

HIV/AIDS Olgularının Değerlendirilmesi

Evaluation of HIV/AIDS Cases

Nuriye Taşdelen-Fışgın, Esra Tanyel, Hanife Sarıkaya-Genç, Necla Tülek

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

Özet

Giriş: Bu çalışmada, HIV/AIDS olgularının özellikleri, klinik özellikleri ve hastalık komplikasyonlarının saptanması amaçlandı.

Yöntemler: Bu çalışmaya, Ocak 2003-Ekim 2008 tarihleri arasında, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği tarafından takip edilen 27 hasta alındı.

Sonuçlar: 16 hastanın başlangıç CD4 sayıları $350/\text{mm}^3$ 'ün altında tespit edildi. En önemli bulaşma yolu cinsel ilişki olarak saptandı. Başvuru sırasında 6 hastada fırsatçı enfeksiyon mevcuttu. Hastalardan %11'i kaybedildi.

İrdeleme: Sonuç olarak, HIV/AIDS hem bulaşma yolu hem de neden olduğu klinik durum nedeniyle ciddi bir enfeksiyon hastalığıdır. Bu nedenle, ülkemizde bu hasta grubunu takip eden merkezlerin deneyimlerini paylaşmasının faydalı olacağı düşüncesindeyiz.

Klinik Dergisi 2009; 22(1): 18-20.

Anahtar Sözcükler: HIV/AIDS, epidemiyolojik özellikler, klinik özellikler.

Abstract

Introduction: The aim of this study was to identify the characteristics of HIV/AIDS patients clinical features and disease complications.

Methods: From January 2003 through October 2005, 27 patients with HIV/AIDS admitted to Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Ondokuz Mayıs University Hospital were enrolled in this study.

Results: The initial CD4 count was $<350/\text{mm}^3$ in 16 cases. The major route of transmission was sexual. On admission, 6 cases with HIV infection had an opportunistic infection. The mortality rate was 11%.

Discussion: In conclusion, HIV/AIDS is a serious infectious disease with regard to transmission and several clinical features. We believe that sharing experiences on HIV/AIDS in Turkey where the prevalence is low, would be beneficial. *Klinik Dergisi 2009; 22(1): 18-20.*

Key Words: HIV/AIDS, epidemiological features, clinical features.

Giriş

HIV/AIDS, ilk olarak tanımlandığı 1981 yılından beri üzerinde en fazla çalışılan enfeksiyon hastalıklarından biri olmuştur (1). Özellikle HIV'in heteroseksüel cinsel ilişki ve anneden bebeğe geçmesi sonucu duyarlı bireylere bulaşması, fırsatçı enfeksiyonların ve antiretroviral tedavinin pahalı ve uyum sorunlarını beraberinde taşıması nedeniyle halen önemini korumaktadır. Ülkemizde beklenen bir epidemi yaşanmamakla beraber son yıllarda olgu sayılarındaki artış dikkat çekicidir (2). HIV/AIDS hasta takibi zahmetli ve uzun soluklu bir yoldur. Bu nedenle hasta takip eden merkezlerin olgularını paylaşması ve hasta profilinin belirlenmesi önemlidir.

Yöntemler

Bu çalışmada Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

Kliniği'nde, Ocak 2003-Ekim 2008 tarihleri arasında takip edilen 27 HIV/AIDS olgusu retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalara ait verilere, hasta takip formu ve hasta dosyalarından ulaşıldı. Olguların sınıflandırılması Amerika Birleşik Devletleri Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC)'nin kriterleri esas alınarak yapıldı (3). HIV/AIDS tanısı ELISA yöntemi ile anti-HIV pozitifliğinin yanı sıra Western-bloot doğrulama testi sonucunda konuldu. Tüm hastalar CD4, CD8 hücre sayıları ve HIV RNA sonuçlarıyla izlendi.

Sonuçlar

Beş yıllık dönemde, toplam 27 hasta kliniğimiz tarafından takip edildi. Bu hastalardan 5'i (%19) kadın, 22'si (%81) erkekti, yaş ortalaması 38 (27-81) olarak saptandı. Başlıca bulaşma yolu cinsel ilişkiydi (24/27). 12 hasta ise kan verme sırasında HIV pozitifliği tespit edilmesi üzeri-

Yazışma Adresi / Address for Correspondence:

Nuriye Taşdelen-Fışgın, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye
Tel./Phone: +90 362 312 19 19 Faks/Fax: +90 362 457 60 41 E-posta/E-mail: nuriyetf@omu.edu.tr

ne kliniğimize başvurmuştu. En sık başvuru şikayeti ise ateş, halsizlik ve yaygın eklem ağrısıydı. A2 evresinde 6 hasta, C3 evresinde 8 hasta, A1 evresinde 7 hasta, A3'te 3 ve B3'te bir hasta saptanırken, bir hastada tanı aldıktan sonra takibe gelmemesi nedeniyle CD4 sayısı tespit edilememiştir. CD4 hücre sayısı $<350/\text{mm}^3$ olan 16 hastanın 15'ine (%56) antiretroviral tedavi başlanabilmiş ve bir hasta tanı aldıktan kısa süre sonra tedavi verilemeden kaybedilmiştir. Başvuran hastaların beşinde miliyer tüberküloz, dört hastada *Pneumocystis jirovecii* pnömonisi (PCP) ve yine bir hastada kriptokok menenjitisi saptanmıştır. Kontrole gelmeyen bir hastada da daha sonra miliyer tüberküloz tanısı konmuştur. Hastaların demografik verileri, olası bulaş yolları ve başvuru şikayetleri Tablo 1'de, olguların sınıflandırılması, CD4 hücre sayıları, fırsatçı enfeksiyon oranları ve prognozu Tablo 2'de verilmiştir.

İrdeleme

Dünya Sağlık Örgütü 2007 yılında HIV/AIDS'li olgu sayısını 33.2 milyon olarak bildirmektedir. Bu hastalardan 2.1 milyonu kaybedilmiş olup 2.5 milyon yeni olgu saptanmıştır. Ülkemizin içinde bulunduğu bölgedeki 2001 yılı ile 2007 yılı verilerinin karşılaştırılmasında hasta sayısında ve ölüm oranlarında artış belirlenirken yeni olgu sayısında düşüş tespit edilmiştir (4). Ülkemizdeki verilerde ise 2006 yılındaki HIV/AIDS'li olgu sayısı 2412

Tablo 1. Demografik Özellikleri, Olası Bulaş Yolları ve Başvuru Şikayetleri

	Olgular (n=27)	(%)
Yaş (yıl)		
• 15-24	2	(7)
• 25-34	8	(30)
• 35-44	12	(44)
• 45-54	4	(15)
• >55	1	(4)
Kadın/Erkek	5/22	-
Bulaşma yolu		
• Cinsel ilişki	24	(89)
• Kan transfüzyonu	3	(11)
Başvuru şikayeti	n=33	(%)
• Bir aydan uzun süren ateş	6	(18)
• Halsizlik-kilo kaybı	5	(15)
• Baş ağrısı	1	(3)
• Bulantı-kusma	1	(3)
• İshal	2	(6)
• Karın ağrısı	1	(3)
• Eklem ağrısı	2	(6)
• Nefes darlığı	1	(3)
• Rutin tetkiklerde tespit	12	(37)
• Kontrol	2	(6)

olup son yıllarda bir artış söz konusudur (2). Takip ettiğimiz olgu sayısı da son iki yılda önemli bir artış göstermiştir (n=16).

İnfeksiyonun ilk ortaya çıkışında homoseksüel kişilerin hastalığı olarak bildirilmekte iken, günümüzde artık en sık bulaş yolunun heteroseksüel cinsel ilişki olduğu bilinmektedir (4). Olgularımızın %89'unda bulaş yolu heteroseksüel cinsel ilişki olarak saptanmıştır. Bu oranın, Türkiye verilerindeki oranlarla karşılaştırıldığında yüksek olduğu gözlenmektedir (2,5). Ancak Sağlık Bakanlığı verilerinin %29'unu herhangi bir bulaş yolu tanımlanamamış olan hastalar oluşturmaktadır (2).

CD4 hücre sayısının hastaların takibinde savunma sisteminin iyi bir göstergesi olduğu bildirilmektedir. Hastaların %44'nün başvuru sırasında CD4 hücre sayılarının $<200/\text{mm}^3$ olması ve %59'nun da antiretroviral tedavi başlama sınırında olması, hastaların hekime geç başvurduğunun bir göstergesi olabilir.

HIV/AIDS hastalarında, fırsatçı enfeksiyonlar sık görülen ve zaman zaman da mortaliteye katkısı olan enfeksiyonlardır. Kaybedilen hastaların üçü de fırsatçı enfeksiyonların neden olduğu klinik durum nedeniyle kaybedilmiştir. Kaybedilen hastalardan biri, beyin omurilik sıvısı ve kan kültüründe *Cryptococcus neoformans* üremesi sonucu HIV enfeksiyonu tanısı konulan bir hastadır. İkinci hasta PCP nedeniyle ciddi solunum sıkıntısı sonucunda, üçüncü hasta ise miliyer tüberküloz nedeniyle kaybedilmiştir. Klinisyenleri en çok zorlayan fırsatçı enfeksiyonlardan biri de tüberküloz enfeksiyonudur. Hem bu iki enfeksiyonun birlikteliği enfeksiyonların ağırlığını artırmakta hem de tedavi başarısını azaltmaktadır. AIDS hastalarının 1/3'ünün *Mycobacterium tuberculosis* ile enfekte olduğu bildirilmektedir. Ayrıca HIV enfeksiyonu tüberküloza yakalanma riskini 5-10 kat artırmaktadır. Tüberküloz enfeksiyonu da, HIV replikasyonunu hızlandırmakta ve hastalığın ilerlemesine neden olmaktadır (6).

Çelikbaş ve arkadaşları (7)'nin 10 yıllık 72 HIV/AIDS hasta izleminde 8 (%11) tüberküloz enfeksiyonlu olgu ile karşılaştığı ve bu hastaların 6'sının kaybedildiği bildirilmektedir. Hastalarımızın 6'sında miliyer tüberküloz saptanmış ve bunların yalnızca biri kaybedilmiştir. HIV/AIDS hastalarında ortaya çıkan tüberküloz tedavi yaklaşımı diğer hasta gruplarından farklı değildir. Ancak antiretroviral tedavi ile özellikle rifampisin etkileşimi ve rifabutin temininde yaşanan sıkıntılar tedaviyi güçleştirmektedir. Bunun yanı sıra çok ilaca dirençli tüberkülozun sıklığında artış olması ve HIV/AIDS olgularında daha sık görülmesi tüberküloz tedavisindeki başarısızlıkların nedenlerini oluşturmaktadır (8,9). Olgularımızın üçünde *M. tuberculosis* lenf doku kültüründe üretilmiş ve tüberküloz antibiyotik duyarlılık testi yapılmıştır. Buna göre de primer ilaçlara direnç saptanmamıştır.

Antiretroviral tedavi pahalı ve zahmetli bir uygulamadır. Tedavinin etkinliği açısından antiretroviral tedavinin sürekliliği önemlidir. Yapılan çalışmalarda tedavinin devamlı olması ve bazı hastalarda tedavi yanıtının zayıf ya da geç oluşması, tedaviye uyum problemlerini de beraberinde getirmektedir (10,11). Olguların 15/27'sine (%56) antiretroviral tedavi başlanmıştır. Hastalardan bir kısmı yan etki nedeniyle (bulantı-kusma), bir kısmı ise önemsememe nedeniyle ilaçların kullanımını aksatmıştır.

Sonuç olarak, HIV/AIDS hem bulaşma yolu hem de neden olduğu klinik durum nedeniyle ciddi bir enfeksiyon hastalığı-

Tablo 2. Olguların Sınıflandırılması, CD4+ Hücre Sayıları, Fırsatçı İnfeksiyonlar ve Prognozu

	Olgular (n=27)	(%)
Evresi		
• A1	7	(26)
• A2	6	(22)
• A3	3	(11)
• B3	1	(4)
• C2	1	(4)
• C3	8	(29)
• Sınıflandırlamayan	1	(4)
Başvuru sırasında CD4 hücre sayıları (hücre/μl)		
• <200	12	(44)
• 200-350	4	(15)
• >350	10	(37)
• Bilinmiyor	1	(4)
Başvuru sırasında viral yük oranları (kopya/ml)		
• <10 000	11	(41)
• 10 000-50 000	6	(22)
• >50 000	2	(7)
• Bakılamayan	7	(26)
• Negatif	1	(4)
Başvuru sırasında fırsatçı infeksiyonları		
• Kriptokok menenjit	1	(7)
• PCP	4	(26)
• Miliyer tüberküloz	6	(40)
• Sifilis	1	(7)
• Oral kandidoz	3	(20)
Prognoz		
• Yaşıyor	22	(82)
• Eksitus	3	(11)
• Takip dışı	2	(7)

dır. Ülkemizde az sayıda olgu olmasına rağmen, özellikle HIV/AIDS takip eden kurumların deneyimlerini paylaşmasının bu hasta grubunun takibinde katkı sağlayacağı düşüncesindeyiz.

Kaynaklar

1. Badur S. 2007 yılında AIDS: nereden nereye geldik? *Ankem Derg.* 2007; 21(Suppl. 2): 1-6.
2. AIDS [İnternet]. Ankara: Sağlık Bakanlığı [erişim 25 Aralık 2008]. <http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF71BE64510F6C8BC9896F9EC5A003E1BC>
3. Centers for Disease Control and Prevention. 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR Recomm Rep.* 1992; 41(RR-17): 1-19.
4. 2007 AIDS epidemic update [İnternet]. Geneva: UNAIDS [erişim 25 Aralık 2008]. <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2007/default.asp>.
5. Punar M, Uzel S, Cemil EH, *et al.* HIV infeksiyonu: 44 vakanın analizi. *Klimik Derg.* 2000; 13(3): 94-7.
6. Şengöz G, Yaşar KK, Güldüren S, *et al.* HIV infeksiyonlu bir hastada jeneralize tüberküloz lenfadeniti. *Ankem Derg.* 2004; 18(3): 172-5.
7. Çelikbaş AK, Eren Ş, Esener H, Baykam N, Ergönül Ö, Dokuzoğuz B. HIV infeksiyonu ve tüberküloz [Özet]. *In: 6. Türkiye AIDS Kongresi (2-4 Aralık 2003, İstanbul) Kitabı.* İstanbul: AIDS Savaşım Derneği, 2003: 146.
8. Turett GS, Telzak EE, Torion LV, *et al.* Improved outcomes for patients with multidrug resistant tuberculosis. *Clin Infect Dis.* 1995; 21(5): 1238-44.
9. Young LS, Wormser GP. The resurgence of tuberculosis. *Scand J Infect Dis [Suppl].* 1997; 93: 9-19.
10. Taşdelen Fişgin N, Baykam N, Çelikbaş A, Eren Ş, Dokuzoğuz B. HIV/AIDS olgularında tedavi sürekliliğini engelleyen faktörler. *HIV/AIDS.* 2002; 5(3): 105-7.
11. Frick PA, Gal P, Lane TW, Sewell PC. Antiretroviral medication compliance in patients with AIDS. *AIDS Patient Care STDS.* 1998; 12(6): 463-70.