

Serebral Toksoplazmozla Başvuran ve Bu Sırada Tanı Konulan HIV/AIDS Olgusu

Cerebral Toxoplasmosis as the Presenting Manifestation of HIV/AIDS

Ayşe Oğuz-Ayarcı¹, Reşit Mıstık¹, Hicran Akın¹, Bahattin Hakyemez², Safiye Helvacı¹, Halis Akalın¹, Barbaros Oral¹

¹Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye

²Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye

Özet

HIV enfeksiyonunun seyri sırasında fırsatçı enfeksiyonlar sık olarak görülür. Toksoplazmoz AIDS hastalarında ensefalite neden olan ve intraserebral kitle lezyonu yapabilen fırsatçı bir enfeksiyondür. Bu yazıda önceden sağlıklı 41 yaşında bir erkek hastada ortaya çıkan ve ilk kez serebral toksoplazmoza bağlı denge bozukluğuyla kendini gösteren bir HIV/AIDS olgusu sunulmuştur. *Klimik Dergisi 2011; 24(1): 62-4.*

Anahtar Sözcükler: Serebral toksoplazmoz, HIV/AIDS.

Abstract

During the course of HIV infection, opportunistic infections are common. Toxoplasmosis is an opportunistic infection that can cause encephalitis and intracerebral mass lesions in HIV/AIDS patients. We report a previously healthy 41-year-old man with balance disorder due to cerebral toxoplasmosis as the presenting manifestation of HIV/AIDS.

Klimik Dergisi 2011; 24(1): 62-4.

Key Words: Cerebral toxoplasmosis, HIV/AIDS.

Giriş

HIV enfeksiyonunun seyri sırasında olguların 1/3-2/3'ünde merkezi sinir sistemi (MSS) tutulumu görülebilir. Bu tutulum CD4 sayılarıyla ilişkilidir. Erken dönemde daha çok enfeksiyöz nedenler etken olarak saptanırken, hastalığın geç dönemlerinde maligniteler ön plana çıkar. AIDS hastalarında en sık intraserebral kitle lezyonu nedeni olarak *Toxoplasma* ensefaliti bildirilmektedir (1). Hastalığın oluşumunda, latent olan enfeksiyonun progresif selüler immün yetmezlik sonucunda reaktivasyonu rol oynamaktadır. Bu yazıda baş dönmesi, denge bozukluğu, bulantı ve kusma gibi MSS tutulumunu düşündürülen bulgularla başvuran, kraniyal manyetik rezonans (MR) görüntülemeye toksoplazmozla uyumlu multipl lezyonları saptanan bir HIV/AIDS olgusu sunulmuştur.

Olgu

Daha önce bilinen bir hastalığı olmayan 42 yaşındaki erkek hasta, bir aydır süren baş dönmesi, bulantı,

kusma, denge bozukluğu ve kilo kaybı yakınmalarıyla başvurdu. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, bilinci açık ve koopere idi. Ağzında yaygın *Candida* plakları vardı. Nörolojik muayenede ataksik yürüyüş dışında bir özellik saptanmadı. Laboratuvar incelemelerinde, pansitopeni ve eritrosit sedimentasyon hızı yüksekliği saptandı. Anti-HIV-pozitif, CD4 sayısı 40/mm³, HIV-RNA 231 300 kopya/ml, anti-*Toxoplasma* IgG pozitif ve anti-*Toxoplasma* IgM negatif bulundu. Beyin-omurilik sıvısında hücre görülmedi; biyokimyasal testler normaldi. Kraniyal MR'de her iki serebral ve serebellar hemisferde, özellikle derin beyaz cevher alanlarına lokalize olan, dağınık, çok sayıda T1 ağırlıklı imajlarda hipointens, T2 ağırlıklı ve FLAIR imajlarda hiperintens lezyonlar görüldü. Lezyonların bir bölümü düzensiz ve halkasal şekilde boyanma göstermekte ve çevrelerinde belirgin vazojenik ödem dikkati çekmekteydi (Resim 1). Hastaya lamivudin, zidovudin ve ritonavirle güçlendirilmiş lopinavirden oluşan antiretroviral tedavi ve azitromisin

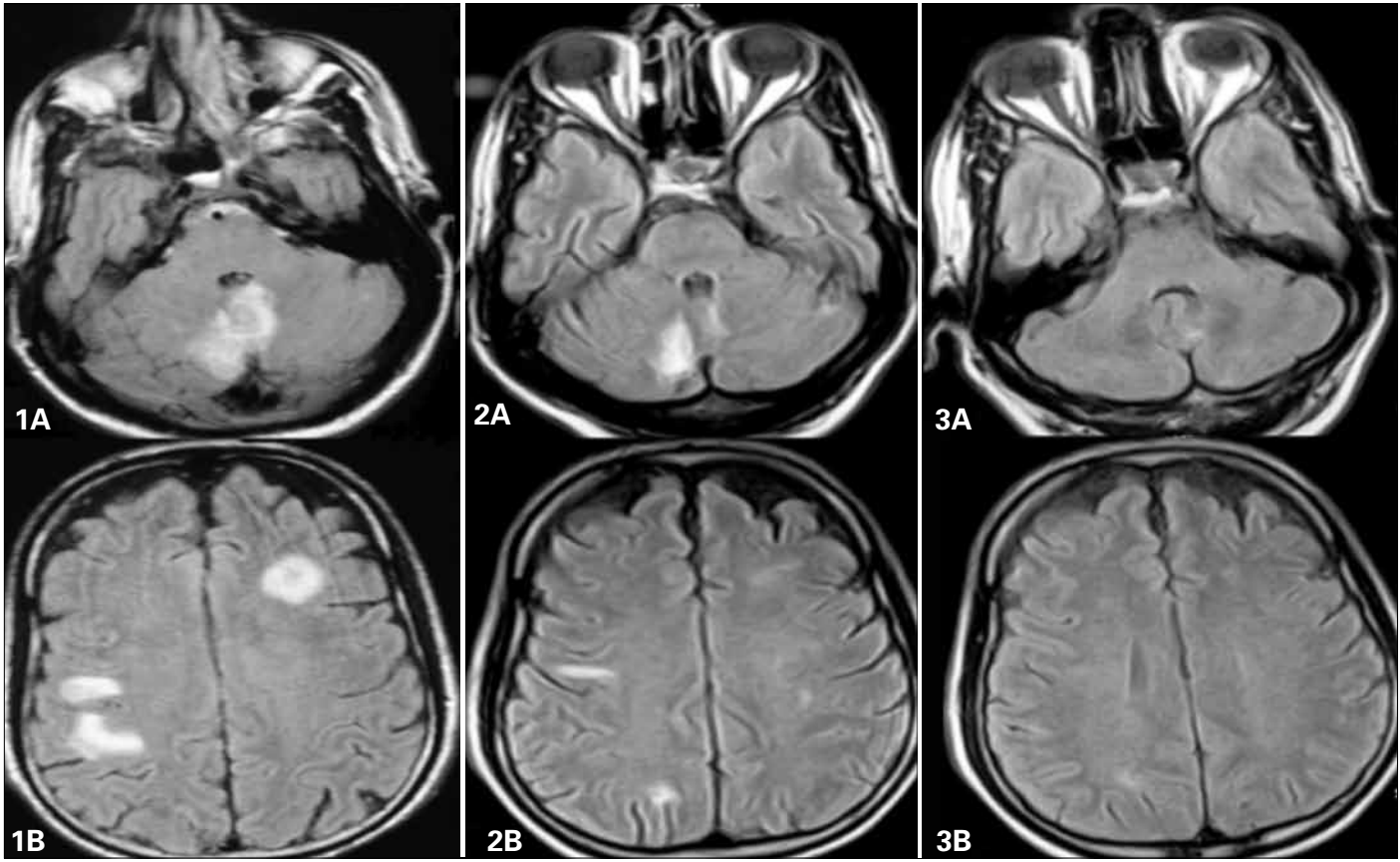
Yazışma Adresi / Address for Correspondence:

Ayşe Oğuz-Ayarcı, Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye

Tel./Phone: +90 224 295 41 30 Faks/Fax: +90 224 294 00 41 E-posta/E-mail: dr.aoguz75@hotmail.com

(Geliş / Received: 7 Ağustos / August 2009; Kabul / Accepted: 25 Kasım / November 2010)

doi:10.5152/kd.2011.13



Resim 1. Hastanın başlangıçtaki, birinci ve yedinci aydaki FLAIR MR bulguları. Serebellar vermis ve sağ serebellar hemisferde (1A) ve sol frontal derin beyaz cevher ve sağ parietal derin/subkortikal beyaz cevherde (1B) multipl, düzensiz sınırlı, hiperintens lezyonlar izlenmektedir. Bir ay sonraki görüntülerde (2A ve 2B) lezyonlarda belirgin regresyon izlenirken, bundan altı ay sonraki görüntülerde (3A ve 3B) tama yakın gerileme dikkati çekmektedir.

profilaksisi başlandı. MR'de saptanan lezyonların toksoplazmozla ilişkili olduğu düşünülerek kotrimoksazol (trimetoprim 15 mg/kg/gün olarak) 4 eşit dozda verildi. Tedavinin 7. ayında lezyonların çoğu kayboldu, büyük olanlar belirgin oranda küçüldü (Resim 1). Bu dönemde HIV-RNA negatifleşti; CD4 sayısı 339/mm³'e yükseldi.

İrdeleme

Sunulan olgudaki gibi ilk olarak MSS yakınmasıyla başvuran HIV-pozitif olguların oranı %10 dolaylarındadır. HIV/AIDS'te MSS tutulumu primer beyin lenfoması, AIDS demans kompleksi ve vakuoler myelopati gibi değişik yerleşimler gösterebilir. Bu arada MSS'de görülen fırsatçı infeksiyonlar arasında ilk düşünülmesi gereken toksoplazmozdur (2). Serebral toksoplazmoz genellikle reaktivasyon sonucu oluşur (3). AIDS'li hastalarda gelişen *Toxoplasma* ensefalitinin kesin tanısı için biyopsi gereklidir. Biyopsi yapılması zor olduğu için tanı, klinik bulgular, serolojik testler ve kraniyal MR bulgularına dayanılarak konulur (4,5). Klinik tablosunda, mental durum değişiklikleri, kraniyal sinir tutulumları, serebellar bulgular, hareket bozuklukları ve nöropsikiyatrik belirtiler görülebilir (6-8). Hastalarda %90 oranında *Toxoplasma* antikoru pozitifliği olduğu gözlenmektedir. Sunulan olguda da olduğu gibi kraniyal MR'de multipl lezyonlar görülebilir. Serebral toksoplazmoz düşünüldüğünde tedaviye ampirik

olarak başlanmalıdır. Tedaviye yanıt alınamayan hastalara biyopsi yapılarak kesin tanı konulmalıdır.

Tedavide, pirimetamin ve sülfadiazin kombinasyonu ilk seçenektir. Bizim kullandığımız gibi alternatif olarak kotrimoksazol ve azitromisin de kullanılabilir. Literatürde tedavi etkinliği açısından karşılaştırmalı çalışmalar yapılmıştır (9-12). Torre ve arkadaşları (12) tarafından yapılmış bir çalışmada, kotrimoksazol tedavisi, pirimetamin + sülfadiazin kombinasyonu kadar etkin bulunmuştur. Etkinlikleri tartışmalı birçok tedavi seçenekleri de vardır (13). Pirimetamin veya sülfadiazin ile kombinasyon şeklinde atovakuon; pirimetamin ile klaritromisin veya dapson kombinasyonu ve İV doksisisiklin kullanılmış tedavilerdendir. Azitromisin, atipik mikobakteri infeksiyonlarının profilaksisi yanında, serebral toksoplazmoz tedavisinde ek bir ilaç olarak verilebilir. Yaptığımız taramalarda, ülkemizde azitromisin + kotrimoksazol kombinasyonu serebral toksoplazmoz tedavisi verilen başka bir olgu veya çalışmaya rastlanmamıştır.

Sonuç olarak, baş dönmesi ve ataksisi olan ve kraniyal MR'de patoloji saptanan hastalarda HIV infeksiyonu varlığı araştırılmalıdır. HIV infeksiyonu saptanan olgularda erken dönemde ilk düşünülmesi gereken MSS infeksiyonu serebral toksoplazmozdur. Serebral toksoplazmozda tanı konulması güçtür. Tedaviye ampirik olarak başlanıp tedaviden tanıya gidilebilir. Tedavide kotrimoksazol ve azitromisin kombinasyonu başarılı sonuç alınabilir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

1. Luft BJ, Remington JS. Toxoplasmic encephalitis in AIDS. *Clin Infect Dis*. 1992; 15(2): 211-22. [\[Crossref\]](#)
2. Cleghorn FR, Reitz MS Jr, Popovic M, Gallo RC. Human immunodeficiency viruses. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 6th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2005: 2119-33.
3. Jones JL, Hanson DL, Dworkin MS, et al. Surveillance for AIDS-defining opportunistic illnesses, 1992-1997. *MMWR CDC Surveill Summ*. 1999; 48(2):1-22. [\[Crossref\]](#)
4. Antinori A, Larussa D, Cingolani A, et al. Prevalence, associated factors, and prognostic determinants of AIDS-related toxoplasmic encephalitis in the era of advanced highly active antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis*. 2004; 39(11): 1681-91. [\[Crossref\]](#)
5. Sadler M, Brink NS, Gazzard BG. Management of intracerebral lesions in patients with HIV: a retrospective study with discussion of diagnostic problems. *QJM*. 1998; 91(3): 205-17.
6. Renold C, Sugar A, Chave JP, et al. Toxoplasma encephalitis in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. *Medicine (Baltimore)*. 1992; 71(4): 224-39. [\[Crossref\]](#)
7. Navia BA, Petito CK, Gold JW, Cho ES, Jordan BD, Price RW. Cerebral toxoplasmosis complicating the acquired immune deficiency syndrome: clinical and neuropathological findings in 27 patients. *Ann Neurol*. 1986; 19(3): 224-38. [\[Crossref\]](#)
8. Levy RM, Bredesen DE. Central nervous system dysfunction in acquired immunodeficiency syndrome. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1988; 1(1): 41-64.
9. Dannemann B, McCutchan JA, Israelski D, et al. Treatment of toxoplasmic encephalitis in patients with AIDS. A randomized trial comparing pyrimethamine plus clindamycin to pyrimethamine plus sulfadiazine. The California Collaborative Treatment Group. *Ann Intern Med*. 1992; 116(1): 33-43. [\[Crossref\]](#)
10. Katlama C, De Wit S, O'Doherty E, Van Glabeke M, Clumeck N. Pyrimethamine-clindamycin vs. pyrimethamine-sulfadiazine as acute and long-term therapy for toxoplasmic encephalitis in patients with AIDS. *Clin Infect Dis*. 1996; 22(2): 268-75. [\[Crossref\]](#)
11. Torre D, Speranza F, Martegani R, et al. A retrospective study of treatment of cerebral toxoplasmosis in AIDS patients with trimethoprim-sulphamethoxazole. *J Infect*. 1998; 37(1): 15-8. [\[Crossref\]](#)
12. Torre D, Casari S, Speranza F, et al. Randomized trial of trimethoprim-sulfamethoxazole versus pyrimethamine-sulfadiazine for therapy of toxoplasmic encephalitis in patients with AIDS. Italian Collaborative Study Group. *Antimicrob Agents Chemother*. 1998; 42(6): 1346-9.
13. Montaya JG, Kovacs JA, Remington JS. Toxoplasma gondii. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone, 2005: 3170-98.