

İleri Yaş Bir Olguda HIV ve Sifilis Koinfeksiyonu

HIV and Syphilis Coinfection in an Older Adult

Duygu Yıldız Özkaya¹, Güle Çınar², Tamara Hüseyinli², Elif Mukime Sarıcaoğlu², İrem Akdemir², Ezgi Gülten², Alpay Azap²

¹Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye; ²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

ÖZET

Etkili tedavi yöntemlerinin geliştirilmesiyle birlikte HIV ile yaşayan bireylerde yaşam süresi uzamış ve HIV prevalansı 50 yaş üstü bireylerde artış göstermiştir. Bu nedenle yaşlı bireyler toplumda çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır. Damgalanma ve HIV enfeksiyonunun ayırıcı tanıda öncelikli olarak düşünülmemesi nedeniyle geç tanı alma bu hastaların karşılaştıkları en önemli sorunlardır. Cinsel ilişki sırasında korunma önlemlerine dikkat edilmemesi enfeksiyon riskini artırmaktadır. Bu yazıda; 80 yaşında, acil servise non-spesifik semptomlarla başvuran hastada saptanan yeni tanı sifilis ve HIV enfeksiyonu birlikteliğine dikkat çekilmeye çalışıldı.

Anahtar Kelimeler: İleri yaş, HIV, sifilis, koinfeksiyon

ABSTRACT

HIV prevalence has increased in individuals over the age of 50 recently. After effective treatments, the life expectancy of individuals with HIV has risen, and it has become more common in the older adult population. HIV-infected older adults face various difficulties. Stigma and delayed diagnosis due to lack of HIV suspicion are the disadvantages of these patients. Failure to pay attention to protective measures during sexual intercourse increases the risk. In this case report, we aimed to draw attention to the association of newly diagnosed syphilis and HIV infection in an 80-year-old patient who presented with non-specific symptoms.

Keywords: Advanced age, HIV, syphilis, coinfection

GİRİŞ

HIV ve sifilis koinfeksiyonu son yıllarda artış göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde sifilis olgularının çoğunluğunu erkekler oluşturmakta olup genel olarak bu kişiler kendilerini homoseksüel olarak tanımlamaktadırlar. Sifilis oranlarındaki artışın pek çok değişkene bağlı olduğu düşünülmektedir. HIV tedavisinde oldukça etkili olan antiretroviral tedavi (ART)'nin bulunmasından sonra korunmalı cinsel ilişkiler azalmaya başlamıştır. Bu durumun sifilis oranlarının artışının nedeni olduğu düşünülmektedir (1).

OLGU

Seksen yaşında erkek hasta, acil servise ateş, yaygın kemik ağrıları ve cilt döküntüsüyle başvurmuştu. Tetkiklerde alkalen fosfataz değeri 130 Ü/lit, gamma-glutamil transferaz (GGT) değeri 61 Ü/lit, C-reaktif protein (CRP) değeri 104 mg/lit (referans değerleri: 0-5 mg/lit) ve sedimentasyon hızı 79 mm/saat saptanmıştı. Abdomen ultrasonografisinde saptanan hepatosplenomegali nedeniyle iç hastalıkları kliniğine ve döküntüleri nedeniyle dermatoloji kliniğine yönlendirilmişti.

İç hastalıkları kliniğinde yapılan ayrıntılı değerlendirmede; hastanın üç aydır halsizlik ve iştahsızlık yaşadığı, kemik ağrıları olduğu ve son üç ayda istemsiz bir şekilde sekiz kilogram kaybettiği öğrenildi. Yakın zamanda gelişen yüksek ateş, döküntü, üşüme ve titreme şikayetleri olmuştu. Dört yıldır devam eden hipertansiyon ve bir yıldır devam eden koroner arter hastalığı nedeniyle kardiyoloji kliniğinin takip ettiği, iki yıl önce akut koroner sendrom nedeniyle stent takıldığı, metoprolol 1x50 mg, asetil-salisilik asit 1x100 mg ve perindopril 1x5 mg kullandığı öğrenildi. Hastanın muayenesinde, gövdenin anterior ve posterior bölümleri yoğunlukta olmak üzere bilateral alt ekstremitte bölgesinde de makülopapüller döküntüler izlendi. Oral mukozası doğaldı. Penis kenarında ağrısız, düzgün sınırlı ve ülsere yara vardı. Batın palpasyonunda karaciğer kosta altında 1.5 cm ele geliyordu. Nörolojik muayenesi olağandı. Yaklaşık üç ay önce korunmasız bir heteroseksüel cinsel ilişkisi olan hastanın tetkiklerinde, sifiliz IgM ve IgG (ELISA) ile anti-HIV antikorlarının pozitif olduğu saptandı. Anti-HIV doğrulama testi de pozitif sonuçlanırken, HIV RNA düzeyi 286.132 İÜ/ml idi. CD4⁺ T lenfosit hücre sayısı 654 hücre/mm³ ve CD4⁺/CD8⁺ oranı 1.4 idi. Hasta enfeksiyon hastalıkları kliniğine yatırılarak dolu-tegravir 1x50 mg ve lamivudin 1x300 mg peroral tedavisine başlandı.

Cite this article as: Özkaya DY, Çınar G, Hüseyinli T, et al. [HIV and syphilis coinfection in an older adult]. Klimik Derg. 2024;37(4):266-8.

Turkish. Sorumlu Yazar / Correspondence: Güle Çınar, E-posta / E-mail: gbinjune@gmail.com, Geliş / Received: 26 Şubat / February 2024, Kabul / Accepted: 30 Eylül / September 2024, Yayın Tarihi / Published Date: 29 Aralık / December 2024, DOI: 10.36519/kd.2024.4953

“Venereal Disease Research Laboratory” (VDRL) testi negatif ancak IgM ve IgG (ELISA) pozitif saptanan hastaya *Treponema pallidum* hemaglutinasyon testi (TPHA) yapıldı. Test sonucu 1/80 pozitif olan hastaya dermatolojiyle konsülte edilerek 2.4 milyon ünite benzatin penisilin G verildi; penisilin sonrası hastanın döküntülerinde artış, bulantı-kusma ve ateş gözlemlendi. Dermatoloji kliniğinde Jarisch-Herxheimer reaksiyonu düşünüldükçe 24 saat içinde kendiliğinden düzelmeye ihtimali nedeniyle viseral tutulumlara dikkat edilerek hastanın yakın takibi önerildi. Döküntüler 24 saatte geriledi ve hasta dolutegravir ve lamivudin reçete edilerek taburcu edildi. Tedavinin dördüncü haftasında HIV RNA negatifleşti.

İRDELEME

Son yıllarda yaşlılarda HIV enfeksiyonu oranlarının arttığı görülmektedir. Bu durum, yaygınlaşan ve son derece etkili olan ART ile HIV’in artık yaşam süresini kısaltan bir enfeksiyon olmaktan çıkmasına ve 50 yaş üstü kişilerin yeni HIV tanısı alma sıklığının artmasına bağlanmaktadır. HIV enfeksiyonu olan 50 yaş üstü bireylerin sayısı 2015’te 5.4 milyon iken 2020’de 8.1 milyona yükselmiştir (2). Yaşlı ve HIV ile enfekte olan hastalar pek çok zorlukla karşılaşmaktadırlar. Söz konusu hastaların cinsel olarak aktif ya da ilaç bağımlılığı olmadığı varsayılmakta ve HIV testi yapılmamaktadır. Bu nedenle, genellikle CD4⁺ T lenfosit hücre sayısı değerlerinin düşmesi sonucu immün yetmezlik belirtileri göstermeleri sonrasında tanı almaktadırlar (2).

Güney Afrika’da 40 yaş üstü kişilerde HIV prevalansı 2010 yılında %21 iken 2015’te %23’e yükseldiği bildirilmiştir (3,4). Yaşlı hastalar HIV’in nasıl yayıldığına daha az farkında olabilirler ve korunmalı seks yapma olasılıkları daha düşük olabilir. HIV’le ilgili ön yargılar ve utanç, damgalanma korkusu, yaşlı kişilerin hastalığı öğrenmesini, test yaptırmasını ve tedavi için başvurmasını engelleyebilir. Doktorları daha sık ziyaret etmeyle birlikte cinsel alışkanlıkları hakkında genç hastalara göre daha az konuşmaktadırlar; doktorların da bu konuları sorgulaması daha az olasıdır. Yaşın sosyal hayat, HIV testi ve riskli cinsel davranışlar üzerindeki etkilerinin incelendiği bir çalışmada, orta yaşta yetişkinlerin (30-74 yaş arası) yaşlarını saygınlıkla ilişkilendirdikleri, HIV’i kendilerini etkilemeyecek bir ‘gençlik hastalığı’ olarak tanımladıkları, HIV testini damgalayıcı, yaş normlarına meydan okuyan, sosyal statüyü tehdit eden ve ‘bilgelik eksikliği’ ima eden bir durum olarak gördükleri bildirilmiştir (5).

Çin’de 2004-2019 yılları arasındaki verilerin incelendiği bir çalışmada, 50 yaş ve üzerindeki yetişkinlerde 242 115 yeni sifilis tanısı olduğu, yeni tanıların ortalama bildirim oranının 16 yıllık dönemin tamamı boyunca 100 000 nüfus başına 64.1 olduğu ve bunun zamanla önemli ölçüde arttığı (ortalama yıllık değişim %16.2, 95% güven aralığı=13.7-18.7) bildirilmiştir. Söz konusu çalışmada, 2019 yılında genç yetişkinlerle (18-49 yaş) karşılaştırıldığında, yeni tanı alan yaşlıların erkek olma olasılığının daha yüksek olduğu, bulaşma yollarının bilinmediği ve tanının geç konulduğu belirlenmiştir. Bulgular, yaşlı yetişkinler arasında sifilis prevalansının yüksek olduğunu doğrulamış ve sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında farkındalığın artırılması ve erken testi teşvik etmek için yaşlılara daha hedefe yönelik önleme müdahaleleri sağlanması gerektiğini göstermiştir (6).

HIV’le birlikte yaşayan kişilerin etkili tedavileri sonucu mortalite oranlarındaki düşüş ve yaşam beklentisindeki artış cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, diyabet, hipertansiyon gibi komorbiditelerin önemini artırmıştır (7). Bu hastalarda daha yaygın karşılaşılacak cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların erken tanınması ve tedavisi, uzun vadeli sonuçları iyileştirmeye katkı sağlayabilir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, HIV sifilis koinfeksiyonu %13 oranında bildirilmiştir (8). Sifilis tanısı HIV’le birlikte yaşayanlarda daha karmaşık olabilir çünkü bu kişilerde sifilis için alışılmadık serolojik yanıtlar bildirilmiştir. Çoğu olguda beklenenden daha yüksek serolojik titreler görülmeyle birlikte yanlış negatiflikler ve

gecikmiş sero-reaktivite de bildirilmiştir. Sifilis için yanlış pozitif ve negatif serolojik sonuçlar bildirilmesi, bu hastalarda serolojik tanıların özgüllüğü ve duyarlılığı konusunda soruları gündeme getirmektedir. Sifilis tanısını kesinleştirmek için yapılan testleri iyi yorumlamak gerekir. Örneğin prezon fenomeni, antijen-antikor reaksiyonunun oluşumunu engelleyen yüksek antikor titresinden kaynaklanan yanlış negatif bir yanıtıdır. Bu tür örnekler seyreltilip tekrar test edildiğinde pozitif reaksiyon verecektir; bu işlem antikor-antijen oranını optimum aralığa getirir. Olgumuzda VDRL testinin negatif saptanması bu nedenle olabilir. Bir hekim; öykü, bulgular, spiroketler için lezyon materyalinin doğrudan incelenmesi ve serolojik testler dahil olmak üzere mevcut tüm kaynakları değerlendirerek tanı için doğrulayıcı kanıt aramalıdır. Nontreponemal antikor test sonuçları niceliksel olmalı ve test sonucunun reaktif olduğu en düşük seyreltmeyi (titreyi) tanımlamalıdır (9).

Primer sifilis döneminde şankr ve inguinal lenfadenomegaliler, sekonder sifilis döneminde ise döküntü gibi sistemik belirtilerle karşılaşmaktadır. Genellikle aralarında semptomsuz bir latent dönem vardır; ancak olguların %15’inde iki dönem birlikte görülür. HIV’le birlikte yaşayanlarda ise sifilis klinik evrelerinde daha hızlı bir ilerleme ve atipik bir klinik seyir görülebilir. Özellikle ileri evre HIV enfeksiyonu olanlarda daha alışılmadık bulgularla karşılaşılabilir (10). Olgumuzda da iki dönemin bulguları bir arada görülmüştür.

İlk kez HIV tanısı alan yaşlıların sayısındaki artışa rağmen, hekimler bu gruba HIV testi yapmayı öncelikli olarak düşünmemektedirler. Sağlık çalışanları, HIV’i yaşlı kişilerde düşük risk olarak değerlendirmemeli ve her yaştan hastayı HIV açısından taramayı düşünmelidir. Ayrıca yaşlı kişilerin riskli davranışları önleme, HIV ve HIV testi konularında farkındalığının artırılması gerekmektedir.

Hasta Onamı

Hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Danışman Değerlendirmesi

Bağımsız dış danışman.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram – G.Ç., D.Y.Ö., E.G., A.A.; Tasarım – G.Ç., D.Y.Ö., E.G., A.A., E.M.S., İ.A., T.H.; Denetleme – G.Ç., D.Y.Ö., E.G., T.H., A.A., E.M.S., İ.A.; Kaynak ve Fon Sağlama – G.Ç., D.Y.Ö., E.M.S., T.H.; Malzemeler/Hastalar – G.Ç., D.Y.Ö., E.M.S., T.H.; Veri Toplama ve/veya İşleme – G.Ç., D.Y.Ö., E.M.S.; Analiz ve/veya Yorum – G.Ç., D.Y.Ö., İ.A.; Literatür Taraması – G.Ç., D.Y.Ö., İ.A.; Makale Yazımı – G.Ç., D.Y.Ö., İ.A.; Eleştirel İnceleme – G.Ç., D.Y.Ö., A.A., E.M.S., E.G., İ.A., T.H.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek

Yazar finansal destek beyan etmemiştir.

KAYNAKLAR

1. Ren M, Dashwood T, Walmsley S. The Intersection of HIV and syphilis: Update on the key considerations in testing and management. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2021;18(4):280-8. [CrossRef]
2. The Lancet Healthy Longevity. Ageing with HIV. *Lancet Healthy Longev.* 2022;3(3):e119. [CrossRef]
3. Gómez-Olivé FX, Houle B, Rosenberg M, et al. Brief report: HIV incidence among older adults in a rural South African setting: 2010-2015. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2020;85(1):18-22. [CrossRef]
4. Justice AC, Goetz MB, Stewart CN, et al. Delayed presentation of HIV among older individuals: a growing problem. *Lancet HIV.* 2022;9(4):e269-80. [CrossRef]

5. Johnson C, Kumwenda M, Meghji J, et al. 'Too old to test?': A life course approach to HIV-related risk and self-testing among midlife-older adults in Malawi. *BMC Public Health*. 2021;21(1):650. [[CrossRef](#)]
6. Wang C, Zhao P, Xiong M, et al. New syphilis cases in older adults, 2004-2019: An analysis of surveillance data from South China. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:781759. [[CrossRef](#)]
7. Smith CJ, Ryom L, Weber R, et al; D:A:D Study Group. Trends in underlying causes of death in people with HIV from 1999 to 2011 (D:A:D): a multicohort collaboration. *Lancet*. 2014;384(9939):241-8. [[CrossRef](#)]
8. Çabalak M, Bal T. [Investigation of the seroprevalence of viral hepatitis and syphilis coinfection in HIV positive cases]. *FLORA*. 2020;25(3):354-60. Turkish. [[CrossRef](#)]
9. Morales-Múnera CE, Fuentes-Finkelstein PA, Vall Mayans M. Update on the diagnosis and treatment of syphilis. *Actas Dermosifiliogr*. 2015;106(1):68-9. English, Spanish. [[CrossRef](#)]
10. Nnoruka EN, Ezeoke AC. Evaluation of syphilis in patients with HIV infection in Nigeria. *Trop Med Int Health*. 2005;10(1):58-64. [[CrossRef](#)]