



HIV / AIDS KAMPI 2021

HİBRİT

21-24 Ekim 2021

Sherwood Exclusive Lara, Antalya

www.hivkampi2021.com

www.gunider.org



Özet Kitabı





HIV / AIDS KAMPI 2021

HİBRİT

21-24 Ekim 2021

Sherwood Exclusive Lara, Antalya

www.hivkampi2021.com

www.gunider.org



Bu kitabın tüm hakları saklıdır. Yayın hakları HIV Kampı 2021 Düzenleme ve Bilimsel Kurulları'na aittir. Kitabın hiçbir bölümü yayın hak sahiplerinin izni olmadan fotokopiyle veya bilgisayar ortamında yeniden üretilemez, çoğaltılamaz ve yayınlanamaz.

Hazırlayan: HIV Kampı 2021 Düzenleme Kurulu

Genel Yayın Hazırlığı: İrem Akdemir Kalkan & Fesih Aktar

Kapak ve İç Tasarım: Yakup Demir

Uygulama ve Veri Sağlayıcı: Yakup Demir & İrem Akdemir Kalkan & Fesih Aktar

Dijital Baskı, Ekim, 2021

ISBN: 978-605-69358-4-8

Bidirilerin bilimsel, etik ve hukuki sorumluluğu yazarlara aittir.



HIV / AIDS KAMPI 2021

HİBRİT

21-24 Ekim 2021

Sherwood Exclusive Lara, Antalya

www.hivkampi2021.com

www.gunider.org



İÇİNDEKİLER

Önsöz	1
Bilimsel Program	2
Kurullar	3
Tam Metin Sözel Bildiriler	4
Tam Metin Poster Bildiriler	20
Tam Metin Davetli Konuşmacı Sunumları	58

ÖNSÖZ

Merhaba,

Yaklaşık iki yıldır Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji alanında çalışan hekimler olarak oldukça hareketli günler yaşadık, çok farklı deneyimler kazandık ve kazanmaya devam ediyoruz. Pandemi dönemi hem biz sağlık çalışanlarını hem de kronik hastalığı olan hastalarımızı çok etkiledi ve halen etkiliyor. Bu dönemde takip gerektiren kronik hastalığı olan pek çok hastanın sağlık kuruluşlarına başvurularında gecikmeler oldu ve takiplerinde aksamalar yaşandı.

Tüm dünyada pandemi süreci HIV/AIDS hastalarına da olumsuz bir şekilde yansıdı ve hastaların takiplerinin yapılamaması, yeni enfekte olan hastaların başvurusunun gecikmesi ve hastalıklarının daha ileri döneminde başvurması gibi sorunlara yol açtı. Ülkemizde yeni tanı alan HIV/AIDS hasta sayısı giderek artıyor. Ayrıca ömür boyu takip gerektiren bu hasta grubunda, izlemdeki hastalarımızın yaşam sürelerinin uzaması bu hastalık hakkındaki bilgilerimizi güncellememizi zorunlu kılıyor. Bu kampta amacımız bilgilerimizi gözden geçirmek ve yeni bilgileri hep birlikte öğrenmek.

Yararlı bir toplantı olması dileğiyle tüm katılımcılara başarılı bir toplantı dileriz.

Sevgi ve saygılarımızla

Prof. Dr. Dilara İNAN

HIV/AIDS Kampı 2021 Başkanı

21 Ekim 2021, Perşembe

Günün Koordinatörleri : Çağrı IŞIK, Yakup DEMİR, Nezihe YANMAZ

13.00 - 16.00	GİRİŞ VE KAYIT
16.00 - 16.15	AÇILIŞ TÖRENİ Dilara İNAN Figen YILDIRIM Faruk KARAKEÇİLİ
16.15 - 17.00	KONFERANS 1 : ÇAKIŞAN PANDEMİLER: HIV VE COVID-19 HAKKINDA TARİHSEL VE EPİDEMİYOLOJİK DEĞERLENDİRMELER Oturum Başkanları: Ata Nevzat YALÇIN, Derya SEYMAN Dilara İNAN
17.00 - 18.30	OTURUM 1 : ÜLKEMİZDE HIV GERÇEĞİ VE HUKUKSAL BOYUTU Oturum Başkanları: Selçuk KAYA, Hüsnü PULLUKÇU Enine Boyuna Tartışalım Ece YILDIRIM, Selçuk NAZİK, Şafak KAYA, Nefise ÖZTOPRAK ÇUVALCI, Meryem Merve ÖREN

22 Ekim 2021, Cuma

Günün Koordinatörleri : Eda HORUZ, Tuba OKATAR

09.30 -10.30	SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU - 1 Oturum Başkanları: Yasemin ERSOY, Mehmet ÇABALAK
10.30 - 11.30	OTURUM 2 : HIV VE KADIN Oturum Başkanları: İlkay KARAOĞLAN ART Tedavi Çalışmalarında Kadınların Yeri, Kadın Hasta Takibine Etkileri Yeşim YILDIZ HIV/AIDS ve Gebelik Gülten ÜNLÜ
11.30 - 11.45	KAHVE ARASI
11.45 - 12.45	OTURUM 3 : ART: 2021 YILINDA NE DURUMDAYIZ? Oturum Başkanları: Behice KURTARAN, Yusuf ÖNLEN ART Öncesi Hasta Değerlendirilmesi: Hızlı ve Doğru Karar Ömer KARAŞAHİN ART Başlandı Sorun Bitti mi? Etkili Takip ve Yanıt Kriterleri Tayibe BAL
12.45 - 14.00	ÖĞLEN YEMEĞİ
14.00 - 14.45	UYDU SEMPOZYUMU 1  HIV/AIDS'te Tenofovir Disoproksil Fumarat + Emtrisitabin ile, Oturum Başkanı: Yeşim TAŞOVA Koruma (PrEP) Hüsnü PULLUKÇU Tedavi İlkay KARAOĞLAN
14.45 - 16.00	OTURUM 4 : HIV İLE YAŞAYAN BİREYLERDE EŞLİK EDEN SORUNLAR Oturum Başkanları: Aslıhan CANDEVİR, Recep TEKİN HIV ve Metabolik Sendrom Figen YILDIRIM HIV ve Nörokognitif Sorunlur Aylin YAMAN Akılcı İlaç Kullanımı Merve AYHAN
16.00 - 16.15	KAHVE ARASI
16.15 - 17.15	OTURUM 5 : ÜLKEMİZDE HIV BAKIŞ AÇISI Oturum Başkanları: Gülden ERSÖZ, Meltem TAŞBAKAN Anonim Merkezleri Ahmet Soner EMRE Son Beş Yılda Ülkemizden Literatüre Katkılar Ayşe Özlem METE

23 Ekim 2021, Cumartesi

Günün Koordinatörleri : Ufuk KIRBAŞ, Fatma İlgi TOLU

09.30 -10.30	SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU - 2 Oturum Başkanları: Çiğdem MERMUTLUOĞLU, Selda KUTLU
10.30 - 11.30	KONFERANS 2 : HIV TANISINDA KAÇIRILMIŞ FIRSATLAR Oturum Başkanları: Ali KAYA, Tuba DAL Yapılanlar ve Yapılması Gerekenler Ferit KUŞÇU
11.30 - 11.45	KAHVE ARASI
11.45 - 12.30	UYDU SEMPOZYUMU 2  Uzun Dönem Tedavi Başarısına Güçlü Destek Oturum Başkanı: Dilara İNAN Biktarvy Uzun Dönem Sağlığın Korunmasına Nasıl Katkı Sağlıyor? Behice KURTARAN
12.30 - 14.00	ÖĞLEN YEMEĞİ
14.00 - 14.45	UYDU SEMPOZYUMU 3  HIV Tedavisinde Güçlü Başlangıç: Dolutegravir+Lamivudin Oturum Başkanı: Mustafa Kemal ÇELEN Konuşmacılar: Ayhan AKBULUT, Yaşar BAYINDIR
14.45 - 15.45	OTURUM 6 : HIV SENİN KÜÇÜK BİR PARÇAN, HAYAT DEVAM EDİYOR Oturum Başkanları: Özlem KANDEMİR, Emine PARLAK HIV Pozitif Bir Anneden Doğmak Fesih AKTAR HIV ve Genç Olmak Tuba DAMAR ÇAKIRCA HIV ve Yaşlanmak Özgür GÜNAL
15.45 - 16.00	KAHVE ARASI
16.00 - 17.00	OTURUM 7 : KOİNFEKSİYONLAR Oturum Başkanları: Tuba TURUNÇ, Kutbettin DEMİRDAĞ HIV ile Enfekte Bireylerde "Hepatit B ve C" Yönetimi Sibel ALTUNİŞİK TOPLU CMV Enfeksiyonu Gülden ESER KARLIDAĞ
17.00 - 18.00	SERBEST KÜRSÜ : HIV POZİTİF BİR HASTAM OLDU Oturum Başkanları: Funda MEMİŞOĞLU, Selma ATEŞ Hasta ile İlk Karşılaşma: Yaptıklarım Yeterli mi? Orçun BARKAY Hasta Sordu Ben, Ben Sordum Hasta Yanıtladı mı? Hasta Yakınlarını Bilgilendirmeli miyim? İlknur YILDIZ Tedaviye Ne Zaman Başlamalıyım? Kararda Hasta Rol Aldı mı? Serhat UYSAL TARTIŞMA

24 Ekim 2021, Pazar

Günün Koordinatörleri : Erdal İNCİ, Onur KALYENCİ

09.30 -10.30	POSTER TARTIŞMASI OTURUMU Oturum Başkanları: Ayşe SAĞMAK TARTAR, Seyit Ali BÜYÜKTUNA, Ayşe Seza İNAL
10.30 - 11.30	OTURUM 8 : HIV YÖNETİMİNDE GÖZDEN KAÇAN GRUPLAR Oturum Başkanları: Mehmet BAKIR, Saim DAYAN Mahkumlar Süheyla KÖMÜR Mülteciler Eyüp ARSLAN Madde Bağımlıları Adem KÖSE
11.30 - 12.00	KAPANIŞ Dilara İNAN Yeşim TAŞOVA Yaşar BAYINDIR Mustafa Kemal ÇELEN



HIV / AIDS KAMPI 2021

HİBRİT

21-24 Ekim 2021

Sherwood Exclusive Lara, Antalya

www.hivkampi2021.com

www.gunider.org



KURULLAR

Prof. Dr. Dilara İnan

Başkan

Doç. Dr. Figen Yıldırım

Başkan Yardımcısı

Doç. Dr. Faruk Karakeçili

Başkan Yardımcısı

Genel Sekreterler

Doç. Dr. Ferit Kuşçu

Dr. Öğr. Üyesi Yeşim Yıldız

Düzenleme Kurulu

Prof. Dr. Yeşim Taşova

Prof. Dr. Mustafa Kemal Çelen

Prof. Dr. Yaşar Bayındır

Prof. Dr. Tuba Dal

Doç. Dr. Fesih Aktar

Doç. Dr. Süheyla Kömür

Öğr. Gör. Dr. İrem Akdemir Kalkan

Dr. Öğr. Üyesi Meryem Merve Ören

Uz. Dr. Eyüp Arslan

Uz. Dr. Ömer Karaşahin

Arş. Gör. Dr. Yakup Demir

Ecz. Merve Ayhan



HIV / AIDS KAMPI 2021

HİBRİT

21-24 Ekim 2021

Sherwood Exclusive Lara, Antalya

www.hivkampi2021.com

www.gunider.org



TAM METİN SÖZEL BİLDİRİLER

SS-1. Daha Önce Tedavi Almamış HIV-Pozitif Hastalarda Trombositopeni ve Anemi Varlığının Değerlendirilmesi

Umay Balcı, Ülkü Üser

S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Giriş: İnsan immün yetmezlik virusu (Human Immunodeficiency Virus/HIV) Edinsel İmmün Yetmezlik sendromunun etiyolojik ajanıdır. HIV virüsü immün sistemin CD4(+) T lenfositlerini yok ederek immün sistem hücrelerinin işlevlerini bozar. HIV-Pozitif hastalarda immünolojik komplikasyonlarının yanı sıra, değişmiş hematopoez vardır. Bu durumdan eritrosit, lökosit ve trombositler etkilenir ve sonuç olarak anemi, lökopeni, trombositopeni gibi sonuçlar ortaya çıkar. HIV-Pozitif hastalarda anemi için prevalans %6,3 ile 84, trombositopeni için %4,5 ile %26,2 arasında bildirilmektedir. Bu çalışmamızda hastanemizde takip edilen antiretroviral tedavi almamış HIV-Pozitif hastalarda anemi ve trombositopeni prevalansının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Materyal Metod: Çalışmaya Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde HIV enfeksiyonu tanısıyla 2015-2021 tarihleri arasında takip edilen daha önce tedavi almamış hastalar alındı. Hastaların demografik ve laboratuvar verileri hasta takip formlarından retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 250 hasta alındı. Çalışmaya alınan hastaların 212 (%84) erkek ve 38 (%16) kadın idi. Hastaların yaş ortalaması 37.61 ± 12.68 idi. Ortalama (ort $\pm$ st) HIV RNA değeri $505467,30 \pm 1514270$ kopya/ml ve CD4(+) T lenfosit sayısı $435.04 \pm 276,26$ olarak saptandı. Hastalardan trombosit sayısı 150 000 altında olan 27 (%10,8) hasta saptandı. Bu hastalardan 3 (%1) tanesinde 50 000 altında ağır trombositopeni mevcuttu. Trombosit sayısı 150 000 altında olan hastaların ort HIV RNA değeri $667115,62 \pm 1135176$ kopya/ml ve CD 4(+) T lenfosit sayısı $273,12 \pm 182,85$ idi. Trombosit değeri 50000 altında hastaların HIV RNA değeri $346862,33 \pm 212387,8$ kopya/ml ve CD 4 T lenfosit sayısı $326,66 \pm 24,11$ olarak saptandı. Otuzdört (%13,6) hastada anemi saptandı. Erkeklerde anemi oranı %11(24) idi. Bir tane hastada ciddi anemi vardı. Kadınlarda anemi oranı %26(10) idi. Kadın hastalarda ağır anemi saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç: Genel olarak, trombositopeni ve anemi HIV'de yaygın bir komorbiditedir. Trombositopeni ve anemi ile başvuran hastalar mutlaka HIV yönünden değerlendirilmelidir.

Bu hastalarda antiretroviral tedavinin hızlı bir şekilde başlatılması trombositopeni ve anemi prevalansı ve sonraki komplikasyonlarda azalmaya yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: HIV, trombositopeni, anemi

SS-2. Anti-HIV-Pozitif Hastalarda Doğrulama Testi Sonuçları ve Titre ile Arasındaki İlişki

Yakup Demir¹, İrem Akdemir Kalkan², Çiğdem Mermutluoğlu¹, Mustafa Kemal Çelen¹, Saim Dayan¹

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Giriş: Anti-HIV-1/2 antikor testi HIV/AIDS hastalığı şüphesi, operasyon öncesi tarama veya kan donörü taraması amacıyla yaygın olarak kullanılan bir testtir. Test pozitifliği her zaman gerçek enfeksiyon göstergesi olmayabilir, bu nedenle hasta izlemlerinde doğrulama test sonuçları dikkate alınır. Anti-HIV-1/2 testi pozitif olup, doğrulama amacıyla bakılan Western Blot, Enzyme-Linked Fluorescent Assay (ELFA) ve HIV RNA sonuçlarını retrospektif olarak karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'ne Ocak 2018-Mart 2021 arasında çalışılan kan örneklerinden Anti-HIV-1/2 sonucu pozitifliği olan hastalar doğrulama test sonuçlarıyla açısından Western Blot, (ELFA) ve HIV RNA ile tetkik edilip Anti-HIV-1/2 cutoff değeri ile karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Retrospektif olarak 38 aylık dönemde incelenen 3 552 olgunun; 111 (%3,5)'i Anti-HIV-1/2 sonucu pozitif saptanarak doğrulama için halk sağlığı laboratuvarlarına numune gönderilmiştir. Hastalardan 58'i (%52) Western Blot testi ile doğrulaması pozitif olarak saptanmıştır. Doğrulaması yapılanların tamamında HIV RNA ve ELFA pozitif olarak saptandı. Bir kişide ELFA pozitif olmasına rağmen HIV RNA ve Western Blot ile doğrulaması negatif saptandı. Anti-HIV-1/2 cutoff değeri ile doğrulama arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptandı($p<0,05$). Doğrulaması pozitif olan en düşük cutoff değeri; 26, yeni doğan dışı doğrulaması negatif olan en yüksek cutoff değeri; 27 olarak saptandı. İki tane yeni doğan bebekte cutoff titreleri 116 ve 560 olarak saptandı. Yanlış pozitif olan hastalardan 9 (%17)'si gebeydi.

Sonuçlar: Çalışmamızın sonuçları, ülkemizdeki çalışmalara benzer oranlarda bulunmuştur. Bu çalışmada Anti-HIV-1/2 cutoff ile doğrulama sonuçları arasında anlamlılık olması, anti HIV-

1/2 pozitif olan gebe veya iş kazası yaralanmalarında profilaksi başlama açısından ve doğrulama sonucu çıkana kadar yönetilmesi açısından önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: HIV/AIDS, ANTI HIV, Western Blot

Tablo 1. Anti-HIV-1/2, ELFA ve HIV RNA Testlerinin Karşılaştırılması

	Sayı	Yanlış Pozitiflik	Pozitif Prediktif Değer
Anti HIV1-2	111	53	%52
ELFA	59	1	%98
HIV RNA	58	0	%100
*Toplam İnfekte Hasta	58		

**Toplam hasta, HIV/AIDS ile infekte olan ve referans test olarak kabul edilen Western Blot'a göre tanı almıştır.*

Tablo 2. Yanlış Seropozitif Olan Hastaların Altta Yatan Durumu

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hamilelik	9	17
Kardiyovasküler Hastalıklar	7	13,2
Nörovasküler Hastalıklar	6	11,3
Yenidoğan	5	9,4
Endokrin hastalıklar	4	7,6
Kanser	4	7,6
Organ Nakli	1	1,9
*Diğer	17	32
Toplam	53	100

**Altta yatan herhangi bir patolojisi olmayan veya bilgisine ulaşamayan kişileri ifade etmektedir.*

SS-3. COVID-19 Pandemi Döneminde HIV ile Birlikte Yaşayan Kişilerde Diğer Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Artıyor Mu?

Arda Kaya¹, Hüsnü Pullukçu¹, Meltem Taşbakan¹, Mehmet Soylu², Deniz Gökengin¹

¹Ege Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: HIV ile birlikte yaşayan kişiler diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) açısından ayrıca risk altındadırlar. COVID-19 pandemisi döneminde kısıtlamalar olmasına rağmen, hem yeni hastalarda hem de takipli hastalar arasında diğer CYBH nedeniyle başvuruların sayısında bir kümelenme olduğu dikkati çekmiştir. Bu çalışmada, 2019-2020-2021 yıllarında laboratuvar ve klinik olarak tanısı konulan hastaların oransal olarak karşılaştırılması ve bu artışa dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Metod: Ocak 2019- Eylül 2021 tarihleri arasında cinsel yolla bulaşan hastalık yakınması ile başvuran ve tanısı klinik ya da laboratuvar olarak konulan hastalar kaydedilmiştir. Laboratuvar tanı amacıyla Gram boyama, cinsel yolla bulaşan hastalıklar paneli (multipleks polimeraz zincir reaksiyonu) ve sifiliz testleri (VDRL, RPR, ELİSA Ig G + M) yapılmıştır.

Bulgular: CYBH Paneli için 2019'da 7 hastadan (birinde klamidyaya diğerinde gonokok saptanmış), 2020'de 5 hastadan (birinde klamidyaya üçünde gonore saptanmış), 2021'de 68 hastadan (birinde klamidyaya beşinde gonore, 6'sında mikoplazma saptanmış) örnek gönderilmiş olduğu görülmektedir (Tablo 1). Yine sifiliz testleri irdelendiğinde, 2019'da gönderilen 95 serumdan ikisinde, 2020'de 260 serumdan 26'sında, 2021'de 498 serumdan 96'sında pozitiflik saptanmıştır (Tablo 1). Hastaların tümüne uygun tedavi verilmiştir.

Sonuç: Pandemi döneminde hafta sonu ve akşam sokağa çıkma yasakları olmasına rağmen başka yollar ile riskli davranışların, korunmasız cinsel ilişkilerin olduğu bilinmektedir. Bu durum, polikliniklerde giderek artmakta olan CYBH başvurularının olası kaynağıdır. Bu hasta gruplarında tüm CYBH'nin belirli aralıklarla aranması, aşı ile korunabilen hastalıklara karşı bağışıklama yapılması ve CYBH'den korunma eğitiminin verilmesi daha da çok önem kazanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sifiliz, Chlamydia Trachomatis, Neisseria Gonorrhoeae, CYBH

Tablo 1

CYBH/YIL	2019	2019	2020	2020	2021	2021	TOPLAM	TOPLAM
	Gelen örnek	Pozitif örnek	Gelen örnek	Pozitif örnek	Gelen örnek	Pozitif örnek	Gelen örnek	Pozitif örnek
GONORE	7	1	5	3	68	5	80	9
KLAMİDYA	7	1	5	1	68	1	80	3
MİKOPLAZMA	7	0	5	0	68	6	80	13
SİFİLİZ	95	2	260	26	402	96	757	124

SS-4. Pandeminin HIV ile Enfekte Hastaların Sağlık Hizmetlerine Ulaşımına Etkisi

Beyza Cıfci, Yeşim Yıldız, Merve Büyükkörük

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş-Amaç: COVID-19 pandemisi tüm Dünya’da bir halk sağlığı krizine sebep olmuş, COVID-19 dışı birçok hastalığın tanı ve tedavi süreçlerini etkilemiştir. Ülkemizde pandemiyle mücadelede enfeksiyon hastalıkları uzmanları en ön safta yer almış, enfeksiyon hastalıklarına ait poliklinik ve yataklı servisler öncelikle COVID-19 hastalarına hizmet vermek durumunda kalmıştır. Çalışmamızda, HIV ile enfekte hastaların tanı, tedavi ve bağışıklama hizmetlerine ulaşımına pandeminin etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktayız.

Yöntem: Çalışmamız retrospektif kohort çalışması olup Gazi üniversitesi enfeksiyon hastalıkları polikliniğinde Mart 2019 - Mart 2021 arası 2 yıllık dönemde yeni tanı almış 36 HIV ile enfekte hasta verisi değerlendirilmiştir. Mart 2019-Mart 2020 arası pandemi öncesi dönem, Mart 2020 - Mart 2021 arası pandemi dönemi olarak belirlenmiştir. Kurumumuzda yeni tanı HIV ile enfekte hastalara ulusal ve uluslararası rehberlerin önerileri doğrultusunda aşılama planı yapılmaktadır. Çalışmamızda bu aşılardan SGK geri ödeme kapsamında olanlar (Hepatit A, Hepatit B, Men ACWY135, Prevenar13, KKK, suçiçeği) pandemi döneminde yeni tanı alan hastaların COVID-19 aşı yaptırma durumu değerlendirmeye alınmıştır.

Bulgular: Hastaların demografik verileri Tablo 1’de, tanı anındaki laboratuvar değerleri Tablo 2’de özetlenmiştir. Pandemi öncesi tanı alan hastaların önerilen aşıları yaptırma yüzdesi medyan değeri %100 iken, pandemi döneminde tanı alan hastaların aşı yaptırma yüzdeleri medyan değeri %75 olarak tespit edildi. Pandemi öncesine göre pandemi döneminde aşı yaptırma oranları anlamlı derecede düşük bulundu. Pandemi döneminde tanı alan hastaların COVID-19 aşısı yaptırma oranı da %72,7 olarak bulundu. İki dönem arasında yeni tanı alan hastaların yaş ortalaması, cinsiyet dağılımları, CD4 sayıları,CD4/CD8 oranları açısından anlamlı fark bulunmazken, HIV RNA düzeyi açısından anlamlı fark bulundu.

Sonuç: COVID-19 pandemisi birçok hastalık gibi HIV enfeksiyonunun da tanı ve takip sürecini etkilemiştir. Çalışmamızla pandemi döneminde yeni tanı alan HIV ile enfekte hasta sayısının ve bu hastaların pandemi öncesine göre aşı yaptırma oranlarının azaldığı sonucuna ulaştık.

Anahtar Kelimeler: Aşı, Bağışıklama, Covid-19 pandemisi, HIV

Tablo 1. Hastaların Demografik Verileri

	PANDEMİ ÖNCESİ	PANDEMİ DÖNEMİ	P değeri
Hasta sayısı, n(%)	24(66,6)	12(33,3)	
Yaş, ort (min-max)	39,79(19-76)	41,58(23-39)	0,094*
Cinsiyet, n(%)	20 erkek (83,3) 4 kadın (16,7)	12 erkek (100) 0 kadın (0)	0,27**
			* Student T ** Fisher exact test

Tablo 2. Tanı anında laboratuvar değerleri

	PANDEMİ ÖNCESİ	PANDEMİ SONRASI	P değeri
Tanı anı CD4 sayısı, medyan, IQR %25-75	319,4 (219,75-670,50)	249,5 (220,5-650)	0,05*
Tanı anı CD4/CD8 oranı, medyan, IQR %25-75	0,37 (0,21- 0,64)	0,22 (0,15 – 0,31)	0,6*
Tanı anı HIV RNA, medyan, IQR %25-75	153.000 (45.900 – 506.250)	1.043.750 (158.454 – 3.013.875)	0,022*
			* Mann-Whitney U test

SS-5. Tenofovir Disopraksil Fumarat Tedavisi Alan HIV Enfekte Hastalarımızda Renal Fonksiyonların Değerlendirilmesi

Ayşe Sağmak Tartar, Mehmet Ali Aşan, Kutbeddin Demirdağ, Ayhan Akbulut

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Elazığ

Amaç: HIV ile enfekte bireylerde kronik böbrek hastalığı görülme sıklığı enfekte olmayanlara göre 2-5 kat artmıştır. Tenofovir disopraksil fumarat (TDF), HIV-1 ve HIV-2 dâhil olmak üzere retrovirüslere karşı aktiviteye sahip tenofovirin oral ön ilacıdır. TDF ile indüklenen nefrotoksisite, HIV pozitif hastaların %0.5-45'inde rapor edilmiştir. Bu çalışmada merkezimizde takip edilen ve TDF içerikli antiretroviral tedavi (ART) alan HIV enfekte hastalar renal toksisite açısından irdelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Fırat Üniversitesi Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'nde 2014-2020 yılları arasında takip edilen ve TDF tedavisi başlanan tedavi naif HIV pozitif bireyler çalışmaya dâhil edildi. Tedaviyi düzensiz kullanan ve yıllık kontrollerini yaptırmayan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalara başlangıçta ve yıllık olarak HIV-RNA, CD4 sayısı, ek komorbid durumlar, ek kullanılan tedavi rejimleri, kreatin bazlı CKD-EPI, fosfor düzeyleri, glikozüri ve proteinüri açısından idrar tetkiki bakıldı.

Bulgular: Kırk sekiz hastaya TDF içeren ART başlandı. Hastaların 45 (%93.8)'i erkekti. Yaş ortanca + çeyrekler arası ölçümü (IQR) 31.5 (28-40)'di. Hastaların %13'ünün ek komorbiditesi vardı (iskemik kalp hastalığı, hipertansiyon, diabetes mellitus, hipertansiyon + diabetes mellitus birer hasta (%2.1), malignite 2 (%4.2) hasta). Bir (%2.1) hasta hepatit C, 3 (%6.3) hasta ise sifiliz ile koenfekteydi. Hastaların 41 (%85.4)'i TDF/emtrisitabin (FTC) + DTG, 4 (%8.3)'ü TDF/FTC + lopinavir/ritonavir, 3 (%6.3)'ü TDF/FTC + darunavir/ritonavir kullanmaktaydı. 50 yaş üstü hastalarda başlangıç CKD-EPI değerleri, 50 yaş altı gruba göre anlamlı düşük saptandı (sırasıyla 100±12, 117±13, p=0.01). Ek komorbiditesi olan hastalarda olmayanlara göre başlangıç CKD-EPI değeri istatistiksel olarak anlamlı düşük saptandı (sırasıyla 101±13, 116±13, p=0.01). İki hastada glikozüri ve proteinüri gelişti, ancak takiplerinde tedavi değişikliği yapılmaksızın düzeldi. Bir hasta fanconi sendromu, bir hasta dirençli hipofosfatemi nedeniyle olmak üzere 2 (%4.2) hastada renal toksisite nedeni tedavi rejimi değiştirildi. Hastaların başlangıç CKD-EPI değeri yıllara göre CKD-EPI değerleriyle karşılaştırıldığında başlangıç yılı ile diğer yıllar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken (p<0.001), 1-

2, 2-3, 3-4, 4-5. yıllar arasında azalma olmakla beraber anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 1). Ritonavir içerikli TDF kombinasyon kullanan hastalar ile TDF/FTC+DTG kullanan hastaların CKD-EPI değerleri kullanım yılına göre ayrı ayrı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).

Tartışma: TDF içeren ART rejimleri alan HIV ile enfekte yetişkin hastalar, böbrek fonksiyon bozukluğu riski altında olabilir ve yakın takip edilmelidir. Ancak 50 yaş altında renal bozukluğu olmayan, renal fonksiyon bozukluğu riskini artıran ek komorbiditeleri bulunmayan hastalarda düzenli kontrollerin yapılması durumunda güvenli görünmektedir. Hastaların başlangıçta ve yıllık olarak kronik böbrek hastalığı risk faktörleri yönünden değerlendirilmesinin ve gerekli görülen hastalarda tedavi değişikliği yapılmasının renal toksisite riskini azaltacağı düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: tenofovir disoproksil fumarat, CKD-EPI, HIV

Tablo 1. Hastaların tedavi başlangıç ve takiplerinde saptanan çeşitli laboratuvar parametreleri

	Tedavi başlangıcı	1. yıl	2.yıl	3.yıl	4. yıl	5.yıl	p değeri
CKD-EPI	116±8.63	105.21±15.24	105.92±16.48	103.64±18.13	101.35±18.76	98.5±19.80	0,001
Fosfor (mg/dl)	3±0.47	2.7±1.1	3.3±0.48	3.2±0.41	3.2±0.58	2.97±0.35	0.308
CD4 (hücre/μl) (median (IQR))	310 (234-548)	619 (492-737)	705 (619-822)	767 (586-901)	860(598-989)	927(682-1144)	<0,001
HIV-RNA (IU/ml) median (IQR)	517.494 (106.780-1.695.577)	0 (0-93)	0 (0-106)	0 (0-0)	0 (0-73)	0 (0-113)	<0,001

SS-6. HIV Enfeksiyonu Tanısı Alan Her Hastaya DEXA Çekilmesi Gerekir Mi?

Arzu Nazlı¹, Ali Karakaş²

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Amaç: HIV enfeksiyonunda, çeşitli etmenler osteoporoz gelişime katkı sağlamaktadır. Bu çalışmada merkezimizde takip edilen HIV ile yaşayan bireylere çekilen DEXA (dual enerjili X-ray absorbsiometre) sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: 2017 ile 2021 tarihleri arasında DEXA çekilen HIV ile yaşayan bireylerde, osteoporoz varlığı, osteoporoz saptananlarda ART tedavisinin etkisi, osteoporoz için tedavi alıp almadığı, kontrol DEXA ile osteoporoz durumunun kontrolü geriye dönük olarak değerlendirildi. 50 yaş ve üzeri erkekler ile postmenopozal kadınlarda t skoru -2,5 ve üzeri, 50 yaş altındaki erkeklerde ve premenopozal kadınlarda ise z skoru -2 ve üzeri osteoporoz olarak kabul edildi. Sonuçlar aynı fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı tarafından değerlendirildi ve gerekli görülenlere bifosfonat tedavisi başlandı.

Bulgular: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği'nden takipli 286 hastadan DEXA çekilen 98(%34,2) hasta çalışmaya alındı. Hastaların 82'si erkek ve 16'sı kadın ve yaş ortalaması 40± 13,7(standart sapma)'dır. Hastaların 61'ine (%62,2) ART başlamadan önce, 37(%37,7) hastaya ise tenofovir disoproksil fumarat içeren ART rejimi sonrası DEXA çekildi. Hastaların 30'unda (%30,6) osteoporoz saptandı. Bu hastalardan 20'si(%66,6) 50 yaş altındaydı. On sekiz (%60) hastada öncesinde TDF içeren ART kullanımı mevcuttu. Hastalardan 15'ine (%50) bifosfonat tedavisi verildi. Tedavi verilen hastaların 14'üne tedavi sonrası kontrol DEXA çekildi. On hastada düzelme, 3 hastada aynı bulgular ve 1 hastada kötüleşme saptandı. Tedavi almayan grupta ise 1 hastaya kontrol DEXA çekildi ve düzelme görüldü.

Sonuç: HIV enfeksiyonu ile takip edilen hastalarda 50 yaş ve altında da osteoporoz görülebilmektedir. Özellikle öncesinde TDF içeren rejimleri kullanmış olan hastalarda 50 yaş altında olsalar dahi DEXA çekilmesi uygun bir yaklaşım olabilir.

Anahtar Kelimeler: HIV, osteoporoz, tenofovir disoproksil fumarat, DEXA

SS-7. HIV/AIDS Olgularında Malign Hastalıklar: 34 Olgunun Retrospektif Değerlendirilmesi

Seza Ayşe İnal, Merve Sabancı, İlgi Fatma Tolu, Süheyla Kömür, Ferit Kuşcu, Aslıhan Candevir, Behice Kurtaran, Yeşim Taşova

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Adana

Amaç: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile yaşayan bireylerde malign hastalık insidansının HIV negatif bireylere göre yüksek olduğu ve bu hasta grubunda mortaliteyi artırdığı bilinmektedir. Bu çalışmada Çukurova bölgesinde takip izlenen HIV pozitif olgular arasında ortaya çıkan malign hastalıkların sıklığının ve özelliklerinin irdelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: 1 Ocak 2000- 30 Eylül 2021 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji kliniğine başvuran ve HIV enfeksiyonu veya AIDS nedeniyle izlenen hastalara ait tıbbi kayıtlar retrospektif olarak incelenerek neoplazi tanısı konan 34 olgunun epidemiyolojik özelliklerinin irdelenmesi amaçlanmıştır.

Sonuçlar: Takip altındaki 1035 hastadan 34'ünde malign hastalık saptandı ve HIV ile yaşayan veya AIDS'i olan hastalarımızda malign hastalık prevalansı %3,3 bulundu. Hastaların yaş ortalaması 48,7 (min: 28, max:74), 30'u (%88,2) erkek idi. Bunlardan 16'sında (%47) malign hastalık nedeniyle yapılan tetkikler sırasında, eşzamanlı olarak HIV tanısı konmuştu. HIV enfeksiyonu nedeniyle kliniğimizde takip ve tedavi altındayken 18 hastada malign hastalık gelişti; bu olgular takip edilen HIV/AIDS olgularının %1,7'sini teşkil ediyordu. HIV enfeksiyonu tanısından itibaren kanser tanısına kadar geçen süre ortalama 58 ay idi (min 2, max 228). Malign hastalık saptanan hastaların 20'sinde (%58,8) AIDS tanımlayıcı kanser (ATK) saptandı ve bunlar sıklık sırasıyla 11 olguda Kaposi sarkomu (%32,4), sekiz olguda non-Hodgkin lenfoma (NHL) (%23,5), bir olguda serviks kanseri (%2,9) idi. ATK haricinde saptanan malign hastalıklar 5 hastada akciğer kanseri (%14,7), iki hastada Hodgkin lenfoma (%5,8), altı hastada ise diğer kanser türleri (%17,6) idi (her biri birer hastada prostat kanseri, mesane kanseri, malign mezenkimal tümör, kolon kanseri, larinks kanseri, bazal hücreli karsinom). Hastaların 15'i sigara (%44,1), üçü alkol kullanmaktaydı (%8,8), beş hastada diyabetes mellitus (%14,7), üç hastada ART direnci vardı; bu gruptaki hastalardan ölen hasta

sayısı sırasıyla üç, sıfır, iki ve bir idi. Bütün olgular için mortalite hızı %35,3 ve ölen hastaların yaş ortalaması 51 idi. Sağ kalan hastaların yaş ortalaması 48 bulundu.

Sonuç: HIV enfeksiyonu tanısı malign hastalık tanısı esnasında konabildiği gibi, HIV ile enfekte kanserli olguların yaklaşık yarısında antiretroviral tedavi almaktayken neoplazi gelişmektedir. Bizim olgularımızda ATK, bunlar arasında da Kaposi sarkomu ve NHL en sık saptanan kanserlerdir. HIV ile enfekte ve kanseri olan bireylerde mortalite hızı yüksektir. Sistemik tarama yöntemleri ve farkındalık, HIV ile enfekte bireylerde erken tanı ve sağ kalım oranlarını artırabilir.

Anahtar Kelimeler: AIDS, HIV, kanser, malign, tümör

SS-8. Kliniğimizde HIV Tanısıyla Takipli Hastaların Tedavi İzleminde CD4/CD8 Oranının Değerlendirilmesi

Yakup Gezer, Sibel Altunışık Toplu, Mustafa Yüksel, Adem Köse, Funda Memişoğlu, Mehmet Özden, Yaşar Bayındır, Yasemin Ersoy

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Malatya

Giriş-Amaç: HIV hastalığında immün disfonksiyon ve kronik inflamasyon meydana gelmektedir. CD4/CD8 oranı, kalıcı inflamasyonu sınırlayan tedavi stratejilerinin başarısını ölçmek için potansiyel bir belirteç olarak düşünülebilir. HIV tanısı konulup tedavi başlanan hastalarda başlangıç ve 6. aydaki takipte CD4/CD8 oranının değişimini gözlemlemeyi amaçladık.

Yöntem: 2011-2021 yılları arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniğinde HIV tanısı konulup tedavi başlanan hastalarda başlangıç ve 6. aydaki takipte CD4/CD8 oranı hastane otomasyon sisteminden retrospektif olarak tarandı. Başlangıç tedavisi kliniğimizce verilmemiş olan ve 6.aydaki kontrolü olmayan hastalar çıkarılarak toplam 150 hasta çalışmaya alındı. Veriler SPSS v.26.00 programına kaydedilerek parametrik olmayan bağımlı nicel veriler için Wilcoxon işaretli sıra testi kullanıldı.

Bulgular: Hastaların 140 (%93,3)'ı erkek, 10 (%6,7)'u kadın idi. Olguların tanı anındaki yaşları değerlendirildiğinde yaş ortalamaları $36,8 \pm 12,5$ olup, en düşük yaş 17/yıl en yüksek yaş 74/yıl idi. Çalışmamızda, ART başlangıcı ve 6 aylık takip sonrasındaki CD4/CD8 oranlarında istatistiksel olarak anlamlı yükselme saptandı ($p < 0,05$). Aynı şekilde hastaların HIV RNA düzeylerinde düşme gözlemlendi. ART rejimlerine göre tek tek anlamlılık düzeyleri Tablo 1'de verilmiştir. Başlangıç $CD4/CD8 < 1$ olan 144 hastanın ART rejimleri sonrası 6. aydaki $CD4/CD8 \geq 1$ yükselen hasta oranı %13,2 olarak bulunmuştur. HIV RNA düzeyi saptanmayan hastalarda ART rejimine göre dağılımı Tablo 2'te verilmiştir.

Tartışma ve Sonuç: CD4/CD8 oranının yükselmesinde ve HIV RNA tespit edilemeyecek düzeye gelmesinde ART rejimlerinin etkinliği gösterilmiştir. CD4/CD8 oranı, HIV enfeksiyonu nedeni ile tedavi edilen hastalar da, immünolojik yanıtın habercisi olarak uzun süreli takipte klinik değerlendirmeye katkıda bulunabilir.

Anahtar Kelimeler: Antiretroviral tedavi, CD4/CD8 oranı, HIV

Tablo 1. ART rejimlerine göre başlangıç ve 6. aydaki CD4/CD8 oranlarının karşılaştırması

Antiretroviral tedaviler	Hasta sayısı n (%)	Başlangıç CD4/CD8 oranı (ortalama)	6. aydaki CD4/CD8 oranı (ortalama)	p değeri
TAF+Emtrisitabin+Cobisistat+Dolutegravir	55 (36,6)	0,40	0,65	0,000
TDF+ Emtrisitabin+Dolutegravir	21 (14)	0,39	0,60	0,000
TDF+ Emtrisitabin+Darunavir+Ritonavir	17 (11,3)	0,29	0,53	0,001
TAF+Emtrisitabin+Biktegravir	17 (11,3)	0,41	0,88	0,015
TDF+Emtrisitabin+Efavirenz	14 (9,3)	0,28	0,47	0,026
Abakavir+Lamivudin+Dolutegravir	10 (6,7)	0,32	0,56	0,017
Lamivudin+Dolutegravir	9 (6)	0,36	0,49	0,011
TDF+Emtrisitabin+Cobisistat+Dolutegravir	4 (2,7)	0,30	0,50	0,068
TDF+Emtrisitabin+Raltegravir	1 (0,7)	0,02	0,03	0,317
Nevirapin+Lamivudin+Zidovudin	1 (0,7)	0,02	0,09	0,317
Raltegravir+Darunavir+Ritonavir	1 (0,7)	0,02	0,06	0,317
Toplam	150 (100)			0,000

Tablo 2. ART rejimlerine göre 6.ayda HIV RNA tespit edilmeyenlerin sayısı

Antiretroviral Tedavi Rejimleri	6.ayda takipte HIV RNA saptanmamış olanlar n (%)	Toplam hasta sayısı n (%)
TAF+Emtrisitabin+Cobisistat+Dolutegravir	41 (74,5)	55 (100)
TDF+ Emtrisitabin+Dolutegravir	18 (85,7)	21 (100)
TDF+ Emtrisitabin+Darunavir+Ritonavir	8 (47,1)	17 (100)
TAF+Emtrisitabin+Biktegravir	11 (64,7)	17 (100)
TDF+Emtrisitabin+Efavirenz	5 (35,7)	14 (100)
Abakavir+Lamivudin+Dolutegravir	8 (80)	10 (100)
Lamivudin+Dolutegravir	8 (88,9)	9 (100)
TDF+Emtrisitabin+Cobisistat+Dolutegravir	4 (100)	4 (100)
TDF+Emtrisitabin+Raltegravir	0 (0)	1 (100)
Nevirapin+Lamivudin+Zidovudin	0 (0)	1 (100)
Raltegravir+Darunavir+Ritonavir	1 (100)	1 (100)
Toplam	104 (69,3)	150 (100)



HIV / AIDS KAMPI 2021

HİBRİT

21-24 Ekim 2021

Sherwood Exclusive Lara, Antalya

www.hivkampi2021.com

www.gunider.org



TAM METİN POSTER BİLDİRİLER

PS-1. Lenfoma Kliniği ile Başvuran Bir AIDS Olgusu

Hüsameddin Atay

Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Enfeksiyon ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Van

Amaç: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile ilişkili non-hodgkin lenfomaların (NHL) en sık görülen alt tipleri, büyük B hücreli lenfoma ve burkitt lenfomalarıdır (1). AIDS tanımlayıcı kanserler etkili antiretroviral tedavinin bulunmasından kısa bir süre sonra düşüşe geçmesine rağmen HIV ile enfekte olmuş kişilerde genel popülasyondan hala daha fazla görülmektedir (2). Burkitt lenfoma tanısı aldıktan sonra HIV/AIDS tanımlanan bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Elli dört yaşında erkek olgu boğaz ağrısı, yutmada zorlanma ve halsizlik şikâyetleri ile 1 ay önce kulak burun boğaz hastalıkları kliniğine başvurmuş. Boyun manyetik rezonans görüntüleme ile sol palatin tonsilde 3 santimetrelilik kontrast tutan yumuşak doku saptanması üzerine bu dokudan punch biyopsi alınmış. Olgu; punch biyopsi sonucunun burkitt Lenfoma (ki67 proliferasyon indeksi:%100) raporlanması üzerine hematoloji kliniği tarafından yatırıldı. Pozitron emisyon tomografi görüntülemesinde sol palatin tonsil loju, bilateral servikal, hiler ve aksiller lenf nodları ile akciğer ve karaciğerde patolojik artmış 18F-FDG tutulumu saptandı. Tarafımıza anti-HIV pozitifliği nedeniyle danışılan olgunun kemoterapi rejimi ertelendi. HIV-RNA: 8730 iu/ml ve western-blot pozitif. Laboratuvarında beyaz küre:3360/uL, hemoglobin:10,5u/L, platelet:82.000 u/L,kreatinin:0,93mg/dL, ALT:50u/L, AST:24u/L, C-reaktif protein:15 mg/L, sedimentasyon:39mm/sa, CD4:312 ve CD8:1857 idi. İlaç-ilaç etkileşimlerine dikkat edilerek tenofovir disoproksil fumarat-emtristabin ve dolutegravir tedavisi, kemoterapi ajanları ile kombinasyon olacak şekilde başlandı ve bu tedavi ile üçüncü ayda viral baskılanma sağlandı. Olguya 4 kür kemoterapi verildikten sonra tekli rejim talebi oldu. HLA-B5701 ve integras direnci negatifliği görüldükten sonra takibinin 12. ayında dolutegravir-abakavir-lamuvudin tedavisine geçildi. Viral baskılanma sağlanan olgumuz düzenli şekilde poliklinik takiplerini sürdürmektedir.

Sonuç: Burkitt lenfoma yetişkin NHL'ın %1-2'sini oluşturduğu genel popülasyonla karşılaştırıldığında, HIV pozitif hastada, literatüre bağlı olarak AIDS'i tanımlayan lenfomaların %10-35'ini oluşturmaktadır (3,4). Kombine antiretroviral tedavinin kullanılmasından bu yana, HIV enfeksiyonu olanlarda NHL insidansı önemli ölçüde azalmıştır (2). Olgumuzda da olduğu gibi AIDS tanımlayıcı malignitesi olanlarda (burkitt lenfoma, kaposi sarkomu, diffüz büyük b

hücreli lenfoma vb.) anti-HIV testinin istenmesi erken tanı, etkili HIV ve malignite tedavisi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: AIDS, burkitt, lenfoma

PS-2. Pandemi Süreci ve HIV Hastaları

Özgür Günel, Seyma Topal, Ayşe Şenbaba, Sırrı Kılıç

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun

Amaç: Yaklaşık iki yıldır yaşanan Covid19 pandemi süreci nedeniyle hastanelerde rutin sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde ciddi aksamalar yaşandı. Akut ve kronik hastalığı olan pek çok kişi hastanelerden randevu alamadı yada hastaneye başvurmaya çekindi. Bizde bu çalışmamızda merkezimizde takip edilen HIV pozitif hastalarını ve yeni tanı konulan hastaların yıllara göre dağılımını araştırdık.

Gereç-Yöntem: Çalışmamıza Haziran 2014 – Ağustos 2021 yılları arasında tanı konulan ve takipleri devam eden 230 HIV pozitif hasta dâhil edildi. Hastaların demografik verileri, viral hepatit ve Sifiliz serolojileri değerlendirildi. Ek olarak yıllara göre yeni tanı konulma sayıları değerlendirildi. Veriler retrospektif olarak hasta kayıt dosyalarından elde edildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 230 hastanın 196'sı erkek, 34'ü kadın idi. Hastaların yaş ortalaması;37,5 olarak saptandı. Hastaların 5'inde HBsAg (+) (%2), 1 hastada (%0,4) Anti-HCV pozitif olarak saptandı. Hastalarımızın 17'sinde (%7) VDRL ve TPHA pozitif saptanırken bunların 2'si primer sifiliz, 15'i ise sekonder sifiliz olarak değerlendirildi. Hastaların yıllara göre başvuru sayıları değerlendirildiğinde; 2014-2017 yıllarında; 84, 2018 yılında:20, 2019 yılında:48, 2020 yılında:46 ve 2021 yılının ilk 8 ayında:32 hastaya yeni tanı konulduğu anlaşıldı. Son 3 yıl değerlendirildiğinde aylık 4 (3,9) yeni tanı konulduğu saptandı. Bu sonuca göre polikliniğimizde 2020 ve 2021 yıllarında yeni tanı konulan HIV hastası sayısında değişiklik olmadığı görüldü.

Tartışma: Son yıllarda dünya genelinde yeni tanı konulan HIV hasta sayısında azalma gözlenmekle birlikte ülkemizde henüz böyle bir tablo oluşmamıştır. Pandemiye bağlı sosyal kapanma döneminde pek çok merkezde yeni tanı alan hasta sayısında azalma olmakla birlikte kısıtlamaların azalmasıyla birlikte yeni tanı konulan hasta sayısında da artma devam etmektedir. Önümüzdeki yıllarda da HIV hastalarının tedavileri ve ko-morbid durumlarının yönetimi önemli bir konu olmaya devam edecektir.

Anahtar Kelimeler: Pandemi, HIV, tanı

PS-3. Tüberküloz İlişkili İmmün Rekonstitüsyon İnflamatuvar Sendrom (TB-IRIS) Tanısında Güçlük

Yeliz Çiçek, Yakup Demir, Çiğdem Mermutluoğlu, Recep Tekin, Mustafa Kemal Çelen, Pınar Karabulut, Saim Dayan

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

Giriş: İmmün rekonstitüsyon inflamatuvar sendromu (IRIS), HIV/AIDS hastalarında CD4+ T lenfosit sayısında artma ve viral yükteki azalmaya rağmen, klinik seyrinde kötüleşme, farklı klinik formlarda fırsatçı enfeksiyonların görülmesi olarak belirtilmiştir. Antiretroviral tedavinin (ART) erken aşamasında atipik semptomlar gösteren hastalarda; maskesi düşmüş form (ART ile aktif TB'nin klinik bulgularının görünür hale gelmesi) veya paradoksal form (TB tedavisi alan hastanın etkin ART ile kliniğinin kötüleşmesi) şeklinde ortaya çıkan klinisyen ve hastayı oldukça zorlayan bir durumdur. ART başlanılmadan hastanın aktif ve latent tüberküloz açısından ayrıntılı anamnez, fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri ile değerlendirilmesine rağmen tanı gözden kaçabilmektedir. Antiretroviral tedaviye (ART) başladıktan 3 hafta sonra genel durumda bozulma, nefes darlığı, ateş ve halsizlikle başvurması üzerine tetkik edilen ve pulmoner tüberküloz ile IRIS tanısı konulan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: 37 yaşında multiple cinsel partneri olan, son on yılda çok sayıda korunmasız cinsel teması olan, erkek hastaya 7 hafta önce dış merkezde HIV/AIDS tanısı konulup; (HIV RNA 22440 IU/mL CD4+ lenfosit sayısı< 50) olan hastaya raltegravir, tenofovir ve emtrisitabin başlanıp önerilerle poliklinik kontrol planlanmıştır. Hasta tedavisinin 3.haftasında ateş, kilo kaybı, aşırı terleme, mide bulantısı, nefes darlığı şikayetiyle başvuruyor. Tüberküloz açısından posterior-anterior akciğer grafisinde şüpheli lezyon olması üzerine toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) çekiliyor. Toraks BT'sinde tüberküloz ile uyumlu kalsifiye LAP'ları olan hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla birimimize sevk ediliyor. Hastanın tüberküloz açısından sedimentasyon 66 mm/hg, balgamda aside dirençli basil(ARB): Pozitif olması, ateşlerinin 38°C üstünde seyretmesi, viral yük düşmesi ve CD+4/CD+8 lenfosit oranı artması nedeniyle IRIS düşünülüp steroid tedavisi başlandı. Hasta tedavinin 3.günde kendi isteği ile taburcu oldu.

Tartışma: TB-IRIS tanısını kesin olarak koyabilecek veya ekarte edebilecek spesifik bir tanı testi yoktur. Sonuç olarak, IRIS ön tanısı ile takip edilen hastalarda; ilaç direnci, tedavi uyumu, tedavinin yan etkileri, sekonder enfeksiyonlar dahil pek çok olasılık gözden geçirilmeli ve IRIS'in bir dışlama tanısı olduğu unutulmamalıdır. Klinisyenler, doğru tanıyı koymak için

anamnez, fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri etkin bir şekilde irdelemeli ve antiretroviral tedaviye başlama konusunda alert olmalıdır. TB-IRIS için standart optimal bir tedavi olmamasına rağmen, mümkün olan en kısa sürede antitüberküloz tedavisine başlanmalıdır. Sonuç olarak, tedavinin zamanında başlatılmasını sağlamak için, HIV ile enfekte bir hastada atipik bir klinik olsa bile, TB-IRIS birlikteliği ayırıcı tanıya dâhil edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Antiretroviral tedavi, bağışıklığın yeniden yapılandırılması sendromu, fırsatçı enfeksiyonlar, HIV

PS-4. HIV ile Enfekte Bir Vakada Görülen Sekonder Sifiliz Enfeksiyonu

Ayşe Albayrak¹, Mehmet Melikoğlu², Handan Alay¹, Fatma Kesmez Can¹, Kemalettin Özden¹

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji A.D

²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji A.D

Giriş: Sifiliz treponema pallidum bakterisinin sebep olduğu, gelişmekte olan ülkelerde daha sık görülen, cinsel yolla bulaşan, zamanında tedavi edilmediğinde kronikleşebilen bir hastalıktır. HIV ile enfekte bireylerde sıklığı fazladır. Biz yaklaşık 2,5 yıldır HIV (AIDS) tanısı ile tedavi almakta olan aynı zamanda sekonder sifiliz tanısı alan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: HIV (AIDS) tanısı ile 20.05.2019'dan beri Tenofovir disoproksil+emtrisitabin ve dolutegravir tedavisi almakta olan 27 yaşında erkek hasta 1 haftadır devam eden anal bölgede ağrı, şişlik, kanama şikâyeti ile Genel Cerrahi polikliniğine başvurmuş. Verilen tedavilerle şikâyetleri düzelmeyen hasta, son muayenesinde mevcut lezyonun kondilom olduğu düşünülerek Dermatolojiye yönlendirilmiş. Aynı zamanda hastanın 2-3 gündür derece ile ölçmediği ateş ve tüm vücudunda döküntü şikâyetleri varmış. Dermatoloji hastada sekonder sifiliz düşünmüş ve HIV(AIDS) tedavisi de almakta olduğu için hasta tarafımıza yönlendirildi. Hasta son 1 yıl içinde şüpheli cinsel ilişkisinin olmadığını beyan etti. Fizik muayenede tüm vücutta makülopapüler döküntüleri mevcuttu. Anal bölgede kondiloma lata ile uyumlu lezyon izlendi. Aynı zamanda genital siğilleri de mevcuttu. Laboratuvar bulguları: WBC: 9300/ mm³ (%83,3 neut, %10,4 lymph), Hb: 16.3 gr/dl, plt: 335000, CD 4: 264, CD8: 411, AST: 16 U/L, ALT: 17 U/L, Krea: 1.24 mg/dl, BUN: 12,4 mg/dl TG: 127 mg/dl, TKol: 148 mg/dl, HDL K: 37 mg/dl, LDL K:37 mg/dl, LDH: 155 mg/dl, CRP: 21,93mg/dl, sedim: 7/saat, Anti HIV: (812,48 S/Co), HBs Ag: (-), Anti HBs: 437,84 mIU/ml, Anti HBc: (-), Anti HCV:(-), HIV RNA: negatif, RPR: (+), T. Pallidum hemaglutinasyon: (+) Hastaya Benzatin Penisilin 2,4 milyon Ünite (IM) uygulandı. Genital siğiller için dermatoloji Kliniğinin görüşü alınarak kriyoterapi planlandı. Hastanın takibinde şikâyetleri geriledi, döküntüleri kayboldu. 15 gün sonraki kontrolünde anal bölgedeki lezyonun kaybolduğu görüldü.

Sonuç: Sifiliz ve HIV ile benzer bulaş yoluna sahip bir enfeksiyondur. Hastalık dönemine göre inkübasyon dönemi, erken sifiliz (primer ve sekonder), latent sifiliz ve geç sifiliz şeklinde sınıflandırılır. Ortalama kuluçka süresi 21 gündür. Sekonder sifiliz ilk evreden 2-8 hafta sonra başlar. Bu evredeki en yaygın lezyonlar cilt döküntüleridir. Vulva, anüs, skrotum ve meme altı

gibi bölgelerde papüller, sulantılı, ağrısız, geniş gri-beyaz plaklar (kondiloma lata) görülebilir. Bu dönemde ayrıca hafif ateş, farenjit, anoreksi, kilo kaybı, alopesi, ağrısız lenfadenopatiler de izlenebilir.

HIV ve sifilizden biriyle enfekte olan bireylerin diğeri ile enfekte olmalarının kolaylaştığı bilinmektedir. Bu nedenle de HIV pozitif kişilerde sifiliz başta olmak üzere diğersinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla koenfeksiyon olabileceğı her zaman akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HIV, Sifiliz, Kondiloma

Anal bölgede kondiloma lata



Vücutta makülopapüler döküntü



PS-5. Kriptokokus Neoformans Menenjitisi Olan HIV Olgumuz

Mehmet Çabalak, Tayibe Bal, Meryem Gürler Çınkı, Sabahattin Ocak, Yusuf Önlü

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Hatay

Giriş: Bu yazıda immün yetmezlik virusu (HIV) enfeksiyonu tanısı alan kriptokokus neoformans olgusunun tanısı, takibi ve tedavisi özetlenmeye çalışılmıştır.

Olgu: Elli üç yaşında erkek hasta, dış merkezde baş ağrısı ve halsizlik nedeniyle Covid düşünülmüş. Takiplerinde şikâyetlerin de düzelme olmayan hasta Hatay MKÜ hastanesi nöroloji kliniğine sevk edilmiş. Yapılan tetkiklerinde anti-HIV testi pozitif saptanan hasta Enfeksiyon hastalıkları servisine devir alındı. Anamnezinde zaman zaman ateşleri olduğu, halsizlik, baş ağrısı ve kilo kaybının olduğu öğrenildi. HIV enfeksiyonu tanısıyla kliniğimize takip ve tedavi için yatırılan hastanın Fizik muayenesinde: Ateş: 37°C, Nabız: 74, TA: 100/60, genel durumu orta, şuuru açık ve kaşektik görünümde idi. Nörolojik muayenede ense sertliği, kerning ve brudenzy bulgusu saptanmadı. Sağ gözde pitozis ve 6. sinir paralizi tespit edildi. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Beyin BT normaldi. Beyin MR' da multiple lezyonlar tespit edildi Şekil 1. Laboratuvar tetkiklerinde; WBC: 3550 µ/L, Hemoglobin: 11,8 g/dl, PLT: 235 000 µ/L, lenfosit: 1390 µ/L idi. Biyokimyasında Glukoz: 87 mg/dl, BUN: 10 mg/dl, Kreatin: 0,74 mg/dl, SGOT: 16 U/L, SGPT: 12 U/L, tespit edildi. Hastaya lomber ponksiyon (LP) yapıldı; giemsa boyama, gram boyama, kültür, CMV PCR, HSV PCR, Tbc PCR ve Tbc kültür istenildi. Hastanın Beyin Omurilik Sıvısı (BOS)'ta 224 lökosit ve %90 lenfosit hâkimiyeti saptandı. BOS gram boyamada maya ve kültürde kriptokokus neoformans üredi Şekil 2. BOS asidorezistans boyama (ARB) ve Tbc PCR negatif saptandı. Hastanın CD4 %4 (58) ve HIV RNA: 83140 IU/ml sonuçlandı. Kriptokokus neoformans menenjitisi düşünülen hastaya liposomal amfoterisin B (4 mg/kg/gün + flukonazol 400 mg/gün) iki haftalık indüksiyon tedavisi, 8 hafta flukonazol 400 mg/gün konsolidasyon tedavisi ve sonrasında idame flukonazol 200 mg/gün tedavisi 1 yıla tamamlanması planlandı. Ayrıca Trimetoprim-Sülfometaksazol (TMP-SMX) tedavisi 1x1 başlandı. Hastada bağışıklığın yeniden yapılanmasına bağlı yangı sendromu gelişme riski nedeniyle antiretroviral tedavi 4 hafta sonra başlanması düşünüldü. Hastanın tedavisi devam etmektedir. Bu vakamız kliniğimizde takip ettiğimiz ilk kriptokokozis menenjitisi olgusudur. Sonuç olarak, Fırsatçı infeksiyonla uyumlu klinik, radyolojik ve laboratuvar bulguları olan hastalar, yaş ve öykülerine bakılmaksızın HIV

enfeksiyonu yönünden araştırılmalıdır. Bu çalışmada bu konudaki deneyimlerimizi aktarmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: HIV, Kriptokokkozis, Tedavi

PS-6. HIV ve Malignite: Unutulmaması Gereken İkili

Arda Kaya¹, Merve Mert Vahabi¹, Meltem Işıkgöz Taşbakan¹, Hüsnü Pullukçu¹, Mehmet Sezai Taşbakan², Ayşe Deniz Gökengin¹

¹Ege Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Diğer Avrupa ülkelerine kıyasla ülkemizde, HIV (human immunodeficiency virüs) ile enfekte insan sayısı hızla artmaktadır. Bu hastalarda başlıca deri, gastrointestinal, solunum sistemi olmak üzere bütün sistemlerde komplikasyonlar gelişebilmektedir. Bu nedenle erken tanı ve tedavi oldukça önemlidir. Ancak bu hastalıklar dışında da farklı malignite durumlarının olabileceği akılda tutulmalıdır. Bu yazıda uygun tedavi almakta olan ve tedaviye uyumlu hastada yeni gelişen malignite kliniği sunulmuştur. Bu olgu ile birlikte, tanı koyma aşamasında, HIV ile ilişkili komplikasyonların yanında hastaya bütüncül bir yaklaşım benimseyip diğer hastalıkları da göz önünde bulundurmamızın önemini vurgulamak amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Hastanın bilgileri hastadan onam alınarak hastane bilgi sistemi üzerinden retrospektif olarak elde edilmiştir.

Olgu/Bulgular: Altı yıl önce HIV pozitifliği saptanan altmış dokuz yaşında erkek hasta lamivudin, dolutegravir tedavisi ile kliniğimizde takip ediliyor. Özgeçmişinde 50/paket yılı sigara kullanımı dışında bilinen kronik hastalığı olmayan hasta, üç aydır olan iştahsızlık, öksürük, halsizlik ve bacaklarda güçsüzlük yakınmaları ile başvurdu. Bu süre zarfında yaklaşık dört kilo kaybı olmuş. Yakın zamanda antibiyotik kullanımı olmayan hasta ileri tetkik ve tedavisi için kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenede genel durumu iyi, bilinci açık, oryante koopere idi. Üst ekstremiteler 5/5, alt ekstremiteler motor gücü 4/5. Batın muayenesinde sağ inguinal bölgede 1,5x2cm boyutlarında lenfadenomegali saptandı. Ateşi 38,4°C, tansiyonu 118/90 mmHg, O₂ satürasyonu %97 idi. Biyokimyasal tetkiklerinde CRP 232,21 mg/L (N=0,5mg/L), lökosit 9,25 10³/μL, serum kreatinin 1,15 mg/dL, CK 7683 IU/L bulundu. Son bakılan HIV-1 RNA 52 kopya/mL, CD4 T lenfosit sayısı 455 hücre /mm³ (%29) değerlerindeydi. Bunlara ek olarak toraks bilgisayarlı tomografi (BT) ve inguinal bölge yüzeysel doku ultrasonografi ve yeni HIV RNA incelemesi yapılması ve anti HCV, toksoplazma ve brusella serolojilerine bakılması planlandı. Nöroloji birimine konsülte edildi. Hastanın toraks BT'sinde sol akciğer apekte solid kitlesel lezyon teşhis edildi. Tümör belirteçlerinde; CA19-9, AFP ve PSA normal, CA15-3 32.9 U/mL, CEA 49,2 μg/L, CA125 1237 U/mL saptandı. Elektromiyelografi

incelemede herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Hasta Göğüs Hastalıkları ve Genel Cerrahi kliniklerine konsülte edildi. Göğüs hastalıkları hekimi tarafından hastaya pozitron emisyon tomografisi (PET) ve kitleye transtorasik biyopsi yapılması planlandı. Genel cerrahi hekimi ise inguinal lenfadenomegalinin reaktif olması nedeniyle girişim planlanmadı. PET sonucunda sol akciğer apeksinde 5,2x4,9 cm boyutlu hipermetabolik kitle lezyonu saptandı. Transtorasik biyopsi ile patoloji raporu küçük hücreli dışı akciğer karsinomu ile uyumlu sonuçlandı. Hastaya Göğüs Hastalıkları tarafından radyoterapi tedavisi başlandı. Hastanın tedavisi devam etmektedir.

Tartışma: HIV pozitif olgularda fırsatçı enfeksiyonların ve AIDS ile ilişkili malignitelerin ortaya çıkabildiği iyi bilinmektedir. Ancak günümüzde, güçlü antiretroviral tedaviler sayesinde AIDS aşamasındaki hasta sayısının azalmış olması nedeniyle, AIDS tanımlayan enfeksiyon ve malignitelerden çok, toplumda sık görülen ve HIV ile doğrudan ilişkili olmayan hastalıklar giderek daha sık rastlanır hale gelmiştir. Bu bağlamda, HIV enfeksiyonu kontrol altında olsa dahi, bu tür süreçlerin söz konusu olabileceği ve hastanın öyküsü ile ayrıntılı incelemesinin oldukça önemli olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü, Akciğer kanseri, Malignite

PS-7. CMV Retinitisi ile Başvuran Yeni AIDS Olgusu: Dikkatli Bakarsan Görürsün!

Ayşe Özlem Mete¹, Tuba Okatar¹, Elif Yaşamalı¹, Gazi Bekir Özçakmakçı², Alper Mete², İlkay Karaoğlu¹

¹Gaziantep Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Gaziantep

²Gaziantep Üniversitesi, Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Gaziantep

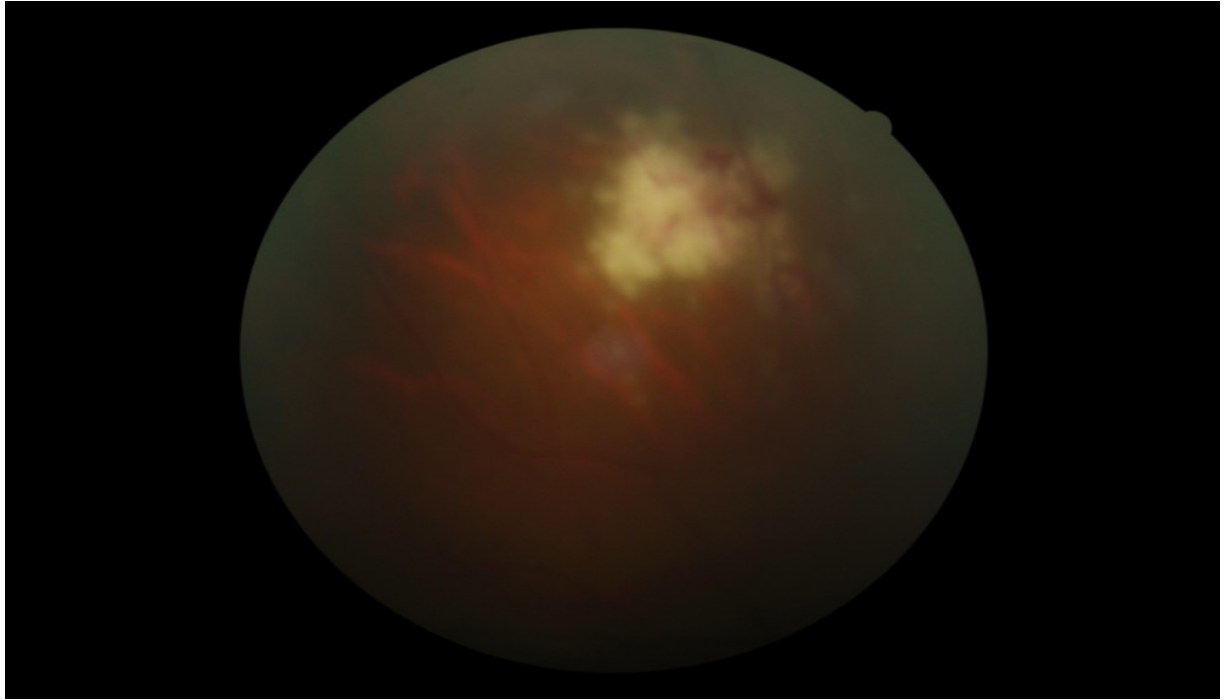
Giriş: Akkız immünyetmezlik sendromu (AIDS), insan bağışıklık yetmezliği virüsü (HIV) hastalarında, CD4+ <200 hücre/mm³ ya da CD4+ sayısından bağımsız olarak AIDS tanımlayan hastalıkların bulunmasıdır. Görme kaybıyla seyreden sitomegalovirüs (CMV) retinitisi, bronş, trakea veya akciğerlerde kandidoz, özefagial kandidoz, ekstrapulmoner kriptokokkoz, pneumocystis jiroveci pnömonisi, Kaposi sarkomu, Burkitt lenfoması AIDS tanımlayan hastalıklardan sadece birkaçıdır. CMV retinitisi (CMVR) HIV ile enfekte hastaların %20-40'ında görülmekte olup, HIV ile ilişkili körlüğün %90 nedenidir. HIV ile enfekte kişilerde tedavi edilebilir körlük nedenlerinden biridir. Tanıda gold standart dilate pupil ile indirekt fundoskopidir.

Olgu: 39 yaşında erkek hasta, şoför, evli ve 3 çocuğu var. Son 3 aydır olan sol gözde daha fazla olmakla birlikte bilateral görme kaybı şikâyeti ile göz hastalıkları polikliniğine başvurdu. Retina muayenesinde hemorajik alanlar izlenen hastada retinit tanısı konularak etiyoloji araştırılması için enfeksiyon hastalıkları polikliniğine yönlendirildi. Yapılan tetkiklerinde Anti-HIV reaktif, CMV IgM pozitif, CMV IgG pozitif saptandı. AIDS tanımlayan hastalıklardan CMVR ön tanısı ile fundoskopik muayene tekrarlandı, ek tetkikleri yapıldı. HIV RNA 965 bin copy/mL, CD4+ 70 (%19) hücre/mm³, CD8+ 177 (%48) hücre/mm³, lökosit 3540/μ, lenfosit 370/μ, hemoglobin 12 g/dL, trombosit 261 bin/μL, kreatinin 0,73 mg/dL, C- reaktif protein 1,75 mg/L, CMV PCR 57 bin copy/mL, Toxoplazma IgM negatif, Toxoplazma IgG negatif, Rubella IgM negatif, HbsAg negatif, Anti-HCV negatif, Herpes Tip 1 IgM negatif, Herpes Tip 2 IgG negatif, Brucella blokan negatif saptandı. Fundoskopik muayenede sağ gözde sarı-beyaz retinal nekroz alanları, damar arkuatları boyunca uzanan hemorajiler, minimal vitritis ve papillit, sol gözde, sağ gözdeki bulgulara ek olarak traksiyon hatları ve daha yoğun retinal nekroz alanları görüldü. Hasta CMVR tanısı ile intravenöz gansiklovir tedavisi başlanması ve antiretroviral tedavisi düzenlenmesi için enfeksiyon servisine interne edildi.

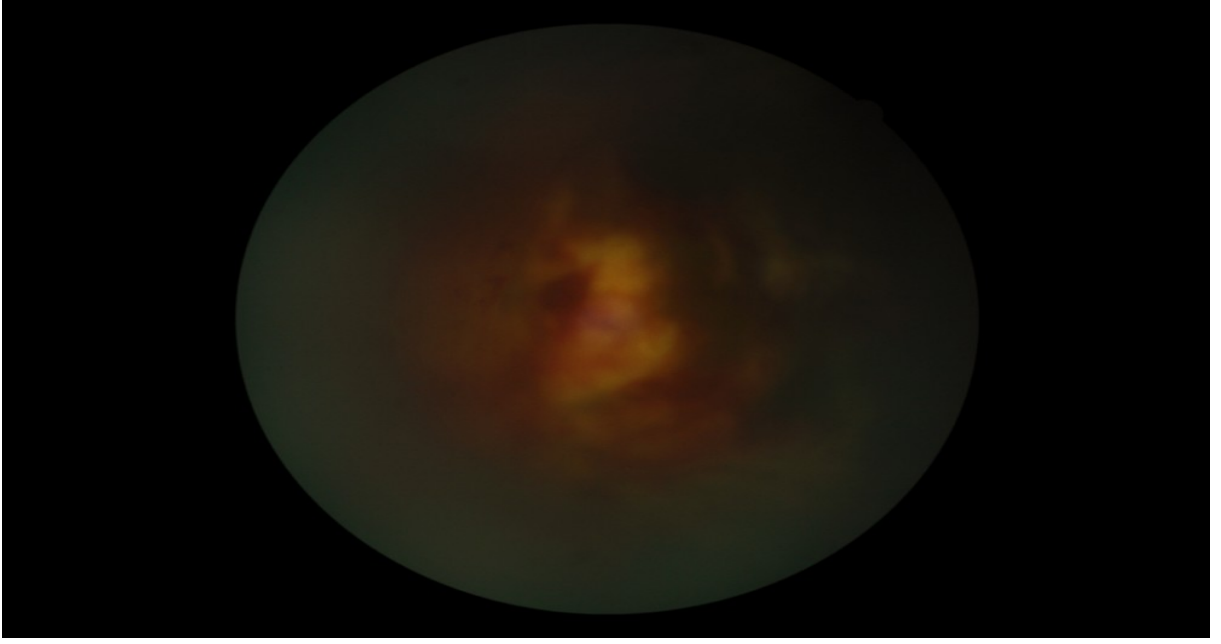
Tartışma: CMVR, HIV ile enfekte hastalarda körlüğe neden olabilen en yaygın fırsatçı oküler enfeksiyondur. Antiretroviral tedavi ile birlikte CMVR insidansı azalmıştır. Uluslararası tedavi rehberleri sistemik tedavi (oral valgansiklovir veya intravenöz gansiklovir) ile haftalık intravitreal gansiklovir enjeksiyon tedavisi önermektedir. İmmün rekonstitüsyon inflamatuvar sendromu (IRIS), HIV hastalarına başlanan antiretroviral tedavinin ilk haftalarında immün sistemin reaktivasyonu ile görülen inflamasyon artışıdır. Bazı kaynaklar IRIS gelişme ihtimali olsa da, CMV enfeksiyonuna bağlı yüksek mortalite olması nedeniyle, ART'nin zaman kaybedilmeden başlanmasını önermektedir.

Sonuç: CMV hastalığında sistemik tedavi, kontralateral gözde hastalık gelişmesini, visseral hastalığı ve mortaliteyi azaltır. CMVR rekürensini önlemek için CD4+ >100 hücre/mm³ olana kadar enjeksiyonlara devam edilmelidir. Sonuç olarak CMVR tedavisinde amaç sadece körlüğü önlemek değil, sistemik hastalık gelişme ihtimalini, mortaliteyi ve rekürensi azaltmaktır.

Anahtar Kelimeler: AIDS, CMV retinitisi, HIV



Resim 1A. Fundoskopik muayenede sarı-beyaz retinal nekroz alanları, damar arkuatları boyunca uzanan hemorajiler, minimal vitritis ve papillit görüldü.



Resim 1B. Fundoskopik muayenede, sol gözde; sağ gözdeki bulgulara ek olarak traksiyon hatları ve daha yoğun retinal nekroz alanları görüldü. Not: Sol gözde nükleer katarakt ve yoğun vitritis olduğundan dolayı fundoskopisi net görüntülenemedi.

PS-8. Olgu Sunumu: Pandemide Geç Başvuran Bir AIDS Olgusunda Pansitopeni ve Ensefalit

Özgün Özaydın, Ayşe Seza İnal, Aslıhan Candevir, Süheyla Kömür, Behice Kurtaran, Ferit Kuşçu, Yeşim Taşova

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji A B D, Balcalı, Adana

Amaç: Geç başvuran HIV olgularının morbidite ve mortalitesi yüksektir. Burada, geç evrede başvuran, pansitopeni ve ensefalit tablosuyla tanı ve tedavisi güçleşen bir HIV olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Önceden sağlıklı, 43 yaşında erkek, son iki ayda halsizlik ve nefes darlığı nedeniyle başvurduğu merkezde Anti-HIV pozitifliği saptanarak sevk edilmişti. Hasta 23 Eylül 2020’de kliniğimize yatırıldı ve anamnezinde son bir yılda 15 kg kaybettiği, bekâr olduğu, ailesiyle yaşadığı, günde 2-3 adet sigara kullandığı öğrenildi. Dış tedavisi, kan nakli öyküsü yoktu, dış merkezde 2 ünite eritrosit ve 1 ünite trombosit süspansiyonu verilmişti. Fizik muayenesinde ateşi 36,8oC, nabız 95/dk, kan basıncı 110/70 mmHg, genel durumu orta, kaşektik, bilinç açık, oryante ve koopere baş boyun, oral mukoza doğaldı lenfadenopati saptanmadı, nörolojik muayene ve sistemler doğaldı. Hematolojik tetkiklerinde BK 4600/mm³, hemoglobin 8,9 g/dL, platelet 10.000/mm³, periferik yaymada nadir şistosit saptandı, atipik hücre görülmedi. HIV RNA 160.000 kopya/mL, CD4 187/mm³, CD8 1295/mm³, CD4/CD8 oranı 0,14 idi. Nöroloji konsültasyonunda baş ağrısı haricinde problem yoktu. Hastaya tenofovir-emtrisitabin 1x1 ve dolutegravir 1x1 mg başlandı. Üçüncü günde ayağa kalktığına bilinç değişikliği, oriyantasyon bozukluğu ve hipotansiyon gelişti. Serebral difüzyon MR’da sağ frontalde nonspesifik milimetrik lezyon bildirildi. Ertesi gün ishal, anlamsız konuşma, apati gelişti. BBT normaldi, EEG’de yavaş aktiviteden oluşan zemin ritmi düzensizliği, sağ frontotemporal alanda destrüktif lezyon, sol temporosantral alanda keskin dalga deşarjı raporlandı. Torakoabdominopelvik BT’de aksillada bilateral en büyüğü 2 cm birkaç adet lenfadenomegali, perihepatik, perisplenik, paraaortik ve mezenterik 10 mm çapında lenfadenomegaliler saptandı. Ajitasyon nedeniyle Psikiyatri konsültasyonu ile deliriuma yönelik haloperidol, ketiapin başlandı. İkter saptanan hastada bilirubinler total 4,9 mg/dL, direkt 0,88 mg/dL, ALT 88 IU/mL, AST 86IU/mL, ALP 86 IU/mL, GGT 119 IU/mL, batın ultrasonografisi normaldi. CMV ensefaliti ön tanısıyla tedaviye gansiklovir eklendi. Kemik iliği (Kİ) biyopsisi normosellüler, Kİ Leishmania PCR negatifti. CMVPCR <42kopya/ml idi, klinik iyileşme olmayınca 13. günde lipozomal

amfoterisin B (LAMB) 3mg/kg başlandı, ertesi gün hastanın bilinci açıldı. İmmün trombositopeni düşünülerek metilprednizolon 1mg/kg başlandı, hematolojik testler üç günde normale döndü. BOS incelemesinde biyokimyasal değerler normal, BOS HIV RNA 185 kopya/mL bulundu. BOS sitolojisinde kan hücreleri saptandı. ART'sinin 16. gününde genel durumu iyi, bilinci açık, CD4 399/mm³, CD8 583/mm³, CD4/CD8 oranı 0,68 bulundu. Tedavisinde gansiklovir 21, LAMB toplam 24 güne tamamlanan hasta, metilprednizolon dozu azaltılarak kesilecek şekilde taburcu edildi.

Sonuç ve Öneriler: HIV/AIDS olgularında, hematolojik ve nörolojik bozuklukların etiyolojik yelpazesi çok geniş olup, HIV'e bağlı ensefalit ve Kİ supresyonu görülebilmektedir. Pandemi sırasında geç başvuru dışında, özellikle trombositopeni tanısı işlemleri geciktirmiştir. ART ve fırsatçı enfeksiyon tedavisi başarı sağlamıştır.

Anahtar Kelimeler: HIV/AIDS, Pansitopeni, Ensefalit, Trombositopeni

Laboratuvar Tablosu

TARİH	Lökosit /mm ³	Hb (g/dl)	Plt /mm ³	HIVRNA (kopya/ml)	CD4 (/mm ³)	KLİNİK BİLGİ
23.09.2020	4600	8,9	10.000	160.000	187	Kliniğimize yatış
25.09.2020	5100	8,4	12.000			ART başlandı
14.10.2020	6400	9,7	164.000			LAMB 5. gün, steroid 3. gün
26.10.2020	5700	9,3	245.000	185	399	Taburcu
06.09.2021	5600	13,5	288.000	308	513	Poliklinikte kontrol

PANDEMİDE GEÇ BAŞVURAN BİR AIDS OLGUSUNDA PANSİTOPENİ VE ENSEFALİT

PS-9. İmmün Trombositopeni ile Prezente Olan Bir Yeni Tanı Akut Retroviral Sendrom (ARS) Olgusu

Gökhan Arslan, Beyza Çıfci, Yeşim Yıldız, Pınar Aysert Yıldız

Gazi Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

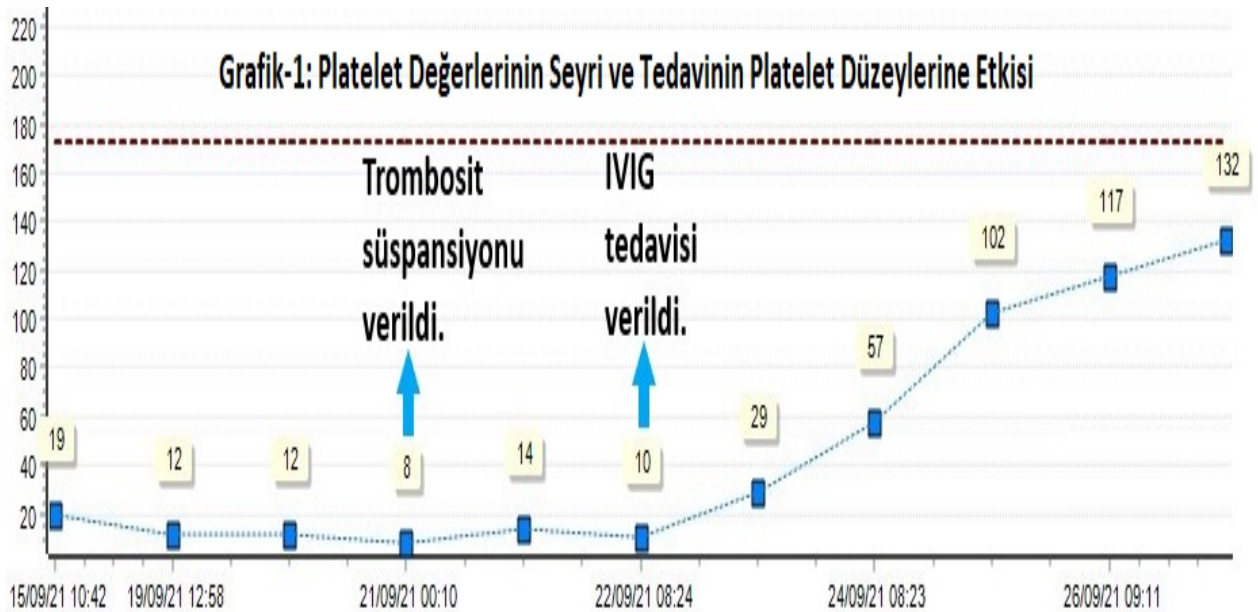
Giriş: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonunun; akut HIV enfeksiyonu/akut retroviral sendrom (ARS), kronik HIV enfeksiyonu ve edinilmiş immün yetmezlik sendromu (AIDS) olmak üzere 3 evresi bulunmaktadır. HIV ile enfekte olduktan sonraki inkübasyon dönemi ve devamındaki erken semptomatik dönemden oluşan ilk 6 aylık zaman dilimi ARS olarak isimlendirilmektedir. Erken semptomatik dönemde hastalar ateş, halsizlik, iştahsızlık, terleme, kilo kaybı gibi konstitusyonel semptomlarla başvurmakta ve hastalarda gastrointestinal sistem bulguları, nörolojik bulgular, cilt bulguları ve hematolojik bozukluklar (anemi, lökopeni, trombositopeni) gibi nonspesifik bulgular görülebilmektedir. Biz ARS ile yeni tanı HIV ile enfekte bir olgumuzda gelişen HIV ilişkili immün trombositopeniyi etyolojik faktörleri, tanı ve tedavi süreçleriyle sunmayı amaçladık.

Olgu: Hastamız 55 yaşında bir kadın olup yakın zamanda tanı aldığı bir hastalık veya kullanmaya başladığı bir ilaç öyküsü bulunmamaktadır. 1 aydır süren halsizlik, iştahsızlık, boğaz ağrısı ve kilo kaybı şikâyetleriyle başvuran hastanın fizik muayenesinde sağ uyluk dış yüzünde 1-2 ekimotik alan ile sağ inguinal ve sağ servikal lenfadenopati dışında patolojik bulgu saptanmamıştır. Hastanın tanı anında yapılan laboratuvar tetkiklerinde; HIV RNA PCR:949870 IU/ml, CD4:537, CD8:1723, Hb:11,9 g/dl, Wbc:7200, Neu:3500, Plt:19000 saptanması üzerine, trombositopeni etyolojisi araştırılmak amacıyla servisimize yatışı yapılmıştır. ARS olarak değerlendirilen hastaya antiretroviral tedavi (emtrisitabin+tenofovir alafenamid+biktegravir) başlanmıştır. Hastanın periferik yayması incelenerek platelet sayısının laboratuvar ile uyumlu olduğu görülmüş, olası hematolojik nedenler ve psödotrombositopeni ekarte edilmiştir. Trombositopeni etiyolojisine ve koenfeksiyonlara yönelik istenen serolojik tetkikler sonucunda immünolojik sürece bağlı çapraz reaksiyonlarla ilişkili yalancı pozitiflikler saptanmış, trombositopeninin olası enfeksiyöz nedenleri ekarte edilmiştir (Tablo-1). Hastanın takipte trombositopenisinin derinleşmesi üzerine aferez trombosit süspansiyonu replasmanı yapılmış ancak replasman ile trombosit değerlerinde yükselme olmamıştır. Diğer nedenler dışlandıktan sonra immün trombositopeni düşünülen hastaya tek doz 60gr (1gr/kg) IVIG

tedavisi uygulanmıştır. IVIG tedavisi ile yanıt alınan hastanın izleminde trombosit düzeyleri normal seviyeye yükselmiştir (Grafik-1).

Tartışma: HIV ile enfekte hastaların yaklaşık %10-50'sinde enfeksiyonun ilk klinik belirtilerinden biri olarak trombositopeni gözlenebilmektedir. HIV ilişkili trombositopenide hastalığın evresine göre farklı mekanizmalar gösterilmiştir. ARS (Erken HIV enfeksiyonu) döneminde immün mekanizma ile oluşan immüno kompleksler, anti-platelet antikor ve anti-HIV antikorları ile platelet membranının çapraz reaksiyona girmesi sonucu gerçekleşen periferik yıkıma bağlı trombositopeni gözlenirken AIDS döneminde inefektif hematopoeze bağlı olarak trombositopeni gözlenebilmektedir. İmmün trombositopeni tanısı diğer trombositopeni nedenlerinin dışlanmasıyla konulmakta ve süreç genellikle immünsupresif tedavi, IVIG tedavisi gibi medikal tedaviler ile yönetilebilirken nadiren splenektomi de gerekebilmektedir. ARS ile tanı alan HIV ile enfekte hastalarda görülen trombositopeni etyolojisinde immün trombositopeni akılda bulundurulmalı ve tedavi yaklaşımlarından birinin IVIG uygulaması olduğu bilinmelidir.

Anahtar Kelimeler: akut retroviral sendrom, IVIG, immün trombositopeni



Grafik-1. Platelet değerlerinin seyri ve tedavinin platelet düzeylerine etkisi

Tablo 1. Trombositopeni etyolojisine ve koenfeksiyonlara yönelik istenen serolojik tetkikler

Tablo-1: Trombositopeni Etiyolojisine ve Koenfeksiyonlara Yönelik İstenen Serolojik Tetkikler	
HSV-I IgG	POZİTİF
HSV-I IgM	NEGATİF
HSV-II IgG	POZİTİF
HSV-II IgM	NEGATİF
Kabakulak IgG	POZİTİF
Kabakulak IgM*	POZİTİF
VZV IgG	POZİTİF
VZV IgM*	POZİTİF
Anti-CMV IgG	POZİTİF
Anti-CMV IgM	NEGATİF
CMV Virus Yüğü	NEGATİF
HBsAg	NEGATİF
HBV DNA	NEGATİF
RPR-VDRL	NEGATİF
Anti-HCV	NEGATİF
HCV RNA	NEGATİF
Anti-Rubella IgG	POZİTİF
Anti-Rubella IgM	NEGATİF
Anti-Toksoplazma IgG	NEGATİF
Anti-Toksoplazma IgM	NEGATİF
Brucella tüp agglütinasyonu	NEGATİF
EBV EBNA IgG	POZİTİF
EBV VCA IgG	POZİTİF
EBV VCA IgM	NEGATİF
EBV Zebra IgM	NEGATİF
Parvovirus B-19 IgG	POZİTİF
Parvovirus B-19 IgM	NEGATİF

PS-10. OLGU: HIV İlişkili Nörokognitif Bozukluk

Merve Sancıoğlu Demir, Süheyla Kömür, Ferit Kuşcu, Ayşe Seza İnal, Ashhan Candevir, Yeşim Taşova

Çukurova Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Adana

Giriş: HIV ile yaşayan bireylerin %10-20'sinde nörolojik bozukluklar bildirilmiş olup otopsi serilerinde bu oran %90'ları bulmaktadır. Etkin antiretroviral tedavi ile çeşitli komplikasyonlarda azalma görülse de nörolojik komplikasyonlar günümüzde sorun olmaya devam etmektedir. Hastanın immün durumundan bağımsız olarak nörolojik sistem etkilenebilmektedir. Nörolojik bulgular direkt HIV enfeksiyonunun etkisi, fırsatçı enfeksiyonlar, otoimmün olaylar veya kullanılan ilaçların toksisitesi ile ilişkili olabilmektedir. HIV ilişkili nörokognitif bozukluk asemptomatik, hafif veya ağır formda olabilen, tanıda güçlüklerin olduğu bir durumdur. Bu yazıda kliniğimizde HIV enfeksiyonuna bağlı nörokognitif bozuklukla başvuran ve antiretroviral tedavi ile iyileşme gözlenen hastanın irdelenmesi amaçlanmıştır.

Olgu: Altmış üç yaşında kadın hasta, son 1 yıldır halsizlik, kilo kaybı olması ve pansitopeni nedeniyle hematoloji kliniğinde araştırılırken HIV enfeksiyonu tespit edilmesi üzerine takibimize alındı. Bilinen sistemik hastalığı ve kullandığı ilacı yoktu. Hasta ev hanımıydı ve Adana'da yaşıyordu. Tanı anında bilinci letarjikti, mukoziti mevcuttu, ense sertliği negatifti. CD4 sayısı 88/mm³ (%11) ve HIV RNA 13.000.000 cp/ml olarak saptandı. Tam kan sayımında pansitopenisi mevcuttu. Böbrek fonksiyon testleri normal, AST/ALT: 96/49 U/L, elektrolitleri normaldi. VDRL/TPHA, Quantiferon testleri negatifti. Hastaya DTG + TDF/FTC tedavisi ile TMP/SMX profilaksisi başlandı. Lomber ponksiyon yapıldı, direk bakısında hücre yok, BOS biyokimyası normal, BOS HIV RNA 2800 cp/ml, BOS VDRL negatif, BOS TBC PCR negatif olarak saptandı. Beyin MR'da hafif kortikal santral ve serebellar atrofi bulguları ile beraber periventriküler kronik iskemik değişiklikler tespit edildi. EEG çekildi, diffüz zemin ritmi düzensizliği ve burst supresyon paternleri izlendi. Nörolojik bulgular ön planda HIV ensefalopatisi olarak değerlendirilip antiretroviral tedavi ile takibe devam edildi. Hastanede yatışı sırasında bilinci letarjik devam eden ve oral alımı iyice bozulan hastaya perkütan endoskopik gastrotomi (PEG) açıldı. Bu süreçte hasta mukozit, aspirasyon pnömonisi ve idrar yolu enfeksiyonu için meropenem, tigesiklin ve anidulafungin tedavileri aldı. Genel durumu toparlayan hasta evde bakım hastası olarak taburcu edildi. 10 gün sonraki poliklinik kontrolü

sırasında hastanın PEG yerinde akıntısı olması üzerine tekrardan yatış verildi. Antiretroviral tedavinin 40.gününde hastanın nörolojik muayenesinde bilinci açık ve kooperasyonu tamdı. Kontrol CD4 sayısı 102/mm³ (%14,6), HIV RNA 23500 cp/ml olarak tespit edildi. Ağızdan beslenmesi için bir problemi kalmayan hastanın PEG'i çıkarıldı. Hastanın izlemi devam etmektedir.

Sonuç: HIV hem santral, hem periferik sinir sistemini tutup her türlü nörolojik hastalığı taklit edebilir. Hastalar kliniğe baş ağrısı, görme bozuklukları, parezi, ataksi, hızlı ilerleyen demans ve nöropati gibi çok çeşitli tablolarla başvurabilir. Hastaların yaklaşık %10'unda nörolojik tutulum ilk bulgu olabilir. Etiyolojisi aydınlatılamamış nörokognitif bozukluk durumunda ayırıcı tanıda HIV enfeksiyonu mutlaka akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: HIV, Nörokognitif bozukluk, tanı

PS-11. HIV Enfeksiyonu Tanısının Gecikmesinde Pandemi Döneminin Etkisi

Ömer Faruk Yardımcı, Aslıhan Candevir, Süheyla Kömür, Ferit Kuşcu, Behice Kurtaran, Ayşe Seza İnal, Yeşim Taşova

Çukurova Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Adana

Giriş: COVID pandemisi hayatın her alanını etkileyip, değiştirdiği gibi insanların hastanelere, hastalıklara veya tedaviye karşı olan yaklaşımlarını da değiştirmiştir. Pandemiden önce en ufak bir rahatsızlıkta bile hastanelere çekinmeden başvuran insanlar bu dönemde başvuru yapmadan önce iki kere düşünmeye başlamışlardır. Bunun bir örneği de olgumuza konu olan geç tanı ve tedavi alan hastamızdır.

Olgu: Bilinen astım tanılı 49 yaşında erkek hasta. Ocak 2021 tarihinde nefes darlığı, kuru öksürük, iştahsızlık, kilo kaybı nedeniyle dış merkeze başvurmuş. Yapılan COVID PCR testi negatif gelmiş ancak COVID pnömonisi dışlanamadığı için COVID servis yatışı yapılmış. Covid pnömonisi, bakteriyel pnömoni, Pnömosistis carinii pnömonisi (PCP) Ön tanıları ile 6 gün yoğun bakımda takip edilmiş ve Piperasilin-tazobactam, Moksifloksasin, Favipravir ve DMAH tedavileri başlanmıştır. Yapılan tetkiklerinde anti-HIV pozitifliği saptanması üzerine hasta tarafımıza yönlendirilmiş. Hasta geldiğinde nefes darlığı, yutma güçlüğü, mukozit, tat kaybı vardı. 4 ayda 25 kg kaybı olan hastanın kardeşi akciğer tüberkülozu nedeniyle tedavi görmekteydi. Serviste takibe alınan hastanın CD4 sayısı 14 (%2), HIV RNA'sı 2339000 kopya/mL olarak tespit edildi. HIV enfeksiyonu için Elvitegravir/Kobisistat/Emtrisitabin/Tenofovir kombinasyon antiretroviral tedavisi başlandı. BT'si atipik pnömoni ile uyumlu olan hastaya ampirik Tigesiklin tedavisi başlandı. İdrar, balgam örneğinden 3 gün üst üste ARB direkt bakısı, tüberküloz kültürü gönderildi. Örneklerde ARB görülmedi, tüberküloz kültürlerinde üremesi olmadı. PPD testi anerjik olarak geldi. Kontrol toraks BT'si PCP ile uyumlu olarak raporlandı. Hastanın Tigesiklin tedavisi 6.gününde bulantı-kusması olması nedeniyle kesildi. PCP nedeniyle Prednol, Trimetoprim-sulfametaksazol tedavisi başlandı. İshal şikâyeti olan, CMV PCR 3160 kopya/mL olarak gelen hastaya, CMV koliti açısından yapılan kolonoskopi ve biyopside patolojik bir bulgu gözlenmedi. Tedavisi tamamlanan, ek semptom ve bulgusu olmayan hasta, poliklinik kontrolleri ile izlenmek üzere taburcu edildi. Mart 2021'de kontrolde CMV PCR 4040 kopya/mL olarak geldi. İnguinal bölgede cilt lezyonu olması üzerine, hastaya Valasiklovir tedavisi başlandı. Elvitegravir/Kobisistat/Emtrisitabin/Tenofovir ile Valasiklovir ilaç etkileşimi

olduğu için HIV tedavisi olarak Tenofovir/Emtrisitabin/Dolutegravir tedavisine geçildi. Temmuz 2021’de yan ağrısı, idrar yapmada güçlük, çift görme şikâyetleriyle tekrar servisimize yatırılı yapıldı. Kontrol CD4 sayısı 336(%16), HIV RNA 232 kopya/mL, CMV PCR <42 kopya/mL olarak geldi. Üriner USG de sağ hidronefroz saptandı. Batın BT’de sağ renal kitle, kolona invazyon tespit edildi. Serebral görüntülemelerde ise sağ optik nörit, sağ orbital selülit bulgularına rastlandı. Hastaya çekilen PET/CT sonucunda beyinde metastazla uyumlu multiple lezyonlar, sağ juguler ve mediastinal kompartmanlarda metastaz ile uyumlu lezyonlar, tüm iskelet sisteminde malignite ile uyumlu lezyonlar, sol testis düzeyinde şüpheli tutulum tespit edildi. Patolojiye gönderilen örnekler sonucunda hastaya Diffüz Büyük B Hücreli lenfoma tanısı konuldu. Servisimizde takip edilmekteyken Meropenem tedavisi altında yeni gelişen solunum sıkıntısı, sıvı resüsitasyonuna dirençli hipotansiyonu, genel durum bozukluğu olan hasta; yoğun bakıma devredildi, aynı gün exitus oldu.

Sonuç: Erken tanı ve tedavinin oldukça önemli olduğu bu hasta grubunda COVID pandemisinin en büyük etkilerinden birisi hastaların geç tanı almasıdır. Özellikle ileri dönem vakalarda artan komorbiditeler, AIDS dışı olaylar ve sekonder maligniteler açısından COVID pandemisinde hastaların semptom ve bulgularının atlanmaması, tetkikten kaçınılmaması önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: AIDS, COVID, Geç tanı, HIV

PS-12. İlaç-İlaç Etkileşimi Gösteren İleri Evre HIV Enfeksiyonu Olgusu

Mesut Batur, Serhat Uysal, Şafak Özer Balin, Ayşe Sağmak Tartar, Kutbeddin Demirdağ, Ayhan Akbulut

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Elazığ

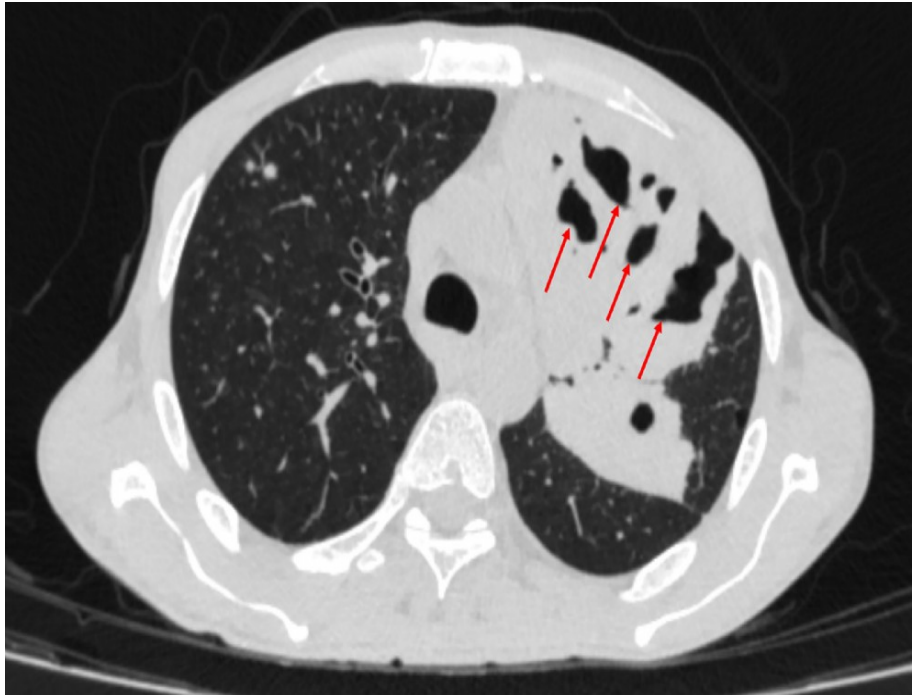
Giriş: HIV pozitif bireyler doğru tedaviyle yaşamlarını sağlıklı olarak sürdürebilmektedirler. Ülkemizde ve dünyada vaka sayıları artmasına rağmen yeni tedavi seçenekleriyle ölüm oranları azalmaktadır. Ancak tedavi uyumsuzluğu ve yanlış tedavi stratejileri hastalarda olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Burada bir olgu sunumu ile tedaviye uyum ve ilaç-ilaç etkileşiminin önemine dikkat çekilmiştir.

Olgu Sunumu: Bilinen kronik hastalığı olmayan 44 yaşında erkek hasta, 9 yıl önce eşine gebelik döneminde bakılan Anti-HIV testi pozitif gelmesi üzerine kendine de test yapılmış ve pozitif sonuçlanmış. Tedavi önerilmiş ancak hasta tedaviyi reddetmiş. Bize başvurusundan 3 ay önce dış merkeze öksürük, kanlı balgam şikâyeti ile başvurmuş. Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol akciğer (AC) üst lob anterior ve posteriorda kavitasyon gösteren, konsolidasyon alanları tespit edilmiş (Primer tümör?, tüberküloz(Tbc)?, apse?). Balgamda aside dirençli bakteri (ARB) ve tüberkülin deri testi negatif sonuçlanmış. Biyopsi yapılmış, malign hücrelere rastlanmamış. Biktegravir, emtrisitabin, tenofovir alafenamid (TAF), izoniazid, rifampisin, pirazinamid, etambutol tedavileri başlanmış. İlaçları düzensiz kullanan hasta benzer şikâyetlerle tarafımıza başvurdu. Ateş:38.3°C, nabız: 94/dk, bilinç açık, uykuya meyilli, koopere, oryanteydi. Deri turgor ve tonus azalmıştı. Orofarinkste kandidal plaklar görüldü, AC’de dinlemekle ince raller duyuldu. Laboratuvarında anormal saptanan bulgular WBC:9800/mm³, hemoglobin:8.5gr/dL, trombosit:138.000/mm³, üre:116 mg/dL, kreatinin:2.08 mg/dL, sodyum:128, C-reaktif protein:153 mg/L, PCT:2.6 mg/dL, HBsAg ve AntiHBs: negatif, AntiHBc IGG: pozitif, HBV-DNA: negatif, VDRL-RPR: pozitif, TPHA:1/320, HIV-RNA: 924.567 IU/mL, CD4:11 hücre/µL olarak saptandı. Mevcut HIV tedavisi stoplanıp, dolutegravir 2x1, tenofovir disoproksil fumarat, emtrisitabin ve piperasilin+tazobaktam, trimetoprim/sulfometoksazol, flukonazol ve azitromisin Tbc tedavisine eklendi. Çekilen toraks BT’de sol akciğer üst lobda kavitasyonlar bulunduran kitlesel görünüm, kitle çevresinde ve bilateral akciğerlerde multiple sayıda pulmoner nodüller (metastaz?), bilateral aksiller bölgede multiple lenf nodu izlendi (Resim 1). Patoloji sonucunda

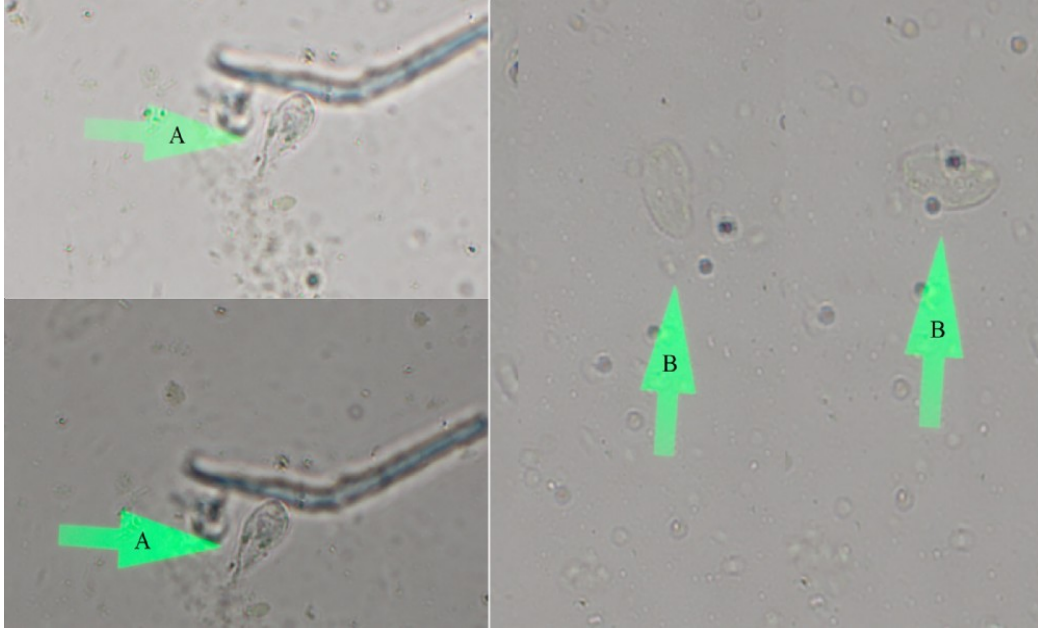
malignite ve Tbc lehine bulguya rastlanmadı, apse lehine değerlendirildi. Tedaviye linezolid +metronidazol eklendi. Balgam kültürü ve kan kültüründe Burkholderia cepacia ve Ralstonia pickettii üredi. Kanlı ishal şikâyeti olan hastanın dışkı direkt mikroskopik incelenmesinde giardia trofozoitleri ve kistleri görüldü (Resim 2). Sifiliz açısından penisilin G tedavisi başlandı. Dış merkezde 2, hastanemizde de 3 kez balgamda ARB negatifliği saptanması ve patoloji sonucunda Tbc lehine bulgu olmaması nedeniyle antitüberküloz tedavi stoplandı. Şuan tedavinin 21.gününde olan hastanın klinik ve laboratuvar bulguları, tedavinin 2. gününden itibaren kademeli bir şekilde düzeldi.

Tartışma: HIV ile enfekte hastalarda ART seçimi her yönüyle değerlendirilmelidir. Biktegravir, TAF ve rifampisin birlikte kullanımı biktegravir ve TAF plazma düzeylerini düşürebilir, kontrendikedir. ART seçiminde direnç, tedavi öncesi HIV-RNA ve CD4 düzeyi, yan etki, komorbiditeler, hastanın tercih ve uyum potansiyeli, kullanım kolaylığı gibi durumlar kadar ilaç-ilaç etkileşimleri de önemlidir ve göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İlaç-ilaç etkileşimi, tedavi uyumu, biktegravir, tüberküloz



Resim 1. Toraks BT’de kavitasyon gösteren apse ve infiltrasyonlar



Resim 2. Dışkı direkt mikroskopisinde (A) giardia trofozoiti, (B) giardia kisti

PS-13. HIV Enfeksiyonu ile Takipli Bir Hastada CMV Özefajiti

Selim Genç, Ongun Yeniçeri, Süheyla Kömür, Yeşim Taşova, Aslıhan Candevir, Ayşe Seza İnal, Ferit Kuşçu, Behice Kurtaran

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Adana

Giriş: HIV enfeksiyonu olan hastaların en sık hastaneye başvuru nedenleri fırsatçı enfeksiyonlar ve buna bağlı semptomlardır. Bu hastalarda fırsatçı enfeksiyon olarak CMV enfeksiyonu ile sık sık karşılaşmaktayız. İmmün yetmezlik gelişmiş HIV enfekte hastalarda yaygın ve lokalize end organ hastalığına neden olabilir. Bu olgumuzda CMV özefajiti ve CMV koliti tanısı koyduğumuz bir hastamızı ele aldık.

Olgu: 26 yaşında erkek hasta. Medeni durumu evli. Mesleği tır şoförlüğü. Temmuz 2021’de son 8 gündür artan öksürük, ateş, balgam ve son 4 ayda 16 kg kilo kaybı olan hasta tarafımıza başvurduktan sonra HIV+ tanısı aldı ve PCP ön planda düşünülerek hastanın tedavisi verildi. İlk başvurudaki CD4 sayısı 32 olan hastaya dolutegravir, emtrisitabin-TDF tedavisi başlandı. Hasta Ağustos 2021’de özellikle yemek yerken artan retrosternal bölgede ağrısı olması ve günde 3 defa olan kanlı ishali olması sebebiyle polikliniğimize başvurdu. CMV-PCR 5550 cp/ml olan hastada CMV özefajiti ve CMV koliti ön planda düşünülerek hastanın servisimize yatırması yapıldı. 67 kg olan hastaya 2x350 mg gansiklovir tedavisi başlandı. Takiplerinde hastanın genel durumu iyi ve vitalleri stabil olarak seyretti. CMV PCR 1 266 cp/ml ye geriledi. Takiplerinde biyokimyasal değerlerinde bir anormallik saptanmadı. Retrosternal bölgedeki ağrısı geçti ve kanlı ishali düzeldi. Hasta IV gansiklovir i 15 gün aldıktan sonra ayaktan takip edilmek üzere valgansiklovir 2x900 mg tedavisi ile taburcu edildi. Poliklinik takiplerinde en son bakılan CMV-PCR 1 <42 cp/ml olarak ölçüldü. Tedavisi devam ediyor.

Tartışma: HIV hastalarında CMV virüsünün neden olduğu end organ hastalığı; ileri derece immün yetmezliği olan, CD4 T lenfosit sayısı 50 nin altında olan ART kullanmayan bireylerde gelişir. CMV end organ hastalığı en sık retinit şeklinde görülür. Kolit hastaların %5-10 unda görülür. Özefajit hastaların daha az bir kısmında görülür. Bunun dışında CMV pnömonisi, CMV nin nörolojik tutulumları, demans, ventriküloensefalit ve poliradikülomyelit oldukça nadir görülür. CMV ye bağlı end organ hastalığından en iyi korunma ART kullanımı ile CD4 T lenfosit sayısının 100’ün üstünde tutulmasıdır. Yeni tanı alan yada ART tedavisini düzenli kullanmayan tedavi uyumsuz hastalarda tüm fırsatçı enfeksiyonlarda artış olduğu gibi CMV

enfeksiyonunda da artış görülmekte. İleri derece immün yetmezliği olan CD4 T lenfosit sayısının düşük olduğu hastalarda kilo kaybı, karın ağrısı ishal gibi gastrointestinal semptom varlığında CMV koliti, CMV  zefajiti mutlaka akla gelmeli ve gerekli tetkikler hızla yapıldıktan sonra ART nin yanında uygun tedavi uygulanmalıdır. Bu olguda sunduğumuz hastada olduğu gibi şüphelenilen CMV koliti ve  zefajitine yönelik uygun tanı ve tedavi sonrası hastalarda dramatik iyileşme görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: CMV  zefajiti, CMV koliti, HIV

PS-14. Kriptokok Fungemisi ile Tanı Alan AIDS Olgusu

Döndü Çelik¹, Mustafa Yüksel¹, Adem Köse¹, Sibel Altunışık Toplu¹, Yücel Duman², Yasemin Ersoy¹

¹İnönü Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Malatya

²İnönü Üniversitesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Malatya

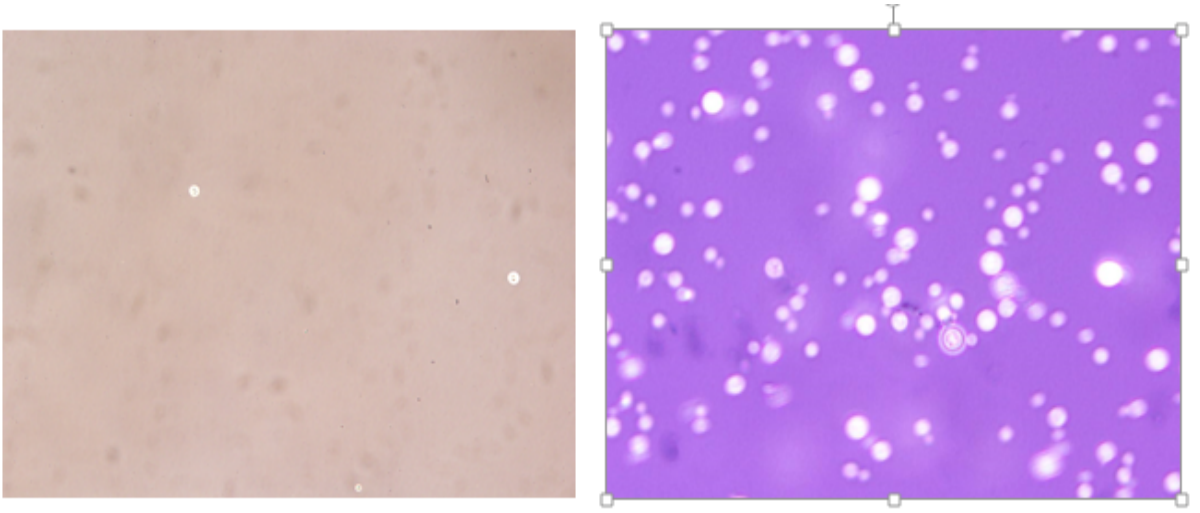
Giriş: Cryptococcus neoformans başta AIDS olmak üzere, malignite ve organ nakli gibi immün sistemi baskılanmış kişilerde görülebilmektedir. Genellikle santral sinir sistemi ve akciğerlerde bu enfeksiyon görülmekte olup, dissemine hastalık tablosuyla da karşımıza çıkabilir. Bu olgumuzda dissemine kriptokokoz ile HIV enfeksiyonu birlikteliğine dikkat çekmeyi amaçladık.

Olgu: Elli bir yaşında, bilinen kronik bir rahatsızlığı olmayan erkek hastanın, dış merkez acile 1 haftadır olan baş ağrısı, bulantı, kusma, bilinç bulanıklığı ile başvurduğu öğrenildi. Lomber ponksiyon yapıldığı, menenjit ile uyumlu bulunmadığı, ileri tetkik için üniversitemize sevk edildiği bildirildi. Hastanın akciğer tomografisinde her iki akciğerde yaygın bazıları kaviter, bazıları subplevral ağırlıklı buzlu cam dansitesinde fokal alanlar izlendi ve bu görünümeler öncelikle atipik (COVID-19 dâhil) pnömoni lehine değerlendirildi. İki kez tekrarlanan COVID-19 PZR testi negatif olarak sonuçlandı. Hasta yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Hastanın son 14 yıldır her gün alkol tüketimi öyküsü mevcuttu. Hastaya Wernicke ensefalopatisi düşünülerek diazepam ve tiamin tedavisi başlandı. Mevcut tedavi ile hastanın bilinç durumu kısmi düzeldi. Hastanın alınan kan kültüründe Cryptococcus neoformans üremesi nedeni ile bakılan anti-HIV testi pozitif olarak sonuçlandı. Hastaya lomber ponksiyon tekrar yapıldı. BOS glikoz:25 mg/dl BOS klor:118 mmol/L BOS protein:93.2 mg/dl olarak sonuçlandı. Hücre sayımında 70 lökosit görüldü, çini mürekkebi ile kapsüllü mayalar görüldü (Resim 1). Hastaya Kriptokok menenjiti tanısı ile liposomal Amfoterisin B 1x4 mg/kg ve flukanazol 1x800 mg başlandı. Beyin MR “Frontoparyetal kortekste tanımlanan şüpheli diffüzyon kısıtlanması gösteren alanlarda griform tarzda, sulkal yüzeylerde FLAIR sekansda parlamalar izlendi. Mevcut görünüm erken dönem viral ensefalit gibi durumlarda sulkal ekstredaya bağlı olabilir.” şeklinde yorumlandı. BOS mantar kültüründe Cryptococcus neoformans üredi. BOS aseptik menenjit etkenleri PZR, HSV PZR negatif olarak sonuçlandı. Psikiyatrinin önerisi ile başlanan diazepam tedavisine devam edildi. Hastanın mevcut tedavi altında bilinç durumu düzeldi. HIV doğrulama testi pozitif gelen hastanın HIV RNA: 12 milyon 972 bin kopya/ml CD4: 70.2 CD4/CD8:0.092 olarak sonuçlandı. Hastaya trimetoprim-sulfametoksazol profilaksisi başlandı. Diazepam tedavisi azaltılarak

kesildi. İmmün rekonstitüsyon inflamatuvar sendromu (IRIS) riskinden dolayı antifungal tedavinin 41.gününde antiretroviral tedavi (Biktegravir sodyum+emtrisitabin+tenofovir alafenamid fumarat) başlandı. Hasta 56 gün amfoterisin B ve flukanazol tedavisi sonrası trimetoprim-sulfametoksazol, flukanazol, ART ile taburcu edildi.

Sonuç: Olgumuz kan kültüründe *Cryptococcus neoformans* üremesi üzerine Kriptokok menenjit ve AIDS tanısı aldı. Fırsatçı enfeksiyonların AIDS hastalarında farklı klinik seyirlerle karşımıza çıkabileceği akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: AIDS, Skriptokok, fungemi



Boyasız direkt mikroskopi (soldaki), çini mürekkebi (sağdaki) ile kapsüllü mayalar

PS-15. HIV Tanısı Alan Hastalarda Antiretroviral Tedavi Başlangıcında Kemik Mineral Yoğunluğu (KMY-DEXA) Ölçümleri

Yakup Gezer, Döndü Çelik, Mehmet Özden, Yaşar Bayındır, Yasemin Ersoy, Funda Memişoğlu, Sibel Altunışık Toplu, Adem Köse

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Malatya

Giriş-Amaç: HIV hasta grubunda kullanılan antiretroviral tedavi (ART) rejimlerinden bazıları osteoporoz riskini artırmaktadır. Kemik mineral yoğunluğu (KMY-DEXA) ölçümleri, genellikle postmenapozal kadınlarda ve ileri yaş erkeklerde osteoporoz riski arttığından bu gruplarda taranması önerilir. HIV hasta grubunda tedavi başlangıcında KMY-DEXA taranmasıyla, osteoporoz oranının saptanması ve uygun tedavi rejiminin seçilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 2015-2021 yılları arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniğinde HIV tanısı alan ve başlangıçta kemik mineral yoğunluğu (KMY-DEXA) ölçümü yapılan toplam 47 hasta retrospektif olarak taranarak çalışmaya alındı. Hastaların yaş, cinsiyet, başlangıç antiretroviral tedavi durumları kaydedildi. 50 yaş üstü erkek hastalar ve postmenapozal kadınlarda T skoru, 50 yaş altı erkekler ve premenapozal hastalarda Z skoru kullanıldı. $T < -2,5$ veya $Z < -2$ olanlarda osteoporoz ile uyumlu KMY azalmış olarak rapor edildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların 45 (%95,7)'i erkek, 2 (%4,3)'si kadın idi. Kadınlardan birisi postmenapozal olup, erkeklerden ise beş tanesi 50 yaş üstüydü. Yaş ortalaması $36,3 \pm 13$ olarak hesaplandı. Kemik mineral yoğunluğu ölçümlerinde osteopeni saptanmamış olup, osteoporoz saptanan hasta sayısı sekiz olup %17 idi. Osteoporoz tespit edilen beş hastaya TAF+Emtiristabin+Cobisistat+Elvitegravir, üç hastaya ise Abakavir+Lamivudin+Dolutegravir tedavisi başlandı.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızdaki hasta grubu genç yaş ortalamasında olmasına rağmen KMY-DEXA'ya göre osteoporoz oranı beklenen tahminden yüksek gelmiştir. Her ne kadar rehberlerde öneri bulunmamasına rağmen, genç hasta grubunda %17'lik osteoporoz oranı tedavi başlangıcında uygun DEXA taramasının dikkate alınması gerektiğini göstermektedir. Böylece hem uygun ART seçilmesi hem de osteoporoz saptanan hastaların ilgili dâhili kliniğe yönlendirilmesi sağlanabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Antiretroviral tedavi, HIV, kemik mineral yoğunluğu DEXA, osteoporoz

PS-16. Pandemi Döneminde HIV İle Enfekte Hastaların Takipten Çıkma Nedenleri ve Tedavi Uyumlarının Değerlendirilmesi

Ezgi Erdal, Nimet Ergün, Zeynep Burçin Arpacı, Yaşar Bayındır, Mehmet Özden, Funda Memişoğlu, Adem Köse, Sibel Toplu, Yasemin Ersoy

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Malatya

Giriş-Amaç: Takip ve tedavi uyumunun çok önemli olduğu HIV ile enfekte hastaların pandemi döneminin başlaması ile kontrol ve takiplerinde sıkıntılar yaşandığı bildirilmektedir. Bu çalışma ile kliniğimizde izlenmekte olan HIV ile enfekte hastaların pandemi döneminde takipten çıkma nedenlerinin ve tedavi uyumlarının tespit edilmesi amaçlandı.

Yöntem: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji polikliniği takibinde olan hastaların otomasyon sisteminden dosyaları incelendi. Mart 2020’den itibaren kontrole gelmeyen hastalar tespit edilerek iletişim bilgileri kaydedildi. Telefon ile aranarak ulaşılabilen her hasta için gelmeme sebepleri ve ilaç uyumlarını sorgulayan bir çalışma formu dolduruldu.

Bulgular: Polikliniğimizde kaydı bulunan 41 hastanın 2020 Mart ayından itibaren kontrollerine gelmediği saptandı. Kontrole gelmeyen hastalardan 11’inin telefonları kullanım dışı veya yanlış numara iken 10 kişiye tekrarlayan aramalara rağmen ulaşamadı. Telefon ile ulaşılan 20 hasta çalışmaya dâhil edildi. Çalışmaya katılanların 19’u erkek biri kadın olup, yaş ortalamaları 43,8 (26-76) yıl olarak tespit edildi. On üç kişi hem pandemiden çekindiği için hem de rapor sürelerinin uzaması ile ilaç temininde sıkıntı yaşamadıklarından kontrole gelmeye gerek görmediklerini bildirdiler. Dört hastanın başka şehirde takibe ve kontrollere gittiği, bir kişinin maddi imkânsızlıklar sebebiyle gelmediği, bir kişinin evinde ex olduğu ve bir kişinin duygu durumu depresif olduğundan kontrollere gelmek istemediği ve tedavi uyumu iyi olmayan tek hastanın bu kişi olduğu tespit edildi.

Sonuç: Pandemi döneminde kontrollere gelmemenin en önemli sebebinin raporların ve ilaç alımının kolaylaşması olduğu, tedavi uyumunun önemli oranda bozulmadığı tespit edildi. Ancak vaka sayısının az olmasının sınırlayıcı bir faktör olduğu daha geniş çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: HIV, Pandemi, COVID-19, Tedavi Uyumu

PS-17. Akut Hepatit B'ye Eşlik Eden Yeni Tanı HIV/AIDS Olgusu

Yakup Demir¹, Ümit Karabulut³, Jiyan Salmış³, İrem Akdemir Kalkan², Mustafa Kemal Çelen¹

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

³Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır

Amaç: Hepatit B, Hepatit C ve İnsan immun yetmezlik virüsü (HIV) ortak bulaş yolları ve riskli bireylerde görülmesinden nedeniyle koenfeksiyon karşımıza sıkça gelmektedir. Koenfeksiyon durumlarında hem karaciğer hasarının daha hızlı ilerlemesi hem de kullanılabilecek tedavi ajanlarının karaciğer üzerindeki yükü artması mortalite ve morbidite açısından önemlidir. HBV, HCV, HIV virüsü saptanan hastaların tanı aşamasında diğer etkenlerin de taranması hem tanı, takip hem de tedavi planlanması açısından önemli ve gereklidir. Günümüzde etkili antiviral ajanların kullanımda olmasına rağmen antiviral yanıt mono enfeksiyona göre daha düşük olmaktadır. Bu çalışmada, HIV ve HBV koenfeksiyonu gelişen bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Daha öncesinde bilinen herhangi bir kronik hastalığı olmayan, 46 yaş erkek hasta, idrar renginde koyulaşma ve halsizlik şikayetleriyle acil servise başvurdu. Hasta, bu şikâyetlerinin birkaç aydır devam ettiğini ve son iki haftada arttığını belirtti. Hastanın genel durumu orta, bilinç açık, koopere ve oryante idi. Vitallerinde ateş: 38,2 °C, tansiyon: 120/80 mm/Hg, solunum sayısı: 16/dk, nabız: 102/dk olarak saptandı. Yapılan fizik muayenede skleralarda yoğun olmak üzere tüm vücutta ikter ve peniste verrükoz lezyon saptandı. Özgeçmişte multiple cinsel partneri olan ve korunmasız çoklu biseksüel cinsel ilişki öyküleri mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit sayısı: 4110/mm³, CRP düzeyi: 1 mg/dl, trombosit: 162K/UL, hemoglobin: 15,7 g/dL, ALT: 2404 U/L, AST: 2483 U/L, ALP: 159 U/L, GGT: 95 U/L, Total Bilirubin: 18,7 mg/dL, Direkt Bilirubin: 11.5 mg/dL, protombin zamanı: 23, Aktive parsiyel tromboplastin zamanı: 35, INR(International Normalized Ratio): 2.02, HBsAg: Pozitif, ANTİ-HBc IgM: Pozitif, ANTİ-HBc IgG: Pozitif, HBe: Pozitif, ANTİ-HBe: Pozitif, ANTİ-HBs, ANTİ-HCV: Negatif, ANTI HIV: Pozitif, Anti-HAV IgM: Pozitif, Anti-HAV IgG:

Pozitif, HBV DNA: 854 864 kopya/ml, CD4:194 mm³/dl, HIV-RNA: 2 960 406 kopya/ml olarak saptandı. Hasta akut Hepatit B alevlenmesine eşlik eden akut HIV enfeksiyonu olarak düşünöldü. Hastaya tenofovir disoproxil fumarate 245 mg tb günde bir kez, N-asetil sistein protokolü (günde 4 kez 6 ampul asetil sistein), vitamin B kompleksi günde bir kez, ursedeoksikolik asit günde iki kez 500 mg, %5 dekstrozu solüsyonu 755 cc/h, laktüloz günde bir kez tedavisi uygulandı. Hasta tedavisinin 4.günde karaciğer fonksiyontestlerinde düşme olmaması, INR değeriinin yüksek seyretmeye devam etmesi üzerine karaciğer nakli yapılan bir merkeze sevkı yapıldı. Hastanın takipleri ileri bir merkezde devam edilmekte olup, karaciğer fonksiyon testleri düşme eğiliminde. Başvurunun 15. gününde ALT: 132 U/L, AST: 1833 U/L, INR: 1,6 olarak saptanmış. Hastanın takip ve tedavilerine devam ediliyor.

Sonuç: HBV ve HIV koenfeksiyonu hem takipteki zorluklar hem de tedavideki güçlüklerden dolayı önemli bir halk sağlığı problemidir. HCV, HIV, HBV üçlüsünden herhangi birisine karşı tanı alan hastalar mutlaka diğer etkenler açısından da araştırılmalıdır. Bizim olgumuzda da koenfeksiyon olan bir olgumuzda etkili tedaviye rağmen takip ve tedavide karaciğer nakli ihtimalinden dolayı ileri bir merkeze sevkı yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hepatit B, HIV/AIDS

PS-18. Lenfoma Kliniği ile Başvuran Bir AIDS Olgusu

Lenfadeniti Olan AIDS'li Bir Hastada *Mycobacterium abscessus* Etken mi?

Türkan Tüzün¹, Sevgi Özan¹, Melek Demir², Faruk Yayan¹, Selda Sayın Kutlu¹

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Giriş: HIV hastalarında tüberküloz dışı mikobakteri (TDM) enfeksiyonlarına çoğunlukla *Mycobacterium avium* complex (MAC) neden olur. TDM'ye bağlı enfeksiyon insidansı giderek artmaktadır (1). TDM türlerinin doğru belirlenmesi, uygun tedavinin düzenlenmesi için önemlidir. *Mycobacterium abscessus* kompleks, özellikle altta yatan yapısal akciğer hastalığı olanlarda, daha önce geçirilmiş tüberkülozu olan konakçılarda akciğer hastalığına neden olabilir (2). Olgumuzda, balgamında *M. abscessus* tespit edilen AIDS tanılı hastanın sunulmasını amaçladık.

Olgu:

56 yaşında erkek hasta, yaklaşık sekiz aydır devam eden öksürük, halsizlik, gece terlemesi, yedi ayda 10 kg kilo kaybı, sık idrara çıkma, ağızda yara, vücutta kaşınma şikayetleri ile dış merkeze başvurmuş. Dış merkezde yapılan tetkiklerinde Anti HIV tetkik sonucu pozitif olması üzerine tarafımıza yönlendirildi. Özgeçmişinden iki kez sifiliz tanısı ile penilisin G tedavisi ve 30 yıl önce de tüberküloz tedavisi aldığı öğrenildi. Fizik muayenesinde kaşektik görünümde, orofarenkste dil üstünde beyaz kandida plakları ve yaygın lenfadenopatisi (LAP) mevcuttu. Göz muayenesinde HIV retinopatisi izlendi. Diğer sistem muayeneleri normal olarak saptandı. HIV RNA: 44.930 kopya/mL, CD 4 sayısı: 19 hücre/mm³ olarak tespit edildi. Toraks Bilgisayarlı Tomografi (BT): Miliyer tüberküloz açısından şüphe uyandırmaktadır şeklinde yorumlandı. Boyun BT de çok sayıda LAP gözlendi. Hastadan supraklavikuler LAP eksizyonu yapıldı ve histopatolojik incelemesinde aside dirençli mikroorganizmalar saptandı

ve mikobakteriyel lenfadenit lehine değerlendirildi. Tedavide tenofovir/emtrisitabin ve dolutegravir tedavisi ve trimetoprim/sulfametaksazol profilaksisi başlandı.

trimetoprim/sulfametaksazol profilaksisi başlandı. Miliyer tüberküloz tedavisi içinse dördlü antitüberküloz tedavisi başlandı. Multiple LAP'ları olan hastaya atipik mikobakteri için empirik olarak tedaviye azitromisin eklendi. Balgam kültüründe *M. abscessus* kompleks  redi. Azitromisine bağlı döküntü gelişen hastanın tedavisi etambutol ve klaritromisin olarak devam edildi. Hastanın halen mikobakteri tedavisi devam etmektedir.

Tartışma: Solunum  rneklerinde *M. abscessus* kompleksinin izolasyonu tek başına akciğer hastalığı tanısında yeterli değildir. Klinik, TDM akciğer hastalığı ile uyumlu radyolojik kanıt, en az 2 ayrı balgam kültür pozitifliği, diğer akciğer hastalıklarının dışlanması ile tanı konulur (3). Olgu sunumundaki en önemli kısıtlılı ımız kan ve LAP örneğinin mikobakteri kültürüne ekim yapılmamasıdır. Hasta antiretroviral tedavi ve mikobakteri tedavisiyle klinik olarak düzelmiştir ve poliklinikten takibi devam etmektedir.

Sonuç: HIV enfeksiyonunun ileri evrelerinde TDM etkenleri akılda tutulmalıdır. Fırsatçı enfeksiyonlara yönelik tetkiklerin yapılarak kesin tanı konulması ve tedavisinin düzenlenmesi AIDS tedavisinin yönetiminde önemlidir.

Kaynaklar:

1. Huh HJ, Kim SY, Shim HJ, et al. GenoType NTM-DR Performance Evaluation for Identification of Mycobacterium avium Complex and Mycobacterium abscessus and Determination of Clarithromycin and Amikacin Resistance. *J Clin Microbiol.* 2019;57(8):e00516-19.
2. Lee MR, Sheng WH, Hung CC, Yu CJ, Lee LN, Hsueh PR. Mycobacterium abscessus Complex Infections in Humans. *Emerg Infect Dis.* 2015;21(9):1638-1646.

3. Griffith DE, Aksamit T, Brown-Elliott BA, et al. An official ATS/IDSA statement: diagnosis, treatment, and prevention of nontuberculous mycobacterial diseases [published correction appears in Am J Respir Crit Care Med. 2007 Apr 1;175(7):744-5. Dosage error in article text]. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;175(4):367-416.



HIV / AIDS KAMPI 2021

HİBRİT

21-24 Ekim 2021

Sherwood Exclusive Lara, Antalya

www.hivkampi2021.com

www.gunider.org



TAM METİN DAVETLİ KONUŞMACI

KS-1. Tedaviye Ne Zaman Başlamalıyım? Kararda Hasta Rol Aldı mı?

Serhat Uysal

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Elazığ

İnsan bağışıklık yetmezlik virüsü (HIV) ile enfekte olduğu bilinen bir hastaya Anti retroviral tedavi (ART) başlanmasıyla; Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Sendromu (AIDS) ilişkili olan komplikasyonların, AIDS ilişkili olmayan fakat HIV’li bireylerde artan komplikasyonların ve bunların sebep olduğu morbidite ve mortalitenin azaltılması hedeflenmektedir ^[1]. Bu sayede, hastaların genel popülasyona benzer bir yaşam beklentisine ulaşması sağlanabilir ^[2, 3].

HIV ilişkili geçmiş süreçler irdelendiğinde, etkin bir ART’ye başlanmasını ertelemek için çeşitli tarihsel sebeplerin olduğu anlaşılır. Birçoğu değişmiş bu sebepler arasında, AIDS açısından kritik kabul edilen CD4 T lenfosit azalması gibi bazı koşulların karşılanamaması halinde tedavinin ertelenebileceği önerisi dikkati çekmektedir. Çünkü HIV ile enfekte bireylerde AIDS tablosu dışında kalan HIV ilişkili morbidite ve mortalite nedenleri bilinmiyordu. Hastalarda AIDS tablosu ortaya çıkmasa bile HIV ile belirgin artan mortalite ve morbidite nedenlerinin olduğu zamanla fark edildi. Örneğin, HIV-RNA’nın başarılı ve kalıcı baskılanması arttıkça, proinflamatuvar sitokinler, kronik inflamasyon ve T lenfosit aktivasyonu gibi HIV ilişkili immün sistem sorunlarının neden olduğu koroner arter hastalığı, malignite ve nörolojik hastalık benzeri uç organ hasarlarının azaldığı fark edildi^[4]. Eski ART seçeneği olan ilaçların hem kullanımının daha zor olması, hem de ciddi yan etkilerinin olması da erken ve etkin ART başlanmasına ciddi engel olmaktaydı.

Kalıcı ve başarılı virolojik baskılamanın sağlandığı bir ART rejiminde yaşanan aksamalar, direnç gelişimi gibi istenmeyen olaylara yol açabilmektedir. Bu nedenle, bir ART rejimi başlandıktan sonra aynı rejimin ömür boyu devam etmesi hedeflenir. Bir kere virolojik baskılama sağlandıktan sonra, ilaç ilişkili istenmeyen bir etki, gebelik veya ART rejiminin değiştirilmesini gerektirecek yeni komorbid hastalık benzeri bir durum yaşanmadığı takdirde, başlanılan ART rejimi değiştirilmeksizin tedaviye devam edilmektedir. Tedavi başarısızlığına sebep olan ve günümüzde de etkisi devam eden bir etken ise, hastanın ART’yi tek taraflı bırakması veya aksatması olarak bilinen “tedavi uyumsuzluğu”dur. Bu durum, tedavinin önemini fark edememiş hastalarda, tedaviye olan bağlılığın kaybedilmesi ile kendini gösterir.

Hastanın kendi tedavisi hakkında bilgi eksikliği yaşaması, hastalığı ile ilgili sorularının anlayabileceği şekilde yanıtlanmaması, hekiminden gerekli ilgiyi görmediğini düşünmesi, ekonomik, sosyal ve psikiyatrik sorunlar yaşaması hastanın tedaviye bağlılığını olumsuz etkileyen faktörlerdendir. Tedavi başarısının ne olduğunu tam anlayamamış, tedavi sürecini aklında tam olarak algılayamamış, tedavi başarısına olan inancı düşük, tedaviyi göz ardı eden ve bütün bu sebeplerden ötürü tedaviye uyum sorunları yaşayan hastaların varlığı ise hala değişmeyen en önemli tedavi engeli olarak karşımızda durmaktadır. Etkin bir ART rejimini bırakan veya düzensiz kullanan bir hastada yaşanan en önemli sorunlardan birisi de; antivirallere karşı hızlı direnç gelişmesidir ve tedavi başarısını etkileyen en önemli sorunlardan birisi de antivirallere karşı oluşan ilaç direncidir. Bir kere direnç geliştiği bilinen hastalar tedavilerini düzgün alsa bile, ART rejimi etkisini artık kaybetmiş olduğu için başka bir ART rejimine geçilmesi gerekmektedir. Bu nedenle tedavi seçeneklerinin azaldığı hastaların sayısı giderek artmaktadır.

Yeni antiviral ilaçların kullanıma girmesi ve HIV ile takip edilen hastaların takibinde AIDS'den bağımsız olarak ortaya çıkan risklerin keşfedilmesiyle ART zamanlamasına yönelik daha güncel yaklaşımlar yürürlüğe girmiş oldu. Bilimsel çalışmalarda CD4 T lenfosit sayısında bir düşüklük olup olmadığına bakılmaksızın ivedilikle ART başlanan hastalar çalışmaların erken başlangıçlı ART kolunu, CD4 T Lenfosit sayısı azaldıktan sonra ART başlanan hastalar ise geç başlangıçlı ART kolunu oluşturmaktaydı. Günümüzde uygulanan tedavi yaklaşımlarının önünü açan bu çalışmalar sayesinde, erken ART başlanan hastalarda, geç ART başlananlara göre ilaç ilişkili istenmeyen olaylarda bir artış olmadığı, buna karşın mortalite oranlarının belirgin azaldığı ortaya çıkmıştı^[5-7]. Ayrıca HIV bulaşının engellenmesi, etkin ART ile kazanılan en önemli faydalardan birisiydi. Viral yük, vücut salgıları veya kanda ne oranda yüksekse, temas halinde yeni bireylere aynı oranda bulaşacağı için; ART ile sağlanan viral yük azalması ne denli başarılı ve kalıcı ise, HIV bulaşması aynı oranda engellenmekteydi ^[8-12]. Sonuç olarak, tedaviye erken başlandığında HIV'in toplumsal yayılımının erkenden engellenmiş olduğu anlaşılmıştır. Eski ART rejimleri, günlük tablet sayısı ve yan etkilerinin fazlalığı nedeniyle hasta tarafından daha az oranda etkin kullanılabilmekteydi. Gerek yeni antivirallerin keşfedilmesiyle ve gerekse çoklu antiviral tedavileri aynı tablet içine sığdırmış yeni tedavilerin belirmesiyle, daha az yan etkileri olan ve daha uzun süre uyum sağlanan ART rejimleri kullanıma girmiş oldu. Böylece tedaviye uyumu tam olan hastalarda sağkalım sürelerinde belirgin artışlar sağlandı.

Sonuç olarak, HIV ve/veya AIDS tanısı kesinleşen hastalarda tedaviye ivedilikle başlanması gerekmektedir. Tedavinin süreci boyunca yaşanması muhtemel kötü deneyimler hasta ile paylaşılmalı ve bunlardan nasıl uzak durabileceği anlaşılır şekilde izah edilmelidir. Tedavi alan hastalar başvuru yaptığıında, kontrollerine düzenli gelip gelmedikleri ve tedavilerini uygun şekilde alıp almadıkları konusu aydınlatılmalıdır. Tedavi uyumunun arttırılması için hastanın ART'ye olan bağlılığına olumsuz etki potansiyeli olan psikiyatrik, ekonomik ve sosyal sorunları mümkün olduğunca erken çözülmelidir. ART açısından yapılması yanlış olan bir tavır veya tutum ile karşılaşıldığından bu durumun hastaya hissettirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle tedavi kararını dikte eden bir hekimin tek başına yaşadığı monologdan ziyade, hasta ile birlikte tedaviye karar vermiş olan hasta-hekim diyaloglarının kurulması hekime olan güvenin ve böylece tedavi başarısının artmasına vesile olacaktır.

Kaynaklar

1. Sax PE. When to initiate antiretroviral therapy in persons with HIV-Topic 3777 Version 47.0. Uptodate 2021.
2. Samji H, Cescon A, Hogg RS, Modur SP, Althoff KN, Buchacz K, et al. Closing the gap: increases in life expectancy among treated HIV-positive individuals in the United States and Canada. PloS one 2013; 8(12):e81355.
3. Lohse N, Obel N. Update of Survival for Persons With HIV Infection in Denmark. Annals of internal medicine 2016; 165(10):749-750.
4. Giorgi JV, Hultin LE, McKeating JA, Johnson TD, Owens B, Jacobson LP, et al. Shorter survival in advanced human immunodeficiency virus type 1 infection is more closely associated with T lymphocyte activation than with plasma virus burden or virus chemokine coreceptor usage. The Journal of infectious diseases 1999; 179(4):859-870.
5. Kitahata MM, Gange SJ, Abraham AG, Merriman B, Saag MS, Justice AC, et al. Effect of early versus deferred antiretroviral therapy for HIV on survival. The New England journal of medicine 2009; 360(18):1815-1826.
6. Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F, Emery S, Grund B, Sharma S, et al. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. The New England journal of medicine 2015; 373(9):795-807.
7. Danel C, Moh R, Gabillard D, Badje A, Le Carrou J, Ouassa T, et al. A Trial of Early Antiretrovirals and Isoniazid Preventive Therapy in Africa. The New England journal of medicine 2015; 373(9):808-822.
8. LeMessurier J, Traversy G, Varsaneux O, Weekes M, Avey MT, Niragira O, et al. Risk of sexual transmission of human immunodeficiency virus with antiretroviral therapy, suppressed viral load and condom use: a systematic review. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne 2018; 190(46):E1350-e1360.
9. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. The New England journal of medicine 2016; 375(9):830-839.

10. Donnell D, Baeten JM, Kiarie J, Thomas KK, Stevens W, Cohen CR, et al. Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis. *Lancet (London, England)* 2010; 375(9731):2092-2098.
11. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, van Lunzen J, et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. *Jama* 2016; 316(2):171-181.
12. Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, Serwadda D, Li C, Wabwire-Mangen F, et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai Project Study Group. *The New England journal of medicine* 2000; 342(13):921-929.

KS-2. Hasta Sordu Ben, Ben Sordum Hasta Yanıtladı mı? Hasta Yakınlarını Bilgilendirmeli miyim?

İlknur Yıldız

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Rize

İnsan İmmünyetmezlik Virüsü (HIV) tarafından meydana gelen Kazanılmış İmmün Yetmezlik Hastalığı (AİDS) olan bireylerde sağlık sorunları dışında farklı problemler ortaya çıkmaktadır. Bunlardan biri de ilk tanı esnasında bireyin enfekte olduğunu diğer aile bireyleri özellikle eş ya da cinsel partner, anne-baba ve kardeşleriyle paylaşılıp paylaşılmayacağı sorunudur. Çünkü halen bu sorunun cevabı netleşmemiş olup ülkeler arasında farklılıklar gözlenmektedir. Günümüzde HIV (+) kişinin “mahremiyet hakkı” ile bulaştırma riskinin olduğu kişinin “yaşam hakkı” arasındaki çatışma durumu devam etmektedir. Sağlık hizmetlerinde mahremiyet hakkı, temel insani bir hak olan özel hayatın gizliliğine saygının gereğidir. Tıp etiği gereği hasta haklarının korunması, hekim-hasta ilişkisinde güvenin sağlanması için özel hayata ait bilgiler açıklanmamalıdır. Ancak bu konuda farklı fikirler de belirtilmektedir. Bir yaklaşıma göre hastanın mahremiyet hakkının her koşulda saklanması gerekli iken bir diğer yaklaşım yasaların izin verdiği, yaşam hakkının sağlanması ve toplumun yararının gözetilmesi gereken durumlarda istisnaların olması gerektiğini savunmaktadır. Örneğin başka bir kişinin sağlığı ve kişisel hakları söz konusu olduğunda ve ilaçlarla ya da başka tedbirlerle önlem alınması gereken durumlarda partnerin, doğacak bebeğin, küçük veya kısıtlı olan bireyin yaşam hakkının söz konusu olduğu durumlarda hastalık bilgilerinin bir diğer üçüncü kişiyle paylaşılması gerekebilir. Ancak bu paylaşım mümkünse hastanın rızası alınarak veya ikna edilerek yapılmalıdır. Türk Tabipleri Birliği’nin “Hekimlik Meslek Etiği Kuralları”nda hasta sırlarının, hastanın ya da öteki insanların yaşamını tehlikeye sokması durumunda ya da yasaların öngördüğü durumlarda açıklanabileceği belirtilmiştir. Ancak genel eğilim hastaların kişilik haklarının korunması ve sırlarının saklanmasına değer verme yönündedir. HIV/AİDS tanısı alan kişiler, toplumda hastalığın primer bulaş yolunun özellikle cinsel yoldan olduğu bilinmesi nedeniyle çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadırlar. Bu nedenle hastalar tanı aldıklarında, başta damgalanma-ayrımcılık-önyargının neden olduğu bazı hak ve menfaatlerden yoksun kalma kaygısı, kendini rahatsız eden, korkutan bir durumla baş etmek duyguyla hastalık durumlarını çevresindekilere hatta bazen en yakın aile bireylerine bile söylemek istemez ya da paylaşmakta zorlanırlar. Biz sağlık çalışanlarına düşen görev; bu süreçte öncelikli olarak HIV ile enfekte kişiyi bir birey olarak algılayarak duygularına değer verildiğini hissettirmek ve tanının

söyleneyeği kişileri belirlemesine yardımcı olmaktadır. En uygun davranış HIV’le yaşayan bireyin yazılı onamı alındıktan sonra diğer kişilere mümkünse hastalık bilgisini birlikte söylemektir. Tanı ve tedavi sürecinde hastalık hakkında bilgi verilmesi, tedavinin erkenden başlanması, bulaş riskinin azaltılması için alınması gereken tedbirler, yakınlarının desteğini almanın faydaları, bulaş ihtimali olacak kişilerin tetkik yapılarak erkenden tanı alması ve tedavi edilmelerine fırsat tanınmasının sağlanması, bu haklardan mahrum kalmamaları sonucunda olası risklerin azalacağı gibi pozitif yaklaşımlar sergilenmelidir. Ayrıca hastaya, eşine ya da eş adayına hastalığını bilerek bulaştırması durumunda “kasten yaralamaya” dair ceza alabileceği de anlatılmalıdır. Bu süre zarfında hastaya danışmanlık ve psikolojik hizmetlerinden faydalanması sağlanabilir. HIV (+) kişinin hastalığını açıklaması için belli bir zaman dilimi ayırmasını sağlamanın mahremiyet hakkı ve yaşam hakkı arasında çatışma olasılığını azaltacağı, olumlu yönde etki edeceği düşünülmektedir.

HIV ile enfekte birey hiçbir şekilde hastalık durumunu paylaşmak istemiyor ise, tedavi olmaya yanaşmıyorsa, riskli davranışlarını sürdürüyorsa ve partnerine ulaşabiliyorsa hekimin bu konuda uyarı ve bilgilendirme yapması yasalar açısından da sakıncalı bulunmamaktadır. Türk Ceza Hukukunda HIV (+) bireyin mahremiyeti “özel nitelikli verilerin işleme şartları” başlığında ele alınmıştır. Özel nitelikli kişisel verilerin ilgilin bireyin açık rızası olmaksızın işlenmesinin yasak olduğu; “kişisel verilerin işlenmesi kapsamında sahip olunan hakların, sağlık ve cinsel hayata ilişkin kişisel verilerin ancak kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbi teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi, sağlık hizmetlerinin planlanması ve yönetimi amacıyla sır saklama yükümlülüğü altında olan kişiler veya kurum ve kuruluşlar tarafından ilgili bireyin açık rızası olmadan işlenebileceği” şeklinde belirtilmiştir. Ayrıca “özel durumlar haricinde” Türk Ceza Kanunu 4721 numaralı 134. maddesi özel hayatın gizliliğini ihlal eden kimsenin bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılacağı bildirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı tarafından Hasta Hakları Yönetmeliğinin 21 maddesinde de hastanın mahremiyetine saygı gösterilmesinin esas olduğu vurgulanmıştır. Hekim ile hasta ilişkisi hukuki anlamda bir vekalet sözleşmesidir. Vekalet sözleşmesinde hekimin sözleşmeden doğan yükümlülükleri arasında teşhis koyma, teşhise uygun tedavi seçme, rıza alma, aydınlatma, dosya tutma ve sır saklama yer almaktadır. Ancak aynı yönetmeliğin 49 maddesi ile milli güvenliğin, kamu düzeninin, kamu yararının, genel ahlakın ve sağlığın korunması maksatları ve kanun hükümleri ile getirilen özel düzenlemeler ve sınırlamaların saklı olduğuna yer verilmiştir. HIV (+) birey hastalık bilgisini paylaşmak istemediği durumlarda yaşam hakkının

sağlanabilmesinin temin edilmesi gerektiği; yaşam hakkının mutlak bir hak olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca kişinin yaralanmama hakkının olduğu ve bu hakkın yaşam hakkı kapsamında olduğu belirtilmiştir.

Bireyin HIV (+) olduğu bilgisini eş ya da eş adayıyla paylaşma durumu?

HIV (+) bireyin hastalık bilgisinin öncelikle kişi tarafından eşine açıklanmasının sağlanması, bunun mümkün olmaması halinde her somut vakanın özelinde bu bilginin eş ya da eş adayına açıklanmasından elde edilecek fayda göz önünde bulundurulmak suretiyle denge testi yapılması ve eş-eş adayına açıklanmasının uygun olacağı belirtilmiştir. Evlilik kurumunu koruma adına hastalık bilgisinin eşine söylenmesinde hukuken bir engel olmamakla birlikte enfekte bireyle sağlık çalışanı arasında güven ilişkisinin bozulmaması adına hastalık durumunu HIV (+) bireyin kendisinin söylemesinin daha doğru olacağı düşünülmektedir.

4721 sayılı Türk Medeni Kanunun 136'ncı maddesi ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha kanunun 122.maddesi ile evlilik öncesi sağlık muayenesi ve neticesinde evlenmeye engel hastalığının bulunmadığına ilişkin sağlık raporu alınması şartı konulmuştur. HBV, HCV, HIV-AİDS gibi kan ve-veya cinsel yolla bulaşan hastalıklar evlenme engeli olan hastalıklar olarak kabul edilmemektedir. Sağlık Bakanlığı'nın genelgeleri ve bazı resmi yazıları dışında Türk Hukukunda bu hastalıklara ait herhangi bir düzenleme bulunmamaktadır.

15-18 yaşındaki bireylerin HIV (+) olduğu bilgisini veli-vasileri ile paylaşılması?

Bu yaş dönemi özel bir öneme sahip olup çocuğun üstün yararı baz alınmıştır. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları sözleşmesinde çocuğun üstün yararı ilkesi üzerinde durulmuş çocukları ilgilendiren bütün faaliyetlerde çocuğun yararının esas alınması gerektiği ifade edilmiştir. Velayet (anne -babanın) hakkı ile kişisel verilerin korunması hakkının karşı karşıya kaldığı durumlarda sağlık hakkına verilmesi önem arz etmekte olduğu belirtilmiştir. Ancak “ayırt etme gücüne/melekesine” sahip olabilen 15-18 yaşındaki bireyin HIV (+) bilgisini kural olarak veli-vasisine açıklaması uygun olmakla birlikte her somut olaya özelinde bir karar verilmesi gerektiği de vurgulanmıştır. Eğer birey ayırt etme gücüne sahipse ve bilgilerini paylaşmak istemiyorsa bu durumda nedenleri araştırılmak suretiyle çocuğun üstün yararı dikkate alınarak hareket edilmesi gerektiği ifade edilmiştir.

Sonuç olarak; ülkemizde HIV (+) olduğu bilgisini aile bireyleriyle paylaşma konusunda standart bir uygulama olmadığı gibi özel düzenleme de bulunmamaktadır. HIV ile yaşayan bireyin kişisel hakları ile hastalığı bulaştırma olasılığı olan diğer kişilerin haklarının yarıştığı bir durum olup yasal olarak netleşmemiştir ve tartışmalar devam etmektedir. Sağlık çalışanı ve hasta arasındaki güven ilişkisinin bozulmasının hastanın tedavi almayı reddetmesinden aile birliğinin bozulmasına kadar gidebilen çıkmaz bir yola gidebileceği unutulmamalıdır. Ülkemizde aile bireyleriyle HIV (+) olduğu bilgisini paylaşma durumu sağlık çalışanının yasal hükümlülüğü altında değildir ve hekimin böyle bir görev tanımı bulunmamaktadır. HIV Yaşam Derneklerin çözüm önerileri ve hukuksal düzenlemeleri içerecek şekilde standart uygulamalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Kaynaklar

1. Sert G. Tıp Etiği ve Mahremiyet Hakkı. Birinci baskı. İstanbul: Babil Yayınları; 2008. p.86-168.
2. Kayar HY HIV/AIDS Sorunlar ve Hak İhlalleri,25.06.2010
3. Aydın E. Hekim-hasta ilişkisinin etik yönü. T Klinikleri J Med Ethics-Law-Hist 1998;6(1):8-13.
4. Elçioğlu Ö. Hasta hakları açısından hekimlik sırrı. T Klinikleri J Med Ethics-Law-Hist 1997;5(1):16-19.
5. Sert G. Özel Hayatın Gizliliği Hakkının Tıp Etiği Açısından Önemi ve HIV (+) ile Yaşayanlar. Pozitif Yazılar. Pozitif Yaşam Derneği. 2007:200-228
6. Sert G. Özel Hayatın Gizliliği Hakkının Tıp Etiği Açısından Önemi ve HIV (+) ile Yaşayanlar. Pozitif Yazılar. Pozitif Yaşam Derneği. 2007:200-228
7. Karataş M, Ataç M, Uçar M, Kantarcı M.HIV Pozitif Kişilerin Hastalığı Eşlerine Bildirme ve Bildirmemenin Yasal ve Etik Açısından Değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.17.3.215-222.2010
8. Türk Ceza Kanunu 4721 Resmi Gazete. 12/10/2004. sayı:25611.
9. Güneş C. HIV (+) Kişinin Mahremiyet Hakkı ve İstisnaları. Enfeksiyon Dünyası Sunu Merkezi Asistan Okulu 2020
10. Güneş C. HIV Bilgisinin Eş/ eş Adayına söylenip söylenmemesi. Enfeksiyon Dünyası Sunu Merkezi 2016
11. Güneş C.HIV/AIDS Ayrımcılık ve Diğer Etik sorunlar. Enfeksiyon Dünyası Sunu Merkezi Asistan Okulu 2021
12. Hasta Hakları Yönetmeliği <https://www.saglik.gov.tr/TR,10461/hasta-haklari-yonetmeliği.html> Erişim Tarihi: 24.04.2019.
13. Kişisel sağlık verilerinin işlenmesi ve mahremiyetinin sağlanması hakkında yönetmelik. 20 Ekim 2016 Perşembe Sayı: 29863 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/10/20161020-1.htm> Erişim Tarihi: 24.04.2019
14. Tosun S. HIV pozitif kişilerin cinsel partnerlerine ve yakınlarına hastalığın bildirilmesi. Erkol ZZ, Doğramacı YG, editörler. Tıp Hukuku. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.88-96

15. Kuhse H. Confidentiality and the AMA's new code of ethics: An imprudent formulation?
In: Kuhse H, Singer P, eds. *Bioethics An Antology*. 1st ed. UK: Blackwell Publishers; 1999. p.493-496
16. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/Partner-notification-for-HIV-STI-June-2013.pdf>

KS-3. Hasta ile İlk Karşılaşma: Yaptıklarım Yeterli Mi?

Orçun Barkay

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzincan

Klinik bir tablo olarak ilk kez 1981 yılında tanımlanan edinsel immün yetmezlik sendromu (AIDS) epidemisi, günümüze kadar birçok yaşama dokunmuştur. İnsan immün yetmezlik virusu (HIV) enfeksiyonu, kabaca kronik aktif bir enfeksiyon olarak tanımlanabilir. Yıllar içinde hastalarda akut ve kronik değişimler gözlenebilir. Hasta ile ilk karşılaşmada atılması gereken her adım hastanın ve hastalığın yönetiminde hayati önem taşımaktadır.

Diğer kronik hastalıklardan farklı olarak bulaşıcı bir hastalık olması nedeniyle toplum sağlığı için önem arz etmektedir. Ancak asıl önemli nokta, hastalığın daha tanı aşamasında hastaların toplum içindeki konumlarını, mesleklerini ve dolayısıyla ekonomik durumlarını, aileleriyle ilişkilerini, psiko-sosyal durumlarını yani tamamıyla yaşam kalitelerini etkileyebilmesidir. Bu durum maalesef HIV enfeksiyonuna sahip bireylerin damgalanma korkusu yüzünden gelişmektedir. Hastaların çoğu hastalığın seyrinden daha çok bu durumdan etkilendiklerini ve bu durum ile uğraşmak zorunda kaldıklarını ifade etmektedir.

Her hastalıkta olduğu gibi HIV enfeksiyonunda da anamnez ve fizik muayene çok önemlidir. Ancak hastalardan alınacak olan anamnezin klasik anamnezden farklı yönleri mevcuttur. Özellikle damgalanma korkusu nedeniyle bu hastalara psiko-sosyal danışmanlık da sağlanmalıdır. Laboratuvar tetkikleri ve görüntüleme yöntemleri ise hastaların bazal durumlarının değerlendirilmesi ve eşlik edebilecek olan komorbiditeler, fırsatçı enfeksiyonlar gibi durumların saptanması için kullanılmaktadır.

Maddeler halinde ilk karşılaşmada yapılması gerekenler şu şekildedir:

Bilgilendirme:

- Hastanın, mevcut durumu ve hastalığı hakkında detaylı olarak bilgilendirilmesi (Anti-HIV pozitifliği sonrasında ve doğrulama testi sonrasında),
- D-86 formunun doldurulması,
- Eşin bilgilendirilmesi (öncelikle hastadan partnerini bilgilendirmesi istenir) gereklidir.

Anamnez:

Klasik anamneze ek olarak:

- Mesleği, işi (sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel durum),
- Nerede, kiminle yaşadığı,
- Hayvan besleme öyküsü,
- Seyahat öyküsü,
- Olası bulaş yolu, zamanı,
- Cinsel yönelimi ve davranışları,
- Alışkanlıkları (sigara, alkol, madde vb. kullanımı),
- Ailesiyle ilişkili durumları,
- HIV ilişkili belirtileri,
- Tıbbi özgeçmişi,
- Durumu hakkında farkındalık düzeyi sorgulanmalıdır.

Duruma göre tekrarlayan görüşmeler yapılmalıdır.

Fizik muayene:

Eksiksiz bir sistemik muayene yapılmalıdır.

- Ek olarak; göz dibi bakısı, özellikle lenfatik sistemin değerlendirilmesi, nörolojik muayene yapılmalı,
- HIV ilişkili hastalıkların bulguları özellikle aranmalı,
- Kardiyovasküler risk hesaplanmalıdır.

Laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri:

İlk anti-HIV pozitif test sonucu, doğrulama testi sonucu hasta dosyasına eklenmelidir.

- CD4 T lenfosit düzeyi,

- Viral yük düzeyi,
- Hemogram, geniş biyokimya, TİT,
- Serolojik testler,
- Kemik mineral dansitometri,
- Elektrokardiyogram,
- Akciğer grafisi,
- PPD/IGRA,
- Genotipik direnç testi,
- HLA-B*5701,
- PAP-smear,
- Semptom ve bulgulara göre gerekli olan radyolojik görüntülemeler yapılmalı ve dosyaya eklenmelidir.

Konsültasyonlar:

Hastanın klinik belirti ve bulgularına göre gerekli konsültasyonlar istenmelidir.

Hepsinden önemlisi hasta-hekim ilişkisi kurulmalı, hastanın güveni kazanılmalı; hastaya hastalığı ve durumu hakkında soru işaretleri bırakmadan tam bir bilgilendirme yapılmalı, bu süreçte yalnız kalmayacağı hissettirilmelidir. Son olarak; hasta tedaviye hazırlanmalı ve hastanın tedavi-takip sürecine maksimum uyumu sağlanmalıdır.

KS-4. HIV ile Enfekte Bireylerde “Hepatit B ve C” Yönetimi

Sibel Altunışık Toplu

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Malatya

Günümüzde potent antiretroviral tedavi (ART) olanaklarıyla birlikte, kronik hepatit B virüsü (HBV) enfeksiyonuna ikincil son dönem karaciğer hastalığı, HIV ile yaşayan kişilerde morbidite ve mortalitenin önde gelen nedeni olmaya devam etmektedir. HIV enfeksiyonunda AIDS ve AIDS ile ilişkili maligniteye bağlı ölümleri takiben karaciğer ilişkili mortalite üst sıralardadır. Karaciğer kaynaklı ölüm genellikle kronik viral hepatitlerin komplikasyonu olarak görülmektedir. Bu durum hepatit B (HBV) ve hepatit C (HCV) enfeksiyonu başta olmak üzere HIV ile enfekte bireylerde viral hepatitlerin takibi ve yönetiminin önemini ortaya koyar. Dünya’da HIV ile enfekte bireylerin , %5-15’inde kronik HBV enfeksiyonu (3’te 2’si virüsle karşılaşmış), %25-30’unda (%10-90) HCV ko-enfeksiyonu bulunmaktadır. Damar içi madde kullanan kişilerde HIV/HCV koenfeksiyonu oranı %75’lere ulaşmaktadır. Ülkemizde, HIV pozitif kişilerde HCV koenfeksiyon prevalansı %0,9’tur. Yine ülkemizde HIV pozitif hastaların %40’ının HBV ile karşılaştığı, %4’ünde kronik HBV enfeksiyonu olduğu saptanmıştır. HIV ile ko-enfekte bireylerde HBV enfeksiyon monoenfekte bireylere göre hızlı seyreder. Ancak HBV enfeksiyonunun birlikteliği, HIV enfeksiyonun tedavisinde CD4 T hücre yanıtı ile olumsuz bir etki göstermez. Bununla birlikte HBV koenfekte bireylerde iki aktif ilaçlı tedavinin kesilmesi sonrası hepatit B de alevlenme gözlenebilir. HIV pozitif olan tüm kişiler, HIV teşhisi sırasında bundan sonra yıllık olarak HCV taramasından geçirilmelidir. Hepatit C’de siroz gelişimini artıran faktörlerden biride HIV enfeksiyonu birlikteliğidir. Yapılan çalışmalarda HIV birlikteliğinde siroz gelişiminin 3 kat arttığı gösterilmiştir. Diğer taraftan koenfeksiyon malignite riskini de artırmaktadır. HIV/HBV koenfeksiyonu olan hastalarda yapılan bir çalışmada, 40’lı yaşlardaki hastalarda HCC insidansı artırdığı gösterilmiştir. HIV pozitif kişilerde genel olarak hepatit enfeksiyonları taranmalıdır. Aynı şekilde kronik hepatit hastalarında da HIV enfeksiyonu taranmalıdır. Emtrisitabin (FTC), lamivudin (3TC), tenofovir disoproksil fumarat (TDF) ve tenofovir alafenamid (TAF), hem HIV hem de HBV’ye karşı etkili olduğu için, HIV ve HBV ko enfeksiyonlu hastalarda bir ART rejimi; tamamen baskılayıcı bir antiretroviral (ARV) nükleozid ters transkriptaz inhibitörü (NRTI) omurgası olarak, (TAF veya TDF) artı (3TC veya FTC) içermelidir (AI). HIV ve HBV koenfeksiyon tedavisi için HBV’ye de etkili en az iki antiretroviral ilaç kullanılmalıdır. Tek ilaç kullanımı HBV polimerazında direnç gelişimini kolaylaştırır. Tenofovir bazlı (tenofovir disoproksil

fumarat veya tenofovir alafenamit) tedaviler verilmelidir. Tenofovir + lamivudin veya emtrisitabin içeren bir ART önerilmektedir. Tenofovir verilmesi kontrendike ise entekavir verilebilir. Ancak tek başına entekavir koenfekte hastalarda etkin bir ART ile birlikte verilebilir. Entekavir zayıf bir anti-HIV aktivitesine sahiptir ve bir ARV rejiminin bir parçası olarak düşünülmemelidir. Entekavir verilmesi durumunda daha önceden hastanın lamivudin kullanmamış olması gerekir. Peg-IFN alfa monoterapisi belli hasta gruplarında düşünülebilir. Diğer tedavi rejimlerinden adefovir tekli veya lamivudin ya da emtrisitabin kombinasyonları veya telbivudin HIV/HBV ko enfekte hastaların tedavisinde önerilmemektedir (CII). Ayrıca, lamivudin deneyimli bir hastada tenofovir içeren bir ART rejiminden, düşük genetik bariyerli lamivudin veya emtrisitabin içeren bir rejime geçildiğinde, HBV alevlenmesi yönünden çok dikkatli olmak gerekir. HBV tedavisi başta sirotik hastalarda olmak üzere zorunlu olmadıkça kesilmemelidir. AntiHBctotal pozitif HIV koenfekte hastalarda da, ritusimab veya TNF-alfa blokörü kullanılması gerekiyorsa tenofovir profilaksisi verilmelidir HBV ve HCV koenfekte vakalar HCV tedavisini takiben hepatit B alevlenmesi açısından takip edilmelidir. Bu durum özellikle HCV/HIV koenfekte hastalarda interferon dışı tedavi sırasında görülebilir. Böyle bir durumda antiretroviral tedavi anti-HBV etkinliği olan (TDF veya TAF) artı (FTC veya 3TC) içermeli HCV tedavisinden önce başlanmalıdır (AIII). HIV ile enfekte hastalarda HCV koenfeksiyonu tespit edildiği anda tedavi edilmelidir. HCV tedavisi başlanacak hastada, ART muhtemel ilaç etkileşimlerine dikkat edilerek düzenlenmelidir. ART değişimi yapılan hastada yeni başlanan ilaçların etkinliğinin gösterilebilmesi için 4-8 hafta beklendikten sonra HCV tedavisine başlanmalıdır. HIV ve HCV koenfekte hastalar ilaç etkileşimleri düşünülerek ART değişikliği yapılmış ise, HCV tedavisi bittikten sonra aynı ART rejimine en az 2 hafta daha devam edilmelidir. 2 hafta sonra önceki ART rejimine geri dönülmesi yönünden değerlendirilebilir. CD4 T hücre düzeyi 500/mm³ olan hastalarda ise ilaç etkileşimlerinden kaçınmak için ART, HCV tedavisi bitirilinceye kadar geciktirilebilir. Akut HCV enfeksiyonu tanısıyla birlikte 4 hafta sonra yeniden HCV RNA istenmelidir. HCV RNA düzeyi ≥ 2 log (100 kat) gerilemeyen hastalar tedavi için değerlendirilmelidir. HIV/HCV koenfekte olgularda peginterferon ve ribavirin tedavisine yanıt HCV monoenfekte olgulara göre daha az olmasına rağmen, direk etkili antiviraller (DEA) ile kalıcı virolojik yanıt (KVY) her iki grupta benzerdir. Fibroz düzeyine bakılmaksızın koenfekte tüm olgular DEA'lar ile tedavi edilmelidir. HCV / HIV koenfeksiyonu olan tüm bireyler, enfekte kişilerde karaciğer fibrozu aşamasına bakılmaksızın HCV'yi yok etmek için IFN olmadan DEA tedavisi almalıdır. Hedef HCV/HIV koenfekte bireylerde, sadece HCV ile enfekte bireylerle benzer başarıyı yakalayabilmektedir. HIV/HCV koenfekte olgularda genotiplere göre önerilen tedavi seçenekleri ve tedavi süresi

HCV monoenfekte olgulardaki ile benzerdir. İlaç erişiminde bölgeler arasında farklılıklar olabilir. Tedavide kullanacak DEA'ların ülkelerin kendi yerel rehberlerine göre ayarlanması kolaylık sağlayacaktır. EACS (European AIDS Clinical Society) 2020 rehberine göre HCV/HIV koenfekte hastalarda tedavi tablodaki gibidir.

Preferred DAA HCV treatment options (except for persons pre-treated with Protease or NS5A inhibitors)				
HCV GT	Treatment regimen	Treatment duration & RBV usage		
		Non-cirrhotic	Compensated cirrhotic	Decompensated cirrhotics CTP class B/C
1 & 4	EBR/GZR	12 weeks ⁽ⁱ⁾		Not recommended
	GLE/PIB	8 weeks	12 weeks	Not recommended
	SOF/VEL	12 weeks		12 weeks with RBV ^(viii)
	SOF/LDV +/- RBV	8-12 weeks without RBV ⁽ⁱⁱ⁾	12 weeks with RBV ⁽ⁱⁱⁱ⁾	12 weeks with RBV ^(viii)
2	GLE/PIB	8 weeks	12 weeks	Not recommended
	SOF/VEL	12 weeks		12 weeks with RBV ^(viii)
3	GLE/PIB	8 weeks ^(iv)	12 weeks ^(iv)	Not recommended
	SOF/VEL +/- RBV	12 weeks ^(v)	12 weeks with RBV ^(vi)	12 weeks with RBV ^(viii)
	SOF/VEL/VOX	-	12 weeks	Not recommended
5 & 6	GLE/PIB	8 weeks	12 weeks	Not recommended
	SOF/LDV +/- RBV	12 weeks +/- RBV ^(vii)	12 weeks with RBV ⁽ⁱⁱⁱ⁾	12 weeks with RBV ^(viii)
	SOF/VEL	12 weeks		12 weeks with RBV ^(viii)

EBR = elbasvir
GLE = glecaprevir
GZR = grazoprevir
LDV = ledipasvir
PIB = pibrentasvir
RBV = ribavirin
SOF = sofosbuvir
VEL = velpatasvir
VOX = voxilaprevir
RAS = resistance associated substitutions

Hepatit B virüsü (HBV) ve birlikte var olan hepatit C virüsü (HCV) enfeksiyonu olan hastalarda, bir virüs tipik olarak diğerine baskındır. HBV tedavisi sırasında, özellikle azalan HBV DNA seviyelerine rağmen aminotransferazlar yükseliyorsa, HCV RNA testi yapmak gerekir. HIV/HBV/HCV tri-enfeksiyonu olan bir hastanın HBV-aktif antiretroviral tedavi (ART) almadığı ve HCV için doğrudan etkili antiviral tedavi aldığı bir durumda, HBV reaktivasyonu meydana gelebilir. Sadece hepatit B çekirdek antikoru pozitif olan (izole-anti-HBc-pozitif) ya da düşük veya saptanamayan HBV DNA seviyeleri ile hepatit B yüzey antijeni pozitif olan HBV/HCV ile koenfekte hastalarda reaktivasyon bildirilmiştir.

Sonuç olarak, HBV enfeksiyonunun tedavisi ve önlenmesi, HIV'in kronik HBV enfeksiyonunun doğal seyri üzerindeki olumsuz etkisi yönüyle önemlidir. Bununla birlikte, HIV'li yaşayan hastada HBV tedavisi, ilaca bağlı hepatotoksisite, immün yapı sendromları ve ilaçlara bağlı toksisite nedeniyle komplike olabilir. Ayrıca, hastanın tedavi edilip edilmediğine bakılmaksızın, hepatosellüler karsinom gelişimi için takip gereklidir.

HIV enfeksiyonu durumunda ileri karaciğer hastalığına daha hızlı ilerleme nedeniyle, koenfeksiyon, bir hastaya HCV antiviral tedavisine öncelik verilmesinin bir nedenidir.

HIV/HCV koenfekte hastalar için HCV antiviral rejim seçimi genellikle HCV monoenfekte hastalardaki ile aynıdır. Koenfekte hastalar için, HIV antiretroviralleri ile ilaç etkileşimi potansiyeli, HCV antiviral rejimlerini seçerken önemli bir husustur.

Kaynaklar

1. European AIDS Clinical Society Guidelines Version 10.1, October,2020
2. T.C Sağlık Bakanlığı HIV/AIDS Tanı Tedavi Rehberi, 2019
3. AIDSinfo Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents, <https://aidsinfo.nih.gov/guidelines>, 2018
4. <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines-search?search=HBV+coinfection>
5. Collins JM, Raphael KL, Terry C, et al. Hepatitis B Virus Reactivation During Successful Treatment of Hepatitis C Virus With Sofosbuvir and Simeprevir. Clin Infect Dis 2015; 61:1304.
6. Wandeler G, Maunon E, Atkinson A, et al. Incidence of hepatocellular carcinoma in HIV/HBV-coinfected patients on tenofovir therapy: Relevance for screening strategies. J Hepatol 2019; 71:274.

KS-5. “Koinfeksiyonlar” CMV Enfeksiyonu

Gülden Eser Karlıdağ

SBÜ, Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniğı

Sitomegalovirüs (CMV), edinilmiş immün yetmezlik sendromu (AIDS) olan kişilerde en yaygın viral fırsatçı enfeksiyondan sorumludur. CMV'ye bağı klinik hastalık, ilerlemiş HIV hastalığı olan hastaların yaklaşık %40'ında tanımlanmıştır. Hastalık genellikle reaktivasyon şeklinde olup CD4 sayısı <50 hc/mm³ olduğunda ortaya çıkmaktadır. nceki fırsatçı enfeksiyonların varlığı, CMV için yüksek viremi ve yüksek HIV-RNA düzeyleri başlıca risk faktörleri arasındadır.

Retinit, HIV'li kişilerde CMV son organ hastalığının en yaygın klinik belirtisidir. Hastaların üçte ikisinde tek taraflı olarak ortaya çıkmakta, ancak tedavi almayan veya immün durumda düzelme olmayan hastalarda iki taraflı ilerlemektedir. CMV retinitini genellikle klinik olarak teşhis edilir ve tanıyı desteklemek için CMV için serolojik testler kullanılır. İntravenöz gansiklovir, intravenöz foscarnet, intravenöz cidofovir, oral valgansiklovir, antiviral ilaçların lokal enjeksiyonları ve uzun salınımlı gansiklovir implantlarının kullanıldığı çeşitli terapötik yaklaşımlar kullanılmıştır. Foscarnet ve cidofovir nefrotoksik iken gansiklovir hematolojik toksisite ile ilişkilidir. Yaygın retinit veya görmeyi tehdit eden retinit için, hemen intraoküler gansiklovir enjeksiyonları ve ardından intravenöz gansiklovir ve ardından oral valgansiklovir stratejisi kullanılmaktadır. Küçük periferik lezyonlar için, özellikle ART başlanıyorsa, tek başına oral valgansiklovir uygun bir seçenektir. Bu hastalar bir oftalmolog tarafından da yakından takip edilmelidir.

zofajit, kolit, pnömoni ve ensefalit, CMV'nin neden olduğu tedavi cevabı olan fakat yaşamı tehdit eden klinik durumlar arasındadır ve spesifik klinik bulguları olmadığından, tanı genellikle histopatoloji ile konulmaktadır. Gastrointestinal sistem (zofagus ve kolon), AIDS hastalarında CMV enfeksiyonunun en yaygın tutulan ekstraoküler bölgeleridir. zofajit, kolit veya rektal ülseri olan hastalarda klinik semptomlarda iyileşme genellikle valgansiklovir, gansiklovir veya foscarnet ile tedavinin ilk haftasında kaydedilir. Genel durumda düzelme, disfajinin ve diyarenin azalmasıyla birlikte kilo alımı klinik iyileşme bulgularındandır. CMV pnömonisi oldukça nadirdir. Bronkoalveoler lavaj (BAL)'da PCR ile CMV'nin saptanması kesin tanı için yeterli değildir ve HIV'li kişilerde tanısal değeri olduğu gösterilmemiştir. Akciğer biyopsisi dışında bu tanıyı koymak için spesifik kriterler konusunda bir fikir birliğı

yoktur ve gansiklovir tedavisine yanıt vermeyen birçok hastada gansiklovir tedavisine başlanmadan önce ciddi ve ileri düzeyde akciğer hasarı olmuştur. Kemik iliği veya kök hücre nakli alıcıları için gansiklovir tedavisi genellikle immünglobulin veya hiperimmün globulin ile birlikte verilir. CMV nörolojik hastalığı demans, ventriküloensefalit ve poliradikülomyelopatileri içerir. CMV ensefalitinin neden olduğu demansı olan hastalar, ateşli yada ateşsiz dönemlerde tipik olarak uyuşukluk veya kafa karışıklığı tariflemektedir. Beyin omurilik sıvısı (BOS) tipik olarak lenfositik pleositoz, düşük glukoz ve yüksek protein seviyeleri olmaktadır, ancak normal BOS bulguları CMV ensefaliti tanısını dışlamamaktadır. Ventriküloensefalit, sıklıkla kraniyal sinir felçleri veya nistagmus dâhil olmak üzere fokal nörolojik belirtiler ve kısa sürede mortalite ile sonuçlanan olan akut bir klinik tablodur.

KS-6. HIV ve Genç Olmak

Tuba Damar Çakırca

Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji,
Şanlıurfa

Günümüzde gençler yeni tanı alan HIV/AIDS vakalarının yaklaşık %40'ını oluşturmakta ve her gün 2400'den fazla genç HIV ile enfekte hale gelmektedir, yani gençler salgının tam olarak merkezinde bulunmaktadır.

Gençliğin tanımı demografik, finansal, ekonomik ve çeşitli sosyo-kültürel durumlara göre değişiklik gösterir. DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) 2015 yılında yaş sınıflandırmasını yeniden revize etmiştir. Yeni sınıflamaya göre:

- Genç Yaş: 25-44
- Orta Yaş: 44-60
- Yaşlı: 60-75
- Senil Yaş: 75-90
- Uzun Yaşayanlar >90 olarak belirtilmiştir.

Bununla birlikte Birleşmiş Milletler AIDS Birimi (UNAIDS) 10-19 yaş arasını adölesan, 15-24 yaş arasını genç insanlar olarak tanımlamakta ve HIV ile enfekte gençler ile ilgili verilerde 15-24 yaş arasını baz almaktadır.

UNAIDS verilerine göre 2019 yılında dünyada HIV ile yaşayan 3.4 milyon genç birey bulunmaktaydı ve gençler arasında HIV prevalansı %0.3 saptanmıştı. 2019 yılında yeni HIV enfeksiyonu saptanan genç birey sayısı 460.000' di. 2000-2019 yılları arasında bu rakam %46 azalmış olsa da hala her yeni HIV enfeksiyonlu 7 hastanın 2'si gençlerden oluşmaktadır. Bununla birlikte HIV durumunu bilmeyen genç kadınlardan doğan çocukların da HIV ile enfekte olması, gelecek genç HIV enfekte birey sayısını daha da arttıracaktır.

Ülkemizde HIV prevalansı düşük (<%1) olmasına rağmen insidansı yıllar içerisinde artmaktadır. Son 5 yılda ülkemizde HIV vakaları %320 artmış olup, bu artış en çok genç yaşta görülmüştür. 1985-31 Aralık 2020 tarihleri arasında ülkemizde tespit edilen 26447 HIV enfekte hastanın %15' i 15-24 yaş arası, %59.3' ü ise 25-44 yaş arasında saptanmıştır.

Gelişmekte olan ülkeler yeni HIV vakalarının en çok saptandığı yerler olup, ülkeden ülkeye HIV pandemisinin etkisi değişmektedir. Ancak şu bir gerçektir ki HIV pandemisi az ya da çok tüm dünya ülkelerini etkilemektedir. Artık günümüzde HIV tedavi edilebilir kronik bir hastalık olup, pandeminin kontrol altına alınabilmesi için en önemli adım yeni vakaların tespiti, tespit edilenlerin tedavi edilmesi ve nihayetinde bulaş zincirinin kırılmasıdır. Gençler HIV bulaş zincirinin kırılmasında en önemli hedef kitleyi oluşturmaktadır. Bu nedenle HIV eliminasyonunda atılacak her adımda gençlerin işbirliği gereklidir. DSÖ, genç insanlar ve HIV raporunda HIV ile mücadelede neden gençlere odaklanması gerektiğini vurgulamıştır. Çünkü gençler seksüel olarak en aktif dönemdedir; HIV konusunda bilgi eksiklikleri mevcuttur; genç kızlar HIV enfeksiyonuna daha yatkındır ve bu durum enfekte genç kızlardan doğacak yeni bebekleri de tehdit etmektedir; gençler yeni trendlere uyum sağlar, yani bilgi ve becerileri arttırılırsa kendilerini korumayı da bilirler.

HIV ile yaşayan gençlerin yaşadığı zorluklar diğer yaş gruplarından farklılık gösterebilir. Dönem itibari ile en verimli oldukları çağda hastalık ile tanışmak, hastalığı kabullenmeyi de zorlaştırmaktadır. Nitekim yapılan çalışmalarda gençlerin HIV tanısını daha zor kabullendikleri ve buna bağlı olarak da tedavi ve koruyucu önlemlere uyumlarının daha zor olduğu gösterilmiştir.

Genç HIV ile yaşayan bireylerin bir diğer sorunu stigma, ayrımcılık ve ifşa edilme korkusudur. Stigma, yani sosyal damgalama, bir bireyin veya grubun, onları bir toplumun diğer üyelerinden ayırt etmeye yarayan algılanabilir sosyal özelliklerine dayalı olarak onaylanmaması veya onlara karşı ayrımcılık yapılmasıdır. HIV enfeksiyonunun kendisi bugüne kadar en çok stigmatizasyona uğrayan hastalık olmuştur. Stigma, HIV ile mücadelenin önündeki en büyük engellerdendir. Stigma korkusu olan gençler koruyucu önlemler almaktan çekinmekte, rutin HIV testinden kaçınmakta ve en önemlisi hastalıklarını cinsel partnerlerinden gizleyerek bulaşın devamına neden olmaktadır. Yine her gün ilaç kullanmak zorunda olmaları, ifşa olma korkusunu tetikleyerek ilaç uyumsuzluğu ile sonuçlanmaktadır. Kilit popülasyondaki (seks işçileri, MSM, damar içi madde kullananlar, mahkûmlar, transgender bireyler) gençler, bu toplumda olmayan akranlarına göre çok daha yüksek HIV enfeksiyonu riskine sahiptir. Ulaşılmaması güç olan bu bireylerin tanı ve tedavileri de diğer popülasyonlara göre zor olmaktadır.

DSÖ, HIV ile mücadelede kritik rol oynayan gençlere yönelik atılması gereken adımları şu şekilde belirtmiştir:

- Damgalama, şiddet ve utanca son verilmesi
- Gençlerin bilgilendirilmesi
- Bilginin hayata geçirilebilmesi için gençlerin yaşam becerileriyle donatılması
- Genç-dostu sağlık sistemlerinin sağlanması
- İsteğe bağlı-güvenli HIV danışmanlığı ve testlerin geliştirilmesi
- Epidemi ile mücadelede gençlerin katılımının sağlanması
- Güvenli ve destekleyici çevreler oluşturulması
- En riskli gruplara ulaşılması ve gençlerle ortaklığın güçlendirilmesi

Gençlerin HIV konusunda bilinçlendirilmesi, cinsel sağlık konusunda yaşa göre yeterli eğitimlerin verilmesi epideminin yönünü değiştirecek en önemli adımdır. Ulaşılması zor olan grupların HIV testlerine ulaşımının kolaylaştırılması, düzenli test edilmeleri, anonim ve kendi kendine test imkânlarının artırılması erken tanıyı beraberinde de erken tedavi olanaklarını getirecektir.

HIV ile yaşayan gençlerde tedaviye ulaşım ve tedavide kalma oranlarının artırılması için bireysel danışmanlık yapılması, HIV hastalığının kendisinin sadece küçük bir parçası olduğuna inandırılması çok önemlidir. Nitekim bazı toplumsal yanlış algılar (HIV enfeksiyonunun evlenmeye, çalışmaya, toplum içinde yaşamaya, çocuk sahibi olmaya ve hatta cinsel hayatın yaşanmasına engel olduğu...) HIV ile yaşayan gençleri umutsuzluğa sürüklemektedir. Bu tür yanlış inanışların değiştirilmesi yine gençlerin önderliğinde topluma yönelik eğitimlerle mümkün olabilir. Bunun bir örneği Amerika Birleşik Devletlerinde HIV ile yaşayan gençler tarafından başlatılmıştır. 2013 yılından beri her Nisan ayının 10'u Ulusal Gençlik HIV/AIDS farkındalık günü [National Youth HIV & AIDS Awareness Day (NYHAAD)] olarak kutlanmaktadır. Gençlerin başlattığı bu akım ile amaç gençlerin katılımı ile HIV bulaşının önüne geçmektir. Bu kapsamda, okullarda, kurslarda, kiliselerde ve diğer sosyal ortamlarda HIV bulaş yolları anlatılmakta gençlerin kendilerini HIV bulaşından nasıl koruyabilecekleri, test imkânlarına nasıl ulaşabilecekleri anlatılmaktadır.

HIV ile yaşayan gençlerde depresyon da dâhil olmak üzere psikiyatrik bozukluklar da daha yaygın görülmektedir. Depresyonu olan gençlerde tedavi uyumu azalmakta, riskli cinsel davranış, madde kullanımı artmakta ve bu durum bulaş riskini arttırmaktadır. Bu grupta depresyonun tedavi edilmesi HIV hastalığının ilerlemesinde ve bulaşın engellenmesinde önemsemesi gereken bir diğer durumdur.

Gençlerin tedavi başlangıcında sürece dâhil edilmeleri tedavi uyumunu arttırmaktadır. Bu nedenle tedavi öncesi başlanacak ART anlatılmalı, ilaç-ilaç etkileşimi konusunda ayrıntılı bilgi verilmeli ve tedaviye ortak karar verilmelidir. İlaç-ilaç etkileşimi sadece ileri yaş bireylerin sorunu gibi algılanabilir. Ancak genç bireylerde cinsel performans arttırıcı, destek ürünleri, protein tozları gibi çeşitli sporcu ürünleri ve transgender bireylerde hormon kullanımı olabileceği unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2021). https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/young-people-and-hiv_en.pdf Erişim Tarihi: 23.09.2021
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2021). <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/hiv-aids/hiv-aids-liste/hiv-aids-istatistik.html> Erişim Tarihi: 23.09.2021
3. World Health Organisation. Young People and HIV/AIDS: Opportunity in Crisis (2002) [https://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/youngpeople_hivaids_en\[1\].pdf](https://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/youngpeople_hivaids_en[1].pdf). Erişim Tarihi: 23.09.2021
4. Benton, Tami D., et al. "Depression among youth living with HIV/AIDS." Child and Adolescent Psychiatric Clinics 28.3 (2019): 447-459.
5. Dyussenbayev, Akhmet. "Age periods of human life." Advances in Social Sciences Research Journal 4.6 (2017).
6. Shacham, Enbal, et al. "Challenges to HIV management among youth engaged in HIV care." AIDS care 29.2 (2017): 189-196.
7. Denison, Julie A., et al. "Project YES! Youth Engaging for Success: A randomized controlled trial assessing the impact of a clinic-based peer mentoring program on viral suppression, adherence and internalized stigma among HIV-positive youth (15-24 years) in Ndola, Zambia." PloS one 15.4 (2020): e0230703.

KS-7. Madde Bağımlılığı ve HIV

Adem Köse

İnönü Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Malatya

Madde bağımlılığı

Bir maddenin belirgin bir etkiyi elde etmek için, alınması sürecinde ortaya çıkan bedensel, ruhsal ya da sosyal sorunlara rağmen madde alımının devam etmesidir. Bırakma isteğine rağmen bırakılamaması ve aynı etkiyi elde etmek için, giderek madde miktarının artırılması ve maddeyi alma isteğinin durdurulamaması durumudur. Madde bağımlılığı dünyada olduğu gibi ülkemizde de başta gençler olmak üzere herkesi etkileyebilen biyolojik, ruhsal ve sosyolojik boyutları olan bir sağlık sorunudur. Madde kullanımına başlanma yaşları: %31: 15 yaş altı, %43: 16-20 yaş, %12: 21-25 yaş, %6: 26-30 yaş ve %8: 30 yaş üzeridir.

Dünya uyuşturucu raporuna göre, uyuşturucu kullananların sayısı her yıl %8 artmaktadır. Dünyada 15-65 yaş grubunda ortalama her 20 kişiden biri son bir yılda en az bir kere madde kullandığını ifade etmektedir. Dünyada yılda yaklaşık 200 000 kişi madde kullanımından ölmektedir.

Risk faktörleri

Kişisel risk faktörleri: İç kontrol mekanizmasının yetersizliği, agresif, saldırgan, kötümser, asi ve heyecanlı kişilik yapısı, kendine güvensizlik, düşük benlik saygısı, girişken olamama, sosyal becerilerde yetersizlik, olumsuz yaşam deneyimleri, fiziksel travma, çevresinden kolay etkilenme ve fiziksel veya cinsel tacize uğramış olma.

Sosyal risk faktörleri: Göç, madde kullanan arkadaş gurubunda olma, düşük okul başarısı, düşük sosyo- ekonomik düzey, çocuk yaşta çalışma ve cinsel veya fiziksel taciz yaşama

Bağımlılık düzeyinin evreleri

1. Deneyisel kullanım evresi-ilk temas
2. Sosyal kullanım evresi
3. Riskli kullanım evresi-kötüye kullanım
4. Bağımlılık evresi

Madde bağımlılığının özellikleri: Hastalıktır, hayat boyu sürer, sosyal hayatı bozar, çevre ve arkadaşlar kaybedilir, ailevi sorunlar yaşanır, ekonomik sorunlar yaşanır, sağlık bozulur ve hayat artık bu maddenin etrafında döner.

Bağımlılık yapan maddeler

Nikotin, tütün ve sigara: Tütün dünyada en yaygın kullanılan bağımlılık yapıcı maddedir. NARGİLE: Yaklaşık bir saatlik sürebilen nargile içiminden sonra solunan duman miktarı 100-200 adet sigara içmesi ile alınan miktar kadardır. Esas olarak psikostimülan etki yapar, dopamin ve endojen opioid salınımı rol alır. **Yoksunluğunda:** huzursuzluk, anksiyete, uyku bozukluğu, konsantrasyon güçlüğü, iştahta artış, depresyon, halsizlik ve aşırı sigara içme isteğidir. Tütün ve tütün ürünleri kullanımı ayrıca bağışıklık sistemine zarar vererek CD4 hücreleri üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. Kalp ve akciğer hastalıklarının gelişmesini arttırıcı özelliği bulunmaktadır.

Alkol tipi bağımlılık: Alkol düzeyi 10 - 40 mg/dl iken: Kendine güven, atılganlık, aşırı neşe, konuşkanlık, baş dönmesi, kızarma, terleme ve sıcaklık hissi, Alkol düzeyi 40 - 80 mg/dl iken: Taşkınlık, dengesizlik, alınganlık, çocuksu hareketler ve çabuk ağlama, Alkol düzeyi 80 - 100 mg/dl iken: Saldırganlık ve kavgaya karışma, Alkol düzeyi 100 - 200 mg/dl iken: Cinsel taşkınlık, bulantı-kusma, konuşma ve yürüme güçlüğü, Alkol düzeyi 200 - 300 mg/dl iken: Bilinç bulanıklığı, ağır ve derin uyuma, sızma, Alkol düzeyi 300 - 400 mg/dl iken: Solunum durması, koma ve ölüm gözlenir.

Morfin ve eroin tipi bağımlılık: Afyon bitkisinden elde edilirler, güçlü ağrı kesici özelliği vardır, merkezi sinir sistemini yatıştırıcı etki yapar, sakinleşme ve neşelenme meydana gelir, kaygılar ve sıkıntılar kaybolur, düşünce yeteneği kaybolur ve irade zayıflar. Kişilik bozukluğu, ilgisizlik, ruhsal çöküntü meydana gelir, kan basıncı düşer, nabız ve solunum sayıları azalır. Eroin en sık kullanım şekli buruna çekilmesidir, kaşık içinde kaynatılıp, enjektör yolu ile damara da verilebilir. En önemli yan etkilerinden biri enjektör paylaşımı ile ortaya çıkar. AIDS ve Hepatit gibi virüsler kişiden kişiye bulaşır. ART ile metadon ve eroin seviyeleri artar. Eroin bağımlılığı tedavisinde metadon kullanımında doz ayarlamaları yapılarak dikkatle değişim tedavisi uygulanabilir.

Esrar tipi bağımlılık: Tetrahidrokannabinol (THC) etken maddesidir, merkezi sinir sisteminde yatıştırıcı etki yapar. Esrar ağız yolundan veya sigara içinde alınır. Dopamin salınımını artırır, kullandığında rahatlama ve uyuşukluk meydana getirir, kişi rüya alemine dalar ve halüsinasyonlar görür. Uzun süre kullanımına bağlı olarak yavaşlama, istek ve canlılıkta sönme,

karakter değişikliği ve akli durumda bozukluklar meydana gelir. Kiřinin dūřınme, öğrenme ve sorun çözme yetisini azaltır. Sigara ile karşılaştırıldığında beř kat daha fazla akciğer kanserine neden olabilir, uzun süre kullanımı ile bronşit ve akciğer kanseri gibi solunum yolları hastalıklarına da yol açabilir.

Kokain tipi bağımlılık: Çoğunlukla buruna çekilerek, bazen buharının ie çekilmesi, sigara ya da enjeksiyon tarzında da kullanılabilir. Pre-sinaptik sinir ucuna NA, serotonin ve dopaminin geri alımını bloke eder. Zihinsel uyanıklık, öfori, halüsinasyon, paranoyaya yol açar. Yüksek dozlarda tremor, konvülziyon, solunum ve dolaşım depresyonu yapar. Bağımlılık yapıcı etkisi çok fazladır. Tek bir kullanımdan sonra bile bağımlılık yapabilir. Uyuşturucu özelliği vardır.

Bonzai tipi bağımlılık: Sentetik bir maddedir, esrarın yol açtığı belirtilere benzeyen etkileri olan psikoaktif bir madde (sentetik esrar). Kana karıştığı zaman keyif verici ve sinirleri gevşetici özelliği bulunmaktadır. Etkileri; aşırı endişe, algı değişiklikleri, aşırı reaksiyon gösterme, bağımlılık, kusma, ağızda kuruluk, çarpıntı, kan basıncında artma ve kalp krizidir.

LSD (Ekstazy, Fensiklidin, Melek tozu) tipi bağımlılık: Ergot alkaloidlerinden elde edilir, hafif-orta psikişik bağımlılık yapar. Halüsinojenlerin en güçlüsüdür. Vizüel halüsinasyonlar, zaman algısının bozulması, görme bulanıklığı, ve dūřınme güçlüğü, bellek bozukluğu, bazen akut panik reaksiyonlar gibi psikişik belirtiler ve sempatik hiperaktivite oluşturur. Yoęun föri, enerji artışı ve hipermi/dehidratasyon. Tedavide kullanılan ART ilaçların etken maddeleri ekstazinin etkisini muhtemelen iki-üç kat arttıracak ve aşırı doza sebep olacaktır. Ekstazi ve antiretroviral ilaçların birlikte kullanımı nedeniyle aşırı doza bağlı ölümler raporlanmıştır.

Khat tipi bağımlılık: Yemen ve Doğu Afrika'nın yüksek bölgelerinde yetiştirilen *Catha odulis* bitkisine verilen yöresel addır. Bu bitkinin uç kısmındaki körpe yapraklar çiğnenmek suretiyle kötüye kullanılır. Amfetamin benzeri etkiler oluşturur. Orta derece psikişik bağımlılık yapar. Fiziksel bağımlılık ve tolerans gelişmez.

Barbitürat tipi bağımlılık: Barbitüratlardan bağımlılık yapma potansiyeli yüksek olanlar kısa ve orta etki süreli olanlardır (sekobarbital ve pentobarbital gibi). Psikişik bağımlılık belirgindir. Güçlü fiziksel bağımlılık gelişir. İlaç kesilmesi anksiyete, titreme, kasılma, uykusuzluk, bulantı/kusma, ateş, deliryum, halüsinasyona yol açar.

Uçucu Maddeler: Kolaylıkla bulunabilir, satılmaları yasaldır. Ucuz olması nedeni ile de kullanımı yaygındır. **Boyalar, tiner, bally, UHU gibi yapıştırıcılar, akmak gazı olarak kullanılan bütan gazı ve benzin.** Uçucu maddeler kullanıldığında neşe hali, sakinlik duygusu, bazıları hayaller görölmesine yol açabilir. Ciddi bir sarhoşluk, denge bozukluğu, yürüme

güçlüğü sayılabilir. Saldırgan ve tehlikeli davranışlar uçucu madde kullananlar arasında sık olarak gözlenir. Bağımlılık potansiyelleri de yüksektir, ani ölümler beyin ve kalp üstüne olan etkilerinden dolayı ortaya çıkar.

Kötüye kullanılan ilaçlar: Diazem, Nervium, Tranxilene, Ativan, Rivotril Lomotil ve Akineton. Rohypnol (Türkiye’de ilaç olarak bulunmamaktadır. Ancak yasal olmayan yollar ile getirilmektedir). Bu ilaçlar kullanıldıkları zaman sedasyon, gevşeme ve rahatlama duygusu verirler. Ketamin ve ART’nin (HIV proteaz inhibitörleri ve NNRTI’lar) birlikte kullanımında ketaminin kandaki etkisinin artacağı ve aşırı doza bağlı sağlık sorunları yaşanacağı bilinmektedir.

Tedavi: Üniversite ve Devlet Hastaneleri’nin **AMATEM** (*Alkol-Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi*) birimlerinde yapılır. **Detoksifikasyon dönemi** (kullanılan maddeyi tamamen keserek yerine daha düşük fiziksel bağımlılık oluşturan bir madde vererek ya da yoksunluk sendromunun hafif geçmesini temin edecek ilaçlar vererek organizmadan maddenin tamamen uzaklaştırılması işlemi)

Madde kullanımı ve HIV

Damar yoluyla madde kullananlarda ilk AIDS vakaları 1978’de New York’ta bildirilmiş, takip eden yıllarda oldukça dramatik bir artış gözlenmiş. Diğer risk gruplarına oranla HIV enfeksiyonunun bu hasta grubunda daha hızlı yayılması ve yine heteroseksüel popülasyona (Damar yoluyla madde kullananların seksüel eşlerine ve çocuklarına) enfeksiyonunun yayılımında oldukça önemli bir rol oynaması sorunun ciddiyetini daha da arttırmış. Friedmann ve Des Jarlais, 1988 yılında HIV’in bulaşımında iğne paylaşımının önemli etkisi olduğundan söz etmişler. Başka bir araştırmada; enfekte damar yoluyla madde kullanıcıları ile korunmasız vajinal veya anal seksin, HIV’in genel popülasyona yayılmasında giderek daha ciddi nedenlerden birini oluşturduğu saptanmış (Gürkaynak, 1998).

Madde kullanıcılarında HIV görülme riski oldukça yüksektir. HIV pozitif olanlarda madde kullanımı %20-35 bulunmuştur. Büyük kentlerde yaşayan madde kullanıcılarında ise HIV riskinin %50-65 oranında olduğu saptanmış. Küçük kentlerde yaşayan madde kullanıcılarında ise bu oran %5’e düşmektedir. NIDA (National Institute on Drug Abuse) verilerine göre, Amerika’daki AIDS vakalarının üçte birinden fazlası (%36) direkt veya dolaylı olarak damar içi madde kullanımı sonucu meydana gelmiştir. CDC (Centers for Disease Control and Prevention) verilerine göre ise %25’i damar içi madde kullanıcısıdır.

Madde kullanımı ve HIV yayılımı

Madde bağımlılığı kendi içinde birçok gruba ayrılmakla birlikte etkileri de birbirinden farklıdır. Uyarıcı ve uyuşturucu madde kullanımının HIV geçişinde ve var olan enfeksiyonun yönetilmesinde olumsuz etkisi olduğu bilinmektedir. Damar içi kullanımı olmasa dahi ağızdan, soluyarak veya başka bir yoldan alınan maddelerin de korunma alışkanlıklarını olumsuz etkilediği ve HIV geçişini kolaylaştırıcı risklerin göz ardı edilmesine neden olduğu bilinmektedir. Genel madde kullanım oranı göz önüne alındığında ülkemizde madde bağımlılığının AIDS enfeksiyonunun yayılımında önemli bir etken olmayacağı düşünülebilir, ancak ülkemizde madde kullanım oranı hızlı biçimde artış göstermektedir. Avrupa kentleri ile karşılaştırıldığında damar yolu ile herhangi bir madde kullanımı oranı Türkiye’de daha düşüktür. Oslo, Barcelona, Paris gibi kentlerde bu oran %60 civarında iken Türkiye’de bu oran %30-40 civarındadır. Türkiye’de damar yoluyla eroin kullanımı oldukça yaygındır (%60).

100 opioid bağımlısıyla yapılan bir çalışmada damar yoluyla madde kullanım oranı % 41 olarak bulunmuş (Kuru, 1997), bu çalışmada bağımlıların %18’i opioidi ilk olarak damar yoluyla kullanmaya başladıklarını belirtmişler. Madde kullanmaya başladıktan sonra üç yıl içinde tüm vakaların damar yoluyla kullanıma geçtikleri saptanmıştır. Ülkemizde enjektör paylaşımının düşük olması, madde kullanıcılarında grup halinde yaşama ve grup içinde madde kullanma oranının çok fazla olmaması, madde kullanıcılarında HIV yayılımını engelleyici bir etken olarak görülebilir. Ülkemizde enjektörü başkaları ile paylaşma oranı %10 civarındadır. Bunun en önemli nedenlerinden birisi, enjektörün eczanelerden rahatça ve ucuza alınabilmesidir. Maddeyi damar yolu ile kullananlar arasında enjektör paylaşım oranı Alpay ve arkadaşlarının AMATEM’e yatan hastalar arasında yaptığı çalışmada %11 (Alpay, 1994), opioid bağımlısı 100 hastada yapılan çalışmada %22 (Kuru, 1997), sadece damar yoluyla madde kullananlar arasında yapılan bir araştırmada ise başkaları tarafından kullanılan araçların tekrar kullanımı %70, kendi araçlarının başkaları tarafından kullanımı ise %72 (Gürkaynak, 1998) olarak belirtilmektedir. Enjektörü paylaşma riskini artıran en önemli nedenler arasında eczanenin kapalı olması, madde yoksunluğu içinde bulunma ve cezaevinde yaşama saptanmıştır (Karamustafalıoğlu ve ark, 1991). Enjektörü paylaşanların bu araçları nasıl temizledikleri incelenecek olursa, çamaşır suyu kullananların %2, alkol kullananların %6, sıcak su kullananların %24, soğuk su kullananların %32 ve temizlemeyenlerin ise yine %32 oranında olduğu görülmüş (Gürkaynak, 1998). Yine aynı araştırmada enjektör paylaşanların %70’inin ikiden fazla kişiyle paylaştıkları saptanmış. Öte yandan damar yoluyla madde kullananların %98’i enjektör paylaşımı ile AIDS bulaşabileceğini bildikleri, %82’sinin ise alkolle silmek ya da ateşten geçirmenin AIDS’i önlemek için yeterli olmadığını belirttikleri gözlenmiş

(Gürkaynak, 1998). Damar yolu ile madde kullanan 183 bağımlıda %4 oranında HIV pozitifliği saptanmıştır (Beyazyürek ve ark, 1988).

Sonuç

1990'lı yılların başlarından beri bulaşma pek çok ülkede en sık korunmasız yapılan cinsel temas ardından ise damar içi madde kullananların ortak paylaştığı enjektör ile olmaktadır. Damar içi madde kullanımı alışkanlığının önlenmesi, tedavi edilmesi, ortak enjektör kullanımı risklerinin anlatılması bu grup hastalarda HIV bulaşma riskini azaltmaktadır.

KS-8. HIV Pozitif Bir Anneden Doğmak

Fesih Aktar

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır

Etyoloji

- HIV-1 ve HIV-2 retrovirüs ailesinden lentivirüsler
- HIV-2 düşük geçiş oranları, yavaş progresyon ve düşük mortalite oranına sahip
- 1983: AIDS terimi
- 1984: Virüsün izolasyonu
- 1985: HIV antikor testi

Patogenez

Yenidoğanlarda Makrofaj gibi hedef hücrelerin enfeksiyona yatkınlığı, Büyük ve yenilenebilir CD4 + T hücre kaynağı, Aktif timus ve HIV'e karşı gecikmiş immün yanıt nedenleri ile erişkinlere göre virüsün çoğalması daha hızlıdır. Plasental mikrotransfüzyon ile intrauterin ve doğum sırasında geçiş olurken, maternal kan ve sekresyon teması doğum sırasında geçişe neden olur.

Epidemiyoloji

UNAIDS/WHO tarafından 2020'de <500.000, 2030'da <200.000 yeni vaka hedeflenmektedir.

2010-2016 yılları arasında yeni vaka sayısı (UNAIDS Factsheet 2017): Latin Amerika'da azalma yok, Doğu Avrupa ve Orta Asya'da %60 artarken, mortalite %27 artmıştır. Diğer bölgelerde ise azalmaktadır (%9-38). 15 yaş altında 300.000 'den 160.000'e düşmesi düşünülmektedir.

ABD'de 1991-2015 yılları arasında perinatal geçişli vaka sayısı 1650'den 86'a düşmüştür (CDC HIV Surveillance Rep Vol 27 2015). ABD ve İngiltere'de perinatal geçiş oranı %1 altında (Bamford A. ADC 2015;100:183-88)

Profilaksi, annede ART ve gerektiğinde C/S yoksa geçiş %25-45 (Fowler MG. Am J Obstetr Gynecol 2007;197:S90-5). Geçişin %50-80'i doğuma yakın dönem ve doğumda olur (Pizzo PA. The Challenge of HIV Infection in Infants, Children and Adolescents 1998, Lallemand M. N Engl J Med 2000;343:982-91). Gelişmekte olan ülkelerde HIV pozitif çocukların %90'ında bulaş perinatal ve anne sütü yoluylaadır (De Cock KM. JAMA 2000;283:1175-82).

Ülkemizde HIV/AIDS

1985-1 Aralık 2017 HIV/AIDS Yaş Gruplarına Göre Dağılım			
Yaş	Erkek	Kadın	Toplam
<1	46	27	73
1-4	35	32	67
5-9	17	13	30
10-14	16	12	28
15-19	227	92	319
25-29	2257	647	2904
30-34	2276	629	2905
Toplam	13127	3514	16644
<i>Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı</i>			

Perinatal Geçiş Risk Faktörleri

Maternal: Yüksek virüs yükü, Yüksek vajinal/servikal yük, Düşük maternal CD4 + lenfosit sayısı, İleri hastalık evresi, ART'e uyumsuzluk, Eşlik eden sifiliz, HSV, HBV, HCV, tüberküloz, Sigara, yasadışı ilaç, Mastit, abse, çatlak

Obstetrik: Amniosentez, İnvaziv monitörizasyon, Korioamnionit, Uzamış membran rüptürü, Viral yük > 1000 kopya/mL olduğunda vajinal doğum

Fetal/infant: Prematürite, İkiz, Düşük doğum ağırlığı, Anne sütü

Genetik: Maternal-infant HLA uyumu, Plasental CCR5 reseptör ekspresyonu, TLR 9 polimorfizmi, Beta defensin polimorfizmi, MBL polimorfizmi

Klinik

Neonatal dönemde genellikle asemptomatiktir. Kraniofasial dismorfizm (mikrosefali, hipertelorizm, düzleşmiş burun kökü, üçgeniltrum). Ortanca ortaya çıkış zamanı 5.2-8 ay. Düşük doğum ağırlığı, CD4+ hücre sayısında hızlı düşüş ve semptomların erken ortaya çıkışı hızlı progresyon ile ilişkili (Galli L. AIDS. 1995;9:455-61, Scott GB. N Engl J Med. 1989;321:1791-6). Büyüme geriliği, persistan veya tekrarlayıcı ateş, enfeksiyonlar, jeneralize LAP, HSM, ensefalopati, tekrarlayıcı ve persistan OM, oral-diaper kandidiazis, sık görülen semptomlardır (Human Immunodeficiency Virus. Redbook 2017, CDC. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1994; 43:1-20).

Tanı

18 ayın altında maternal antikorlar nedeniyle HIV RNA ve DNA nükleik asit testleri kullanılmalıdır. Maternal antikorlar ortalama 10 ayda kaybolurken vakaların %14'ünde 18-24. aydan sonra da pozitifdir (Gutierrez M. Clin Infect Dis 2012;55:1255-61). Pozitif test sonucu saptanırsa en kısa sürede tekrar edilmelidir. Kültür ve p24 antijen testleri önerilmemektedir. Kord kanı kontaminasyon olasılığı nedeni ile kullanılmamalıdır.

HIV RNA PCR: Plazmadaki ekstraselüler RNA. İlk haftada vakaların %25-58'inde pozitifken 2-3 ayda %90-100 pozitif. Özgüllüğü %100. Doğumda DNA PCR'dan daha iyi sonuç verir. Antenatal tedavi ve infant ART tedavisinden etkilenir. Tedaviye yanıt değerlendirilir.

HIV DNA PCR: Hücre içi DNA. İlk haftada vakaların %25-55’inde pozitifken 2-3 ayda %90-100 pozitif. Özgüllük doğumda %99.8, daha sonra %100. ART tedavisi alanlarda pozitiflik devam edebilir. Yeni gelişen enfeksiyonda negatif olabiir

Yenidoğanlara Önerilen Virolojik Test Şeması (HIV RNA-DNA PCR)					
	Doğum	2-3 hafta	4-8 hafta	8-10 hafta	4-6 ay
Düşük risk		+	+		+
Yüksek risk	+	+	+	+	+
Düşük risk	Gebelikte standart ART almış ve viral süpresyon sağlanmış Maternal uyum ile ilgili şüphe yok				
Yüksek risk	Prenatal bakım yok Antepartum veya intrapartum ART yok Sadece intrapartum ART alan ART 2-3. trimesterde başlanmış Viral süpresyon sağlanamamış Gebelikte akut HIV saptanmış				
	Anne sütü alan bebeklerde anne sütü kesildikten 4-6 hafta, 3 ve 6 ay sonra PCR veya antikor tarama ile HIV araştırılmalıdır				

aidsinfo.nih.gov

Prognoz

İnfanlarda erişkinlerden daha hızlı progresyon gösterir.

ART öncesi; Amerika ve Avrupa’da mortalite %10-20 (Prendergast A. Lancet. 2007;370:68-80). Afrika’da vakaların üçte biri ilk 1 yıl, yarıdan fazlası ilk 2 yılda kaybedilmekteydi (Newell ML. Lancet. 2004;364:1236-43). Perinatal geçişli vakaların %15-20’si hızlı progresyon

nedeniyle ilk 1 yılda kaybedilirken, ortanca mortalite süresi 30 ay (Scott GB. N Eng J Med. 1989;321:1791-6).

ART sonrası; Gelişmiş ülkelerde morbidite ve mortalite %81-93 azalarak 0.5-0.9 /100 çocuk/yıl (Kapogiannis BG. Clin Infect Dis 2011;53:1024-34, Judd A. Clin Infect Dis 2007;45:918-24)

Gelişmiş ülkelerde mortalite genel popülasyona göre 30 kat fazla (Brady MT. J Acquir Immune Defic Syndr 2010;53:86-94).

Uzun dönemde mental, kardiovasküler problemler, diyabet, renal hastalık, kemik mineral dansitesinde azalma görülür (Berti E. Pediatr Infect Dis J 2015;34:S7-S13).

Maternal HIV Değerlendirmesi

Prekonsepsiyonel değerlendirmesinin bir parçasıdır. Risk mevcutsa 3. trimesterde tekrarlanmalıdır. Her gebelikte tekrarlanmalıdır. HIV antikör testi 24 saat yapılabilmesi ve 1 saat içerisinde sonuçlanmalıdır. Doğum sırasında sonuç alınarak gerekirse profilaksi başlanmalıdır. Gebelerde tanı konulduğu anda HIV kopya sayısı ve CD4 + T lenfosit sayısına bakılmaksızın ve ilaç direnç sonuçları beklenmeden ART başlanmalıdır.

Doğum Şekli

ART kullanımı yaygınlaşmadan önce elektif C/S ile geçiş %8.4'ken NSVY ile %16.7 ($p<0.05$) (Andiman W. N Engl J Med 1999;340:977-87). 34-36 GH'da viral yük ölçülür. HIV RNA >1000 kopya/mL ise geçişi azaltmak için 38. GH'da C/S önerilir (Garcia Pm. New Engl J Med 1999;341:394-402). HIV RNA $\leq$ 1000 kopya/mL ise; Geçiş riskini azaltmak için C/S önerilmez. Membran rüptürü var ise geçiş riskini artırmaz. Doğum şekline obstetrik endikasyonlara göre karar verilir (Towsend CL. AIDS 2014;28:1049-57, Cotter AM. Am J Obstet Gynecol 2012;207:482.e1-5). HIV RNA >1000 kopya/mL ve doğum eylemi başlamış veya membran rüptürü olmuş ise C/S'nun yararı bilinmemektedir. Gebelikte ilaç kullanımı yok veya sadece zidovudin var ise membran rüptürü süresi 2 saatten 24 saate uzadığında geçiş %8'den %31'e yükselmektedir (International Perinatal HIV Group. AIDS 2001;15: 357-368).

Perinatal HIV Maruziyeti Olan Yenidoğanlar

Mutlaka postpartum profilaksi yapılmalıdır. Profilaksiye doğum sonrası 6-12 saat içerisinde başlanmalıdır. Profilaksi: Tek veya ikili ajan ile. Ampirik HIV tedavisi: 3 ilaç kombinasyonu ile geçiş riski yüksek olan yenidoğanlarda hem profilaksi hem de erken tedavi amacıyla kullanılır. NICHD-HPTN 040/PACTG 1043 çalışması kombinasyon profilaksisini değerlendiren tek randomize çalışma. 1746 bebek, gebelikte ART yok, %41'i intrapartum zidovudin almış. Zidovudin (6 hf), zidovudin (6 hf)/3 doz nevirapin, zidovudin (6hf)/2 hafta lamivudin-nelfinavir. İntrauterin geçiş %5.7, gruplar arasında fark yok. İntrapartum geçiş ise %4.8, 2.2 ve 2.5 (p=0.03). Nötropeni ve anemi üçlü ilaç alanlarda daha sık (Nielsen-Saines K. N Engl J Med. 2012;366:2368-79). Avrupa ve İngiltere'de maternal ART var ise zidovudin profilaksisi 4 hafta uygulanmakta ve kombinasyon profilaksisine göre HIV geçiş riski artmamış (%0.4) ve anemi riski azalmıştır (Ferguson W. Pediatr Infect Dis J 2011;30:408-12, Lahoz R. Pediatr Infect Dis J 2010; 29: 376-9)

Anne Sütü Alırken Annede HIV Saptanması

Anneye ART başlanır. Anne sütü hemen kesilmelidir. Bebeğin maruziyet süresi belli değildir, akut enfeksiyon olduğu için geçiş yüksektir. Kombinasyon profilaksisi veya ampirik HIV tedavisi başlanır. Profilaksi 4 haftadır. HIV PCR profilaksi öncesi, 4-6 hafta, 3 ay ve 6 ay sonra bakılmalıdır.

KS-9. HIV İle Yaşayanlarda Metabolik Sağlığa Multidisipliner Yaklaşım

Figen Sarıgül Yıldırım

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
Anabilim Dalı, Antalya

Yüksek virolojik süpresyon ve yan etkisi az antiretroviral tedavi (ART) rejimleri ile HIV ile yaşayanlar (HYB) yaş almakta, AIDS ile ilişkili olmayan komplikasyonlar artmaktadır; Kemik, böbrek, karaciğer, kardiovasküler hastalıklar, nörolojik bozukluklar, kanserler ve metabolik bozukluklar. Özellikle yaş alma, vücut kompozisyonunda değişme, aktivite ve diyet, ART'lerin hedef dışı etkileri ve kronik İnflamasyon be komplikasyonların sebepleridir.

Bir çalışmada: 2010'dan 2030'a ART kullanan hastaların medyan yaşının 43.9'dan 56.6'a, ≥ 50 yaş %28'den %73'e, ≥ 60 yaş %8'den %39'a, ≥ 70 yaş %8'den %12'ye çıkacağı; en az bir bulaşıcı olmayan hastalığı olan HIV pozitif hasta sayısının %29'dan %84'e çıkacağını; 2030'da %78'inde kardiyovasküler hastalık, %17'sinde diyabet ve %17'sinde malignensi tanısı alacağını modellemiştir (1).

METABOLİK SENDROM (MS): İnsülin direnciyle başlayan, abdominal obezite, glukoz intoleransı veya diabetes mellitus, dislipidemi, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı (KAH) gibi sistemik bozuklukların birbirine eklendiği ölümcül bir hastalıktır. MS'un Tip 2 diyabet gelişme riski 5 kat, aterosklerotik kardiyovasküler hastalık gelişime riski 2 kat fazladır.

Alkole bağlı olmayan karaciğer yağlanması, polikistik over sendromu, uyku apne sendromu, safra taşı, gastroözofageal reflü, depresyon ve astım metabolik sendromla ilişkili tablolar arasında sayılmaktadır. Kan şekeri yüksekliği, hipertrigliseridemi, HDL kolesterol düşüklüğü, hepatik transaminaz yüksekliği, hiperürisemi, mikroalbüminüri gibi klasik bulgular yanında, CRP ve plazminojen aktivatörü inhibitörü-1 yüksekliği de metabolik sendromun laboratuvar bulguları arasında yer alır.

MS prevalansı: Erişkinlerde %22, 20-29 yaş gurubunda %6,7, 60-69 yaş gurubunda ise %43,5 ve KAH geliştiren bireylerin % 53'ü aynı zamanda metabolik sendrom hastasıdır. Ülkemizde metabolik sendrom görülme sıklığı ise, erkeklerde %28, kadınlarda ise %40 gibi oldukça yüksek değerlerdedir.

MS'un tüm bileşenlerinin etiyopatogenezi açıklayabilecek tek bir genetik, infeksiyöz ya da çevresel faktör henüz tanımlanamamıştır. İnsülin direnci zemininde gelişen heterojen bir

hastalıktır. Poligenik yatkınlık yanı sıra, modern kent hayatının getirdiği sedanter yaşam ve yüksek kalorili beslenme sendromunun seyrini alevlendirmektedir.

MS'un tanı kriterleri (2)

Aşağıdakilerden en az biri:

- Diabetes mellitus veya
- Bozulmuş glukoz toleransı veya
- İnsülin direnci ve

Aşağıdakilerden en az ikisi:

- Hipertansiyon (sistolik kan basıncı >130, diyastolik kan basıncı >85 mmHg veya antihipertansif kullanıyor olmak)
- Dislipidemi (trigliserid düzeyi > 150 mg/dl veya HDL düzeyi erkekte <40 mg/dl, kadında <50 mg/dl)
- Abdominal obezite (VKİ > 30 kg/m² veya bel çevresi: erkeklerde > 94 cm, kadınlarda > 80 cm)

İnsülin Direnci: Endojen veya ekzojen insüline karşı biyolojik yanıtsızlıktır. Sağlıklı popülasyonda %25, bozulmuş glukoz toleransında %60 ve Tip 2 DM'si olanlarda %60-75 oranında insülin direnci görülür.

Altın standart tanı yöntemi; öglisemik insülin klemp testidir. Pahalı ve zahmetli bir test olup, klinik pratikte kullanılmaz. Klinik pratikte en sık kullanılan yöntem HOMA formülüdür. Normal bireylerde HOMA değeri 2.7'den düşük olarak bildirilmektedir, 2.7'nin üzeri ise değişik derecelerde insülin direncini yansıtır. [HOMA: açlık insülini (µu/ml) x açlık plazma glukozu (mg/dl) / 405)]

Ülkemizde 20 yaş ve üzerindeki kişilerin %34'ünde abdominal obezite görülmektedir. Abdominal obezite insülin direncinin en önemli göstergesidir. Ancak insülin dirençli MS olgularının bir kısmında obezite bulunmayabilir. Adipoz doku leptin, rezistin, adiponektin gibi birçok hormon ve sitokin salgılayan (TNF-a, IL-6, IL-8) aktif bir endokrin organdır. Her obez hasta metabolik sendrom açısından taranmalı ve visseral adipozite göstergesi olarak vücut kitle

indeksi yerine bel çevresi ölçümü kullanılmalıdır: Bel çevresi, arkus kostaryum ve spina iliaka anterior superior arası mesafenin orta noktasından ölçülmelidir.

Yaşlı, Aşırı kilolu veya obez (%85 BMI>25), bel çevresi>90 cm (96.5 [88.8–105.5] cm), 266 HY’larda açlık insulin (8.1 [5.8–21.6] pg/ml), açlık glukoz (98.0 [84.0–116.0] mg/dl), trigliserid(201.0 [142.0–267.3] mg/dl), HDL kolesterol (36.5 [29.8–43.3] mg/dl), high-sensitivity C-reactive protein (2.5 [1.0–4.9] mg/dl) ve interleukin-6 (3.4 [2.8–3.8] pg/ml) bakılmış: Viral baskılanmış hastalarda akut enfeksiyon olanlara göre %60 fazla, NRTI ve PI ile tedavi 2.4 kat arttırdığı, daha düşük antioksidan kapasitesine (toplam antioksidan durumu [TAS] <1.33) sahip bireylerin MS geliştirme riski 2.6 kat daha yüksek olduğu ve MS’un HIV ile ilişkili kronik inflamasyon, Düşük TAS ve PI ve NRTI’larla tedavisi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (3).

HIV-MS sıklığı: Bölgeye, ülkeye, MS tanısı için kullanılan kılavuza, çalışmanın yapıldığı grubun yaş, cinsiyet, ART naif-deneyimli olmasına göre değişkenlik gösterir. HIV pozitiflerde %18- 47, HIV negatiflerde %8-21 şeklinde çalışmalar mevcuttur (4,5). Ülkemizdeki sıklığını araştıran bir tek allele bağlı olmayan karaciğer yağlamasının (NAFLD) 358 HY’ların 118 (%33)’si NAFLD olduğu; obezite NAFLD olanlarda %10,2, NAFLD olmayanlarda %3,1 olduğu; (p=0.021), diabetes mellitus ve hipertansiyonu olanlarda NAFLD oranı anlamlı olarak yüksek saptandı (p<0.05) olduğu saptanmış (6). Aynı çalışmada ALT/AST oranı (1.0 (0.4-2.5) / 0.9 (0.1-3.9)) ve trigliserid seviyesi yüksekliği (147 (43-596) /108 (35-917)) NAFLD tanısı olanlarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş (p<0.05). HY’larda MS patogenezi benzer aslında HIV latent olarak hücrelerde kaldığı için oksidatif stres ve inflamasyon devam etmekte ve bu yüzden lipoprotein lipaz (LPL) and hepatik lipaz aktivitesi azalır. Bu da Trigliserid ve kolesterol artışına sebep olur. Interferon-a, proinflamatuvar sitokinler ve akut faz proteinleri dislipidemi, insülin direnci ve DM’a sebep olarak MS ortaya çıkar.

Tablo 1. En çok reçete edilen ART’lerin Adipoz doku üzerine etkisi

Name of ART	Abbreviation	Lipoatrophy	Peripheral fat gain	Central fat gain
stavudine	D4T	+++		++
zidovudine	ZDV, AZT	++		+
didanosine	DDI	±		±
lamivudine	3TC	0		0
abacavir	ABC	0		0
tenofovir	TDF	0		0
emtricitabine	FTC	0		0
tenofovir alafenamide	TAF	0		0
efavirenz	EFV	±	±	+
nevirapine	NPV	0		0
rilpivirine	RPV	0	±	0
etravirine	ETR			
indinavir	IDV	±		+
ritonavir	RTV	±		+
lopinavir/ritonavir	LPV/r	±		+
atazanavir/ritonavir	ATV/r	0	+	++
darunavir/ritonavir	DRV/r	0	+	++
maraviroc	MVC			
raltegravir	RAL	0	+	++
dolutegravir	DTG	0	+ (+?)	++ (+?)
elvitegravir/cobicistat	EVG/COBI	0	+	+

0: absence of an effect, empty cases when no information is available.

Tablo 2. En çok reçete edilen farklı ART'nin lipid ve glikoz metabolizması üzerindeki etkileri.

Name Of Art	Abbreviation	TC	LDL	HDL	TG	HOMA-IR	Diabetes
stavudine	D4T	++	++		++	++	++
zidovudine	ZDV, AZT	+	+		++	++	++
didanosine	DDI					+	++
lamivudine	3TC	0	0	0	0	0	
abacavir	ABC	+	+		+	0	
tenofovir	TDF	-	-	-	-	0	- -
emtricitabine	FTC	0	0	0		0	-/0
tenofovir alafenamide	TAF	0	0	0		0	
efavirenz	EFV	++	++	+	++	+	+
nevirapine	NPV	+	+	++		0	-
rilpivirine	RPV	±	±	±	+		
etravirine	ETR	±	±	±	+		
indinavir	IDV	+	+		+	+++	++
ritonavir	RTV	+	+	-	++	++	+
lopinavir/ritonavir	LPV/r	++	++	-	+++	++	
atazanavir/ritonavir	ATV/r	±	±	±	0	±	+
darunavir/ritonavir	DRV/r	+	+	-	+	±	
maraviroc	MVC	0	0	0	0	0	
raltegravir	RAL	0	0	0	0	±	±
dolutegravir	DTG	0	0	0	0	±	
elvitegravir/cobicistat	EVG/COBI	0	0	0	0		

0: absence of an effect, empty cases when no information is available.

Bir çalışmada; Etkili HIV tedavisi enfeksiyona bağlı katabolizmayı azalttığı ve böylece ART başladıktan sonraki ilk aylarda kilo artışına neden olduğu ve ART başlangıcından sonra kilo alımının sağkalım faydaları, başlangıçtaki BMI'ne bağlı olduğu; ART'den sonra kilo alımı,

başlangıçta aşırı kilolu olmayanlar için daha düşük mortalite ile ilişkili olduğu bulunmuş (7). En son Mart 2021’de yayınlanan bir çalışmada ise: En az altı ay boyunca TDF içeren ART uygulanan HIV ile yaşayan 4.375 yetişkinin (Ortanca yaş 50, % 25,9'u kadın ve % 51,7'si normal vücut kitle indeksine (VKİ) sahip) 3484 (% 79,6) TAF'ya geçmiş ve 891 (% 20,4) TDF'ye devam etmiş (8). On sekiz ay sonra, TAF'a geçenlerde 1.7 kg TDF'ye devam edenlerde 0.7 kg, TAF'a geçenlerin % 13,8'i buna karşılık TDF'ye devam edenlerin % 8,4'ü fazla kilolu / obez hale gelmiş, ayrıca TAF'a geçiş, kolesterolde (0.25 mmol / L [9.5 mg / dL]), HDL (0.05 mmol / L [1.9 mg / dL]), LDL (0.12 mmol / L [4.7 mg / dL]) ve trigliserid (0.18 mmol / L [16.1 mg / dL]) artışlara yol açmıştır. Bu çalışmada klinisyelerin metabolik komplikasyonlar da dahil olmak üzere potansiyel zararları ile avantajlarını (böbrek ve kemik güvenliği) dengelemeleri, TDF yerine TAF'ı tercih etme kararı kişiselleştirilmeli ve kilo ve lipidler dahil olmak üzere kardiyometabolik risk faktörlerinin tekrar tekrar değerlendirmelidir önerisi bulunulmuş. TDF'nin TAF ile değiştirilmesi, kilo artışı, obezite gelişimi ve serum lipid seviyelerinin kötüleşmesi gibi olumsuz metabolik değişikliklerle ilişkilidir denilmiş.

Son yıllarda integras inhibitörlerinin (INSTI) kullanımı artmaktadır. INSTI'ler kilo alımı ve obezite ile önemli ölçüde ilişkisi, INSTI'lerle ilişkili kilo artışı ve metabolik sendrom ve diyabet riskleri ile mevcut kanıtları kapsamlı bir şekilde gözden geçirilmektedir. TAF ile birlikte kullanıldığında, INSTI'lerle ilişkili kilo alımına ilişki artmakta olduğu, lipidler üzerinde nötr etki olduğu fakat INSTI'lerin tedaviyle ortaya çıkan obezite nedeniyle MS'a ilişkili olduğuna ait kanıtlar mevcuttur (9). Diyabet ve insülin direnci ile ilgili literatür tutarsız kalmaktadır, Metabolik etkileri için çalışmalara ihtiyaç vardır. Kanıtlar: TAF ile kullanıldığında metabolik sendroma katkıda olabileceği yönündedir. Uzun vadede diyabet riskine sahip olduğu, Kilo alımının gelecekte diyabet geliştirme riskinin artmasına yol açabileceğine dair bazı kanıtlar mevcuttur (9). INSTI ile ilgili kilo alımın nedenleri belirsizdir. Daha önce tedavi görmemiş hastalarda, 'sağlığa dönüş' fenomeni kabul edilmelidir, bu nedenle kilo alımı immünolojik iyileşme ile ilişkilidir. INSTI'lerin in vitro ve in vivo olarak adipogenez, lipogenez ve insülin direncini arttırdığı gösterilmiştir. Kanıtlar ayrıca, INSTI'lerin melanokortin sistemine ve merkezi sinir sistemi iştah düzenlemesine melanokortin-4 reseptörü (MC4R) yoluyla müdahale edebileceğini göstermektedir. Bununla birlikte, başka bir çalışma, MC4R reseptörünün antagonizminin, klinik maruziyetten çok daha büyük bir ilaç konsantrasyonunda meydana geldiğini bildirmiştir. Ek olarak, bir kohort çalışmasında, TAF ve INSTI ile ilişkili kilo artışı, 12 aylık takipte dinlenme metabolik hızındaki veya kalori alımındaki değişikliklerden bağımsız

bulunmuştur. Bu nedenle, obez veya aşırı kilolu olanlarda, INSTI ile antiretroviral tedaviyi başlatan klinisyenler tarafından dikkatli bir değerlendirme yapılmalıdır.

Sonuç olarak: Yan etkileri olmayan veya çok az olan ART kullanmaya devam edilmeli, yaşlanmakta olan HIV pozitiflerde ART olumsuz etkilerinin gerçek yaşam verileri önemlidir. ART'ye ek olarak rezervuarlardaki HIV'in de metabolik değişikliklerde rol oynadığını dikkate almak gerekir. Ayrıca, CMV ve koenfeksiyonlar, değiştirilmiş bağırsak mikrobiyotası, diyet ve hareketsizlik gibi kişisel faktörler insülin direnci ve lipotoksiste ile ilişkilidir. Tüm bu değişiklikleri bir arada düşünmek gerekir.

Kaynaklar

1. Smit M, Brinkman K, Geerlings S, et al. Future challenges for clinical care of an ageing population infected with HIV: a modelling study *Lancet Infect Dis* . 2015 Jul;15(7):810-8.
2. Türkiye Endokrinoloji Metabolizma Derneği, Metabolik Sendrom Çalışma Grubu. 2015 KILAVUZLAR- Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Derneği <https://temd.org.tr> › kılavuzlar (Erişim Ekim 2021)
3. Duro M, Manso MC, Barreira S, et al. Metabolic syndrome in human Immunodeficiency virus-infected patients. *International Journal of STD & AIDS* 2018;0(0):1-9
4. Møller SP, Amare H, Christensen DL et al. HIV and metabolic syndrome in an Ethiopian population *Ann Hum Biol*. 2020;47(5):457-464
5. Ngatchou W, Lemogoum D, Ndobu P, et al. Increased burden and severity of metabolic syndrome and arterial stiffness in treatment-naïve HIV+ patients from Cameroon. *Vasc Health Risk Manag*. 2013;9:509-16.
6. Sarıgül F, Deniz M. Prevalence and Related Risk Factors of Non-Alcoholic Fatty Liver Disease In HIV/AIDS Patients *Klinik Dergisi* 2021; 34(1): 50-55.
7. Bianca Yuh B, Tate J, Butt AA, et al. Weight change after antiretroviral therapy and mortality *Clin Infect Dis* . 2015;60(12):1852-9.
8. Surial B, Mugglin C, Calmy A, et al. Weight and Metabolic Changes After Switching From Tenofovir Disoproxil Fumarate to Tenofovir Alafenamide in People Living With HIV: A Cohort Study. *Ann Intern Med*. 2021;174(6):758-767.
9. Shah S, Hill A. Risks of metabolic syndrome and diabetes with integrase inhibitor-based therapy. *Curr Opin Infect Dis*. 2021;34(1):16-24.

KS-10. Antiretroviral Tedavi Çalışmalarında Kadınların Yeri ve Kadın Hasta Takibine Etkileri

Yeşim Yıldız

Gazi Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Ankara

Dünya’da Global HIV İstatistikleri

UNAIDS verilerine göre dünyada 2020 yılı itibariyle HIV ile yaşayan 37.7 milyon kişi bulunmakta, bu kişilerin %53’ünü kadın ve kız çocukları oluşturmaktadır. HIV ile yaşayan kişilerden %74’ü antiretroviral tedaviye (ART) ulaşabilmektedir. ART ulaşma oranı 15 yaş ve üzeri kadınlarda %79, insan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile yaşayan gebelerde %85 düzeyindedir. 2010 yılından beri akkiz immün yetmezlik sendromu (AIDS) ilişkili ölümler erkeklerde %41, kadın ve kız çocuklarında %53 oranında azalmıştır; ancak halen dünya genelinde 15-49 yaş kadınlarda önde gelen ölüm nedeni AIDS ilişkili hastalıklardır. 2020 yılında dünya genelinde her hafta 15-24 yaş grubunda HIV ile yeni enfekte olan yaklaşık 5000 kadın ve genç kızdan 4200’ü Sahra-altı Afrika’da yaşamaktadır. 2020 yılında Sahra-altı Afrika’da 15-19 yaş grubunda her 7 yeni enfekte adölesandan 6’sı kız olup 15-24 yaş grubundaki kızların %50’si 18 yaş altında gebe kalmıştır. Sahra-altı Afrika’da 15-24 yaş grubunda HIV ile yaşayan kadınlar, erkeklerin iki katı sayıdadır. Dünya genelinde 2020 yılında HIV ile yeni enfekte olan bireylerin %63’ünü buradaki genç kız ve kadınlar oluşturmaktadır. 2020 yılında, kilit popülasyon (seks işçileri, erkeklerle seks yapan erkekler, damar içi ilaç kullananlar, transseksüel bireyler) ve seksüel partnerleri, tüm yeni tanı bireylerin %65’ini oluşturmaktadır. HIV enfeksiyonuna yakalanma riski; trans kadınlarda 34 kat, seks işçilerinde 26 kat, erkeklerle seks yapan erkeklerde 25 kat, damar içi ilaç kullananlarda 35 kat daha yüksektir (1).

Türkiye’de HIV/AIDS

Ülkemizde HIV/AIDS vakalarının cinsiyete göre dağılımına bakıldığında; tüm HIV ile yaşayan bireylerin %79.98’i erkek, %20.02’si kadındır. Tüm vakaların %15.51’i yabancı uyrukludur. En sık vaka görülen yaş aralığı 25-29 yaş olup bulaş yolları incelendiğinde en sık bulaş %49.24 oranla cinsel temastır ve bunların %73.46’sını korunmasız heteroseksüel cinsel temas oluşturmaktadır. Türkiye’de yeni tanı hasta sayısı büyük bir hızla artmaktadır, son 5 yılda yeni tanı olgu sayısında %320 artış görülmüştür. Kırsal kesimde yaşayan genç ve kadın nüfus cinsel sağlık konusunda bilgisiz olması, milli eğitim müfredatında cinsel sağlık eğitiminin olmaması,

halkın HIV/AIDS konusunda güncel bilgiye ulaşamaması, medyada konuya yeterli yer verilmemesi, nüfusumuzu genç, nüfus hareketliliğinin ve iç göçün fazla olması, turizm ülkesi olmak, yurt dışında çalışan işçilerimizin fazla olması, kayıtsız seks çalışanlarının artması, kilit popülasyonlara yönelik ulusal programların olmaması, damar içi madde kullanımının artması, çok eşlilerde kondom kullanımının yeterince teşvik edilmemesi, gönüllü test ve danışmanlık merkezleri ile anonim test merkezlerinin sayısının yetersiz olması, HIV ile yaşayanlara yönelik toplumda ayrımcı davranışlar bulunması gibi durumlar bu artışa sebep olan önde gelen faktörler olarak sayılabilir (2).

ART faz çalışmaları ve kadınlar

HIV enfeksiyonunu kontrol etmek için ilaç geliştirme çalışmaları tüm hızıyla devam etmektedir ancak çalışmalarda gönüllü katılımcıların demografik dağılımlarına bakıldığında kadınların bu çalışmalarda yeterince yer almadığı dikkat çekmektedir. Geniş kapsamlı HIV klinik gelişim programı olarak adlandırılan 12 farklı alt çalışma bulunduran projede yalnızca bir çalışma kadın popülasyonda yapılmış, diğer alt çalışmalarda ise kadın katılımcı oranı %15'i geçmemiştir (3-4). Hızlı ART başlangıcı üzerinden kurgulanmış daha güncel çalışmalarda da benzer durum dikkati çekmektedir (5-7).

PrEP çalışmaları ve kadınlar

PrEP kullanım durumları, PrEP ulaşılabilirliği ve tercih edilen yöntem kadınlar ve erkekler arasında farklılık göstermektedir. ABD'de 16 yaş ve üzeri 78360 kişi üzerinde yapılan bir araştırmada oral PrEP (TDF/FTC) kullanıcılarının %95'inin erkek olduğu saptanmıştır (8). LA-CAB (uzun etkili Cabotegravir) enjeksiyon ile günlük oral TDF/FTC kullanımının Sahra-altı Afrikalı kadınlarda etkinlik ve güvenliğinin çift kör, plasebo kontrollü faz IIb/III karşılaştırmalı çalışmasına rastgele dahil edilen kadınlardan cabotegravir enjeksiyonu kullananlarda oral TDF/FTC kullananlara göre HIV bulaşı riski %89 daha az bulunmuştur. Bu, kadınlara yönelik PrEP çalışmalarında ulaşılmış en yüksek etkinlik oranıdır. Cabotegravir enjeksiyon tedavisi HIV gelişimini önlemede plasebo ile karşılaştırıldığında %91 etkin bulunmuş, aksine günlük oral TDF/FTC PrEP kullanımı yalnızca plasebodan %15 daha fazla etkinlik göstermiştir (9-10). Dapivirine vajinal halka ile oral TDF/FTC kullanımının güvenlik, tercih edilebilirlik ve uyum açısından karşılaştırıldığı REACH çalışması sonuçlarına göre, kadınlar vajinal halkayı %88.5 oranında tercih ederken oral PrEP %63.9 oranında kabul görmüştür (11). DELIVER çalışması, gebelerde Dapivirine vajinal halka ile oral TDF/FTC kullanımının güvenliğini araştırmayı amaçlamakta olup, çalışma sonucunda her iki PrEP yaklaşımının gebeler için güvenli olduğu bulunmuştur. Gebe bireylerde HIV önleyici medikal yaklaşım çalışması anlamında ilk olması

açısından bu çalışma oldukça önemlidir (12). Kadın sağlığı ve aile planlaması klinikleri gibi kadınların düzenli olarak cinsel sağlık ve koruyucu hizmetler aldığı ortamlarda PrEP ulaşılabilirliğini arttırmak, aile planlaması merkezlerinde PrEP konusunda eğitim verilmesini sağlamak kadınlarda PrEP ulaşımını ve kullanımını arttıracaktır (13-14).

ART ilişkili metabolik komplikasyonlar ve kadınlar

ART kullananlarda kilo alımına etki eden faktörlerin araştırıldığı ADVANCE çalışmasında, 96 haftada Efavirenz ile karşılaştırıldığında Dolutegravir ile, TDF ile karşılaştırıldığında TAF ile anlamlı olarak kilo artışının daha fazla olduğu; 48.haftadan sonra erkeklerde plato görülürken kadınlarda kilo artışının devam ettiği görülmüştür (15). Antiretroviral tedavinin epigenetik yaşlanma üzerindeki potansiyel faydasını araştıran NEAT çalışmasında, katılımcılarının %88'inin erkek olduğu dikkati çekmektedir. Çalışma sonucuna göre epigenetik yaşlanma hızı ile, genel popülasyonda yaşa bağlı komorbiditelerin ve mortalitenin ortaya çıkışı öngörülebilir bulunmuştur. Ancak çalışmada kadın katılımcı sayısının düşük olması nedeniyle, sonuçlar kadın popülasyonunu temsil edememektedir (16). HIV ile yaşayan ART altındaki bireylerde cinsiyet farklılıkları ve inflamatuvar belirteçlerin kardiyovasküler olayları öngörmeye etkisinin araştırıldığı çalışmada, vasküler olaylarda rol alan ve immün aktiviteyi gösteren biyobelirteçlerin vasküler olayları öngörme gücü kadın popülasyonda anlamlı olarak fazla ($P \leq .10$) bulunmuştur (17). Bu çalışmalarda görüldüğü gibi, çalışmalara kadın katılımcılar dâhil edildikçe HIV enfeksiyonunun ve ART rejimlerinin cinsiyetler üzerine etkileri arasındaki fark daha görünür hale gelmektedir.

HIV tedavisi çalışmalarıyla ilgili 151 yayının incelendiği bir araştırmada, bu çalışmaların 119'unda (%79), katılımcıların cinsiyetine ilişkin verilerin bulunduğu, araştırmalardaki 12.946 katılımcının 2.323'ünün (%17.9) kadın olduğu ve çalışmaların %26'sında hiç kadın dahil edilmediği görülmüştür. 1991'den 2011'e kadar yürütülen bu çalışmaların yalnızca %6'sında demografik değişkenlere göre etkinlik analizi yapılmış, hiçbirinde demografik değişkenlere göre güvenlik analizi yapılmamıştır. Çalışmadan elde edilen verilerle tedavi başarısı üzerine cinsiyet farklılıklarının etkisi değerlendirildiğinde; klinik gözlemler ve çalışmalar, kadın cinsiyetin daha düşük viral yük, daha yüksek CD4 sayısı ile ilişkili olduğunu, kadınlarda daha sık ART yan etkileri ve kesilmesi, AIDS'e daha hızlı ilerleme, daha yüksek D-dimer seviyeleri, daha yüksek elit kontrol olasılığı, daha belirgin aşı yanıtı ve daha yüksek bağışıklık aktivasyonu olduğunu göstermiştir. Biyolojik ve immün sistem ilişkili farklılıklar X kromozomu üzerindeki gen ekspresyonlarıyla ilişkilendirilmiştir (18).

Dünyanın en büyük klinik araştırma fon sağlayıcısı olan Ulusal Sağlık Enstitüleri (NIH), 2001 yılında klinik ve pre-klinik çalışmalarda farklı demografik özelliklerin (cinsiyet, ırk, etnik köken) temsilcilerini dâhil etmenin ve dengelemenin önemine vurgu yapan bir politika yayınlamıştır (19). Cinsiyet, yaş ve ırkın, biyolojik ve/veya sosyo-davranışsal etkiler yoluyla HIV'i iyileştirmede önemli olduğu düşünülse de, bu demografik özellikler ile tedavi edici müdahalelerin güvenliği/etkinliği arasındaki ilişkileri belirlemek için daha fazla veriye ihtiyaç duyulmaktadır (20).

2020 yılında HIV ile enfekte kadınların üçte birinden fazlası (%35) hayatlarının bir döneminde birlikte oldukları bir partner tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddete ya da partneri olmayan biri tarafından cinsel şiddete maruz kalmıştır. Tüm kadın cinayetlerinin %38'i kadınların cinsel partnerleri tarafından gerçekleştirilmiştir. Dünya genelinde adolesan kız çocuklarının %45'i ilk cinsel deneyimlerinin zorlamayla gerçekleştiğini bildirmiştir (21). Güvenli olmayan seksi teşvik eden ve sağlık hizmetlerine erişimi sınırlayan cinsiyet eşitsizlikleri ve zararlı uygulamalar, sahra altı Afrika'daki genç kadınların genellikle HIV tedavisine erişimlerinin engellendiği ve kendi sağlık kararlarında son söz sahibi olmadıkları anlamına gelmektedir. Sonuç olarak, kızlar ve genç kadınlar arasında HIV prevalansı, benzer yaştaki erkeklerin iki katından fazla sayıya ulaşmıştır.

Kadınlarda HIV ciddi ve önemli bir sorun olmasına rağmen, kadınlar HIV klinik araştırmalarında yeterince temsil edilmemektedir. HIV klinik denemelerinin ve tedaviyle ilgili araştırmaların büyük bir kısmı, HIV salgınının ağırlıklı olarak erkeklerle seks yapan erkekler tarafından yönlendirildiği gelişmiş ülkelerde gerçekleştirilmektedir (22). HIV klinik araştırmalarında kadınların yeterince temsil edilmemesi, kadınlarda HIV'in erkeklerden nasıl farklı davranabileceğine dair bilimsel bilgide boşluklara yol açmakta ve ilaçların kadın bedeniyle nasıl farklı şekilde etkileşime girebileceği de dahil olmak üzere tedavinin güvenliğini ve etkinliğini etkileyebilmektedir. Antiretrovirallerin kullanıldığı mevcut tedavi kılavuzları, ağırlıklı olarak erkek popülasyonda yürütülen araştırmalara dayandığından, kadınlara yönelik spesifik kılavuz bilgileri de bulunmamaktadır (23).

HIV çalışmaları; insanların gereğinden fazla ilaç kullanmasını önlemeyi, yan etki riskini ve komorbiditeleri azaltarak daha uzun ve sağlıklı yaşam sunmayı hedeflemektedir. Öyleyse, kadınlara klinik çalışmalarda daha fazla yer verilmelidir (24).

Kaynaklar

1. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf
2. Tümer A, Taşova Y. HIV epidemisinin kontrolü mümkün mü?. Taşova Y, editör. HIV ve AIDS. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.1- 5.
3. Wohl D, et al. J Acquir Immune Defic Syndr 2016; 72:58-64
4. Sax P, et al. Lancet 2015;385(9987):2606-15
5. Huhn, et al. Clin Infect Dis. 2020; 71:3110.
6. Bachelard, et al. J Antimicrob Chemother 2021;76: 2484.
7. Cahn, et al. J AIDS. 2020; 83:310.
8. Huang. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2018;67:1147.
9. Marzinke M et al. Long-acting injectable PrEP in women: laboratory analysis of HIV infections in HPTN 084. 11th IAS Conference on HIV Science, abstract PECLB25, 2021.
10. Moore M et al. Estimated long-acting PrEP effectiveness in the HPTN 084 cohort using a model-based HIV incidence in the absence of PrEP. 11th IAS Conference on HIV Science, abstract OAC0105, 2021
11. Nair G et al. Adherence to the dapivirine vaginal ring and oral PrEP among adolescent girls and young women in Africa: interim results from the REACH study. 11th IAS Conference on HIV Science, abstract OALC01LB01, 2021.
12. Makanani B et al. Prioritizing the evaluation of HIV prevention interventions in pregnancy: Interim results from a randomized, open-label safety trial of dapivirine vaginal ring and oral tenofovir disoproxil fumarate/emtricitabine use in late pregnancy. 11th IAS Conference on HIV Science, abstract PECLB26, 2021.
13. Sales. J Acquir Immune Defic Syndr. 2019;81:414
14. Piper. Implementation Science Communications. 2021;2:48.
15. Hill. IAS 2019. Abstr MOAX0102LB.
16. Esteban-Cantos A, et al. Epigenetic age acceleration changes 2 years after antiretroviral therapy initiation in adults with HIV: a substudy of the NEAT001/ANRS143 randomised trial. Lancet HIV. 2021 Apr;8(4):e197-e205.
17. Schnittman. CROI 2021. Abstr 98.
18. Johnston RE, et al. Sex, age, race and intervention type in clinical studies of HIV cure: a systematic review. AIDS Res Hum Retroviruses. 2015 Jan;31(1):85-97.
19. NIH: NIH Policy and Guidelines on the Inclusion of Women and Minorities as Subjects in Clinical Research, amended, October 2001
20. Clayton JA and Collins FS: Policy: NIH to balance sex in cell and animal studies. Nature 2014;509(7500):282–283.
21. <https://plan-international.org/ending-violence/16-ways-end-violence-girls>
22. J Acquir Immune Defic Syndr. 2016 Feb 1;71(2): 181-8.
23. Gianella S, Tsibris A, Barr L, Godfrey C. Barriers to a cure for HIV in women. J Int AIDS Soc. 2016 Feb 18;19(1):20706.
24. <https://viivhealthcare.com/en-gb/our-stories/partnerships-key-populations/understanding-hiv-in-women-spotlight-on-the-gender-gap-in-hiv-research/>