: none">➤ ART başlanmasından sonra reaktifleşebilir
Dermatolojik durumlar	<ul style="list-style-type: none">➤ Follikülit, oral ve genital siğiller ortaya çıkabilir

IRIS ÖRNEKLERİ(MAC)



IRIS' te Tedavi ve ART Ne Zaman Kesilmeli ?

- Anti-piretik, nonsteroid anti-inflamatuar ve steroid
- Prednizon 1 mg/kg/gün(maksimum 60-80 mg/gün)
10-14 gün içinde hızla azaltılabilir (uzman görüşü)
- Vakaların çoğunda ART'nin devam edilmesi önerilmiştir
- Hafif ve orta derecede semptomu olan vakalar tolere edebilir
 - ✓ Hastalara ilerleyen zamanlarda bunun kaybolacağına güvencesi verilebilir
- Hayatı tehdit eden IRIS'de tedavi devam edilmemeli
 - ✓ Hemodinaminin bozulduğu durumlar
 - ✓ Solunum yoluna bası yapan LAP'lar için havayolu açılmalı

Hastanın klinik seyri

❖ Tedavinin 30. günü ateşlenmeler devam ediyor

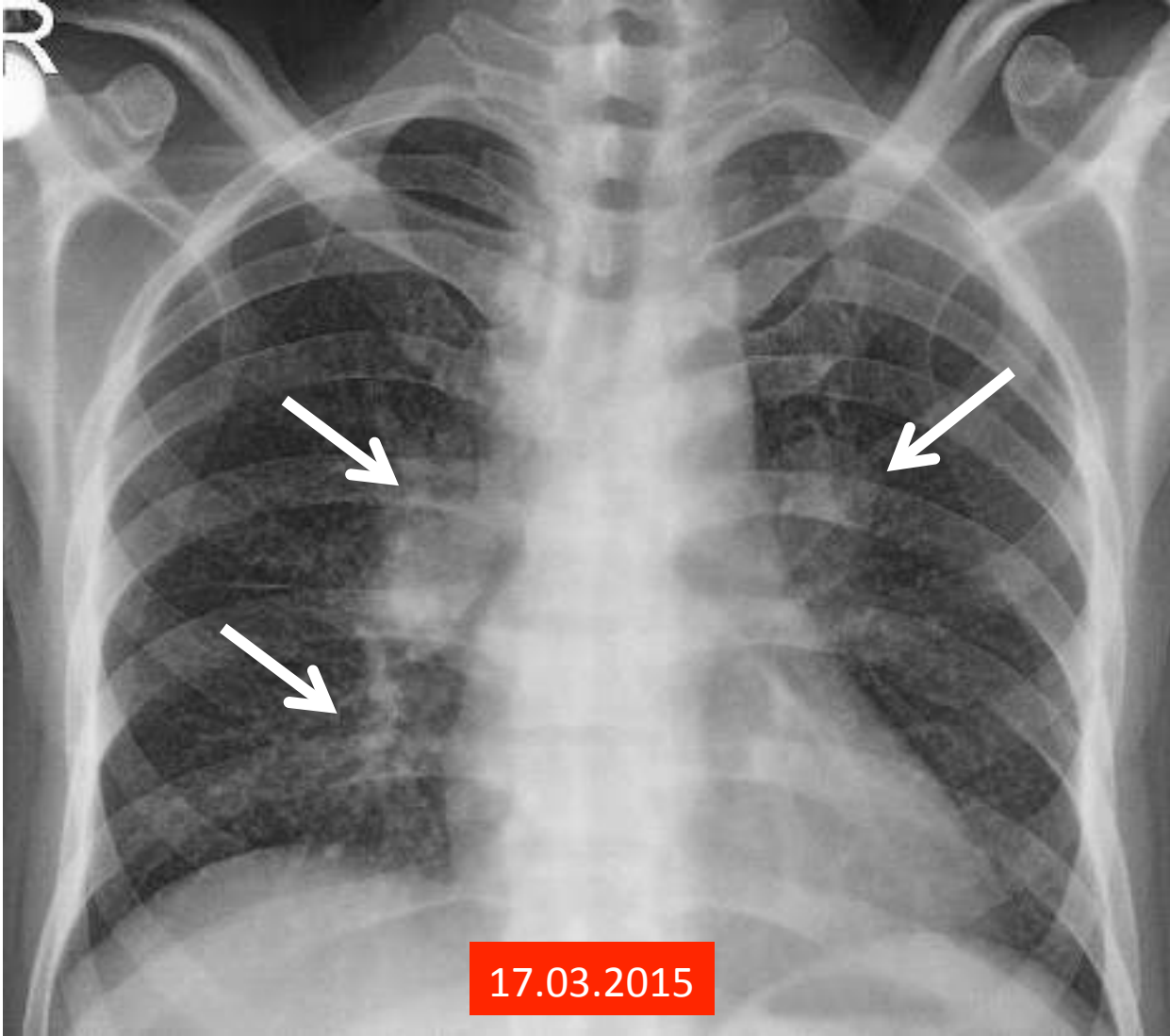
➤ WBC: 4340

➤ N: %79 L: %9 (Lenfosit: 610)

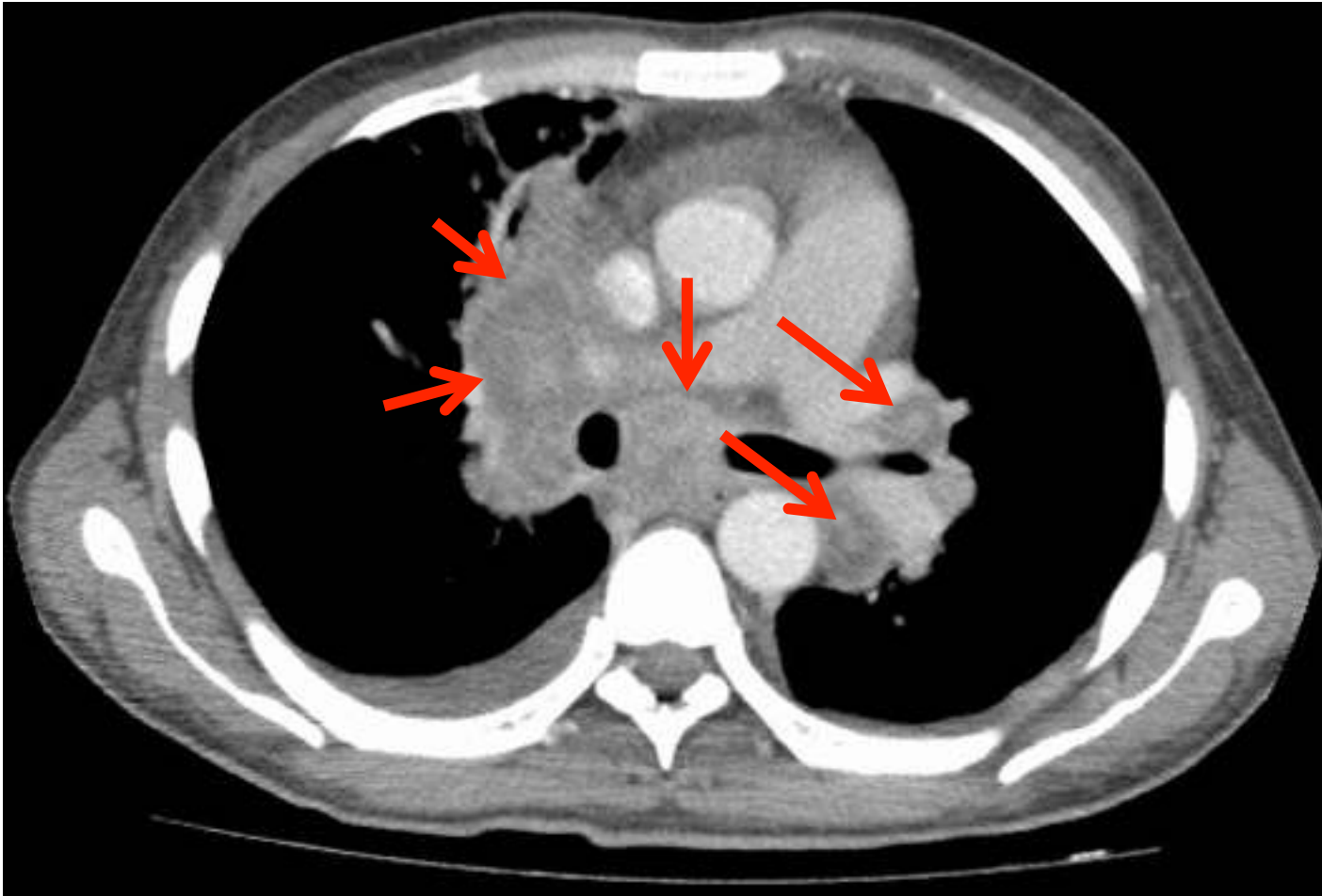
➤ HIV RNA: 11.202 IU/ML

➤ CD4: 134 (%34.27)

Bilateral **hiler dolgunluk ve sağ parakardiyak alanda infiltrasyon**

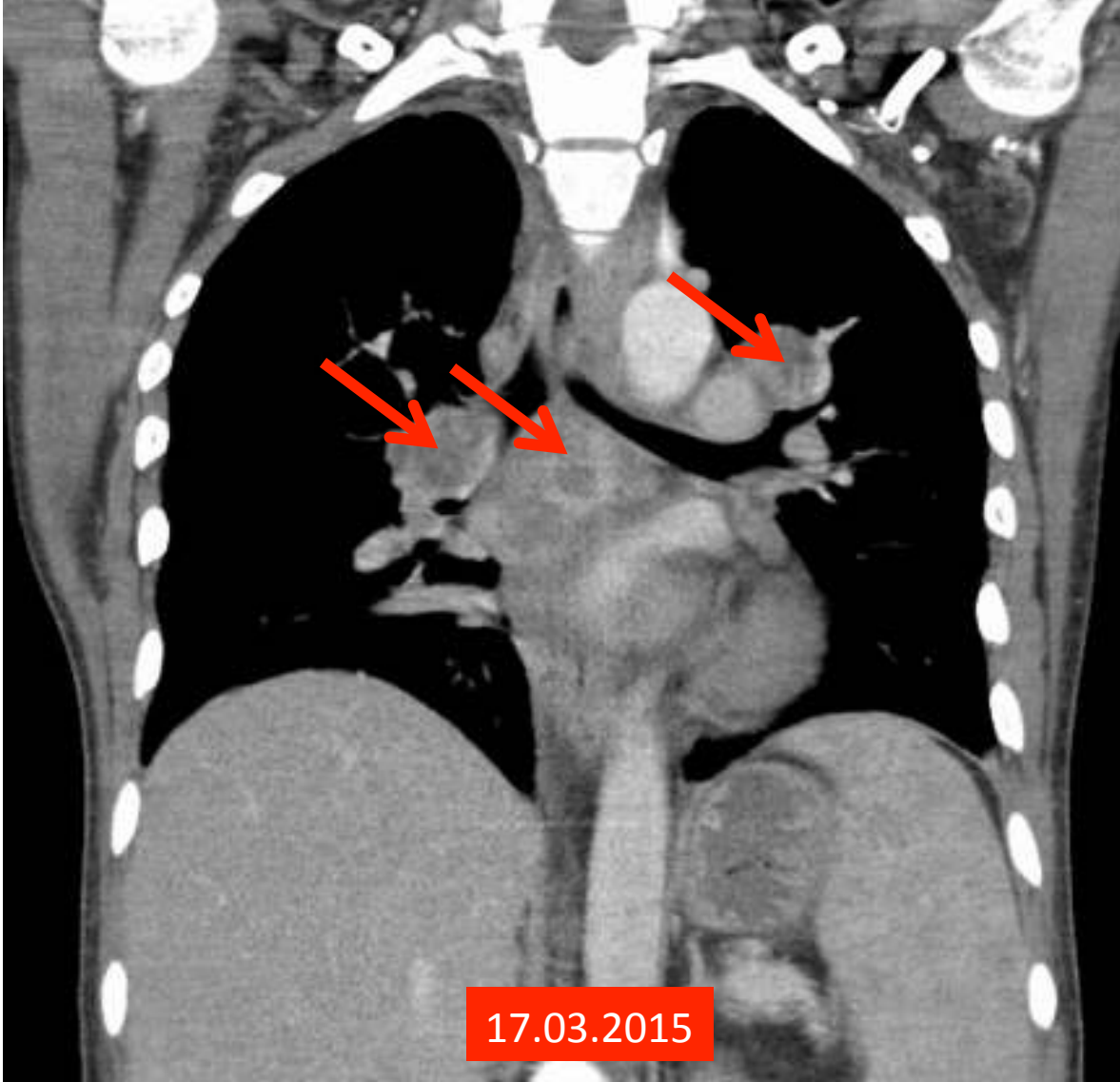


Bilateral hiler ve subkarinal yer yer nekroze alan
içeren **konglemere LAP**

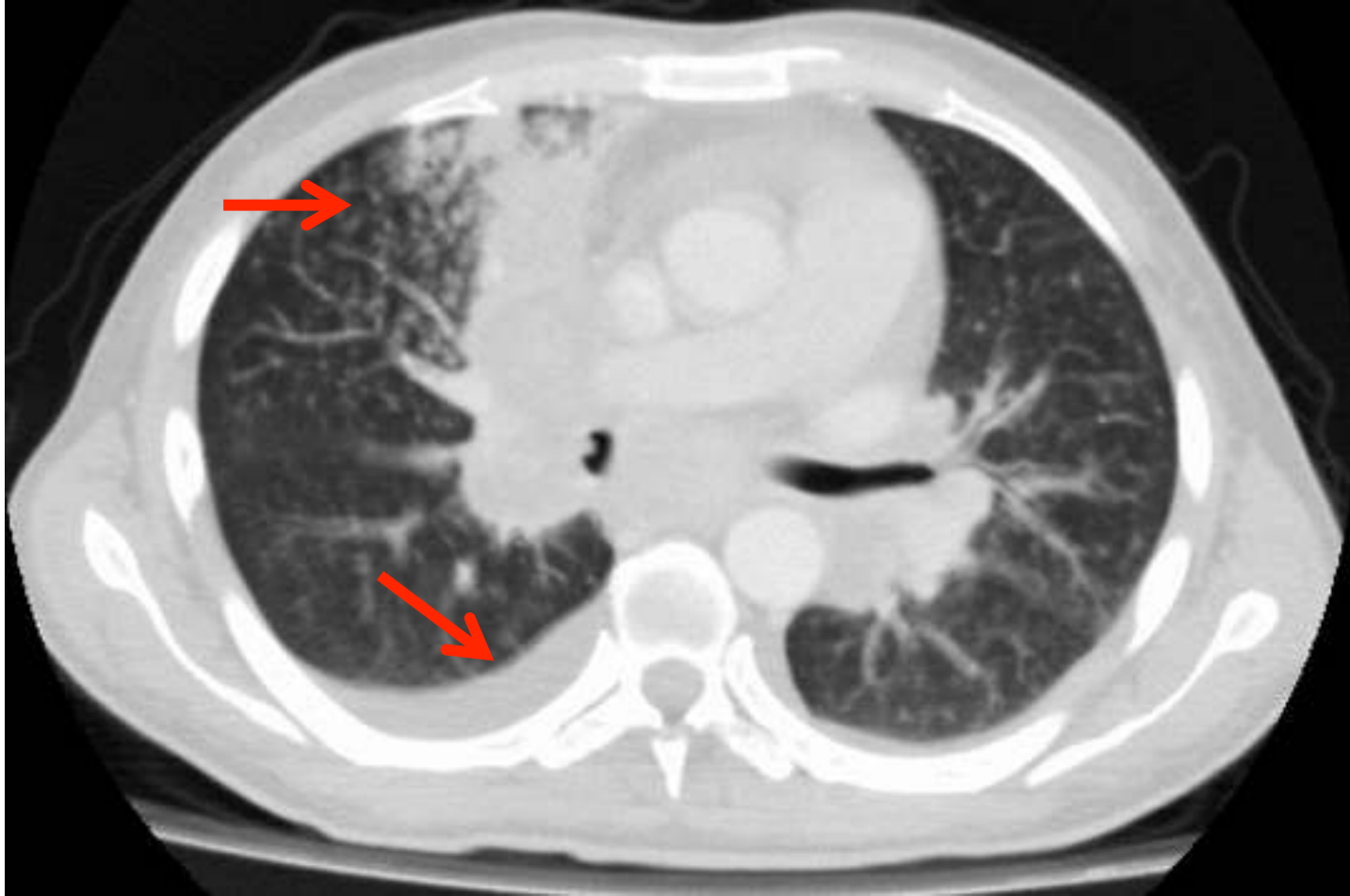


17.03.2015

Bilateral hiler bölgede ve subkarinal alanda yer
yer nekroze alan içeren konglomere LAP

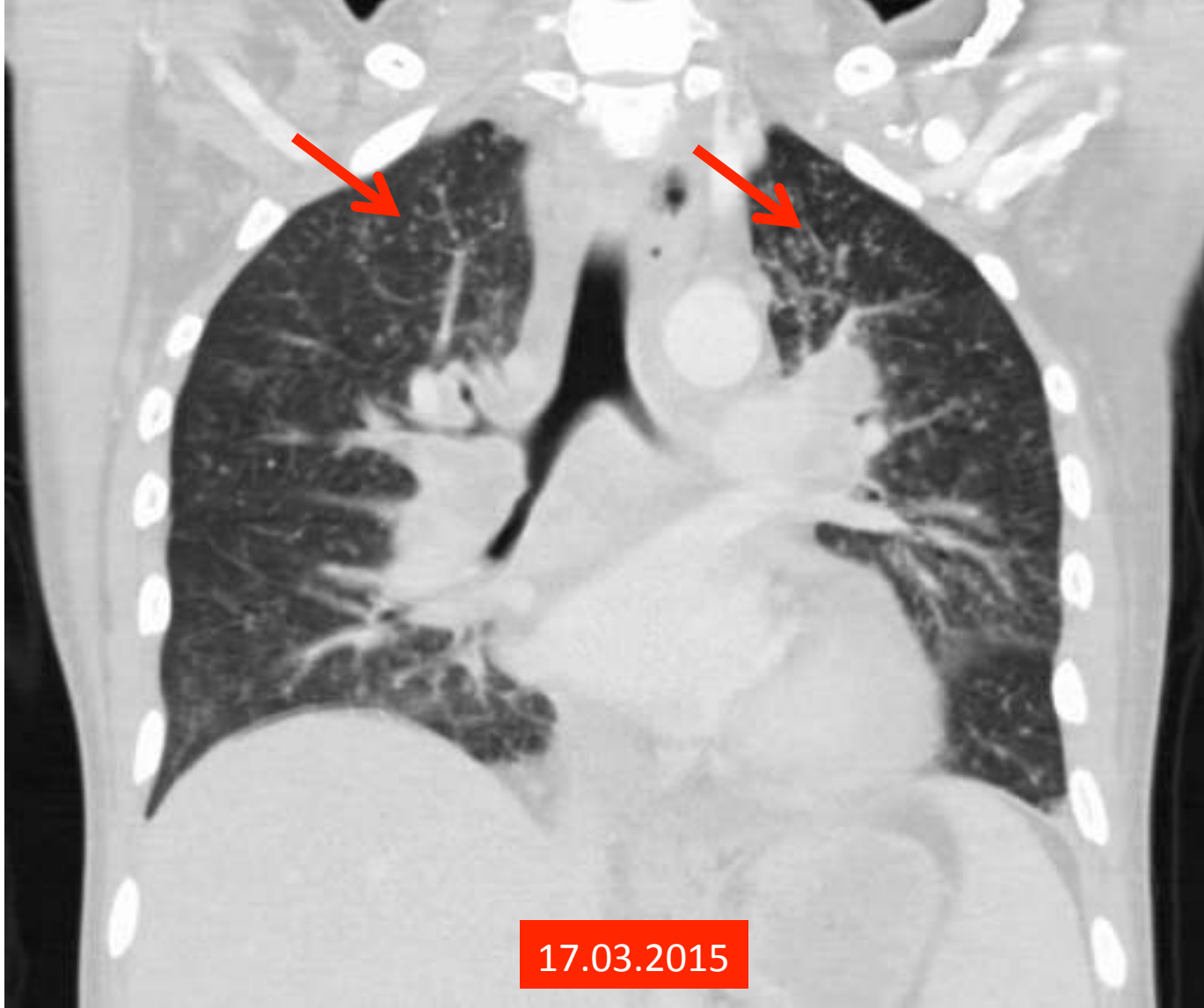


Sağ hemitoraksta **plevral mayi** ve sağ anteriorda **tomurcuklanmış ağaç manzarası**



17.03.2015

Bilateral akciğer üst loblarda milimetrik boyutlu çok sayıda **pulmoner nodüller izlenmektedir** (HIV 'e sekonder reaktif tbc)



17.03.2015

Akciğer üst lobda milimetrik boyutlu
çok sayıda **pulmoner nodüller**



17.03.2015

Hastanın klinik seyri

- ❖ Tedavinin 40. gününde **ateşlenmeler kayboldu**
- ❖ IRIS'den kurtulduk
- ❖ Ürik Asit
 - Tedavinin 12. gününde 12.1 (Ürokoliz Başlandı)
 - Tedavinin 20. gününde: 10.7
 - Tedavinin 25. gününde: 5.6
 - Tedavinin 32. gününde: 3.3

➤ Herhangi bir yorumu olan var mı?



Hastanın klinik seyri

- ❖ Hastanın Ablası Kardeşinin ilaçlarını içmediğini, ilaçları yatağın altında bulduğunu belirtti
- ❖ Hastaya bronkoskopi yapılarak örnek alınması önerildi hasta kabul etmeyince
 - Nebülizatörden %3 NaCl ile uyarılarak balgam alındı
- ❖ Hastaya ilaçları hemşire gözetiminde verilmek istendi
 - Hasta ilaç almayı kabul etmedi

Hastanın klinik seyri

❖ Bu aşamada hangisini yaparsınız?

- A. Mevcut tedaviyi tekrar devam ederim
- B. Sadece ART devam ederim
- C. Anti-Mikobakteriyel tedavi (INH+Prazinamid +Rifabutin+Etambutol)+(TMP+SMX)
- D. ART tedavisini deęiřtiririm

Hastanın klinik seyri

❖ Anti-TBC + PCP ve Toxo Profilaksisi verildi (İzoniyazid +Rifampisin+Prazinamid+Etambutol) +Bactrim forte1x1tedavisine karar verildi.

❖ 11.02.2015

➤ Anti-CMV IgM(-): 0.12

➤ Anti-CMV IgG(+): 608

➤ Avidite: (High +) 92.8

➤ Göz konsültasyonu: CMV retinit bulgusu yok

❖ 12.04.2015

➤ Anti-CMV IgM(+): 6.11

➤ Anti-CMV IgG(+): 2450

➤ CMV PCR: 12.839 IU/mL

❖ Göz konsültasyonu: CMV retinit bulgusu yok

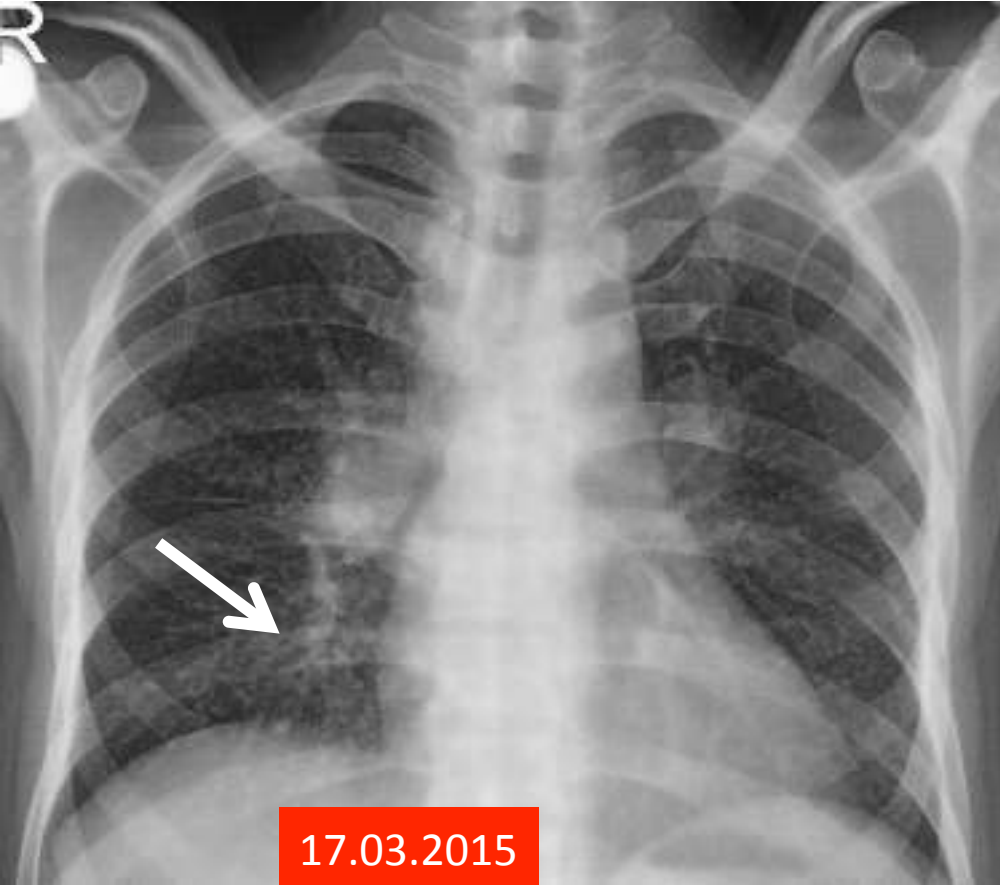
❖ Valgansiklovir başlayalım mı?



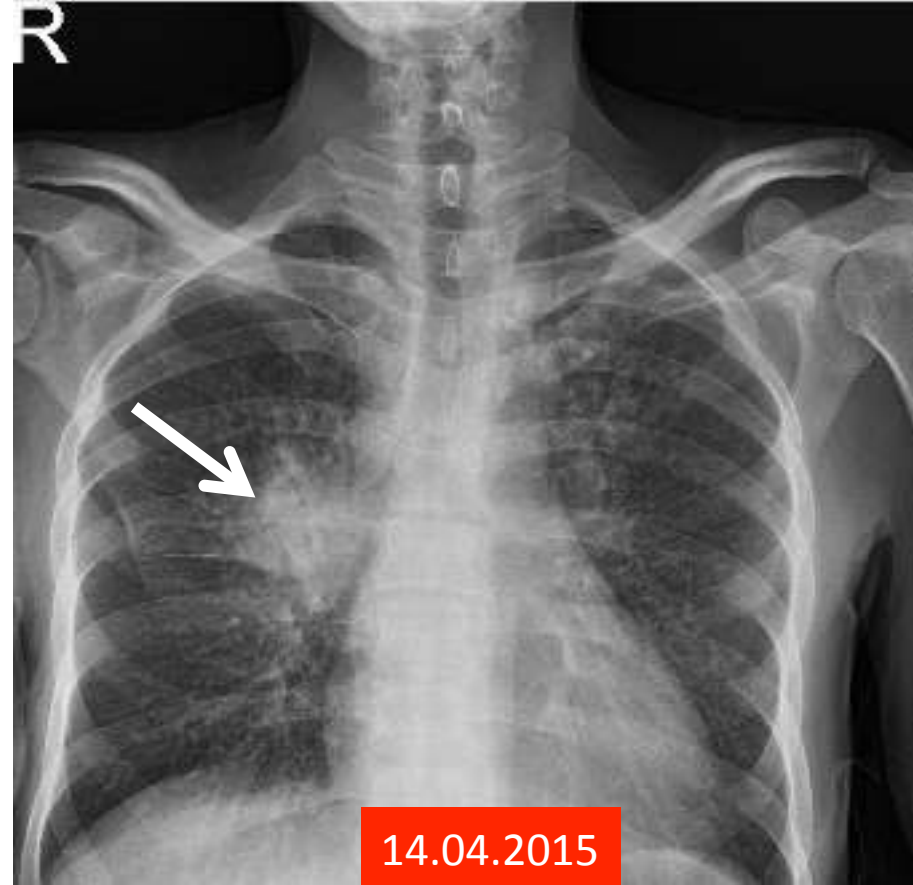
Hastanın klinik seyri

- ❖ Yeni tedavi düzenlenmesinin **5. günü tekrar 38.4°C** geçmeyen ateşlenmeleri gözlemlendi
 - Dirençli *M. tuberculosis* ya da Akciğer MAC enfeksiyonu olabileceği düşünüldü ve Rifam+Etambutol yanına **Klaritromisin 2x500mgr eklendi**

Sağda **daha belirgin hiler dolgunluk**, ancak bir önceki akciğer filmine göre **sağ alt infiltrasyon azalması** gözlenildi



17.03.2015



14.04.2015

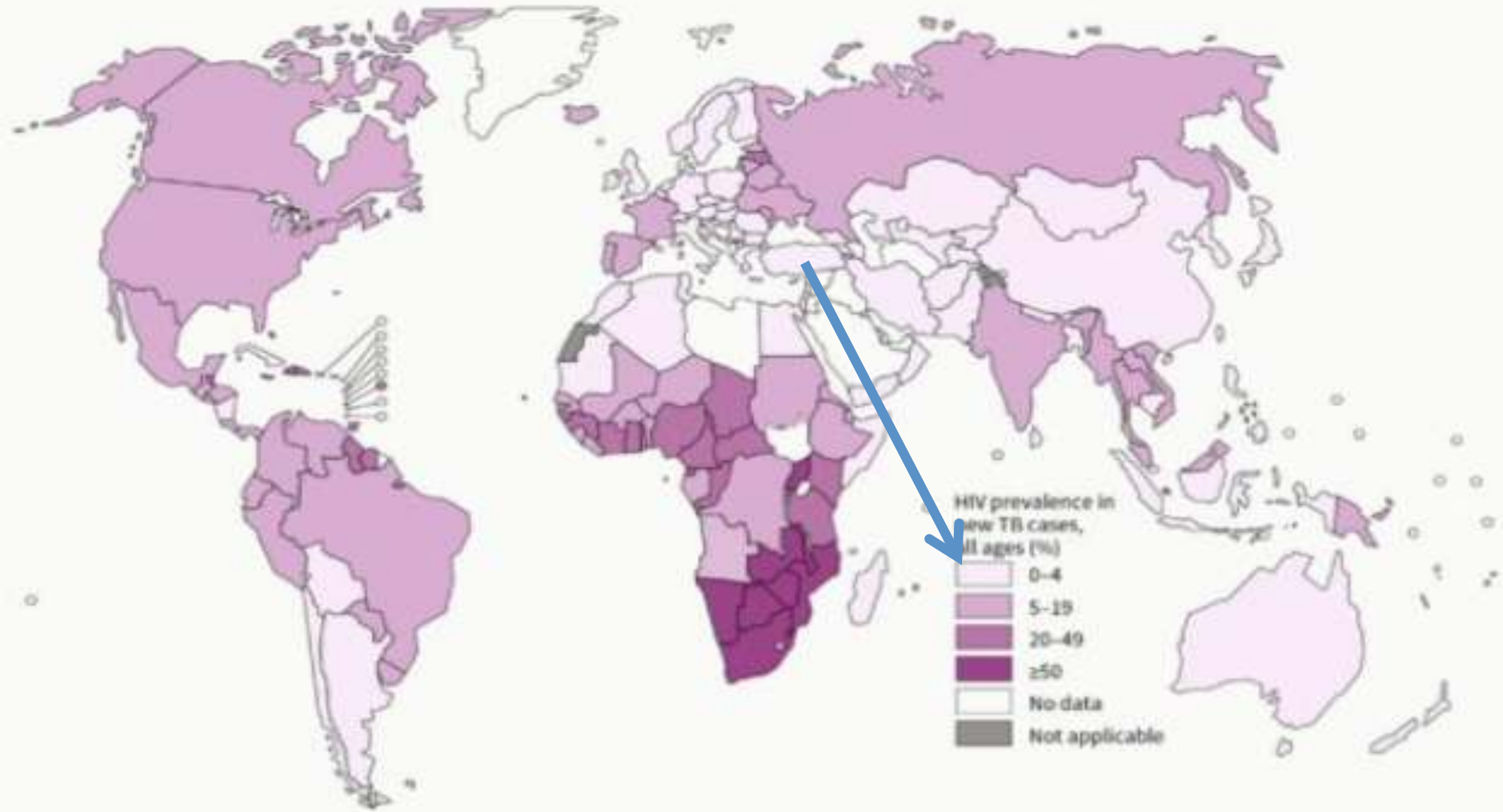
Hastanın klinik seyri

- ❖ Hastanın ART tedavisi kesilince anti depresif tedavisi tekrar düzenlendi
 - Efexor 75 mgr (Venlafaxine HCl)
 - Serex 25 mgr
- ❖ Yeni tedavi düzenlenmesinin **10. günü ateşlenmeleri kesildi**
- ❖ Hastanın çevreye uyumu arttı
- ❖ Yeni tedavi düzenlenmesinin **13. günü tekrar 38⁰C ateş başladı**

Hastanın klinik seyri

- ❖ Alınan Balgamda ARB(+)
- ❖ TBC-PCR (+) (Rifampisin dirençli)
- ❖ Nisan 2015' de Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları Hastanesi'nde yatırılarak Tbc Tedavisi olarak: **PAS +Moksifloksasin+Klofazimin** başlanıyor.

HIV prevalence in new TB cases



TÜRKİYE GENELİ TÜBERKÜLOZ VERİLERİ

TC Sağlık Bakanlığı

Tablo 48. Yeni, Önceden Tedavi Görmüş ve Tüm Olgularda ÇİD-TB Oranları, 2005-2011

Yıl	Yeni Olgular		Önceden Tedavi Görmüş Olgular		Tüm Olgular	
	ÇİD-TB	%*	ÇİD-TB	%*	ÇİD-TB	%*
2005	101	3,1	90	17,7	191	5,1
2006	131	3,2	118	16,6	249	5,1
2007	120	2,9	120	15,5	240	4,9
2008	125	3,0	138	18,6	263	5,3
2009	99	2,7	123	20,5	222	5,1
2010	110	2,5	140	22,8	250	5,0
2011	116	2,7	146	24,3	262	5,4

*Yüzdeler İNH ve RİF için (her ikisine) İDT yapılan hasta sayısı üzerinden alınmıştır.

➤ Elazığ'da her yıl 95-100 olgu ve dirençli olgu %1-2

Hastamızın CD4 ve Viral Yük Durumu

❖ 16 HAZİRAN 2015:

➤ HIV RNA: 2.841.380 IU/ML (14.394.354)

➤ CD4:52,09 hücre/ μ l

❖ 26 HAZİRAN 2015:

➤ **Tenofovir Emtrisitabin+Dolutegravir**

❖ 02 ARALIK 2015:

➤ HIV RNA : 48.814.480 IU/ML

➤ CD4: 86 hücre/ μ l

Hastamızın CD4 ve Viral Yük Durumu

- ❖ 10 ARALIK 2015-10 OCAK 2016 tarihleri arasında Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları Hastanesi'nde yatarak takip
 - Tedavisi: PAS+Moksifloksasin+Klofazimin+Sikloserin olarak düzenleniyor
 - ✓ (Önceki tedavi: PAS+Moksifloksasin+Klofazimin)
- ❖ 14 OCAK 2016 Kliniğimize yatırıldı
 - **Tenofovir Emtrisitabin+Dolutegravir alıyor**
- ❖ 08 ŞUBAT 2016
 - **HIV RNA :1.292 IU/ML**
 - **CD4:398,6 hücre/ μ l**
 - **CMV IG M (-), CMV IG G (+), CMV AVİDİTE: 70 (high) (40-60)**

Olgunun Getirdikleri

- Hastaların yakın takibi(Özellikle ilaçların kullanımı)
- CD4⁺ T lenfosit sayısı ≤ 50 olan hastalarda birden fazla fırsatçı enfeksiyon birlikteliği olabileceği
 - ✓ HIV + *M. Tuberculosis* + Candida + Sifiliz varlığı
 - ✓ Fırsatçı dışı enfeksiyonlar ve diğer ek komorbiteler
- MDR *M. tuberculosis* varlığı
- IRIS
- Zor hasta ile uyumun sonuna kadar devam gerekliliği



Sabrunuz için Teşekkürler...