



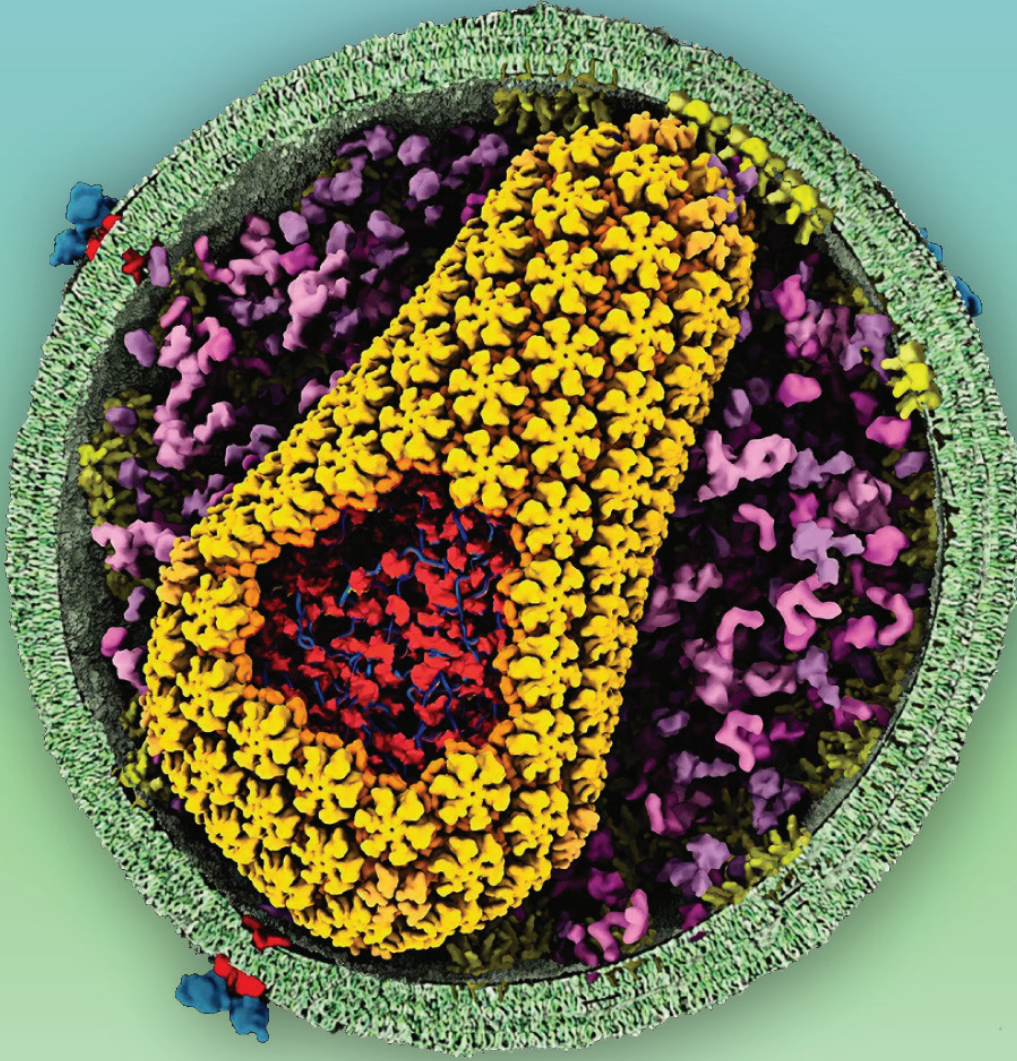
HIV/AIDS

2023 KONGRESİ

7-10 ARALIK 2023

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA

hivaidskongresi.com



ÇAĞRI

Sayın Meslektaşlarımız,

Türkiye’de HIV enfeksiyonu ile ilgili faaliyet gösteren beş hekim derneğinin bir araya gelerek oluşturduğu “Türkiye HIV/AIDS Platformu”’nun her yıl düzenlediği ve bu yıl da yedincisi gerçekleştirilecek olan HIV/AIDS Kongresi’nin 7-10 Aralık 2023 tarihlerinde Antalya Xanadu Otel’de yapılması planlanmaktadır.

Günümüzde uzun ve kaliteli yaşamın mümkün olduğu kronik bir hastalık olarak nitelendirilen HIV enfeksiyonunun insidansı dünya genelinde giderek azalmakta ve artık daha çok epidemiyi sonlandırmaya yönelik stratejiler üzerinde çalışılmaktadır. Ancak ülkemizin de içinde bulunduğu Orta ve Doğu Avrupa bölgelerinde enfeksiyon hızındaki artış katlanarak devam etmektedir. Covid-19 pandemisinin, bölgemizde yaşanan savaşların, göçlerin ve hepimizi derinden sarsan depremlerin, başta kadınlar olmak üzere özellikli gruplar üzerinde yıkıcı etkileri olmuştur. Tanı alamayan veya geç dönemde tanı konulan kişi sayılarında daha da artış olması, aslında ülkemizde oldukça iyi durumda olan tedaviye erişimde de sorunlar yaşanması beklenen sonuçlardır.

HIV/AIDS kongresi, konunun deneyimli uzmanları ile genç ve alanda yeni olan meslektaşlarımızı, bakanlık ve sivil toplum kuruluşu yetkililerini buluşturan önemli bir etkinliktir. Kongremizde, yapılan yeni çalışmaların duyurulması ve tartışılmasını, emek veren paydaşlar arasında iş birlikleri gerçekleştirilmesini, ülkemizdeki mevcut durumun irdelenmesini, başarıların ve eksikliklerin saptanmasını ve sorunlara çözüm önerileri üretilmesini hedefliyoruz. Bilim ve dayanışmanın ışığında her zorluğun aşılabacağına inanıyoruz.

Cumhuriyetimizin 100. yılının coşku ve kıvancını yaşarken, kongremizin katılımınız ve değerli katkılarınız ile hep birlikte oluşturacağımız bilimsel bir şölen olmasını diliyor, sizleri Türkiye HIV/AIDS Platformu tarafından 7-10 Aralık 2023 tarihleri arasında Antalya’da düzenlenecek olan 7.HIV/AIDS Kongresi’ne davet ediyoruz.

Sevgi ve Saygılarımızla.

Türkiye HIV/AIDS Platformu adına,

Doç. Dr. Asuman ŞENGÖZ-İNAN
Kongre Başkanı

Prof. Dr. Hüsnü PULLUKÇU
Kongre Başkan Yardımcısı

Doç. Dr. Ahmet Çağkan İNKAYA
Kongre sekreteri

DÜZENLEYEN KURULUŞLAR

AIDS ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Derneği

HIV Enfeksiyonu Derneği (HIVEND)

HIV/AIDS Korunma ve Eğitim Derneği (HAKED)

Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Derneği (KLİMİK)

Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD)

DÜZENLEME KURULU

KONGRE BAŞKANI

Doç. Dr. Asuman İNAN

KONGRE BAŞKAN YARDIMCISI

Prof. Dr. Hüsnü PULLUKÇU

KONGRE SEKRETERİ

Doç. Dr. Ahmet Çağkan İNKAYA

ÜYELER

Prof. Dr. Halis AKALIN
Prof. Dr. Deniz GÖKENGİN
Prof. Dr. Volkan KORTEN
Prof. Dr. Behice KURTARAN
Prof. Dr. Hayat KUMBASAR- KARAOSMANOĞLU
Prof. Dr. Demir SERTER
Prof. Dr. Fehmi TABAK
Prof. Dr. Yeşim TAŞOVA
Prof. Dr. Serhat ÜNAL

BİLİMSEL KURUL

Prof. Dr. Halis AKALIN
Prof. Dr. Ayhan AKBULUT
Prof. Dr. Özlem ALTUNTAŞ AYDIN
Doç. Dr. Sabri ATALAY
Prof. Dr. Çiğdem ATAMAN HATİPOĞLU
Prof. Dr. Atahan ÇAĞATAY
Prof. Dr. Mustafa Kemal ÇELEN
Doç. Dr. Aydın DEVECİ
Prof. Dr. Deniz GÖKENGİN
Sn. Canberk HARMANCI
Prof. Dr. Dilara İNAN
Prof. Dr. İlkay KARAOĞLAN
Sn. Arda KARAPINAR
Prof. Dr. Selçuk KAYA
Prof. Dr. Volkan KORTEN
Prof. Dr. Hayat KUMBASAR KARAOSMANOĞLU
Prof. Dr. Behice KURTARAN
Prof. Dr. Bilgöl METE
Prof. Dr. Meliha MERİÇ KOÇ
Prof. Dr. Fehmi TABAK
Prof. Dr. Yeşim TAŞOVA
Prof. Dr. Süda TEKİN
Prof. Dr. Elif TÜKENMEZ TİGEN
Prof. Dr. Demir SERTER
Doç. Dr. Meliha Çağla SÖNMEZER
Sn. Çiğdem ŞİMŞEK
Prof. Dr. Serhat ÜNAL
Prof. Dr. Dilek Sevgi YILDIZ

KURS PROGRAMI

7 Aralık 2023, Perşembe

10.00 - 13.00

KURS I: YENİ BAŞLAYANLAR İÇİN HIV ENFEKSİYONU

Moderatörler: **Selda SAYIN-KUTLU, Aydın DEVECİ**

10.00 - 10.20

Temel Viroloji, **Mert KUŞKUCU**

10.20 - 10.40

Temel Tanı, **Tülin DEMİR**

10.40 - 11.00

Olgular Eşliğinde Akılcı ART Kullanımı, **Funda ŞİMŞEK**

11.00 - 11.20

KAHVE ARASI

Moderatörler: **Ahmet Çağkan İNKAYA, Hüsnü PULLUKÇU**

11.20 - 11.40

Başlangıç ve Takipte Yapılacaklar, **Arzu NAZLI**

11.40 - 12.00

CYBH, **Nazlım AKTUĞ-DEMİR**

12.00 - 12.20

Karaciğer Problemleri, **Zuhal YEŞİLBAĞ**

12.20 - 12.40

Böbrek Problemleri, **Handan ALAY**

12.40 - 13.00

Kemik Metabolizma Problemleri, **Nuriye TAŞDELEN-FİŞGİN**

KURS PROGRAMI

7 Aralık 2023, Perşembe

09.15 - 14.00	KURS 2: SKILLS TOOLKIT 2023 TOOLKIT Training on Research Techniques
09.15 - 09.30	Welcome and Introduction to JUSTRI and our Programmes
09.30 - 10.00	Lecture: Re-cap of JUSTRI TOOLKIT TRAINING on Research Techniques: Definitions, Purpose and Goals of Research, Quantitative and Qualitative Research, Clinical Trials, Statistics, Protocols; Data Interpretation
10.00 - 10.15	Break
10.15 - 11.15	Small Group Work: Individuals to Work in Small Groups with Facilitators on Their Research Ideas: Purpose, Goal and Type of Research
11.15 - 12.30	Panel Q&A: Individuals to Present Their Research Ideas to Facilitator Panel
12.30 - 13.15	Lunch
13.15 - 13.45	Panel Q&A: Individuals to Present Their Research Ideas to Facilitator Panel
13.45 - 14.00	Closing Comments

KONGRE PROGRAMI

7 Aralık 2023, Perşembe

09.00 - 14.00

KAYIT

14.00 - 14.15

AÇILIŞ

Asuman İNAN, Kongre Başkanı
Hüsnü PULLUKÇU, Kongre Başkan Yardımcısı
Ahmet Çağkan İNKAYA, Kongre Sekreteri

14.15 - 15.00

AÇILIŞ KONFERANSI

Oturum Başkanı: **Halis AKALIN**
1983-2023 HIV Macerasının Köşe Taşları, **Serhat ÜNAL**

15.00 - 16.00

DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE HIV EPİDEMİYOLOJİSİ

Oturum Başkanları: **Fehmi TABAK**, **Yeşim TAŞOVA**
Dünya'da Neler Oluyor? Eşitsizliklerin Epidemisi, **Aygen TÜMER**
Türkiye'de Neler Oluyor? Biz Eşit miyiz?, **Tuğba BALTACI**
Deprem, Göçmenler, Mülteciler, **Canberk Noyan HARMANCI**

16.00 - 16.30

KAHVE ARASI

16.30 - 17.15

UYDU SEMPOZYUMU-1

GSK

HIV Tedavisinde Sağlık DOLU Gelecek: Bütünsel Yaklaşım

Moderatör: **Yeşim TAŞOVA**

HIV Tedavisi ve Polifarmasi, **Dilara İNAN**

HIV Tedavisinde Metabolik Sağlık, **Aliye BAŞTUĞ**

7 Aralık 2023, Perşembe

TANIYA NASIL ULAŞIRIZ

17.15 - 18.15

Oturum Başkanları: **Çiğdem ATAMAN-HATİPOĞLU, İlkey KARAOĞLAN**

Aile Hekimleri, **Güzin Zeren ÖZTÜRK**

GDTM Temsilcisi, **Nesrin SAĞ**

KaosGL Derneği Temsilcisi, **Defne GÜZEL**

PANEL-1: HIZLI ERİŞİMLİ ŞEHİRLER (FAST-TRACK CITIES)

18.15 - 19.15

Oturum Başkanı: **Serhat ÜNAL**

Konuşmacı: **Gonçalo LOBO**

IAPAC & Fast Track Cities Enstitüsü Bölgesel Başkan Yardımcısı

Panelistler: **Deniz Gökengin, Volkan Korten, Asuman İnan, Arda Karapınar, Hüsnü Pullukçu**

8 Aralık 2023, Cuma

KLİNİSYENLER İÇİN TEMEL PATOGENEZ

09.00 - 09.30

Oturum Başkanı: **Tülin DEMİR**

Konuşmacı: **Mert KUŞKUCU**

HAYALİ CİHAN DEĞER HIV AŞISI

09.30 - 10.30

Kolaylaştırıcı: **Ahmet Çağkan İNKAYA**

HIV'e Karşı İmmün Yanıt, **İlker İnanç BALKAN**

Geniş Nötralizan Antikorlar, **Hüsrev DİKTAŞ**

HIV Aşı Klinik Araştırmaları, **Bilgöl METE**

10.30 - 11.00

KAHVE ARASI

8 Aralık 2023, Cuma

UYDU SEMPOZYUMU-2



B/F/TAF Bilimsel Çalışmaları ve Gerçek Yaşam Deneyimi: GILEAD HIV Türkiye Parmak İzi

11.00 - 11.45

Moderatör: **Volkan KORTEN**

HIV-IC Çalışması İnterim Analizi, **Çiğdem ATAMAN-HATİPOĞLU**

BICSTAR Türkiye 12. Ay Verileri, **Özlem ALTUNTAŞ-AYDIN**

ALLIANCE Çalışması, **Fehmi TABAK**

DİRENÇ, VİROLOJİK BAŞARISIZLIK VE YÖNETİMİ

11.45 - 12.45

Oturum Başkanları: **Atahan ÇAĞATAY, Meliha MERİÇ-KOÇ**

Virolojik Başarısızlık Tanımları ve Nedenleri, **Aliye BAŞTUĞ**

Direnç, **Volkan KORTEN**

Virolojik Başarısızlıkta Antiretroviral Tedavi Rejiminin Değiştirilmesi, **Dilara İNAN**

12.45 - 14.00

ÖĞLE YEMEĞİ

PANEL-2: SAĞLIKLI YAŞ ALMAK İÇİN KORUYUCU HEKİMLİK

14.00 - 15.00

Oturum Başkanları: **Aysel KOCAGÜL-ÇELİKBAŞ, Alper GÜNDÜZ**

Mental Sağlık, **Elif TÜKENMEZ-TİGEN**

Bağışıklama, **Meltem TAŞBAKAN**

Kanser Taramaları, **Süda TEKİN**

UYDU SEMPOZYUMU-3



HIV'de Birlikte, Tanı ve Ötesinde...

15.00 - 15.45

Kim Daha Hızlı: Şehirler mi, HIV mi?, **Dilara İNAN**

Peki Sağlık Çalışanları HIV'in Ne Kadar Farkında?, **Dilek SEVGİ**

Anonim Test Merkezleri Kapasitesini Artırmak Birlikte Mümkün
Mustafa Kemal ÇELEN

8 Aralık 2023, Cuma

15.45 - 16.15 KAHVE ARASI

KONFERANS-1: B=B YETERİ KADAR BİLİYOR MUYUZ?

16.15 - 17.00 Oturum Başkanı: **Özlem ALTUNTAŞ-AYDIN**

Konuşmacı: **Asuman İNAN**

17.00 - 17.15 KAHVE ARASI

TÜRKİYE HIV/AIDS PLATFORMU BÜYÜK VİZİT I

Oturum Başkanları: **Selçuk KAYA, Sıla AKHAN**

Tartışmacılar: **Behice KURTARAN, Figen KAPTAN,
Hayat KUMBASAR-KARAOSMANOĞLU**

17.15 - 18.30

Olgu-1, **Derya ÖZTÜRK-ENGİN**

Olgu-2, **Özlem AYDIN**

Olgu-3, **Orçun BARKAY**

9 Aralık 2023, Cumartesi

PROFİLAKSİ SORUNUMUZ NE OLACAK?

Oturum Başkanları: **Demir SERTER, Figen SARIGÜL**

CYBH İçin Antimikrobiyal Profilaksi, **Deniz GÖKENGİN**

TÖP Talep Oluşturma

08.30 - 09.30

Hekim, **Selçuk KAYA**

Özne Dernekleri, **Arda KARAPINAR**

TÖP İlaç Temini ve Geri Ödemesi

TİTCK, **Deniz KURALAY**

9 Aralık 2023, Cumartesi

HIV VE KADIN

Oturum Başkanları: **Dilara İNAN, Şua SÜMER**

Sözlü Sunum

09.30 - 10.30

HIV ile Yaşayan Kadın Ne İster?, **Çiğdem ŞİMŞEK**

Gebelik ve Doğum, **Mehmet Serdar KÜTÜK**

Menopoz, **Meliha Çağla SÖNMEZER**

Trans Kadınlar, **Aslıhan CANDEVİR**

10.30 - 11.00

KAHVE ARASI

UYDU SEMPOZYUMU-4



BIKTARVY: Bugün, Yarın ve Gelecek Günler İçin..

Moderatör: **Bilgül METE**

11.00 - 11.45

Bugün için: Hızlı ve Güçlü Başlangıç, **Sabri ATALAY**

Yarın için: Direncin Önünde Gitmek, **Hayat KUMBASAR**

Geleceğe Şimdiden Güvenle Bakmak, **Çağkan İNKAYA**

YUVARLAK MASA: GÜNDEMDE ÖNE ÇIKANLAR: HIV İLE YAŞAYAN KİŞİLERDE KALP HASTALIKLARININ ENGELLENMESİ

11.45 - 12.30

Kolaylaştırıcılar: **Deniz GÖKENGİN, Volkan KORTEN**

Tartışmacılar: **Ahmet Çağkan İNKAYA, Nursel ÇALIK-BAŞARAN**

12.30 - 13.30

ÖĞLE YEMEĞİ

UYDU SEMPOZYUMU-5



HIV Tedavisine Bireyselleştirilmiş Yaklaşım

13.30 - 14.15

Konuşmacılar
Asuman İNAN, Bilgül METE

9 Aralık 2023, Cumartesi

TÜRKİYE HIV/AIDS PLATFORMU BÜYÜK VİZİT II

Oturum Başkanları: **Yaşar BAYINDIR, Mustafa Kemal ÇELEN**

Tartışmacılar: **Özlem ALTUNTAŞ-AYDIN, Dilek Sevgi YILDIZ,
Nursel ÇALIK-BAŞARAN, Hülya ÖZDEMİR-ÖZKAN**

Olgu-1, **Yeşim YILDIZ**

Olgu-2, **Güle ÇINAR**

Olgu-3, **Sibel BOLUKÇU**

14.15 - 15.30

KAHVE ARASI

UYDU SEMPOZYUMU-6

GSK

Moderatör: **Serhat ÜNAL**

DTG+3TC: Global Perspektiften Güncel Yaklaşımlar, **Mike YOULE**

DTG+3TC: Türkiye Perspektifi ve Güncel Yaklaşımlar, **Ayşe Deniz GÖKENGİN**

15.45 - 16.30

HIV İLE YAŞAYAN KİŞİDE YENİDEN GÜNDEME GELEN CYBE

Oturum Başkanları: **İlyas DÖKMETAŞ, Ayhan AKBULUT**

Sözlü Sunum

Uyuz, **Gönül ÇİÇEK-ŞENTÜRK**

Sifiliz, **Bircan KAYAASLAN**

Gonore ve Mikoplazma Enfeksiyonları, **Adalet AYPAK**

16.30 - 17.30

17.30 - 18.00

KAHVE ARASI

MÜNAZARA

Münazara Yöneticileri: **Asuman İNAN, Kemalettin ÖZDEN**

Alkol, Sigara ve Madde Kullanan Kişilerde Alışkanlığı Terk Ettirebilirim
Hayat KUMBASAR-KARAOSMANOĞLU

Terk Ettiremem, **Hüsnü PULLUKÇU**

18.00 - 19.00



HIV/AIDS 2023 KONGRESİ

100 CUMHURİYETİN 100. YILI
7-10 ARALIK 2023
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA
hivaidskongresi.com



AIDS VE
CYBH DERNEĞİ
1998



HIV/AIDS
Korunma
ve Eğitim
Derneği



KLİMİK
TÜRK KLİNİK MİKROBİYOLOJİ VE
İNFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

10 Aralık 2023, Pazar

09.00 - 10.15

TÜRKİYE HIV/AIDS PLATFORMU BÜYÜK VİZİT III

Oturum Başkanları: **Halis AKALIN, Atahan ÇAĞATAY**

Tartışmacılar: **Serpil EROL, Ülkü USER, Barçın ÖZTÜRK, Sabri ATALAY**

Olgu-1, **Pınar ERGEN**

Olgu-2, **Esra ZERDALİ**

Olgu-3, **Gizem KARAHAHAN**

10.15 - 10.45

KAHVE ARASI

10.45 - 11.45

SÖZEL SUNUMLAR

Oturum Başkanları

Salon 1: **Zuhal YEŞİLBAĞ, Özgür GÜNAL**

Salon 2: **Yasemin HEPER, Ayşe İNCİ**

Salon 3: **Murat SAYAN, Seniha ŞENBAYRAK**

11.45 - 12.00

KAPANIŞ

KONUŞMA ÖZETLERİ

Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

Prof. Dr. Nazlım Aktuğ Demir

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) korunmasız cinsel ilişki ile bulaşan sıklıkla asemptomatik seyreden, semptomları arasında cinsel organlarda akıntı, ülser, siğil gibi belirtiler gösteren hastalıklardır. CYBE varlığı bir diğer CYBE gelişmesini kolaylaştırmaktadır. Dünya çapında HIV'li hastalara yönelik tarama programlarında bu hasta grubunda yüksek CYBE oranları bulunmuştur. Bu nedenle CYBE'lerin yayılmasını azaltmak için HIV'li hastaların rutin CYBE taraması yapılması gerekmektedir.

Risk faktörleri:

- Son 60 gün içindeki yeni seks partneri
- Birden fazla seks partneri
- Yakın zamanda bir CYBE tedavisi gören seks partnerleri
- Karşılıklı olarak tek eşli cinsel birliktelik dışında kondom kullanımının olmaması veya tutarsız olması
- Para veya uyuşturucu karşılığında seks ticareti
- Seks işçileriyle cinsel temas (oral, anal, penil veya vajinal)
- İnternette anonim ortaklarla tanışmak

Risk grupları:

- Genç yaş (15 ila 24 yaş arası)
- Erkeklerle seks yapan erkekler (MSM)
- CYBE öyküsü varlığı
- HIV pozitiflik durumu
- Hamile kadınlar
- Cezaevine veya çocuk gözetim merkezlerinde yaşama
- Yasadışı uyuşturucu kullanım

CYBE neden olan mikroorganizma sayısı 30-50 arasındadır, sıklıkla birden fazla mikroorganizmanın etken olduğu miks enfeksiyonlar görülebilir, sadece insanlarda hastalık yaparlar, enfeksiyonların yayılımından asemptomatik kişiler sorumludur. CYBE etkenleri ve neden olduğu hastalıklar tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. CYBE etkenleri ve neden olduğu hastalıklar

BAKTERİLER	
Etken	Hastalık
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Üretrit, servisit, epididimit, pelvik inflamatuvar hastalık, proktokolit, konjonktivit, perihepatit, artritis, dermatit, endokardit, menenjit
<i>C. trachomatis</i>	Nongonokoksik üretrit , trahom, servisit, epididimit, konjonktivit, lenfogradüloza venerum (LGV), pnömoni, Reiter sendromu, pelvik inflamatuvar hastalık, proktokolit
<i>Gardnerella vaginalis</i>	Bakteriyel vajinozis
<i>Treponema pallidum</i>	Sifiliz
<i>Haemophilus ducreyi</i>	Şankroid
<i>Calymmatobacterium granulomatis</i>	Granuloma inguinale
<i>Shigella, Campylobacter jejuni</i>	Enterit (homoseksüel erkeklerde)
B grubu streptokoklar	Neonatal sepsis, pelvik inflamatuvar hastalık
<i>U. urealyticum</i>	Nongonokoksik üretrit, pelvik inflamatuvar hastalık
<i>Mycoplasma hominis</i>	Pelvik inflamatuvar hastalık
MANTARLAR	
<i>Candida albicans, Torulopsis glabrata, E. floccosum, Microsporium, Trichophyton</i>	Vajinit, balanit
VİRÜSLER	
Herpes simplex virüs (HSV)	Genital herpes, , neonatal enfeksiyon
Hepatit A virüsü (HAV)	Hepatit (homoseksüel erkeklerde)
Hepatit B virüsü (HBV)	Hepatit
Hepatit C virüsü (HCV)	Hepatit
<i>Cytomegalovirüs (CMV)</i>	Mononükleoz sendromu, konjenital enfeksiyon
Human papillomavirüs (HPV)	Condyloma acuminatum, karsinoma
<i>Molloscum contagiosum</i>	Molloscum contagiosum
HIV	AIDS
PROTOZOONLAR	
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Vajinit, üretrit
<i>Entamoeba histolytica</i>	Enterit (homoseksüel erkeklerde)
<i>Giardia lamblia</i>	Enterit (homoseksüel erkeklerde)
EKTOPARAZİTLER	
<i>Pediculosis pubis</i>	Pubis enfeksiyonu
<i>Sarcoptes scabiei</i>	Skabies

CYBE 'lar oldukça geniş bir konudur. Genel olarak akıntı, ülser ve siğille seyreden CYBE olarak sınıflandırılabilir.

Genital akıntı ile seyredenler;

Üretrit – Servisit:

- Gonokoksik :N.gonorrhoeae
- Non-gonokoksik : C.trachomatis, U.urealyticum, M.genitalium, T.vaginalis

Vajinal enfeksiyonlar:

- Mantarlar, bakteriyel vajinoz, trikomoniyaz

Pelvik enflamatuvar hastalık (PID):

- N.gonorrhoeae, C.trachomatis ve diğerleri (anaeroplara, G.vaginalis, S.agalactia, gram (-) enterik basiller, U.urealyticum, M.hominis)

Genital ülserle seyredenler;

- Genital herpes (HSV 1 ve 2)
- Sifiliz (T.pallidum)
- Şankroid (H.ducrei)
- Lenfogranüloma venerum (C.trachomatis L1, L2, L3)
- Donovanozis

Genital siğil ile seyredenler;

- HPV Enfeksiyonu
- Molluscum Contagiosum şeklinde sınıflandırılabilir.

Bu hastalardan ayrıntılı anamnez alınır daha sonra yapılan fizik muayene ile ön tanı düşünülüp , düşünülen tanın doğrulanması için gerekli laboratuvar tetkikleri istenir. Hastalığa ve etkene göre değişmekle beraber kendi ve/veya sex partnerleri takip ve/veya tedavi programına alınır.

HIV pozitif bireylerde CYBE açısından ;

- N. gonorrhoeae, C. trachomatis, Sifiliz, Trikomanas (kadınlarda) ve HCV açısından ilk değerlendirmede ardından yılda bir kez taranmalıdır (riskli durumlarda yılda 2-3 kez taranabilir). Bildirilen cinsel davranışlara ve maruziyete dayalı farenks ve rektum taraması yapılması düşünülebilir.
- HBV, HAV ilk değerlendirmede sorgulanmalı ve seronegatifler aşılanmalıdır.
- HPV ilişkili kanser taraması (rahim ,anal skuamöz intraepitelyal lezyon) yapılmalıdır. HPV aşısı açısından değerlendirilmelidir.

Bu konuda CDC'nin 2021 yılında yayınladığı 192 sayfalık "Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Tedavi Kılavuzu "da bütün bu hastalıklar ayrıntılı şekilde anlatılmıştır.



KAYNAKLAR

1. Kimberly A. Workowski, MD1, Laura H. Bachmann, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021 MMWR / 2021/ Vol. 70 / No. 4/ syf1 1-192.
2. DenizGökengin,a,b,* TeymurNoori,c,m Andrea Alemany,d et al. Transmitted Infections Prevention strategies for sexually transmitted infections, HIV,and viral hepatitis in EuropeLancet Regional Health – Europe 2023;▪: 100738
3. Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053779>.

Accessed April 26, 2023

Böbrek Problemleri

Handan Alay

HIV enfeksiyonu, vücuttaki tüm sistemleri etkileyebilen, kesin tedavisi olmayan, uygun ve etkin antiretroviral tedavi (ART) ile başarılı bir şekilde yönetilebilen kronik bir enfeksiyon hastalığıdır. Etkili ART ile 20 yaşında HIV tanısı alan kişilerin yaşam beklentisi 71 yıl olup, bu da genel popülasyonunkine yakındır. ART ile hayatta kalma oranının artması, böbrek hastalığı da dahil olmak üzere kronik durumların prevalansını da artırmaktadır (1).

Yaşlanmanın yanı sıra, viral enfeksiyonun kendisi, ART, HIV ile ilişkili komorbiditeler (örneğin, diyabet, kardiyovasküler hastalık), koenfeksiyon (Hepatit C Virüsü (HCV), Hepatit B Virüsü (HBV), tüberküloz) ve polifarmasi gibi çeşitli risk faktörleri de böbrek hastalığının gelişimi üzerine önemli ölçüde etki göstermektedir. Böbrek, kalp, karaciğer hastalığı gibi komorbiditeler, mortalitenin en önemli nedenlerinden olan fırsatçı enfeksiyonların yerini almaktadır. Böbrek hasarı gelişen bireylerde HIV enfeksiyonu daha hızlı seyir göstermekte ve mortalite nedeni olabilmektedir. HIV enfeksiyonunda böbrek hastalığı %3,5- 48,5 oranında görülmektedir. Zenci bireylerde böbrek hastalığı açısından artmış risk mevcut (2, 3, 4).

Kronik böbrek hastalığı (KBH), son dönem böbrek hastalığına doğru ilerleyebilen, progresif bir hastalıktır. Artmış kardiyovasküler hastalık, dislipidemi, bilişsel gerileme ve kemik bozuklukları riskinde artış ile HIV'li bireylerde yaşam kalitesinin bozulmasına ve mortalite artışına neden olmaktadır (3). HIV enfeksiyonu gibi karmaşık bir hastalığın üzerine böbrek yetmezliğinin eklenmesi, eşlik eden hastalıkların yükünü artırmaktadır ve teorik olarak bu popülasyonda daha kötü bir sonuç öngörür. KBH riskini ortadan kaldırmak için en iyi strateji, böbrek fonksiyon bozukluğunun önlenmesi ve erken tanınması ve potansiyel böbrek hasarından sorumlu olan uzun süreli viral replikasyonu önlemek için ART'nin erken başlatılmasına dayanmaktadır (3).

Böbrek hasarında klinik bulgular arasında yorgunluk, iştah kaybı, hipertansiyon ve ödem gibi nonspesifik bulgular yer almaktadır. Ayırıcı tanıda prerenal, intrarenal ve postrenal nedenler düşünülmelidir. Hastalardan alınacak olan iyi bir anamnez (NSAİD, enfeksiyonlar, sepsis, kontrast madde?) etkenin etyolojisini tahmin etmede yol gösterici olacaktır (5). Bu bağlamda IDSA ve EACS rehberleri de HIV pozitif bireylerde ART başlamadan, değiştirmeden önce ve tedavi esnasında belirli aralıklarla böbrek fonksiyon takibini önermektedir (6, 7). Ülkemizde de HIV/AIDS Tanı İzlem ve Tedavi El Kitabı'nda yıllık olarak böbrek fonksiyon ve tam idrar tetkiki, risk faktörleri olan hastalarda ise daha sık aralıklarla takip önerilmektedir (8).

Tarama testleri, kreatinin klerensinin veya tahmini glomerüler filtrasyon hızının (eGFR) değerlendirilmesini ve proteinüriyi değerlendirmek için idrar tahlilini içermektedir (9). Yüksek düzeyde mikroalbuminüri, belirgin proteinüri veya azalan eGFR'nin, HIV pozitif bireylerde daha yüksek kardiyovasküler olay riski ile bağımsız olarak ilişkilidir (10).

Yeterli ilaç dozajının sağlanması ve nefrotoksisitenin izlenmesi açısından eGFR takibi önemlidir. Kreatinin bazı eGFR denklemleri 1976'dan beri kullanılmaktadır ve Cockcroft-Gault, Böbrek Hastalığında Diyet Modifikasyonu (MDRD) Çalışması ve Kronik Böbrek Hastalığı Epidemiyolojisini (CKD-EPI) içermektedir. Kreatinin bir kas belirteci olduğundan, bu denklemler yıllar içinde kas kütlelerini yaş, cinsiyet, ırk ve vücut ağırlığı gibi GFR dışı faktörlere dayalı olarak hesaba katacak şekilde gelişmiştir. çekirdekli hücrelerde bulunan ve GFR dışı belirleyicilerden daha az etkilenen başka bir endojen belirteç olan sistatin C, yeni denklemlere dahil edilmiştir. Bu nedenle, ırk ayarlaması yapılmayan 2021 CKD-EPI kreatinin-sistatin C denklemi, HIV seropozitifliği olan veya olmayan hastalar arasında en doğru eGFR formülünü temsil etmektedir (11, 12).

HIV pozitif hastalarda böbrek hastalığına virüsün kendisi, bağışıklık sisteminin baskılanması, tedavi durumu ve genel

komorbid durumlar neden olabilir. Kesin tanı böbrek biyopsisi ile sağlanır (13). HIV ile ilişkili böbrek hastalıkları arasında HIV ile ilişkili nefropati, HIV ile ilişkili immün kompleks hastalığı, trombotik mikroanjiyopati, interstisyel nefrit ile ilişkili diffüz infiltrasyonlu lenfositöz sendromu, interstisyel nefrit ile ilişkili IRIS ve plazmasitik interstisyel nefrit yer almaktadır (14).

HIV hastalarına yönelik 2018 Böbrek Hastalığını İyileştiren Küresel Sonuçlar (KDIGO) kılavuzu, tüm HIV pozitif bireylerde ART'ye derhal başlanmasını önermektedir. Ayrıca böbrek hastalığının ilerlemesini azaltmak ve kardiyovasküler koruma sağlamak için hipertansiyon ve proteinüri agresif bir şekilde tedavi edilmelidir (15). 2023 EACS rehberi de HIV ile ilişkili böbrek hastalığını önlemek için ART başlanmasını, hipertansiyon ve/veya proteinüri tedavisini ve genel önlemler olarak da NSAID dahil nefrotoksik ilaçlardan kaçınmayı, yaşam tarzı önlemleri (sigara içme, kilo, diyet), dislipidemi ve diyabeti tedavi etmeyi ve gerektiğinde ilaç dozajlarını ayarlanmasını önermektedir (7).

KAYNAKLAR:

1. Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/basics/statistics.html>
2. Alfano G, Cappelli G, Fontana F, et al. Kidney Disease in HIV Infection. J. Clin. Med. 2019;8(8):1254.
3. Naicker S, Rahmania S, Kopp JB. HIV and chronic kidney disease. Clinical Nephrology. 2015;83(1):32-8.
4. Nichols B, Jog P, Lee JH, et al. Innate immunity pathways regulate the nephropathy gene Apolipoprotein L1. Kidney Int. 2015;87(2):332-42.
5. Hoffmann C, Rockstroh JK, Reike A. HIV and nephrology. HIV 2023/2024. www.hivbook.com. 519-534.
6. Thompson MA, Horberg MA, Agwu AL, et al. Primary Care Guidance for Persons With Human Immunodeficiency Virus: 2020 Update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2021;73(11):e3605.
7. Available from: <https://www.eacsociety.org/guidelines/eacs-guidelines/>
8. Göengin D, Kurtaran B, Korten V, et al. HIV/AIDS TANI İZLEM VE TEDAVİ EL KİTABI. 2018.
9. Thompson MA, Horberg MA, Agwu AL, et al. Primary care guidance for persons with human immunodeficiency virus: 2020 update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2021;73(11):e3572-605.
10. George E, Lucas GM, Nadkarni GN, Fine DM, Moore R, Atta MG. Kidney function and the risk of cardiovascular events in HIV-1-infected patients. AIDS. 2010;24(3):387-94.
11. Atta MG, Zook K, Brown TT, et al. Racial adjustment adversely affects glomerular filtration estimates in Black Americans living with HIV. J Am Soc Nephrol. 2021;32(9):2143-7.
12. Inker LA, Eneanya ND, Coresh J, et al. New creatinine- and cystatin C-based equations to estimate GFR without race. N Engl J Med. 2021;385(19):1737-49.
13. Tabatabai S, Sperati CJ, Atta MG, et al. Predictors of complication after percutaneous ultrasound-guided kidney biopsy in HIV-infected individuals: possible role of hepatitis C and HIV co-infection. Clin J Am Soc Nephrol. 2009;4(11):1766-73.
14. Cervantes CE, Atta MG. Updates on HIV and Kidney Disease. Curr HIV/AIDS Rep. 2023;20(2):100-110.
15. Swanepoel CR, Atta MG, D'Agati VD, et al. Kidney disease in the setting of HIV infection: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference. Kidney Int. 2018;93(3):545-59.

1983-2023 HIV MACERASININ KÖŞE TAŞLARI

Dr. Aygen Tümer¹
Prof. Dr. Serhat Ünal^{1,2}

¹Hacettepe Üniversitesi HIV/AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi (HATAM)

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı

Coğrafi açıdan içinde bulunduğu Doğu Avrupa ve Orta Asya bölgelerinde yeni HIV enfekte vakalarında artma gözlenirken, ülkemizin bu epideminin dışında kalması beklenmemekte idi. Türkiye, mevcut veriler ışığında HIV enfeksiyonu açısından “genel nüfusa yayılımının sınırlı olduğu düşük (<%1) prevalanslı ülke” olarak tanımlanmakta ise de insidans yıllar içinde artmaktadır. 1985 yılında ülkemizde ilk HIV enfekte vakaya tanı konulmasından itibaren, ulusal düzeyde ve uluslararası işbirliği ile hastalığa özgü kontrol programları yürütülmeye başlanmış ve halen devam etmektedir.

TÜRKİYE’DE HIV/AIDS HASTALIĞINA ÖZGÜ KONTROL PROGRAMLARI

- | | |
|------------------|--|
| 1985 | İlk defa bir HIV enfekte ve bir AIDS basamağında hastaya tanı konulması
Gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla bildirim zorunlu hastalıklar kapsamına alınması |
| 1986 | Kan ve kan ürünlerinin HIV yönünden taranması |
| 1987 | Kan/organ/doku donörlerinde, kayıtlı seks çalışanlarında ve büyük ameliyatlar öncesinde serolojik testlerin uygulanması |
| 1992 | Pilot uygulama ile özellikle turizm yönünden hareketli illerde, hastanelerde ayaktan ve yatarak tedavi için başvuranlardan istenecek kan tetkiklerinde ELISA testinin rutin olarak yapılmaya başlanması,
Yapılan ELISA testlerinden pozitif gelenlerin ve yapılan test sayısının aylık periyotlarla İl Sağlık Müdürlüklerine bildirilmesi ve Sağlık Bakanlığına gönderilmesinin düzenlenmesi, |
| 1993 | HIV enfeksiyonu bildirimlerinde D-86 formlarının kullanılması |
| 1994 | Bildirimlerin kodlu hale gelmesi |
| 1995 | Yeşil kart uygulamasının başlaması |
| 1996 | Antiretroviral tedavi geri ödemesine geçilmesi
Başbakanlığa bağlı bir yapı şeklinde “Ulusal AIDS Komisyonu” (UAK) kurulması |
| 1997 | “Hacettepe Üniversitesi HIV/AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi” (HATAM) kurulması |
| 1999 | Ulusal AIDS Komisyonu tarafından “AIDS’in Önlenmesinde İnsan Hakları ve Kamu Özgürlüklerinin Korunması” rehberi yayınlanması, |
| 2002 | Türk Silahlı Kuvvetleri Üreme Sağlığı Programı başlatılması |
| 2006-07 | “Küresel Fon” kapsamında projelerin başlanması |
| 2007 | “Gönüllü Danışmanlık ve Test Merkezleri”nin açılması |
| 2007-2011 | Ulusal Eylem Planı çalışmaları |

- 2009** “Ege Üniversitesi HIV/AIDS Araştırma ve Uygulama Merkezi” kurulması
- 2010** “Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Bilim Kurulu” kurulması
- 2012** Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilerek tüm vatandaşların sağlık giderlerinin ödeme güvencesi altına alınması
- 2013** “HIV/AIDS Tanı ve Tedavi Rehberi” çıkarılması
- 2015** Anneden bebeğe HIV geçişinin önlenmesi için acil durumlarda antiviral ilaç temini protokolünün oluşturulması
- 2016** Ulusal HIV/AIDS Stratejik Plan, 2017-2021 hazırlık çalışmalarına başlanması
“HIV/AIDS Tanı ve Tedavi Rehberi” güncelleme çalışmaları yapılması
Anonim Test Merkezleri için eğitimlerin verilmeye başlanıp, açılmaya başlanması
- 2018** “HIV/AIDS Bilgi Sistemi” (HABS) kurulması ve pilot bölgelerde kullanılmaya başlanması
Anneden bebeğe HIV geçişi önleme çalışmaları için Bilim Komisyonu kurulması
“HIV/AIDS Tanı Kılavuzu”nun güncellenmesi ve web sitesinde yayınlanması
“Türkiye HIV/AIDS Kontrol Programı” taslak çalışmalarına başlanması
- 2019** “HIV/AIDS Danışma Kurulu” kurulması
“Türkiye HIV/AIDS Kontrol Programı”nın hazırlanması
“HIV/AIDS Tanı ve Tedavi Rehberi” güncelleme çalışmaları yapılması
- 2020** Covid-19 pandemisi başlaması
- 2023** “HIV/AIDS Tanı ve Tedavi Rehberi” güncelleme çalışmaları yapılması

Ülkemizde önemli olan yeni hasta sayılarının artış nedenlerini bilerek buna uygun çözüm yolları bulabilmek ve özellikle kişi enfekte olmadan önce korunmayı öğretebilmektir. HIV enfeksiyonu ile ilgili çalışmalarda çok sektörlü yaklaşım gerekmekte ve tüm korunma - tanı - tedavi yöntemleri birlikte uygulanabilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Tümer A, Taşova Y. HIV Epidemisinin Kontrolü Mümkün mü? Türkiye Klinikleri Dergisi. “HIV/AIDS Özel Sayısı” Taşova Y (ed), Cilt 14, Sayı 1. 2021; 1-5.
2. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar>. 6.11.2023 tarihinde ulaşılmıştır.
3. Özdemir Ş E. Türkiye’nin HIV Epidemisine Verdiği Yanıt. “Dünyada ve Türkiye’de HIV/AIDS” Kitap Serisi Hacettepe Üniversitesi 50. Yıl. Hacettepe Üniversitesi HIV/AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezinin 20. Yılı. Seri Editörü: Adil Denizli. Ünal S, Tümer A (eds). PALME Dizgi. Hacettepe Üniversitesi Ankara, 2018:105-117.

Dünyada Neler Oluyor? Eşitsizliklerin Epidemisi

Dr. Aygen Tümer

Hacettepe Üniversitesi HIV/AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi (HATAM)

1981 yılında Amerika Birleşik Devletleri ve Haiti'den gelen göçmenlerde ilk tanımlandığı zaman sınırlı bir grubu ilgilendiren HIV enfeksiyonu, bugün dünyanın dört bir yanında ve özellikle de gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır.

- Epideminin başlangıcından beri 85.6 (64.8-113) milyon kişi HIV ile enfekte olmuştur.
- Epideminin başlangıcından beri HIV/AIDS hastalığına bağlı olarak kaybedilen kişi sayısı 40.4 (32.9-51.3) milyondur.
- 2022 yılında dünyada toplam 39.0 (33.1-45.7) milyon HIV ile enfekte kişi yaşamaktadır.

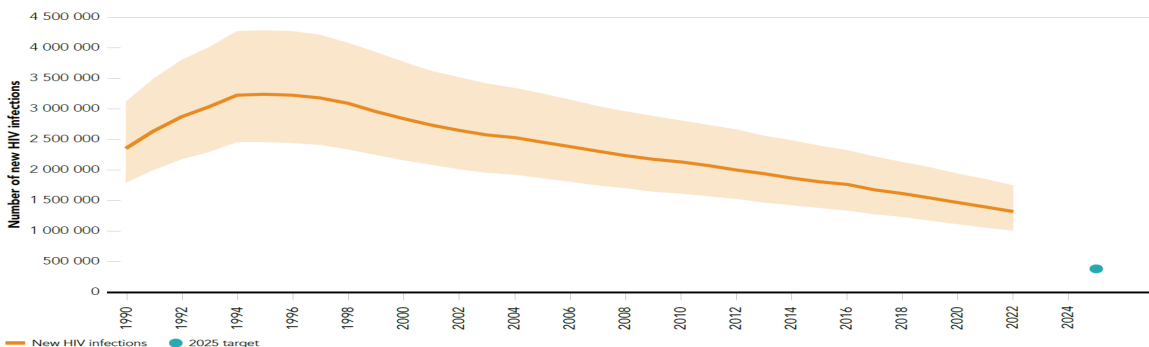
Dünyada HIV enfekte yeni vakalar

DSÖ/UNAIDS, Temmuz 2023 verileri

- 2022 yılı içinde HIV ile enfekte yeni kişi sayısı 1.3 (1.0-1.7) milyon,
- 1995 yılından beri %59, 2010 yılından beri %38 oranında azalma,
- 2010 yılında 7000/gün yeni enfekte vaka varken, 2022 yılında bu sayı 3600/güne inmiştir.
 - Günde yeni enfekte olan 3600 kişinin;
 - %46'sı kadın,
 - %30'u 15-24 yaş arası gençler,
 - %19'u 15-24 yaş arası kadınlardır.
 - Kadınlar ve kız çocukları yeni HIV enfeksiyonlarının %46'sını oluşturmaktadır.

HIV/AIDS hastalığına bağlı ölümler

DSÖ/UNAIDS, Temmuz 2023 verileri



Source: UNAIDS epidemiological estimates, 2023 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

- 2022 yılı içinde HIV/AIDS hastalığına bağlı olarak kaybedilen kişi sayısı 630 000 (480 000-880 000)dir.
- 2010 yılından beri etkili tedavi sayesinde AIDS bağlantılı ölümler %51 oranında azalmıştır.

Antiretroviral tedaviye ulaşan HIV ile yaşayanlar

- Aralık 2022 tarihi itibari ile toplam 29.8 milyon HIV ile enfekte kişi antiretroviral tedaviye ulaşabilmektedir.
- Antiretroviral tedaviye ulaşan kişi oranı %76 (65-89)dır.
- 2022 yılında HIV ile enfekte gebe kadınların %82 (%64-98)si anneden bebeğe bulaşmayı önlemek için antiretroviral tedavi almaktadır.

95 - 95 - 95 - 95

UNAIDS'in 2030 yılına kadar ulaşmaya çalıştığı "95 - 95 - 95 - 95" hedefleri;

- %95 HIV ile yaşayanların HIV durumlarını bilmeleri,
- %95 HIV durumlarını bilenlerin tedavi altında olmaları,
- %95 Tedavi altında olanların viral baskılanmalarının olmaları,
- %95 Sahip oldukları hakları damgalanma ve ayrımcılık yaşamadan kullanabilmeleridir.

Dünyada ulaşılan oranlar;

- HIV ile yaşayanların %86'sı HIV durumlarını biliyor,
- HIV durumunu bilenlerin %76'sı antiretroviral tedaviye ulaşabiliyor,
- Antiretroviral tedaviye ulaşanların %71'inde viral baskılanma var,
- Sahip oldukları hakları damgalanma ve ayrımcılık yaşamadan kullanabilmeleri oranı ile ilgili henüz veri bulunmuyor.

Tüm dünyada sağlık sektörünün HIV enfeksiyonuna yönelik eylem planı için 2030 vizyonu olarak "Yeni HIV enfeksiyonlarının sıfırlanması, HIV enfeksiyonuna bağlı ölümlerin sıfırlanması, HIV enfekte bireylerin daha uzun ve sağlıklı yaşadığı bir dünya yaratarak HIV enfeksiyonu ile bağlantılı ayrımcılığa son verilmesi" ve 2030 hedefi olarak da "Sağlıklı yaşam ve her yaşta iyi olma hali sağlanarak HIV/AIDS epidemisinin 2030 yılına kadar halk sağlığı tehdidi olmaktan çıkarılması" belirlenmiştir.

KAYNAKLAR

1. Report on the global HIV/AIDS epidemic. UNAIDS, Key Population Atlas. July 2023.
2. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet> 07.11.2023 tarihinde ulaşılmıştır.
3. Tümer A, Ünal S. Dünyada ve Türkiye'de HIV/AIDS Epidemiyolojisi. "Dünyada ve Türkiye'de HIV/AIDS" Kitap Serisi Hacettepe Üniversitesi 50. Yıl. Hacettepe Üniversitesi HIV/AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezinin 20. Yılı. Seri Editörü: Adil Denizli. Ünal S, Tümer A (eds). PALME Dizgi. Hacettepe Üniversitesi Ankara, 2018:1-29.
4. Tümer A, Taşova Y. HIV Epidemisinin Kontrolü Mümkün mü? Türkiye Klinikleri Dergisi. "HIV/AIDS Özel Sayısı" Taşova Y (ed), Cilt 14, Sayı 1. 2021; 1-5.

Tanı Çalışmalarında LGBTİ+ Sivil Toplum Örgütlerinin Rolü

Defne Güzel

Kaos GL Derneği İnsan Hakları Uzmanı

Lezbiyenler, geyler, biseksüeller, translar, interseksler ve artılar yani LGBTİ+’lar cinsel yönelimleri ve cinsiyet kimlikleri sebebiyle sistematik bir ayrımcılığın hedefindeler. Heteroseksüelliğin tek normal cinsel yönelim olarak görüldüğü ve toplumsal değerlerin, kuralların ve yaşam biçimlerinin herkes heteroseksüelmiş gibi kabul edildiği bir gündelik hayat inşasının yanısıra trans olmamanın tek normal cinsiyet kimliği olarak görüldüğü ve trans olmayanların translardan daha üstün kabul edildiği bir anlayış da karşımızda duruyor. Süregelen yıllar boyunca LGBTİ+’lara uygulanan ayrımcılık ve şiddet, ‘suç’ ve ‘hastalık’ gibi referanslar altında sürdürüldü. Uluslararası insan hakları hukukunu referans alan pek çok ülkenin LGBTİ+ kimlikleri hukuki olarak tanınması ve 17 Mayıs 1990 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nün eşcinselliği hastalık listesinden çıkarması ve 1973 yılında Psikologlar Derneği’nin de hastalık olarak tanımlamadığını duyurması bu ayrımcılık ve şiddet karşısında önemli kazanımlar oldu.

LGBTİ+ sivil toplum örgütlerinin ve hak savunucularının çalışmaları karşısında ayrımcılık ve şiddet halen devam ediyor

Türkiye’de, LGBTİ+’ların insan haklarının tesisi ve LGBTİ+’ların ayrımcılıkla şiddet karşısında güçlendirilmesi için LGBTİ+ hareketi özellikle belirgin bir biçimde seksenli yıllardan bu yana hak ve varoluş mücadelesini sürdürüyor. LGBTİ+’lar örgütlenme özgürlüğünü kullanarak bir araya geliyor, LGBTİ+ sivil toplum örgütleri özellikle ruh sağlığı, sosyal hizmet, yerel yönetim, eğitim ve hukuk alanını LGBTİ+ kapsayıcı bir hizmet sunumunun sağlanması için dönüştürüyor. LGBTİ+ sivil toplum örgütlerinin ve hak savunucularının çalışmaları karşısında ayrımcılık ve şiddet halen devam ediyor. 2015 yılından bu yana LGBTİ+ haklarında çarpıcı biçimde bir geriye gidiş yaşanıyor. Nitekim 2015 yılından bu yana LGBTİ+’lar barışçıl Onur Yürüyüşlerini ve Onur Ayı etkinliklerini Valilik, Rektörlük, Kaymakamlık yasakları sebebiyle gerçekleştiremiyor. Anayasada hak olarak tanımlanan toplanma özgürlüğünün yanında ifade özgürlüğünü de engelleyen bu durum içerisinde LGBTİ+’lar kötü muameleyle karşı karşıya bırakılıyor. Nefret cinayetleri ve nefret saldırıları, barınma sorunu ve LGBTİ+’ların istihdam alanının dışında bırakılması gibi ihlaller LGBTİ+’ların hayatlarında etkisini sürdürüyor.

Yakın zamanda LGBTİ+ “propagandasının” yasaklanması ve LGBTİ+ örgütlerinin kapatılması istemiyle hazırlanan 150.000 ıslak imzalı dilekçeyi TBMM’ye (Türkiye Büyük Millet Meclisi) gönderdi. Benzer zaman içerisinde LGBTİ+ “propaganda” yapılmasının, LGBTİ+’ların eylem yapmasının, LGBTİ+’ların örgütlenmesinin ve örgütlenip yabancı devlet ve kurumlardan yardım almasının yasaklanmasını öngören bir kanun önerisi açıklandı. 2023 genel seçimleri öncesi karar alıcılar LGBTİ+ karşıtı bir ittifak protokolü imzaladı. 17 Eylül 2023 tarihinde LGBTİ+ karşıtları “Büyük Aile Buluşması” adıyla İstanbul Saraçhanede buluştu. Sırf 2022 yılında benzer yapılanmalar tarafından bu buluşmaya benzer 15 farklı şehirde LGBTİ+ karşıtı miting gerçekleştirildi. Seçimlerin ardından iyiden iyiye belirginleşen Anayasa değişikliği çalışmaları kapsamında LGBTİ+ örgütlerinin kapatılması ve “propaganda” yasağının getirilmesi söz konusu.

Günden güne artan yoksulluk LGBTİ+’ların mal ve hizmetlere erişiminin önünde kritik bir engele dönüşüyor. Nefret söylemleri bir yandan LGBTİ+’ların psikolojik iyi hallerini olumsuz yönde etkilerken, LGBTİ+’lar adalete duydukları güvensizlik sebebiyle ya adalete erişim mekanizmalarını kullanamıyor ya da bu mekanizmaları kullanırken de

ayrımcılığa uğruyor. Sağlığa erişim ise eşit yurttaşlar olan LGBTİ+'ların hayatında ayrıca konuşulması gereken bir sorun olarak karşımıza çıkıyor. LGBTİ+'ların sıklıkla HIV tedavisine, cinsel yolla bulaşan diğer enfeksiyon tedavisine ve ruh sağlığı desteğine erişimde ihlallerle karşılaştığı söylenebilir. Ayrıca prostat, kolon, testis ve meme kanseri tanılarındaki gecikme, sağlığa erişimde LGBTİ+'ların karşı karşıya kaldığı ayrımcılık sebebiyle kendisini hizmetlerden mahrum bırakmak zorunda hissetmesiyle doğrudan ilişkili. Toplum sağlığı çalışmaları bakımından LGBTİ+'ların sağlık hizmetlerine erişimini güçlendirmek oldukça hayati. GLMA: Health Professionals Advancing LGBTQ+ Equality (LGBTİ+ Eşitliğini İlerleten Sağlık Uzmanları) sağlık sunucularına dönük hazırlamış olduğu kılavuzda LGBTİ+ kişiler için iyi bir karşılama ortamının hazırlanması, hasta takip formlarının LGBTİ+ kapsayıcı olması ve LGBTİ+ kişilerle ayrımcılık barındırmayan bir biçimde diyalog kurulması gerektiğine dikkat çekiyor.

LGBTİ+ örgütlerinin varlığı bugün hiç olmadığı kadar kritik bir noktada duruyor

LGBTİ+'ların sıklıkla HIV tedavisine erişimde ihlallerle karşılaştığı bilgisinden yola çıkarak Sağlık Bakanlığı'nın 2019 yılında yayınladığı, Türkiye HIV/AIDS Kontrol Programı (2019-2024) raporunu hatırlamak gerekir. Rapor, LGBTİ+'ları "riskli gruplar" arasında tanımlarken HIV konusunda multidisipliner yaklaşımın önemini de vurguluyor. HIV ile yaşayanlara dönük ayrımcılığın ve mahremiyet ihlallerinin önlenmesinin altının çizildiği raporda "hasas gruplara" ulaşmanın ve bu gruplara yönelik program geliştirmenin başlıkları atılıyor. Bu amaca dönük olarak faaliyetler arasında "hasas grupların" büyüklüğünü ve dağılımını ortaya koymak, "hasas gruplarda" HIV enfeksiyonu farkındalığını arttırmak gibi çalışma hedefleri bulunuyor. Rapor, toplumsal düzeyde sosyal damgalamayı azaltmayı da bir hedef olarak belirlerken "hasas gruplara" ulaşmada işbirliği yapılacak kurumlar arasında STK'ler de (Sivil Toplum Kuruluşu) bulunuyor. HIV/AIDS Kontrol Programını kapsayan yıllar boyunca Sağlık Bakanlığı, LGBTİ+ sivil toplum örgütleriyle "hasas grupların" büyüklüğünü ve dağılımını ortaya koymak amacıyla iletişim kurmadı. Sosyal damgalamayı önlemede HIV ve LGBTİ+ konusunun yadsınamaz tarihsel yakınlığı göz önünde bulundurulmadı.

LGBTİ+ örgütlerinin ve LGBTİ+'ların günden güne daha fazla kriminalleştirildiği bir atmosferde LGBTİ+'ların sağlığa erişimi, sağlığa erişim hakkının savunuculuğu başta olmak üzere LGBTİ+ hakları savunuculuğu ve tanı çalışmalarında LGBTİ+'lara ulaşmanın yolu tehlikeye giriyor. Çeşitli baskı ve yasaklamalar LGBTİ+'larla LGBTİ+ örgütleri arasındaki uçurumu derinleştirirken LGBTİ+'ların HIV farkındalığı için bilgiye erişmesinin de önünü tıkıyor. Tanı çalışmalarında LGBTİ+'lara erişmenin yolu ayrımcılığı sonlandırmaktan ve ancak LGBTİ+ örgütleriyle işbirliği yapmaktan geçiyor. LGBTİ+ örgütlerinin varlığı bugün hiç olmadığı kadar kritik bir noktada duruyor. Temel hak ve özgürlüklerin yanı sıra kapsamlı tanı, tedavi ve toplum sağlığı çalışmaları LGBTİ+'ların haklarını ve LGBTİ+ örgütlerini desteklemekten, LGBTİ+'lara dönük ayrımcılığı sonlandırmaktan, bu ayrımcılıkla mücadele etmekten geçiyor.

HIV'e Karşı İmmün Yanıt

İlker İnanç Balkan

Giriş

HIV'in başlıca bulaşma yolu göz önüne alındığında, mukozal epitel yüzeylerde virüsü ilk karşılayan hücre grubunun dendritik hücreler olması muhtemeldir. Dendritik hücreler her zamanki gibi hücre içine alıp proteinlerine ve aminoasitlerine ayırdıkları bu virüsün hem kendilerini hem de MHC II ile antijen sunmak için 48-72 saat içinde en yakın lenf nodunda buluşacakları CD4+ T hücrelerini enfekte edeceğinin ve immün-sinapsların artık virüsün yayılması ile sonuçlanan **virolojik sinaps**lara dönüşeceğinin, tüm immün ekosistemin bu yeni virüs tarafından ele geçirileceğinin elbette farkında değildir. Bağışıklık, her zamanki gibi doğal ve adaptif bağışıklık olarak HIV virüsünün karşısına çıkacak ama bağışıklık hücreleri aktive oldukça daha fazla enfekte olacak, enfekte oldukça daha çok pro-enflamatuvar sitokinler yayarak enfekte olmayan hücrelerin de **piropitoz** yolu ile toplu olarak ölmesine yol açacaktır...

1. Doğal Bağışıklık ve Konak Restriksiyon Faktörleri

Hücre içine alınan HIV virüsü, TLR ve RIG-1 gibi patern tanıma reseptörleri tarafından tanınır. Enfeksiyonun erken evresinde virüsün revers transkripsiyon sürecine başladığının konak tarafından fark edilmesinde başlıca iki sensör rol oynar: IFI16 (İnterferon Inducible Protein16) ve cGAS (Siklik GMP-AMP sentaz). IFI-16; HIV kaynaklı cDNA'ya bağlanıp STING adaptör proteini aracılığı ile TBK1 protein kinaz, IRF3 ve IRF7 gibi transkripsiyon faktörlerine sinyal iletir. Bu sinyal iletilisi; APOBEC3, TRIM5α, SAMHD1 ve tetherin gibi "konak restriksiyon faktörleri"nin eksprese edilmesini uyarır.

Tetherin, başka bazı virüslere yaptığı gibi HIV virüsünün enfekte hücreden tomurcuklanıp ayrılmasını engeller. HIV'in Vpu proteini ise tetherinin bu işlevini bloke etmektedir. Enfekte konak hücreleri, replikasyon sürecindeki viryon partikülleri içine bazı restriksiyon faktörleri dahil ederler. Bunlardan biri APOBEC3 (Apolipoprotein B mRNA editing enzyme catalytic polypeptide like 3) proteinidir. APOBEC3, enfekte hücre içinde viral replikasyonu durduran bir sitidin deaminazdır. HIV'in Vif proteini APOBEC3'ü ubiquinize ederek (işaretleyerek), böylece proteozom içine alınıp degrade edilmesine, böylece etkisiz kalmasına yol açar. Viral replikasyon durdurulamaz. Diğer restriksiyon faktörü ise TRIM5α (Tripartit motif 5 α)'dır. HIV'in kapsid proteinleri ile etkileşime girerek virüsün erken soyulmasına ve virüsün revers transkriptaz kompleksinin proteozomda degrade edilmesine sebep olur. TRIM5α ayrıca viral pre-integrasyon komplekslerin nükleus içine translokasyonunu bloke edebilir. SAMHD1 (SAM domain ve HD domain 1) ise hücre içi deoksiniükleotid trifosfatları hidrolize edip tüketen ve böylece revers transkripsiyon ile viral DNA sentezini önleyen bir konak enzimidir. SAMHD1 proteininin aktivitesini bloke eden Vpx viral proteini insanlarda sadece HIV-2 virüs kökenleri tarafından üretilmektedir. HIV-1 virüsü SAMHD1'i etkisiz bırakacak bir protein üretememektedir.

HIV'e karşı doğal immün yanıtta şunlar da rol alır; HIV'in zarfını doğrudan hedef alan antimikrobiyal peptidler (defensinler), NK hücrelerin aktivasyonu, Tip I Interferon üreten dendritik hücrelerin aktivasyonu, interferon aracılı immün yanıt ve kompleman aktivasyonu. Maalesef doğal immünitenin viral replikasyonu sınırlayıcı etkisi çok belirgin değildir.

2. HIV'e Karşı Adaptif İmmün Yanıt

HIV enfeksiyonuna karşı verilen erken yanıt diğer virüslere verilen yanıtlara büyük oranda benzer. Bu yanıt ile kanda ve lenfatik sistemde dolaşan T hücreleri içindeki virüsün çoğu temizlenir. Ne var ki bu virüsün tamamının temizlenmesi mümkün olmaz ve çoğu hastada enfeksiyon immün sisteme galip gelir. Doğrudan bağışıklık sistemin başlıca hücrelerini hedef alan bir enfeksiyonda antiviral immün yanıtların yetersiz kalacağını bilmekle birlikte yine de bu yanıtların detaylı şekilde tarif edilmesi üç sebeple önemlidir: Öncelikle; immün yanıtın konağın kendi aleyhine

olduğunu bilmek önemlidir. T hücreleri aktive oldukça daha fazla enfekte olmaktadır. Opsonize virüsün henüz enfekte olmamış hücreler tarafından Fc reseptör aracılı endositoz ile içeri alınmasının uyarılması veya viral antijenleri yüzeyinde eksprese eden CD4 T hücrelerinin sitotoksik CD8 T hücreleri tarafından eradike edilmesi bu duruma örnektir. İkinci olarak; HIV'e karşı üretilen antikorlar, her ne kadar virüsün antijenik değişkenliği nedeniyle nötralizan olamasalar da, HIV enfeksiyonunun tanısında **belirteç** olarak kullanılmaktadır. Üçüncü olarak ise; HIV'e karşı etkili bir aşının tasarlanabilmesi için hangi türde immün yanıtların koruyucu özellik gösterebileceğinin belirlenmesi son derece önemlidir.

Hücresel İmmün Yanıt

HIV'e özgül adaptif immün yanıt ilk olarak HIV peptidlerine özgül CD8+ T hücre klonlarının genişlemesi şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Akut enfeksiyon evresinde dolaşımdaki CD8+ T lenfositlerin yaklaşık %10'u HIV için özgül hale gelmiş hücrelerden oluşmaktadır. Özgül sitotoksik T lenfositler erken aşamada enfeksiyonu kontrol altına alır gibi görünse de viral kaçış mutantları (antijenik mutant varyantlar) nedeniyle bu kontrol tam olarak gerçekleşmeyecektir.

CD4+ T hücreler de elbette pek çok şekilde virüsün kontrol altına alınmasına katkıda bulunabilir. Öncelikle CD8+ hafıza T lenfositlerinin oluşumu için güçlü bir CD4+ T hücre yardımı gerekmektedir. Ayrıca CD4+ T hücrelerinin bizzat kendilerinin de HIV ile enfekte CD4+ hücrelerin yüzeyindeki Fas molekülüne Fas ligandları ile bağlanarak öldürebildikleri gösterilmiştir. İmmün yanıtın baskısı ile mutasyonlar geçiren virüs, hem CD4+ hem de CD8+ T hücreleri tarafından tanınan epitoplarını kaybeder/ değiştirirler. Hücresel yanıt ile enfeksiyon sınırlandırılmaz.

Antikor Yanıtı

Virüsün bulaşmasından (enfeksiyonun başlamasından) sonraki 6-9 hafta içinde antikor yanıtları ortaya çıkar. İmmün yanıtı en çok uyaran (immünojenik) viral proteinler zarf glikoproteinleridir. HIV ile enfekte hastaların çoğunda yüksek titrelerde anti gp-120 ve anti gp-41 antikorları tespit edilmektedir. Bunlar dışında p24, revers transkriptaz, gag ve pol genlerinin ürünlerine karşı da antikorlar bulunur. Bu antikorlar klasik kompleman kaskadını başlatarak HIV viryonlarının imha edilmesine aracılık edebilir, viral proteinleri Fab parçaları ile bağlayıp Fc kısımları ile Fc reseptörü bulunan fagositer hücrelere bağlanarak fagosit edilecek parçalanmasına veya Fc reseptörü bulunan NK hücreleri tarafından hedef alınıp antikor-bağımlı hücresel sitotoksikite (ADCC) mekanizması ile imha edilmesine aracılık edebilir. Muhtemelen enfeksiyona karşı korumadaki baskın rolü nedeniyle şimdiye kadar en kapsamlı şekilde incelenen antiviral fonksiyon ise, virüsün zarf proteini olan Env'e bağlanarak hedef hücrelere girişini bloke edilmesi yoluyla gerçekleştirdiği **nötralizasyon işlevi**dir. Tek bir antikor, hem komplemanı uyarıp hem ADCC'ye aracılık edip hem de nötralizan işlev gösterebilir.

Env proteininin, çeşitli HIV izolatlarına karşı geniş ve güçlü antikor yanıtların oluşturulmasında zorluklar yaratan çeşitli özellikleri vardır. Env alt birimleri gp120 ve gp41, kovalent olmayan bir şekilde birleşir ve çok yoğun bir şekilde glikosile edilmiş fonksiyonel viral spike halinde trimerize olur. Bu glikosile edilmiş yüzeyler virüs üzerinde bir glikan kalkını oluşturarak antikorlar tarafından bağlanmayı engeller. Trimerin tepesindeki veya CD4 bağlama bölgesindekiler gibi bazı korunmuş epitoplar, nötralizan antikorlar için uygun bir hedef olacak iken üzerleri glikozilasyonla kısmen kapatılmış olduğu için antikor erişimi sınırlanmaktadır.

CD4+ T hücre yardımının sağlanamaması, germinal merkezlerin oluşamaması ve elbette antijenik mutasyon gibi nedenlerle erken evrede oluşan antikorların nötralizasyon yetenekleri bulunmaz. Glikoprotein 120 zarf proteinini nötralize edebilen antikorlar primer enfeksiyondan ancak 2-3 ay sonra üretilmektedir. Nötralizan vasıftaki bu antikorlar bile zarf glikoproteinlerindeki immünodominant epitoplarını süratli şekilde değiştiren virüslerle başa çıkamamaktadır. HIV'in çeşitlilik düzeyi o kadar yüksektir ki yüksek oranda mutasyona uğrayan bir RNA virüsü olan influenza ile karşılaştırıldığında, tek bir kişideki HIV değişkenliği, genellikle tüm sezon boyunca toplumda dolaşan influenza virüsünün değişkenliğinden daha fazladır. Kronik enfekte **tek bir bireyin** plazmasında bulunan mutant HIV virüs kökenlerine ait genetik sekanslar arasında dahi %10 ila %16 oranında farklılık bulunur. İşte başlıca bu nedenle HIV ile kronik enfekte hastaların sadece %10-15'inde geniş nötralizan antikorlar üretilebilmektedir. Bu antikorların nötralizan özellikte olabilmeleri ise, virüsün mutasyon ile değiştirmedeği gp140 proteininin CD4 bağlama bölgeleri

gibi görece korunmuş viral protein bölgelerine bağlanabilmeleri nedeniyledir. Bu antikorların en belirgin özelliği CD4+ T hücre yardımı alarak germinal merkezlerde yoğun bir somatik hipermutasyon seçiliminden geçmiş B lenfositler tarafından üretilmiş olmalarıdır. Daha önce zayıf bağladığı gp 140 CD4 bağlama epitoplarını CD4 T lenfosit yardımı sonrası somatik hipermutasyon sonrası çok güçlü şekilde bağlayabilmektedir. Günümüzde aşı çalışmalarının temel hedefi işte bu grup B hücre popülasyonunu ve yüksek afiniteli geniş nötralizan antikor yanıtını oluşturabilmektir.

HIV Virüsünün Bağışıklıktan Kaçışı

HIV virüsü, konak savunmasını doğrudan hedef alıp çökertir. Bununla kalmaz. HIV, hataya yatkın revers transkripsiyon süreci nedeniyle çok yüksek bir hızla mutasyon geçirir. Mutant virüs proteinlerine yanıt olarak üretilen T hücre ve antikor yanıtlarından kaçır. HIV ile enfekte bir kişide viral genomda gerçekleşmesi mümkün olan tüm nokta mutasyonların tek bir güne sığıdığı ve her gün yeniden gerçekleştiği tahmin edilmektedir. Glikoprotein 120'nin V3 "loop" bölgesi virüsün en fazla değişkenlik gösteren antijenik bölgeleri arasındadır. Aynı kişiden farklı zamanlarda alınan virüs örneklerinde bile gp 120 molekülünün antijenik yapıları farklılık gösterir. Ayrıca geniş nötralizan antikorlar için hedef olabilecek pek çok viral epitop büyük hacimli N-bağlı şeker molekülleri ile kaplanmış, adeta bir zırh gibi sarılmış durumdadır. Bu zırh HIV-glikan zırhı denilmektedir.

HIV enfekte hücreler, MHC-I ekspresyonlarını azaltarak sitotoksik T lenfositlerinin hedefi olmaktan kaçır. HIV Nef proteininin MHC sınıf I moleküllerinin ekspresyonunu inhibe ettiği bilinmektedir. Ayrıca Th1 sitokin salınımının inhibisyonu, PD-1 gibi immün-yorgunluk moleküllerinin ekspresyonu, regülatuar T hücrelerinin aktivasyonu ve dendritik hücre işlevlerinin baskılanması gibi farklı mekanizmalarla HIV virüsü hücrel bağışık yanıtıdan kaçmaktadır.

"Elite Controller" ve "Long-Term Non Progressor" Gruplarında İmmün Yanıt

HIV enfekte kişilerin çok büyük çoğunluğu AIDS'e ilerlerken yaklaşık %1'lik bir kısmında hastalık bulguları gelişmeyebilir. Bu kişilerde persistan viremiye rağmen CD4 ve CD8 sayıları yüksek seyreder ve en az 10-15 yıl boyunca hastalık bulguları gelişmez, tedavi gereksinimi yoktur. Vireminin düzeyine göre bu grup ikiye ayrılabilir: 1) Long Term Non-Progressors (LTNP): Kan viral yük düzeyi ortalama 5000 kopya civarındadır 2) Elite Controllers (EC): kan viral yük düzeyi 50 kopya veya daha düşüktür. Bu alt grup çok nadir görülür.

Bazı özgül HLA sınıf I lokusları ve bazı HLA sınıf II lokusları, hastalık progresyonunun görülmemesi ile ilişkili bulunmuştur. CCR5 geninde homozigot 32 baz çiftini içeren delesyon, enfeksiyondan koruyucu bir mutasyon olarak bilinmekte, önümüzdeki yıllarda farklı **genetik faktörlerin** hastalığa karşı doğal dirençle ilişkisinin ortaya konulması beklenmektedir.

PrEP/TÖP Talebi Yaratmada Aktivizmin ve Özne Derneklerinin Önemi

Arda Karapınar

Aktivist, HIV Glasgow 2024 Bilim Kurulu Üyesi

Özne dernekleri (ve inisiyatifler, platformlar vb.), spesifik bir konu ve o konuya dair çözüm önerilerinin paylaşımı, iş birliği, eğitim, araştırma, yayın, etkinlik, temsil, savunuculuk pratikleri hayata geçirme fikirleri etrafında ortak bir kimlik benimsemiş kişilerden oluşan yapılardır. HIV özelinde bakıldığında ise çeşitli sebeplere bağlı olarak genel nüfusa göre daha yüksek HIV riski altına bulunan ve/ya da bu kişileri temsil eden kişilerden oluşurlar.

Söz konusu yapılar aracılığıyla PrEP/TÖP için talep yaratmak çeşitli nedenlerden dolayı önemlidir:

- PrEP/TÖP bir sadece bir hap/ilaç değil, multidisipliner yaklaşım gerektiren, kapsayıcı ve bütüncül bir programdır ve bu programlar düzenli test, danışmanlık, ilaca uyum desteği ve düzenli izleme gerektirirler. Bu nedenle, potansiyel PrEP/TÖP kullanıcılarının ihtiyaçlarını, tercihlerini ve engelleri anlamak ve hizmetleri buna göre uyarlamak çok önemlidir.
- PrEP/TÖP tekil bir öneri değil, HIV'in önlenmesi hedefinde tamamlayıcı bir seçenektir ve kondom, erkek sünneti, antiretroviral tedavi ve zarar azaltma hizmetleri gibi diğer mevcut önleme yöntemleriyle mutlaka bütünleştirilmelidir. Özne dernekleri PrEP/TÖP'ün faydalarını tanıtmaya ve diğer önleme stratejileriyle birlikte kullanımını teşvik etmeye yardımcı olabilir.
- PrEP/TÖP gönüllü ve kişisel bir seçimdir ve etkin ve tutarlı bir şekilde kullanmaya istekli kişilere sunulmalıdır. Söz konusu dernekler, danışanları ve toplulukları arasında PrEP/TÖP için farkındalık ve talep yaratmaya, rıza üretmeye yardımcı olabilir ve PrEP/TÖP hizmetlerine eşit ve kesintisiz erişim sağlanması için savunuculuk yapabilirler. Ayrıca bu yapılar, danışanları ile yakın iletişim ve etkileşim sayesinde tedavi bağlılığı başta olmak üzere pek çok konuda veri üretimi bakımından bilim toplulukları ile iş birliği yapabilirler.

PrEP/TÖP talebi yaratılması süreçlerinde dikkate alınması gereken bazı temel hususlar şunlardır;

- PrEP/TÖP programlarının tasarlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde söz konusu dernekleri ve komüniteyi de dâhil eden, toplum liderliğinde ve katılımcı bir yaklaşımın benimsenmesi,
- PrEP/TÖP sürekliliğinin farklı aşamalarında hedef kitlelere ulaşmak için kitle iletişim araçları, dijital medya, kişiler arası iletişim ve toplum seferberliği gibi medya kanalları ve platformlarının bir kombinasyonunu kullanmak.

Bu kısa özet perspektifinden bakıldığında, PrEP/TÖP talebi yaratmada aktivizmin ve özne derneklerinin rolü azımsanmayacak önemlidir ve bunu ulusal PrEP/TÖP programlarını başarıyla uygulayan ülkelerin deneyimlerine bakarak kolayca kanıtlamak mümkündür.

HIV ile Yaşayan Kadınlar Ne İster?

Çiğdem Şimşek

Pozitif-iz Derneği, İstanbul

TÜRKİYE'DE HIV İLE YAŞAYAN KADINLAR VE KIZ ÇOCUKLARI

Kadınların, HIV enfeksiyonuna karşı **en savunmasız gruplardan birini** oluşturduğu tüm dünyada biliniyor.

HIV geçişi kadınlara; gerek fizyolojik sebepler, gerekse sosyo-ekonomik dengesizlikler, cinsiyet eşitsizliği, şiddet, fakirlik ve güvende olmama gibi durumlardan dolayı **erkeklerle oranla 3 kat daha kolay**. Resmi verilere göre tanı alan kadınların sayısı her ne kadar düşük gibi görünse de Türkiye'de HIV ile yaşayan kadınların sayısı artıyor.

Ülkemizde kadınların **%90'ından fazlası geç** tanı alıyor. Başka bir deyişle enfekte kadınların çoğu AIDS evresinde durumunu öğreniyor. Bu da sağlığın iyi halinin korunamaması anlamına geliyor.

GÖRÜNÜR DEĞİLLER!

Pozitif-iz Derneği 2022 yılında 954 kişiye akran desteği sağladı. 474'ü cinsiyet kimliği ve/ya cinsel yönelimlerini belirtirken, 480'i beyanda bulunmadı. Bunların sadece %24.41'i kadın;

381'i Erkek

15'i Biseksüel erkek

35'i erkek

200'ü Gay

130'u heteroseksüel erkek

1'i interkes

93'ü Kadın

62'si heteroseksüel kadın

15'i kadın

1'i Queer

15'i trans kadın

HIV enfekte kadınlar tanı aldıktan sonra da erkeklerden farklı olarak bir takım jinekolojik sorunlar ve hormonal değişiklikler yaşayabiliyor.

ARV yanıt her iki cinste benzer olup, kadınlarda laktik asidoz ve metabolik sorunlar gibi toksisitelere daha sık rastlanabiliyor.

Temas öncesi profilaksinin etkinliği vajinal ilişkide daha geç başlıyor.

Kadınların HIV enfeksiyonuna maruziyeti ile karşımıza çıkabilecek en dramatik sonuç ise bebeklerin HIV pozitif olarak hayata gelebilmesi.

Tanının gecikmesi, hatta kimi zaman doğum sırasında öğrenilmesi, dolayısı ile de geç müdahale edilmesi nedeniyle HIV ile enfekte bebekler dünyaya gelebiliyor. Tüm bu sebeplerle, **kadınlar bilinçlendirilmeye en fazla ihtiyacı olan hedef grupların başında geliyor.**

Türkiye’de, özellikle de doğu illerinde kadınlar ve kız çocukları çok daha zor şartlarda yaşayabiliyorlar.

Kız çocuklarının okula gönderilmemesinin yanı sıra küçük yaşta ve zorla evlendirilebiliyorlar. Kimi akraba evliliğine zorlanabiliyor, kimi resmi nikah olmadan sadece dini nikah ile evlendirilebiliyor. Hayatlarının çoğu aşamasında rutin sağlık kontrolleri de yaptıramıyor.

Herhangi bir sağlık sorunu yaşadıklarında da kendi başlarına sağlık kurumuna gidemiyor, hatta doktorun odasına dahi tek başına giremiyor.

Öte yandan ensest Türkiye’de varlığı kabul edilen ama kimsenin yüksek sesle dile getirmeye cesaret edemediği bir tabu. Dile getirilmediği gibi Türkiye’de ensest oranlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmalar da engelleniyor.

Türkiye Kadın Dernekleri Federasyonu’nun (TKDF) 2014’te ‘Türkiye Ensest Atlası Projesi’ çalışmalarını yaparken sitesi hack’lenmiş, tehditler almış. Öyle ki, TKDF 56 ilde yaptığı araştırmanın sonuçlarını, rakamları açıklayamadı. Ancak verdiği tek bir rakam tabloyu göstermek açısından yeterli: **Türkiye’de ensest oranı yüzde 40.** Yani her 10 kişiden 4’ünde ensest var!

14 yaşında gebe kalan ve failin kim olduğu sorulduğunda ‘ya abimdir, ya da dayım’ diye yanıtlayan örneklerden de anlaşılacağı üzere bu oranın %40’lardan çok çok daha fazla olduğu aşîkâr.

TÜRKİYE’DEKİ MÜLTECİ, GÖÇMEN VE SİĞINMACI KADINLAR

Türkiye hükümetinin mülteci, göçmen ve sığınmacılara yönelik hak temelli bir göç politikası bulunmuyor. Kontrolsüz bir şekilde ülkeye giren ve kayıt dışı kalan binlerce insan var. Ne kadar insanın Türkiye’de bulunduğu dair net bir sayı da bulunmuyor.

Sığınmacılar burada eğitim, sağlık, barınma, çalışma gibi haklara ve hizmetlere erişimde zorluklar yaşayarak hayatta kalmaya çalışıyor. Özellikle kayıtlı olmayan kişiler sağlık hizmetlerinden yararlanamıyor ve tedaviye erişemiyorlar.

Özellikle kadın sığınmacılar, sığınmacı olmanın yanı sıra toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin de eklenmesiyle HIV ve diğer CYBE’lerle karşılaşma riski daha yüksek gruplar.

Ayrıca sığınmacı kadınların gebelik süresince takip ve tedavi hizmetlerine erişememeleri bu enfeksiyonlardan kaynaklı hem kadınların hem de yeni doğanların ciddi sağlık sorunları yaşamasına yol açmakta.

Türkiye’de bulunan göçmenlerin %70’inin kadın ve çocuklar olduğu biliniyor. Göç eden kadınlar CYBE, cinsel saldırı ve cinsel istismar, çocuk yaşta, erken ve zorla evlilik, ergen ve istenmeyen gebelikler, doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde yetersiz bakım ve doğum komplikasyonları açısından yüksek risk altında.

Öte yandan doğum kontrol yöntemleriyle ilgili bilgi ve danışmanlık hizmetlerine ulaşamadıkları için büyük çoğunluğunun geri çekme yöntemini kullandıkları, eşlerinin kondom kullanmak istemedikleri ve yeni yöntemlere açık olmadıkları gözlenmekte. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların sıklığı yüksek.

Özellikle kayıtlı olmayan kişiler sağlık hizmetlerinden yararlanamamakta ve tedaviye erişememekteler.

Burada kadınların HIV ile enfekte olması, özellikle de gebelik süresince takip ve tedavi altına alınmaması büyük bir sorun teşkil etmekte.

TÜRKİYE'DE HIV İLE YAŞAYAN TRANS KADINLAR

- HIV ve seks işçiliği kavramları toplumda çok iç içe geçmiş durumdadır. Dolayısıyla trans kadınlar ve seks işçisi trans kadınlar özellikle damgalamayla karşı karşıyalar.
- Seks işçisi trans kadınların ücretsiz kondoma erişimi yıldan yıla gözle görülür bir biçimde azalmış durumda.
- Trans kadınlar genel olarak sağlığa erişimde zaten zorluk yaşıyorlar. Doktorları tarafından muayeneleri reddediliyor. Sağlığa erişimde açık bir ayrımcılık yaşıyorlar. Bir de potansiyel ayrımcılık var. Yani ayrımcılığa uğrama riski sebebiyle de sağlığa erişmiyorlar. Trans kadınların sağlığa erişimini güçlendirecek uygulamalar ve politikalar bulunmuyor.
- Tanı ve tedavi çalışmaları yıldan yıla azaldı. Trans kadınların tanıya, tedaviye ve danışmanlığa erişebileceği mekanizmalar yok.
- Toplumda trans kadınlara dönük HIV üzerinden bir damgalama mevcut. Trans kadınların üzerindeki “hastalığın sebebi sizsiniz” algısı devam ediyor. Translar stigmatize ediliyor.
- LGBTİ+ dostu ve kapsayıcı hekimler ve sağlık merkezleri bulunmuyor. LGBTİ+’lara dönük bilgilendirme çalışmalarını ve kondom desteğini büyük çoğunlukla LGBTİ+ dernekleri üstleniyor.
- LGBTİ+ derneklerine dönük günden güne artan baskı ve yalnızlaştırma politikaları kapsayıcı HIV politikalarını da olumsuz etkiliyor.

SONUÇ OLARAK

Kadınlar ve kız çocuklarının HIV açısından daha fazla kırılgan olması, cinsiyet eşitsizliği, fakirlik ve şiddete maruz bırakılmalarının yanı sıra;

- Kadın haklarının yok sayılması,
- Kadınları güçlendirecek ve koruyacak politikaların üretilmemesi,
- İstanbul Sözleşmesi’nin fesh edilmesi,
- Kadın Cinayetlerini Durduracağız Platformu Derneği gibi önemli örgütleri kapatma girişiminde bulunulması,
- Kız çocuklarının eğitime yönelik stratejiler geliştirilmemesi,
- Türkiye’de cinselliğin tabu olması ve hiç konuşulmaması,
- Cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitimlerinin her yaşa uygun olarak, kapsayıcı bir şekilde müfredatlarda olmaması,
- HIV testi yaptırılması için kadınların cesaretlendirilmemesi,
- HIV’e yönelik yanlış inanış ve mitlerin bulunması,
- Erken yaşta ve zorla evliliklerin olması,
- Yüksek erken gebelik oranları,
- HIV’in marjinalize edilerek, muhafazakar bir yönden ele alınması,
- Korunma yöntemleri hakkında bilgilendirmelerin yetersiz olması,
- Cinsel istismar karşısında çocukların ve kadınların kendilerini nasıl savunması gerektiğini bilmemesi,



- Tecavüzden hayatta kalanların HIV'e karşı Temas Sonrası Profilaksiye erişiminin olmaması,
- Programlı bir göç politikasının bulunmaması,
- Ulusal AIDS Komisyonu'nun işlememesi,
- '2019-2024 HIV/AIDS Kontrol Programı' kapsamında sorumlulukların tamamlanmaması,
- Ülke genelinde yeteri sayıda GDTM'lerin olmaması,
- GDTM açmak isteyen yerel yönetimlerin prosedürel zorluklar yaşaması,
- Türkiye'de hem HIV pozitiflerin haklarını hem de toplum sağlığını koruyacak, ayrımcılıkları ve nefret suçlarını engelleyecek bir yasal düzenleme bulunmaması başlıca sorunlar.

Türkiye HIV/AIDS Platformu Büyük Vizit-3 Olgu-3

Uzm. Dr. Gizem Karahan

İlk olgumuz 38 yaşında, bekar bir erkek hastadır. Lisede MSM ilişkisi sonrasında içe kapanmış. Annesiyle beraber Ankara'da yaşıyor. Bilgisayar oyunları ile günü geçiriyor. Günde 3 paket sigara içiyor. 1993 yılında çocukluk çağı paranoid şizofreni tanısı almış. Olanzapin 10 mg/gün, Sertralin 100 mg/gün kullanıyor. Son aylarda ateş, kilo kaybı (10 kg) ve halsizlik yakınmaları başlıyor. Ateş etiyojisi araştırılırken lökopeni ve trombositopeni saptanarak viral enfeksiyon düşünülmüş, anne şüphesi üzerine anti HIV istenmiş ve reaktif sonuçlanmış. HIV RNA 84800 cp/mL saptanıyor. İlk tanı tarihi 1 Haziran 2013'te konuyor ve ek olarak fırsatçı enfeksiyon (Candida özefajiti, CMV ensefaliti) tanıları nedeniyle bu enfeksiyonların tedavileri yapılıyor. 1 ay EVG/c/FTC/TDF aldıktan sonra temin güçlüğü sebebiyle 3 ay TDF/FTC+LPV/r'e geçilip sonrasında DDI kaygısı sebebiyle TDF/FTC+RAL rejimine geçiliyor. ART uyumu iyi ve sosyal fobisi varken tedavinin birinci yılı sonunda daha neşeli ve dışa dönük bir hale geliyor. HBV ko-enfeksiyonu mevcut ve düşük düzeyde viremi saptanıyor. Üçüncü ayda HIV RNA 352 cp/mL, birinci yılda virolojik tam yanıt ve total CD4+ T-hücre sayısı 742 /mm³ ile immünolojik iyileşme sağlanıyor. 18. ayda mevcut ART ile HBV DNA negatifliği de sağlanıyor. 18. Ay kontrolünde genital bölgede bir lezyon fark ediliyor. Bu lezyon yaklaşık bir yıldır varmış. Dermatolojik muayenede perianal bölgede yaklaşık 3 cm çaplı yüzeyi lobüle görünümlü deri rengi grimsi lezyon ve lezyonun periferinde verüköz kahverengi papüller görülüyor. Dermatoloji konsültasyonu ile tanısı kondiloma aküminata, genital verrü olarak kesinleştiriliyor. Dermatoloji bölümü tarafından büyük lezyonun shave eksizyonu, satellit lezyonlara kriyoterapi yapıp lezyondan örnek alınıyor. Patolojik incelemeyle kondilomatöz skuamöz hücreli karsinom tanısı konuyor. İnfüzyonel mitomisin+5-FU kemoterapisi ve eş zamanlı radyoterapi alması planlanıyor. Nisan 2015'te onkolojik tedavi tamamlandı fakat paranoid durum nedeniyle sonraki kontrollerini aksattı. Endoskopik kontrol incelemeleri reddetti. Ağustos 2022'de yapılan kontrol rektoskopi normaldi. Nisan 2023'te yapılan son vizitte virolojik ve immünolojik tam yanıt ile hasta sağlıklı bir yaşama devam ediyordu.

İkinci olgumuz çocuklu bekar bir anneydi. Ankara dışında yaşıyor. Olası bulaş yolu korunmasız heteroseksüel ilişki olarak belirlenmişti. Eylül 2020'de karın ağrısı, iştahsızlık, kilo kaybı (3 ayda 16 kg) başlamış. Doktor başvurusunda lenfopeni ve sağ aksiller 1 cm ele gelen lenf nodu saptanmış. Doktorun tanımı düşünmesiyle anti HIV isteniyor ve reaktif geliyor. İlk tanı tarihi 28 Ocak 2021'nde HIV RNA 10982 cp/mL ve total CD4+ T-hücre sayısı 523 /mm³ olduğu görülerek B/F/TAF başlanıyor. ART uyumu mükemmel olan hastanın birinci ay kontrolünde tam virolojik yanıt saptanıyor. Nisan 2023'te yaptırdığı kolposkopik smear taramada HPV 16/18'e bağlı HSIL, ektoservikste CIN-1, endoservikste polip ve CIN-2 lezyon görülüyor. Yapılan kadın hastalıkları ve doğum konsültasyonu sonrasında 360 derece tam kat sıcak (leep) konizasyon tedavisi uygulandı. HPV aşısı uygulandı ve kontrol takiplerinde lezyon görülmedi.

HIV ve Karaciğer Problemleri

Zuhal Yeşilbağ

İnsan immün yetmezlik virusu (human immunodeficiency virus-HIV) ile yaşayan kişilerde karaciğer hastalığına bağlı ölümler kazanılmış immün yetmezlik sendromu (acquired immune deficiency syndrome- AIDS) ile ilişkili olmayan ölümlerin sık nedenlerinden biridir ve yapılan çalışmalarda oranı %13-18 arasında bulunmuştur. HIV pozitif kişilerde görülen karaciğer hastalıkları kronik viral hepatitler, infiltratif hastalıklar, fırsatçı infeksiyonlar, steatoz, ilaç ilişkili karaciğer hasarı, AIDS kolanjiopatisi şeklinde sınıflandırılabilir.

Hepatit B virusu (HBV)/HIV koinfeksiyonu: Dünyada HIV ile yaşayan bireylerde HBV koinfeksiyonu yaklaşık %8 olarak bildirilmiş olup coğrafik bölgelere göre oranlar değişmektedir. Perinatal ve horizontal bulaşın sık olduğu Sahra altı Afrika ve Asya'da koinfeksiyon oranı en yüksektir. Epidemiyolojik çalışmalara göre; HBV DNA seviyeleri ve reaktivasyon oranları HIV ile yaşayan bireylerde, HBV monoinfeksiyonuna göre daha yüksektir, HIV ile yaşayan kişilerde HBeAg'nin spontan klirensi daha düşüktür, siroz, son evre karaciğer hastalığı ve hepatosellüler karsinom riski daha yüksek, fibroze ilerleme daha hızlıdır. Ayrıca koinfekte hastalarda karaciğer ile ilişkili mortalite de daha yüksek bulunmuştur. Kronik HBV infeksiyonunun HIV'in doğal seyrini etkileyip etkilemediği konusu tartışmalıdır. Koinfekte hastalarda HIV monoinfekte hastalarla karşılaştırıldığında AIDS veya ölüm riskinin yüksek olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi, HBV koinfeksiyonunun bu durumu etkilemediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur. Bulaşma yollarının benzer olması nedeniyle HIV ile yaşayan tüm bireyler HBV açısından, HBV infeksiyonu olanlar da HIV açısından taranmalıdır. HBV seronegatif (HbsAg negatif, anti-HBs negatif, anti-HBc IgG negatif) olan HIV pozitif kişilere CD4+hücre sayısından bağımsız olarak Hepatit B aşısı uygulanmalıdır. Hastalarda aşılamadan 1 ay sonra anti-HBs titresi kontrol edilmelidir. CD4+ hücre sayısı<350 IU/L olanlarda, viral replikasyonu devam edenlerde ve hepatit C virusu (HCV) koinfeksiyonu olanlarda aşırıya yanıt oranı düşüktür. Aşı yanıtı alınmayan hastalarda Hepatit B aşısı tekrarlanmalıdır. Çift doz aşılamaya (40 µg), 4 doz aşılamaya veya adjuvanlı aşılardan kullanımı aşırıya yanıt oranlarını artırabilir. İkinci aşı şeması sonrası da yanıt alınamayan hastalarda tekrar aşılamaya önerilmez. HBs Ag pozitif HIV ile yaşayan kişilerin ilk değerlendirmesi HBeAg, anti-HBe ve serum HBV DNA düzeylerinin kontrolünü, tam bir tıbbi öykü almayı, fizik muayene ve tam kan sayımını, alanin aminotransferaz (ALT), aspartat aminotransferaz (AST), alkalen fosfataz (ALP), gamma-glutamil transferaz (GGT) ve karaciğer sentez fonksiyonu (pıhtılaşma testleri, albümin vb.) testlerini içermelidir. Karaciğer fibrozu; karaciğer biyopsisi veya invazif olmayan yöntemlerle belirlenmelidir. Karaciğer sirozu olan koinfekte hastalara altı ayda bir ultrasonografi (USG) ve alfa-fetoprotein düzeyi ölçümleri ile hepatosellüler karsinom taraması yapılmalıdır; hepatit D virusu (HDV), HCV, alkol kullanımı, steatoz veya kronik karaciğer hastalığının diğer nedenleri de dışlanmalıdır. HIV/HBV koinfeksiyonu olan tüm bireylerin TDF veya TAF ve lamivudin veya emtrisitabin içeren kombineantiretroviral tedavi (ART) alması önerilmektedir. CD4+ hücre sayısı ve HBV DNA düzeyi ne olursa olsun, mümkün olan en kısa sürede ART'ye başlanmalıdır. HIV ile yaşayan ve böbrek ve/veya kemik metabolizma bozukluğu olan bireylerde, TAF TDF'ye tercih edilmelidir. Entekavir, HIV ile yaşayan ve önceden lamivudine maruz kalmayan bireylerde ve TAF'nin kesinlikle kontrendike olduğu durumlarda tamamen aktif ART ile kombine edilebilir.

Hepatit C Virusu/HIV koinfeksiyonu: Hepatit C'nin, ART'ye yanıt ve immünolojik, virolojik veya HIV ile ilişkili klinik hastalığın ilerlemesi üzerinde etkisi çok azdır. Antiretroviral tedavi sonrasında kademeli olarak daha hızlı bir CD4+ hücre sayısı artışı beklenirken koinfekte olgularda bu anlamda bir yavaşlık söz konusu olabilir. İnsan immün yetmezlik virusunun HCV üzerine etkisine bakıldığında ise, koinfeksiyona sahip olan olguların fibroze daha hızlı ilerlediği, siroz, dekompanzasyon, hepatosellüler karsinom ve karaciğer ile ilişkili ölüm oranlarında artış izlenmektedir. HIV ile yaşayan kişiler ilk tanıda ve sonrasında da yılda bir olacak şekilde HCV açısından taranmalıdır. Koinfekte hastaların değerlendirilmesi kapsamında, HCV tedavisinden önce hastalıkla ilgili iyi bir öykü alınmalı, ayrıntılı fizik muayene yapılmalı ve ileri evre karaciğer hastalığı bulgularının varlığı araştırılmalıdır. Damar içi ilaç ve alkol kullanımı sorgulanmalıdır. Altta yatan hastalıklar, kullanılan ilaçlar, mevcut ART rejimi, gebelik, aile öyküsü değerlendirilmeli ve cinsel aktif kişiler korunmasız cinsel temas ile HCV infeksiyonu konusunda uyarılmalıdır. Tüm hastalarda karaciğer hasarının evresi değerlendirilmelidir. Bu amaçla, son yıllarda giderek daha az başvuru alan karaciğer biyopsisinin yerine

karaciğer fibrozisini gösteren noninvazif yöntemler kullanılabilir. Koinfekte ve siroz gelişmiş olgulara, altı ayda bir USG yapılmalıdır. Ayrıca hepatit A ve B serolojileri değerlendirilmeli ve bağışık olmayan hastalar aşılanmalıdır. Hepatit C tedavisinde amaç tedavi tamamlandıktan sonra 12-24. haftada HCV RNA'nın tespit edilemez düzeyde olması, böylece kalıcı viral yanıtın (KVY) sağlanmasıdır. Koinfekte hastalarda, KVY'nin karaciğer ile ilişkili mortalite ve morbiditeyi belirgin olarak azalttığı gösterilmiştir. HIV/HCV koinfekte tüm hastalar fibroz düzeyine bakılmaksızın direkt etkili antiviraller (DEA) ile tedavi edilmelidir. Hastalara ART'nin ve HCV tedavisinin, CD4+ T-hücre sayısından bağımsız olarak birlikte başlanması önerilmektedir. Tedavide seçilecek ajanlar için ilaç etkileşimi mutlaka kontrol edilmelidir. Koinfekte hastalar ayrıca HBV açısından da mutlaka taranmalıdır. Direkt etkili antivirallerle tedavi edilen hastalarda hepatit B reaktivasyonu görülebileceğinden HBs Ag pozitifliği mevcut ise, bu hastalar HCV tedavisine başlamadan önce anti-HBV aktivitesi olan ART alıyor olmalıdır.

İnfiltratif hastalıklar: HIV ile yaşayan kişiler hepatobiliyer sisteme metastaz yapan AIDS ile ilişkili (Kaposi sarkomu, lenfoma) veya AIDS ile ilişkili olmayan maligniteler açısından risk altındadır. HIV pozitif hastalarda yaşam süresinin uzamasıyla birlikte AIDS ile ilişkili olmayan malignitelerin insidansı artmış olup, kansere bağlı ölümler bu hastalarda tüm ölüm nedenleri arasında önemli bir yer tutmaya başlamıştır. AIDS hastalarında da fırsatçı infeksiyonlara bağlı infiltratif karaciğer hastalıkları görülebilmektedir.

Fırsatçı infeksiyonlar: M. avium kompleks, Histoplazmoz, Candida, Tüberküloz, Pneumocystis, Bartonella henselae (peliosis hepatis) ve viseral leşmanyaz gibi fırsatçı infeksiyonlar hepatobiliyer bulgularla seyredebilmektedir.

Steatoz: Steatoz karaciğer yağlanması, steatohepatit ise yağlanmanın neden olduğu karaciğer inflamasyonunu anlamına gelmektedir. Ludwig 1980 yılında histopatolojik bulguları alkolik karaciğer hastalığına benzemesine rağmen, alkol kullanmayan kişilerde görülen bir hastalık tablosunu ■ Nonalcoholic steatohepatitis (NASH) ■ ismi ile tanımlamıştır. Sonraki yıllarda, alkole bağlı olmayan karaciğer yağlanmalarının büyük kısmının hepatit bulgularını içermeyen yağlanmalar olduğu anlaşılmıştır. İsimlendirmede ortaya çıkan karışıklıkların aşılması için yeni bir tanımlama olan ■ Nonalcoholic fatty liver disease" (NAFLD) "Alkole bağlı olmayan yağlı karaciğer hastalığı" ■ kavramı ön plana çıkarılarak NASH bu kavramın altında değerlendirilmeye başlanmıştır. Genel popülasyonda %25 olan NAFLD prevalansı HIV pozitif kişilerde %30-40'lara çıkmaktadır. Karaciğer enzim anormallliği olan HIV pozitif kişilerin yarısında NAFLD olduğu bildirilmiştir. NAFLD basit yağlanmadan steatohepatite, ileri fibroz, siroz ve karaciğer kanserine kadar ilerleyebildiğinden önemli bir sağlık sorunudur. Obezite, tip 2 Diabetes Mellitus (DM), Hipertansiyon (HT), dislipidemi, metabolik sendrom, insülin direnci, mitokondriyal hasar ve genetik faktörler NAFLD ile ilişkili durumlardır. HIV'in kendisi de NAFLD gelişimi için bir risk faktörüdür. Steatozu olan hastaların çoğu asemptomatiktir ve tesadüfen görüntülemeye tespit edilir. Ultrasonografi tanıda ilk tercih edilen yöntemdir. USG yoksa, serum biyogöstergeleri ve skorları (FIB-4) kullanılabilir. Karaciğer biyopsisi steatozun tanısında altın standarttır. NAFLD tedavisinde yaşam şeklinin değiştirilmesi, Akdeniz tipi diyet, aerobik ve direnç egzersizleri önemli yer tutmaktadır, farmakoterapi NASH olan hastalarla sınırlandırılmalıdır (Piyoglitazon, E vitamini, bariyatrik cerrahi). Statin endikasyonu varsa güvenle kullanılabilir.

İlaç ilişkili karaciğer hasarı: HIV ile yaşayan kişilerde antiretroviral ilaçlar, izoniazid, flukonazol veya trimetoprim sülfametoksazol gibi yaygın kullanılan ilaçlara bağlı karaciğer hasarı gelişebilir.

AIDS kolanjiopatisi: Safra yollarının enfeksiyonla ilişkili darlıklarından kaynaklanan bir safra tıkanıklığı sendromu olup genellikle CD4+ hücre sayısı 100'ün altında olan hastalarda görülür. En sık etken Cryptosporidium parvum'dur. Diğer etkenler arasında Microsporidium , sitomegalovirüs (CMV), Cyclospora cayetanensis , Isospora ve Giardia yer alır. Sağ üst kadranda karın ağrısı, ateş ve yüksek ALP düzeyi ile başvuran, ilerlemiş immünsüpresyonu olan HIV ile yaşayan kişilerde AIDS kolanjiyopatisinden şüphelenilmelidir.



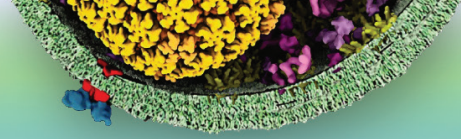
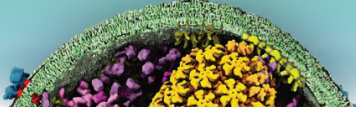
KAYNAKLAR

1. Leumi S, Bigna JJ, Amougou MA, et al. Global Burden of Hepatitis B Infection in People Living With Human Immunodeficiency Virus: A Systematic Review and Meta-analysis. Clin Infect Dis 2020; 71:2799.
2. Kellerman SE, Hanson DL, McNaghten AD, Fleming PL. Prevalence of chronic hepatitis B and incidence of acute hepatitis B infection in human immunodeficiency virus-infected subjects. J Infect Dis 2003; 188:571
3. Piroth L, Sène D, Pol S, et al. Epidemiology, diagnosis and treatment of chronic hepatitis B in HIV-infected patients (EPIB 2005 STUDY). AIDS. 2007;21:1323
4. Tekin S, Çınar G, Barkay O, Çelik İ. [HBV and HCV coinfection in patients living with HIV]. Klimik Derg. 2023;36(1):3-9.
5. Thio CL, Seaberg EC, Skolasky R Jr, et al. HIV-1, hepatitis B virus, and risk of liver-related mortality in the Multicenter Cohort Study (MACS). Lancet 2002; 360:1921.
6. Akalın H, Aksoy F, Atalay S, et al. HIV/AIDS Tanı İzlem ve Tedavi El Kitabı, Aralık 2021 Sürüm 2.0. Gökengin D, Korten V, Kurtaran B, Tabak F, Ünal S, eds. Türk HIV/AIDS Platformu
7. Acay A. Non Alkolik Yağlı Karaciğer Hastalığında Güncel Medikal Tedavi. Kocatepe Medical Journal 2015, 16: 67-76.
8. Guidelines version 12.0 October 2023 [Internet]. Brussels: European AIDS Clinical Society (EACS). [erişim 17 Kasım 2023]. <https://www.eacsociety.org/media/guidelines-12.0.pdf>
9. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV [Internet]. Department of Health and Human Services. [erişim 17 Kasım 2023] <https://clinicalinfo.hiv.gov/sites/default/files/guidelines/documents/adult-adolescent-arv/guidelines-adult-adolescent-arv.pdf>



HIV/AIDS 2023 KONGRESİ

100 CUMHURİYETİN 100. YILI
7-10 ARALIK 2023
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA
hivaidskongresi.com



AIDS VE
CYBH DERNEĞİ
1998



HIV/AIDS
Korunma
ve Eğitim
Derneği



KLİMİK
TÜRK KLİNİK MİKROBİYOLOJİ VE
İNFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

SÖZEL BİLDİRİLER

SS-01

HIV/AIDS VE DERMATOLOJİK BULGULARA BİR BAKIŞ: ART ÇAĞINDA NELER DEĞİŞTİ?

Tuba Damar Çakırca¹, İsa An²

¹Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü

²Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Bölümü

Amaç: Güncel antiretroviral tedavilerin (ART) henüz kullanımında olmadığı dönemde insan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile enfekte olan hastaların yaklaşık %90'ında en az bir cilt lezyonu saptandığı bildirilmiştir (1). Bununla birlikte tedavide görülen gelişime paralel olarak hastalığa bağlı sistemik bulgular da zaman içerisinde değişiklik göstermiştir. Bu çalışmada güncel ART çağında merkezimizde takip edilen HIV ile yaşayan bireylerde (HİYB) tedavi öncesi veya ileri takiplerinde saptanan cilt bulgularının prevalansının belirlenmesi ve literatür verileri ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu retrospektif tek merkezli çalışmaya hastanemiz Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji kliniğinde Ocak 2020- Nisan 2023 tarihleri arasında takip edilen HİYB'lerden dermatolojik muayene bulgularına ulaşılabilen hastalar dahil edilmiştir. Hastaların dermatolojik muayene sonuçlarına manuel tutulan dosyalarından ve hastane bilgi sisteminden ulaşılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 144 HİYB dahil edilmiş olup temel karakteristikleri Tablo-1'de sunulmuştur. Hastaların median yaş 34.5 (18-75), tedavi öncesi median HIV-RNA 40390 (10-942000000) olup 122'si (%84.7) erkekti. En sık bulaş yolu heteroseksüel cinsel temas olup en sık tercih edilen ART Tenofovir-Alafenamit/Emtricitabin/Biktegravirdi. Hastaların 83'ünde (%57.6) en az bir cilt bulgusu saptanmıştı. Toplamda 115 cilt bulgusu saptanmış olup; 56 hastada (%67.5) bir, 22'sinde iki (%26.5), 5'inde (%6) ise üç cilt bulgusu vardı. HİYB'de tespit edilen cilt bulguları Tablo-2'de sunulmuştur. En sık tespit edilen cilt lezyonu genital siğil (%28.7) olup, ikinci sıklıkta telogen effluviumdu (%12.7). Tanısı konulmamış HIV prevalansının ≥ 0.1 olduğu bulgulardan olan zona 5 hastada saptanmış olup 4'ünde HIV tanısı zona için altta yatan neden araştırılırken konulmuştu. AIDS tanımlayıcı neoplazmlardan olan kaposi sarkomu 1 hastada saptanmış ve ART ile gerilemişti (Resim-1). Jessnerin lenfositik infiltrasyonu (psödolenfoma) tespit edilen bir hastada ise altta yatan neden araştırılırken HIV tanısı konulmuş ve hastada ART ile lezyonlarda düzelme gözlenmişti (Resim-2). AIDS göstergesi bulgulardan olan oral kandidiyaz 2 hastada saptanmıştı ve her iki hasta da son dönem HIV hastasıydı (Resim-3). Çalışmaya dahil edilen hastaların %19.4'ünde sifiliz koenfeksiyonu bulunmaktaydı. Bununla birlikte sifilize bağlı cilt lezyonları olarak 1 hastada oral plak müköz (Resim-3), 2 hastada ise kondiloma lata saptanmıştı. Homoseksüel cinsel ilişki öyküsü olanlarda (n=56) genital siğil %51.8 (n=29) oranında görülürken, homoseksüel cinsel ilişki öyküsü olmayanlarda genital siğil %4.5 (n=4) oranında saptandı. Homoseksüel cinsel ilişki öyküsü olanlarda (n=56) skabiyez %14.3 (n=8) oranında görülürken, homoseksüel cinsel ilişki öyküsü olmayanlarda hiç saptanmadı. Genital siğil ve skabiyezin homoseksüel cinsel temas öyküsü ile ilişkisine bakıldığında, her iki cilt bulgusunun homoseksüel cinsel ilişki öyküsü olanlarda, olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı (p değerleri sırasıyla; $p < 0.001$, $p < 0.001$). Cilt bulgusu sayısı ile cilt bulgusunun saptandığı zamandaki CD4 sayısı arasında ilişki incelendiğinde, CD4 sayısı azaldıkça cilt bulgusu sayısının arttığı gözlenmiş olmasına rağmen aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Resim-1: Kaposi Sarkomu olan hastanın ART öncesi ve sonrası lezyonu



Resim-2: Jessnerin lenfositik infiltrasyonu (psödolenfoma) olan hastanın ART öncesi ve sonrası lezyonu



Resim-3: HIV hastalarında tespit edilen oral mukoza bulguları



Tablo-1: HIV/AIDS Hastalarının Temel Karakteristikleri

YAŞ, median (min-max)	34.5 (18-75)
CİNSİYET, n (%)	
Erkek	122 (84.7)
Kadın	22 (15.3)
CDC Sürveyans Ölçütlerine Göre Evre, n (%)	
Evre 1 (CD4 <200)	19 (15.2)
Evre 2 (CD4= 200-499)	67 (53.6)
Evre 3 (CD4 ≥500)	39 (31.2)
HIV-RNA, median (min-max)	40390 (10-942000000)
ANTİRETROVİRAL TEDAVİ, n (%)	
B/FTC/TAF	73 (50.7)
TDF/FTC/DTG	55 (38.2)
3TC/DTG	12 (8.3)
ABC/3TC/DTG	4 (2.8)
CİLT BULGUSU, n (%)	
VAR	83 (57.6)
YOK	61 (42.4)
CİLT BULGUSU SAYISI, n (%)	
1	56 (67.5)
2	22 (26.5)
3	5 (6)
BULAŞ YOLU, n (%)	
Heteroseksüel ilişki	88 (61.1)
Homoseksüel/Biseksüel ilişki	56 (38.9)
SİFİLİZ, n (%)	
VAR	28 (19.4)
YOK	116 (80.5)

B: Biktegravir, FTC: Emtricitabin, TAF: Tenofovir Alafenamit, TDF: Tenofovir disoproksil, DTG: Dolutegravir, 3TC: Lamivudin, ABC: Abakavir

Tablo-2: HIV/AIDS Hastalarında Tespit Edilen Cilt Bulguları

CİLT BULGUSU	N (%)
GENİTAL SİĞİL	33 (28.7)
TELOGEN EFFLUVİUM	14 (12.7)
SKABİYEZ	8 (7)
SEBOREİK DERMATİT	7 (6)
ZONA	5 (4.3)
LİPODİSTROFİ	5 (4.3)
VERRUCA	4 (3.5)
ALOPEŞİ AREATA	3 (2.6)
ATOPIK DERMATİT	3 (2.6)
KRONİK ÜRTİKER	3 (2.6)
KSEROSİS KUTİS	3 (2.6)
AKNE VULGARİS	2 (1.7)
FRONKÜL	2 (1.7)
ORAL KANDİDİYAZ	2 (1.7)
PSÖRIASİS	2 (1.7)
TİNEA CORPORİS	2 (1.7)
TRİKOTİLLOMANİ	2 (1.7)
KONDİLOMA LATA	2 (1.7)
AKUT ÜRTİKER	1 (0.9)
ANJİOÖDEM	1 (0.9)
CHERY ANJİOMA	1 (0.9)
İNVERS PSÖRIASİS	1 (0.9)
KAPOŞİ SARKOMU	1 (0.9)
KOLİNERJİK ÜRTİKER	1 (0.9)
MULTİPLE AKROKORDON	1 (0.9)
ORAL HPV	1 (0.9)
PİTRİASİS VERSİCOLOR	1 (0.9)
PLAK MÜKÖZ (SİFİLİZ)	1 (0.9)
PSÖDOLENFOMA	1 (0.9)
HİPERHİDROZ	1 (0.9)
VAJİNAL KANDİDİYAZ	1 (0.9)
TOPLAM	115 (100)

Sonuç: HIV/AIDS hastalığı güncel ART çağında tedavi edilebilir kronik bir enfeksiyon hastalığı haline gelirken hastalığın sistemik bulguları da değişmektedir. Dermatolojik muayene bulguları HİYB'de hem tanı koydurucu hem de immunsupresyonun derecesi konusunda klinisyene yardımcı olabilecek güçtedir. İmmunsupresyonun derecesi arttıkça cilt bulgularının şiddet ve çeşitliliğinde artış gözlenmiştir (2). Bununla birlikte literatüre bakıldığında, geçmişe kıyasla günümüzde hastalığın erken tanınması ve başarılı tedavisi sayesinde yıllar içerisinde immunsupresyona bağlı ortaya çıkan cilt lezyonlarının sıklığında azalma, hastalığın ilk ortaya çıkışına vesile olan indikatör bulgulardan Kaposi Sarkomunun bile nadiren saptandığı görülmektedir. Bu çalışmada literatür ile uyumlu olarak AIDS göstergesi hastalıklar düşük oranda saptanırken, genital siğil gibi diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarda artış görülmüştür. Bu durum güncel ART çağında B=B'nin sağlanmasının hastaların korunmasız cinsel ilişki konusunda daha rahat davranması ve neticede cinsel yolla bulaşan diğer enfeksiyonlara bağlı cilt bulgularının artışı ile açıklanabilir. Daha önce MSM (men who have sex with men) olmakla ilişkili bulunan skabiyez (3), çalışmamızda sadece MSM olan hastalarda saptanmıştır. Jessnerin lenfositik infiltrasyonu (psödolenfoma), nadir görülen bir cilt lezyonu olup genellikle altta yatan neden ortadan kalkınca kendiliğinden düzelmektedir. Çalışmamıza dahil edilen bir hastada Jessnerin lenfositik infiltrasyonu saptanmış olup, ART sonrası hastanın lezyonları gerilemiştir. HIV/AIDS takibinde cilt hastalıkları hastalığın her evresinde görülebilmektedir. Bazı bulgular hastalık için indikatör olup, bu bulgular konusunda klinisyenler dikkatli olmalıdır. Bu bağlamda HIV hasta takibi yapılan tüm merkezlerde dermatoloji kliniği ile işbirliği içinde olunmalı ve hastalara multidisipliner yaklaşılmalıdır. REFERANSLAR1. Mignard M, Spira RM, Morlat P, et al. Correlation of skin disorders with CD4 lymphocyte counts in patients with HIV/ AIDS. J Am Acad Dermatol 1998; 39: 298-299.2. Aydın ÖA, et al. Mucocutaneous manifestations and the relationship to CD4 lymphocyte counts among Turkish HIV/AIDS patients in Istanbul, Turkey. Turkish Journal of Medical Sciences 2015; 45: 89-92.3. OTERO L, et al. Sarcoptes scabiei in a sexually transmitted infections unit: a 15-year study. Sexually transmitted diseases, 2004; 761-765.

Anahtar Kelimeler: HIV/AIDS, dermatolojik bulgu, antiretroviral tedavi

SS-02

ANTİRETROVİRAL TEDAVİ KARARININ VERİLMESİNDE KLİNİSYEN TERCİHİ VE HIV-ASSIST UYGULAMASI ÖNERİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI: TÜRKİYE'DEN TEK MERKEZLİ BİR DENEYİM

İlkay Akbulut¹, İlker Ödemiş¹, Sabri Atalay¹, Ahmet Çağkan İnkaya²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

²Hacettepe Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

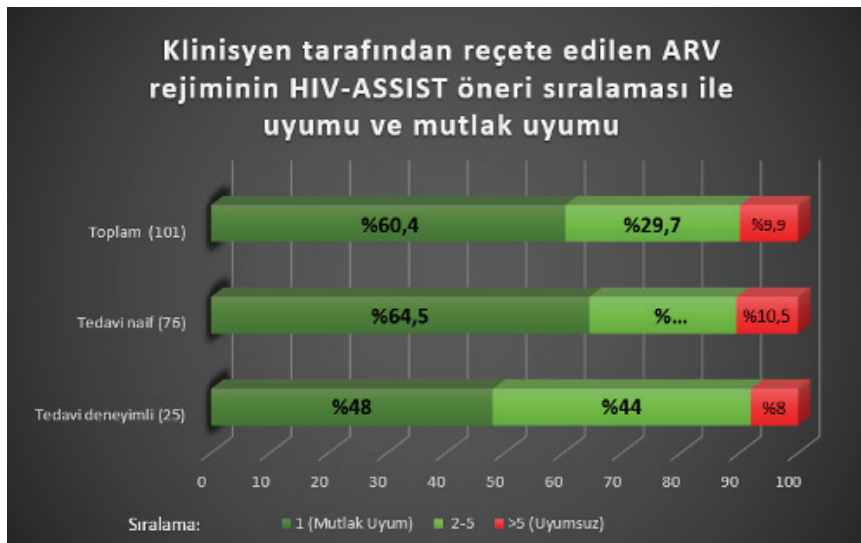
Amaç: Bireyselleştirilmiş antiretroviral tedavi (ART) seçimi, ilaç direnci, komorbiditeler ve ilaç-ilaç etkileşimleri gibi faktörler göz önünde bulundurulduğunda oldukça karmaşıktır. HIV-ASSIST (www.hivassist.com), kişiye ve virüse özgü özellikleri sentezleyen ve viral baskılanmayı ve tolere edilebilirliği en üst düzeye çıkarma hedeflerine dayalı olarak ART karar desteği sağlayan ücretsiz, kılavuzlarla sürekli güncellenen, çevrimiçi klinik olarak doğrulanmış bir algoritma aracıdır. Bu çalışmanın amacı, klinisyenlerin ART tercihlerinin HIV-ASSIST önerileri ile uyumunu ve bu uyumu etkileyen faktörleri incelemektir.

Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde takipli HIV'le yaşayan bireylerin elektronik tıbbi kayıtlarını kullanılarak kesitsel retrospektif bir kohort çalışması yürüttük. Merkezimizde bine yakın HIV'le yaşayan birey takip edilmektedir. Birimimizin HIV'le yaşayan bireylere verilen sağlık bakım hizmeti deneyimi 10 yıldan fazla olup, bu takip enfeksiyon hastalıkları uzmanlarınca yürütülmektedir. Kliniğimizde son 6 ayda tedavi kararı verilen tüm HIV'le yaşayan bireyleri tarayarak ART deneyimli ya da naif 101 olguyu kümemizi oluşturacak şekilde çalışmamıza dahil ettik. Çalışmadaki birincil sonlanım noktası, reçete edilen ART rejimleri ile HIV-ASSIST sonuçları arasındaki uyumdur. İncelenen ortak değişkenler (mevcut olduğunda) arasında HIV genotipik mutasyonları, ko-medikasyonlar, ko-morbiditeler, viral yük, CD4 hücre sayısı, HLA-B570 ve tropizm durumu, mevcut ve geçmiş ART öyküsü, ART yan etkileri ve tedaviye uyumla ilgili faktörler yer almaktadır. Bu ortak değişkenler, HIV-ASSIST aracı için gerekli girdilere karşılık gelmektedir. Her vaka için HIV-ASSIST ağırlıklı puanlarına göre sıralanmış ART rejimlerinin sıralı bir listesini oluşturmak için tedavi başlama ve değiştirme kararı verilen klinik vizitteki verileri HIV-ASSIST'e girilmiştir. Mevcut kılavuzlar uygun ART rejimi seçimi için tek bir referans standardı olmadığını belirtmektedir. Bu nedenle beklenen heterojenlik göz önüne alındığında, birincil analizde, klinisyen tarafından reçete edilen ART rejimi ile HIV-ASSIST tarafından üretilen ilk beş sıradaki ART rejimi arasındaki uyumu değerlendirdik. Reçete edilen rejim, HIV-ASSIST'in önerilen ilk beş rejimi arasında yer almıyorsa, rejimler uyumsuz kabul edildi. Ek olarak, klinisyenin reçete ettiği rejim ile en yüksek dereceli HIV-ASSIST çıktısıyla (1 numaralı rejim) aynı olan rejimlerin oranını değerlendiren başka bir analiz yaptık (tam uyum). İstatistiksel analiz: Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS v.23 kullanılarak yapıldı. Normallik varsayımı Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak, sürekli değişkenler medyan (çeyrekler arası aralık) [min-maks] olarak özetlendi. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Yates düzeltmesi ile Pearson ki-kare testi veya Fisher'in kesinlik testi kullanıldı. Sürekli ölçümlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Tüm ikili kategorik ve sürekli değişkenler, tek değişkenli ikili lojistik regresyon analizi kullanılarak HIV-ASSIST uyumu ile karşılaştırıldı. Tek değişkenli analizlerde HIV-ASSIST uyumu ile ilişkili olduğu bulunan değişkenler, HIV-ASSIST uyumu için bir tahmin modeli oluşturmak üzere kullanılan çok değişkenli

ikili lojistik regresyon (Backward:Wald yöntemi) modeline dahil edilmiştir. HIV-ASSIST uyumu ile ilişkili bulunan değişkenler, olasılık oranı (OR) ve %95 güven aralığı (CI) ile ifade edildi. Tüm testlerde $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 101 HIV’le yaşayan bireyin (%8.9 kadın) yaş medyanı 35 (24-67) idi. Bu vakaların %75.2’si tedavi naif, %24.8 tedavi deneyimli durumdadır olup ortalama VKI değeri 24.07 ± 3.3 ’dir. Bu bireylerin %56.4’ünde bir veya daha fazla ko-morbidite bulunmaktadır. En yaygın komorbiditeler depresyon (%11.9), hiperlipidemi (%11.9), diabetes mellitus (%5.9) ve glomerüler filtrasyon hızı (GFR) 30-60 (%4) olan böbrek hastalığı, hepatit B ko-enfeksiyonuydu (%3). Çalışmamızdaki HIV’le yaşayan bireylerin %64.4’ü ek ilaç kullanmakta olup ilaç-ilaç etkileşimi potansiyeline sahip en sık reçete edilen ilaçlar arasında %19.8 ko-trimoksazol profilaksisi, %13.8’ü psikiyatrik ilaç, metformin (%5), atorvastatin (%4) yer almaktadır. Madde bağımlılığı %15.8 olup esrar ve metamfetamin en fazla kullanılan maddelerdir (% 8.9). Takip edilen HIV’le yaşayan bireylerin %16.8’inde klinisyenlerimiz tarafından subjektif tedavi uyumsuzluğu öngörüldüğü belirtilmiştir. CD4 hücre sayısı 200 hücre/mm³ ve üzeri olanların oranı %77.2’dir. Klinisyenlerin en çok tercih ettiği molekül %43.6 BIC/TAF/FTC olarak bulunmuştur. Tüm değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 1’de detaylı olarak sunulmuştur. Olguların %90.1’i uyumlu (%60.4’ü tam uyum) %9.9’u ise uyumsuzdur. Naif vakalar için uyum oranı %89.5, tam uyum oranı %64.5; tedavi deneyimli uyum oranı %92, tam uyum oranı %48 idi (Şekil 1). Tedavi deneyimli ve tedavi naif olguların uyumluluk durumları arasında anlamlı istatistiksel farklılık saptanmamıştır. ($p = 1.00, p = 0.220$). Tüm olgularda uyumu etkileyen faktörler çok değişkenli analizle incelendiğinde ko-trimoksazol profilaksisi alanlarda uyumsuzluk riski almayanlara göre 27.431 kat daha fazla bulunmuştur ($2.272-331.117, p = 0.019$). Ayrıca hiperlipidemi olması uyumsuzluğu bağımsız olarak arttırmaktaydı (OR: 24.628, $p = 0.017$). Diğer risk faktörlerinin istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 2). En yüksek HIV-ASSIST önerisinden farklı olan klinisyen reçeteleri ile ilişkili faktörleri değerlendirdiğimiz çok değişkenli analizde ise ko-trimoksazol profilaksisi kullanmamak ile tam uyum ilişkisi 95.257 kat daha fazla olarak anlamlı olmaya devam etti ($8,687-1044,532, p < 0.001$). Ayrıca hiperlipidemi olması uyumsuzluğu bağımsız olarak arttırmaktaydı (OR: 7.804, $p = 0.032$). Diğer değişkenlerin istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 3)

Şekil 1: Klinisyen tarafından reçete edilen ARV rejiminin HIV-ASSIST öneri sıralaması ile uyumu ve mutlak uyumu



Tedavi deneyimli vakalarda uyum: %92 Tedavi deneyimsiz vakalarda uyum: %89,5 Toplam vaka uyumu: %90,1

Tablo 1. Hasta Özellikleri ve ART Tercihlerinin Özeti

	Tedavi Deneyimsiz	Tedavi Deneyimli Toplam	
N	76 (75.2%)	25 (24.8%)	101
Ortanca yaş (Min-Max)	35 (20-62)	35 (20-67)	35 (20-67)
Kadın Cinsiyet	5 (6.6%)	4 (16%)	9 (8.9%)
Sigara kullanımı	50(65.8%)	20 (80%)	70(69.3%)
Alkol kullanımı	47 (61.8%)	15 (60%)	62 (61.4%)
Uyuşturucu madde kullanımı	15 (19.7%)	1 (4%)	16 (15.8%)
Ortalama BMI (SD)	23.97±3.3	24.36±3.6	24.07±3.3
Aşırı Kilo (BMI>25)	30 (39.5%)	11 (44%)	41 (40.6%)
Uyumsuzluk Öngörüsü	9 (11.8%)	8 (32%)	17 (16.8%)
Tablet yutma problemi	9 (11.8%)	3 (12%)	12 (11.9%)
Tek tablet kullanma isteği	10 (13.2%)	3 (12%)	13 (12.9%)
Hiperlipidemi	9 (11.8%)	3 (12%)	12 (11.9%)
Komorbidite	44 (57.9%)	13 (52%)	57 (56.4%)
Ko-medikasyon	44 (57.9%)	14 (56%)	65 (64.4%)
En çok reçete edilen ART (n, %)	BIC/TAF/FTC (44, 57.9%)	DTG+TDF/FTC (24, 96%)	BIC/TAF/FTC (44, 43.6%)
HIV-ASSIST tarafından en çok önerilen ART (n, %)	BIC/TAF/FTC (35, 46%)	DTG+TDF/FTC (11, 44%)	BIC/TAF/FTC (35, 34,6%)

ART: Antiretroviral Tedavi, BMI: Vücut Kitle İndeksi, SD: Standart Sapma

Tablo 2. Klinisyenin Reçete Ettiği ART ile HIV-ASSIST İlk Beş Önerisi Arasındaki Uyumsuzluğu Etkileyen Faktörler

Uyum	Uyumsuz olanların sayısı (%)	Tek Değişkenli Analiz		Çok Değişkenli Analiz	
		OR (95% CI)	p*	OR (95% CI)	p*
BMI					
<25	5 (8.3)	Referans			
>24.99	5 (12.2)	1.528 (0.413-5.656)	0.526	1.222 (0. 15-9.926)	0.851
Alkol kullanımı					
Var	3 (4.8)	0.232 (0.056-0.961)	0.044	0.152 (0.01-1.211)	0.075
Yok	7 (17.9)	Referans			
Tek tablet isteği					
Var	2 (15.4)	1.818 (0.341-9.685)	0.484	8.048 (0.279-231.935)	0.224
Yok	8 (9.1)	Referans			
Hiperlipidemi					
Yok	7 (7.9)	Referans			
Var	3 (25)	3.905 (0.856-17.81)	0.079	24.628 (1.76-344.681)	0.017
Kotrimoksazol profilaksisi					
Yok	5 (6.2)	Referans			
Var	5 (25)	5.067 (1.303-19.694)	0.019	27.431 (2.27-331.11)	0.009

BMI: Vücut Kitle İndeksi, ART: Antiretroviral tedavi, OR: Odds Oranı, CI: Güven Aralığı *p değeri ≤ 0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 3. Klinisyenin Reçete Ettiği ART ile HIV-ASSIST'in En Üst Sıradaki Önerisi Arasındaki Uyumsuzluğu Etkileyen Faktörler

Mutlak Uyum	Uyumsuz hasta sayısı (%)	Tek Değişkenli Analiz		Çok Değişkenli Analiz	
		OR (95% CI)	p*	OR (95% CI)	
BMI					
<25	25 (41.7)	Referans			
>24.99	15 (36.6)	0.808 (0.357-1.828)	0.608	0.366 (0.077-1.752)	0.
Alkol kullanımı					
Var	22 (35.5)	0.642 (0.284-1.452)	0.287	0.324 (0.078-1.345)	0.
Yok	18 (46.2)	Referans			
Tek Tablet İsteği					
Var	3 (23.1)	0.414 (0.106-1.608)	0.202	0.613 (0.043-8.745)	0.
Yok	37 (42)	Referans			
Viral yük (kopya/mm³)					
6 aydan fazla <50	4 (21.1)	Referans			
6 aydan az <50, LLV	4 (40)	2.5 (0.467-13.393)	0.285	1,024 (0.088-11,878)	0.
200-100,000	12 (35.3)	2,045 (0.553-7.567)	0.284	0.724 (0.084-6.28)	0.
100,000-500,000	8 (47.1)	3.333 (0.776-14.313)	0.105	1.026 (0.092-11.441)	0.
>500000	12 (60)	5.625 (1.359-23.274)	0.017	0.961 (0.079-11.722)	0.
Hiperlipidemi					
Yok	33 (37.1)	Referans			
Var	7 (58.3)	2.376 (0.697-8.092)	0.166	7.804 (1.196-50.901)	0.
Kotrimoksazol profilaksisi					
Yok	23 (28.4)	Referans			
Var	17 (85)	14.29 (3.821-53.438)	<0.001	95.257 (8.687-1044.532)	<0.

BMI: Vücut Kitle İndeksi, LLV: Düşük Düzey Viremi, ART: Antiretroviral tedavi, OR: Odds Oranı, CI: Güven Aralığı *p değeri ≤ 0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Sonuç: Kişiselleştirilmiş ARV seçimini yaparken dünyada ve ülkemizde artan HIV'le yaşayab birey sayısını, HIV'le yaşayan bireyin beklenen yaşam süresinin uzamasını (polifarmasi, komorbiditeler ve ilaç-ilaç etkileşimleri), bireyin tercihin ek olarak rejim aktivitesini (ilaç direnci ve aktif ajanların sayısı), rejim tolere edilebilirliğini ve bağlılığını değerlendirmek ve incelikli karar vermek gerektirir. Tüm bu faktörleri aynı anda sentezlemek, deneyimli klinisyenler için bile zorlayıcı olabilir. Kılavuz değişikliklerinin sıklığı ve terapötik seçeneklerin artan mevcudiyeti ile klinik karar vermeyi desteklemek için yenilikçi, doğrulanmış araçlara artan bir ihtiyaç vardır. Ayrıca kılavuzlar ART seçimi veya değişiminde tek değişkenli değerlendirmeler sunmaktadır, ancak HIV ASSIST klinisyenlerin aynı anda birden fazla değiştirici faktörü değerlendirmesine yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Algoritmalar, Antiretroviral Tedavi, HIV, Karar Destek Aracı

SS-03

HIV İLE YAŞAYANLARDA ÖLÜM NEDENLERİNİN İRDELENMESİ: ÇOK MERKEZLİ RETROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA

Selda Sayın Kutlu¹, Ezgi Gülten², Adalet Altunsoy³, Arzu Nazlı⁴, Lütfiye Nilsun Altunal⁵, Nuriye Taşdelen Fışgın⁶, Dilek Yağcı Çağlayık⁷, Halime Araz³, Hatice Burcu Açıkalin Arıkan⁸, Arda Kaya⁹, Kamil Mert¹⁰, Şeyma Öncül¹¹, Ayşe Batrel¹², Arzu Kantürk¹³, Aydın Deveci¹⁴, Melis Demirci¹⁵, Asuman İnan¹⁶, Sinem Akkaya Işık¹⁷, Çiğdem Ataman Hatipoğlu¹⁸, Figen Kaptan Aydoğmuş⁸, Deniz Gökengin⁹, Sabri Atalay¹⁰, Halis Akalın¹¹, Taner Yıldırım¹³, Volkan Korten⁷

¹Pamukkale Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Denizli

²Ankara Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Ankara

³Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Ankara

⁴Dokuz Eylül Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, İzmir

⁵İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, İstanbul

⁶İstinye Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, İstanbul

⁷Marmara Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, İstanbul

⁸İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, İzmir

⁹Ege Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, İzmir

¹⁰S.B.Ü Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, İzmir

¹¹Uludağ Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Bursa

¹²İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, İstanbul

¹³İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, İstanbul

¹⁴Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Samsun

¹⁵Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, İzmir

¹⁶Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, İstanbul

¹⁷Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, İstanbul

¹⁸Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Ankara

Amaç: HIV ile yaşayan bireylerde antiretroviral tedavi (ART) ile AIDS ile ilişkili morbidite ve mortalite oranları önemli oranda azalırken, AIDS ile ilişkili olmayan hastalıklara bağlı ölüm oranları artmaktadır. Hastaların tanı alma zamanı ve ülkelerin sosyoekonomik düzeylerine göre ölüm nedenleri değişebilmektedir. Ülkemizde HIV ile enfekte bireylerde ölüm nedenleriyle ilgili geniş kapsamlı bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada, HIV ile yaşayan bireylerde ölüm nedenlerinin irdelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çok merkezli retrospektif bu çalışmada, Ocak 1994-Temmuz 2023 tarihleri arasında takip edilen 16 yaş ve üstü HIV ile yaşayan bireyler arasında ölümle sonuçlanan olguların demografik bilgileri, bulaş yolu, tanı sırasında ve ölüme yakın CD4 sayısı ve HIV RNA düzeyi, eşlik eden hastalıklar, ART ve süresi ve ölüm nedenleri hasta dosyalarından elde edildi.

Bulgular: Toplam on altı merkezde takip edilen 9.334 HIV ile infekte bireyden 414 (%4,4)'ü ölümle sonuçlandı. Ölen olguların 370 (%89,4)'i erkek, yaş ortalaması tanı sırasında 44,52 ($\pm 12,97$) ve ölüm anında 47,76 ($\pm 13,29$) ve HIV tanısından ölüme kadar geçen süre 2,97 ($\pm 4,24$) yıl olarak hesaplandı. Olgularda HIV bulaşı 256 (%61,8)'sında heteroseksüel cinsel temasla bulaştığı görüldü. Damar içi madde kullanımı 11 (%2,7) olguda, aktif sigara içiciliği 155 (%37,7) olguda ve aşırı alkol kullanımı 46 (%11,1) olguda vardı. HIV tanısı konduğunda 360 olguda bakılan ortalama CD4 sayısı 169 (minimum 3-maksimum 1188)/mm³, 322 olguda bakılan HIV RNA 2.835.440 kopya/ml olarak bulundu. Kronik Hepatit B ve C enfeksiyonu sırasıyla 25 (%6) ve 9 (%2,2) olguda mevcuttu. Olguların 333 (%80,4)'ü ölmeden önce ART almış ve ART süresine ulaşılan 245 olgu ölmeden önce ortalama 32 ay tedavi almıştı. Ölen olguların tanı sırasında 288 (%69,6)'inde AIDS tanımlayıcı hastalık, 62 (%14,9)'sinde birden fazla AIDS tanımlayıcı hastalık tespit edildi. Ölüme yakın 303 olguda bakılan ortalama CD4 sayısı 211,85 (minimum 1-maksimum 1300)/mm³ ve 302 olguda bakılan HIV RNA 692.754 (minimum 0-maksimum 63.000.000) kopya/ml olarak bulundu. Ölüm nedenleri sıklık sırasıyla kanser 108 (%26,1), tüberküloz 60 (%14,5), HIV tükenmişlik sendromu 49 (%11,8), kardiyovasküler hastalık 43 (%10,4) ve sepsis 36 (%8,7) olguda saptandı (Tablo 1). AIDS ilişkili ölümler tüm nedenlerin %60,1'ini (n=249) oluşturmaktaydı.

Tablo 1: HIV ile infekte olgularda ölüm nedenleri*

Ölüm nedenleri	N= 414	%
AIDS ilişkili kanser	67	16,2
Non Hodgkin Lenfoma	45	10,9
Kaposi sarkomu	21	5,1
İnvazif servikal kanser, kadın n=44	1	2,3
AIDS ilişkili olmayan kanser	41	9,9
Hodgkin Lenfoma	2	0,05
Serviks dışı solid organ kanseri	33	8,0
Hematolojik kanser	6	1,4
Tüberküloz	60	14,5
HIV tükenmişlik sendromu	49	11,8
Kardiyovasküler hastalık	43	10,4
Sepsis	36	8,7
Pneumocystis jirovecii pnömonisi	31	7,5
Bakteriyel pnömoni	41	9,9
Toksoplazma ensefaliti	19	4,6
Kriptokok menenjit	19	4,6
Böbrek yetmezliği	13	3,1
CMV hastalığı	12	2,9
Diğer	43	10,4

*Bazı olgularda birden fazla ölüm nedeni bulunmaktadır.

Sonuç: Bu çalışmada HIV ile yaşayan bireylerde en sık ölüm nedeni kanser, ikinci sırada tüberküloz olarak bulundu. HIV ile yaşayan bireylerde ölüm nedenleri ve ölümü etkileyen faktörlerin bilinmesi, politika, planlama, erken tanı ve önleyici tedbirlerin geliştirilmesine yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: HIV, tüberküloz, ölüm, kanser

SS-04

HIV İLE YAŞAYAN BİREYLERDE SERUM İSKEMİ MODİFİYE ALBÜMİN İLE SCORE (SYSTEMATIC CORONARY RISK EVALUATION) KATEGORİLERİNİN İLİŞKİSİ

Zekiye Hakseven Karaduman¹, Şaban İncecik², Medeni Karaduman³, Hakan Hamit Alp⁴

¹Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji, Van

²Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji Ad, Van

³Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ad, Van

⁴Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Ad, Van

Amaç: HIV enfeksiyonu belirgin oksidatif stresi arttırarak reaktif oksijen türlerini arttırır ve antioksidan kapasiteyi azaltır. Biz çalışmamızda iskemi ve oksidatif stresle ilişkili olan serum iskemi modifiye albümin (sİMA) biyobelirticini HIV ile yaşayan bireylerde çalışmayı ve kardiyovasküler hastalık (KVH) risk sınıflamasından olan Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE) kategorileriyle sİMA düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

Yöntem: 60 HIV ile yaşayan bireyle 25 tane sağlıklı grup çalışmaya dahil edildi. sİMA çalışmak için alınan kanlar -80 derecede saklandı ve daha sonra ELİSA kitiyle çalışıldı. Her hastanın SCORE risk oranı internet sitesinde (<https://www.heartscore.org/>) sistemi ile hesaplandı.

Bulgular: Kontrol ve vaka grubu arasında hastaların yaşı, cinsiyet dağılımı, bel çevresi, BMI değeri, sigara kullanımı ve sistolik kan basıncı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. Vaka grubunda HDL değeri kontrol grubundan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha düşüktü. Vaka grubunda trigliserit (TG) ve İMA değeri kontrol grubundan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti (Resim 1). Kontrol ve vaka grubu hastaların ayırımında İMA 3000 cut off değerinin anlamlı etkinliği gözlenmiştir (Resim 2). İMA>3000 grubunda TG değeri ve SCORE risk oranı anlamlı olarak daha yüksekti (Resim 3). SCORE risk kategorisi arttıkça CD4 daha düşüktü (Resim 4). Ayrıca İMA değeri ile SCORE risk yüzdesi ile anlamlı ($r=0.387/p=0.000$) korelasyon vardı (Resim 5).

Vaka ve kontrol gruplarında parametrelerin karşılaştırılması

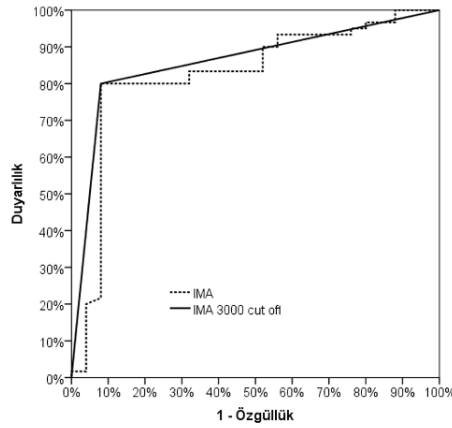
	Kontrol Grubu	Vaka Grubu	p
Yaş (yıl)	40,7 ± 6,2	42,0 ± 12,0	0,603 ¹
Cinsiyet	Kadın 6 24,0%	11 18,3%	0,552 ³⁰
	Erkek 19 76,0%	49 81,7%	
Bel Çevresi (cm)	88,1 ± 10,8	86,8 ± 14,2	0,694 ¹
BKİ (kg/cm2)	23,0 18,0 - 30,0	24,5 20,0 - 40,0	0,071 ¹⁰
Sigara (-)	13 52,0%	32 53,3%	0,911 ³⁰
Kullanımı (+)	12 48,0%	28 46,7%	
Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	120,0 110,0 - 130,0	122,0 110,0 - 140,0	0,592 ¹⁰
Glukoz (mg/dL)	91,0 77,0 - 109,0	93,0 60,0 - 353,0	0,490 ¹⁰
ALT (IU/mL)	18,0 8,0 - 44,0	20,5 8,0 - 94,0	0,282 ¹⁰
AST (IU/mL)	18,0 11,0 - 29,0	19,0 10,0 - 100,0	0,329 ¹⁰
HbA1C (%)	5,2 4,9 - 5,8	5,3 4,6 - 10,7	0,141 ¹⁰
Total Kolesterol (mg/dL)	160,0 111,0 - 275,0	164,0 101,0 - 274,0	0,915 ¹⁰
LDL (mg/dL)	46,2 ± 14,3	39,1 ± 10,1	0,011 ¹
HDL (mg/dL)	88,0 36,0 - 170,0	92,0 20,0 - 164,0	0,540 ¹⁰
TG (mg/dL)	118,0 55,0 - 690,0	168,5 52,0 - 475,0	0,020 ¹⁰
WBC (x10 ⁹ /L)	7,7 ± 1,6	6,8 ± 1,9	0,057 ¹⁰
HGB (mg/dL)	15,3 12,5 - 17,7	15,4 7,5 - 18,3	0,836 ¹⁰
PLT (x10 ⁹ /L)	261,0 173,0 - 369,0	254,5 94,0 - 561,0	0,802 ¹⁰
CRP (mg/L)	3,0 2,0 - 25,0	3,0 2,0 - 225,0	0,372 ¹⁰
IMA	≤ 3000 23 92,0%	12 20,0%	0,000 ¹⁰
	> 3000 2 8,0%	48 80,0%	
İMA (x10 ³) (ng/mL)	1,5 0,3 - 13,0	5,5 0,3 - 14,7	0,000 ¹⁰
SCORE	Düşük 15 60,0%	28 46,7%	
Kategorileri	Orta 10 40,0%	29 48,3%	0,263 ³⁰
	Yüksek 0 0,0%	3 5,0%	

t Bağımsız örneklem t test (Ort.±ss) / m Mann-whitney u test (Medyan, min-max) / X² Ki-kare test (n-%) BKİ: Beden kitle indeksi, ALT: Alanin Aminotransferaz, AST: Aspartat Aminotransferaz, LDL: Low Density Lipoprotein, HDL: High Density Lipoprotein, TG: Trigliserit, WBC: White Blood Cell, HGB: Hemoglobin, PLT: Platelet, CRP: C-Reaktif Protein, İMA: İskemi Modifiye Albümin ve HIV: Human Immunodeficiency Virus.

IMA'nın Cut OFF değerinin ROC eğrisine göre duyarlılığı ve özgüllüğü

		Eğri Altı Alan		% 95 Güven Aralığı	P
IMA (ng/mL)		0.826		0.720 - 0.931	0.000
IMA 3000 Cut Off		0.860		0.773 - 0.947	0.000
IMA		Kontrol Grubu	Vaka Grubu		
				Duyarlılık	%
	<3000	23	12	Pozitif Kestirim Oranı	80.0%
	≥ 3000	2	48	Özgüllük	96.0%
				Negatif Kestirim Oranı	65.7%

ROC Eğrisi.



ROC Eğrisi.

IMA Cut OFF değerine göre tüm gönüllülerde parametrelerin karşılaştırılması

		IMA<3000		IMA> 3000		P
		Ort.±ss/n-%	Medyan	Ort.±ss/n-%	Medyan	
Yaş (yıl)		38.9 ± 7.9	38.0	43.5 ± 11.8	43.0	0.044 †
Cinsiyet	Kadın	8	22.9%	9	18.0%	0.582 X²
	Erkek	27	77.1%	41	82.0%	
Bel Çevresi (cm)		88.1 ± 10.8	87.0	86.6 ± 14.7	87.5	0.619 †
BKİ (kg/cm²)		24.0 ± 3.1	24.0	25.0 ± 3.4	24.5	0.219 m
Sigara (-)		21	60.0%	24	48.0%	0.275 X²
Kullanımı (+)		14	40.0%	26	52.0%	
Sistolik Kan Basıncı (mm/Hg)		120.8 ± 5.7	120.0	122.4 ± 6.4	123.0	0.365 m
Glukoz (mg/dL)		98.5 ± 45.7	91.0	101.1 ± 29.7	93.0	0.346
ALT (IU/mL)		20.6 ± 8.9	18.0	25.5 ± 16.1	20.5	0.219
AST (IU/mL)		19.9 ± 5.4	19.0	22.4 ± 13.0	19.0	0.465
HbA1C (%)		5.5 ± 1.0	5.2	5.5 ± 0.8	5.3	0.214
Total Kolesterol (mg/dL)		168.9 ± 30.6	162.0	164.8 ± 34.5	163.0	0.639
LDL (mg/dL)		92.7 ± 27.6	94.0	90.1 ± 27.2	89.5	0.698
HDL (mg/dL)		46.4 ± 12.6	45.0	37.6 ± 9.9	36.0	0.001
TG (mg/dL)		152.2 ± 119.3	134.0	197.7 ± 104.0	176.5	0.006
WBC (x10³/uL)		7.3 ± 1.8	7.1	6.9 ± 1.9	6.8	0.331
HGB (mg/dL)		14.9 ± 1.9	15.3	14.9 ± 2.1	15.4	0.879
PLT (x10³/uL)		261.1 ± 70.9	260.0	259.4 ± 63.1	254.5	0.876
CRP (mg/L)		8.9 ± 28.3	3.0	13.6 ± 43.8	3.0	0.508
IMA (x10³) (ng/mL)		1.2 ± 0.8	1.0	6.5 ± 2.7	6.0	

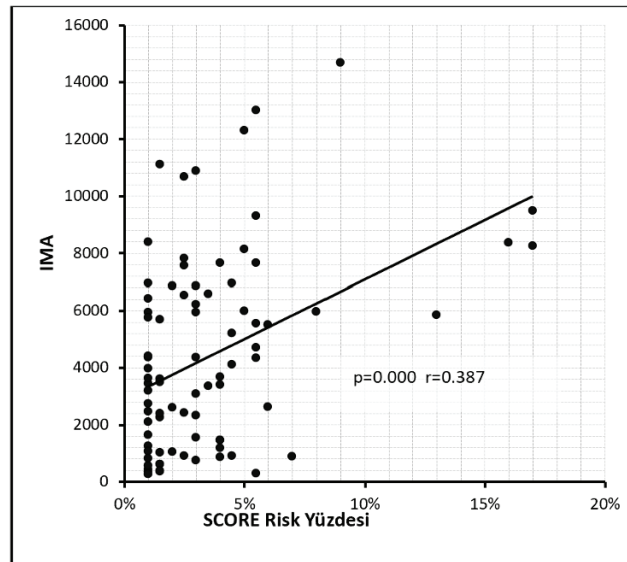
t Bağımsız örneklem t test / m Mann-whitney u test / X² Ki-kare test. BKİ: Beden kitle indeksi, ALT: Alanin Aminotransferaz, AST: Aspartat Aminotransferaz, LDL: Low Density Lipoprotein, HDL: High Density Lipoprotein, TG: Trigliserit, WBC: White Blood Cell, HGB: Hemoglobin, PLT: Platelet, CRP: C-Reaktif Protein, İMA: İskemi Modifiye Albümin ve HIV: Human Immunodeficiency Virus.

Vaka grubunda SCORE kategorilerine göre parametrelerin karşılaştırılması

		Vaka Grubu SCORE kategorileri				P
		Düşük		Orta-Yüksek		
		Ort.±ss/n-%	Medyan	Ort.±ss/n-%	Medyan	
Yaş (yıl)		34.9 ± 10.3	30.0	48.2 ± 9.8	44.5	0.000
Cinsiyet	Kadın	7	25.0%	4	12.5%	0.212
	Erkek	21	75.0%	28	87.5%	
Bel Çevresi (cm)		86.8 ± 11.2	86.0	86.9 ± 16.5	88.0	0.981
BKİ (kg/cm2)		25.0 ± 3.4	24.5	25.0 ± 3.1	24.5	0.940
Sigara (-)		22	78.6%	10	31.3%	0.000
Kullanımı (+)		6	21.4%	22	68.8%	
Sistolik Kan Basıncı (mmHg)		119.6 ± 6.4	120.0	124.1 ± 6.2	124.0	0.014
Glukoz (mg/dL)		104.8 ± 57.1	92.5	101.9 ± 26.7	93.0	0.253
ALT (IU/mL)		22.4 ± 11.8	19.0	26.6 ± 17.4	20.5	0.366
AST (IU/mL)		20.3 ± 5.3	19.0	23.7 ± 15.7	19.0	0.841
HbA1C (%)		5.63 ± 1.36	5.20	5.59 ± 0.72	5.50	0.046
Total Kolesterol (mg/dL)		155.1 ± 23.5	156.0	175.7 ± 34.8	165.0	0.019
LDL (mg/dL)		86.1 ± 19.5	82.5	97.0 ± 30.5	96.5	0.082
HDL (mg/dL)		40.1 ± 10.7	38.5	38.3 ± 9.6	40.0	0.489
TG (mg/dL)		149.1 ± 81.4	140.0	222.4 ± 101.6	196.0	0.000
WBC (x10 ⁹ /uL)		6.9 ± 1.8	6.4	6.8 ± 2.0	6.8	0.829
HGB (mg/dL)		14.8 ± 2.2	15.2	14.9 ± 2.4	15.5	0.678
PLT (x10 ⁹ /uL)		275.1 ± 80.7	257.5	248.8 ± 62.9	245.5	0.332
CRP (mg/L)		9.3 ± 31.6	2.5	19.5 ± 54.2	3.0	0.139
IMA	≤ 3000	10	35.7%	2	6.3%	0.004
	> 3000	18	64.3%	30	93.8%	
IMA (x10 ³) (ng/mL)		3.8 ± 2.7	3.5	6.7 ± 3.0	6.4	0.000
CD4 (hücre/mm3)		968.1 ± 438.7	1061.5	707.4 ± 404.6	666.0	0.022

t Bağımsız örneklem t test / m Mann-whitney u test / X² Ki-kare test BKİ: Beden kitle indeksi, ALT: Alanin Aminotransferaz, AST: Aspartat Aminotransferaz, LDL: Low Density Lipoprotein, HDL: High Density Lipoprotein, TG: Trigliserit, WBC: White Blood Cell, HGB: Hemogloblin, PLT: Platelet, CRP: C-Reaktif Protein, IMA: İskemi Modifiye Albümin ve HIV: Human Immunodeficiency Virus.

SCORE Risk yüzdesinin IMA değeri ile korelasyonu.



SCORE: Systematic Coronary Risk Evaluation, IMA: İskemi Modifiye Albümin

Sonuç: Çalışmamız, tespit edebildiğimiz kadarıyla, HIV ile yaşayan bireylerde serum İMA düzeylerinin değerlendirildiği ilk çalışmadır. HIV ile yaşayan bireylerde, 10 yıllık ölümcül veya ölümcül olmayan, SCORE algoritmasında ölçülen düşük ve orta-yüksek KVH risk kategorileriyle sİMA düzeyleri arasında anlamlı bir korelasyon tespit ettik. Ayrıca çalışma ve kontrol grubunun SCORE kategorileri benzer ağırlıkta olmasına rağmen, HIV ile yaşayan bireylerdeki genel sİMA düzeylerini de kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek saptadık. Çeşitli birçok hastalıkta, farklı parametrelerle anlamlı ilişkisi saptanmış olan sİMA molekülüyle yapılan çalışma sonuçları bize, bu molekülün kontrolsüz HIV enfeksiyonu, tedavi uyumsuz hastalar, akut veya kronik dönemlerle ilgili gelecekte yapılabilecek çalışmalarda, ek bilgiler sağlayabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızda SCORE KVH risk kategorileriyle serum İMA değerleri arasındaki anlamlı düzeydeki ilişkiyi, kontrol grubunda saptayamamamıza rağmen HIV ile yaşayan bireylerde bulduk. Özellikle KVH riski yüksek olan bu grupta mevcut KVH risk tahmin algoritmalarına ek bir sİMA'nın biyobelirteç olarak kullanımının ne düzeyde değerli olabileceği gelecekteki çok merkezli ve daha çok sayıda olgu içeren çalışmalarla incelenmesi bu molekülün önemi konusunda daha fazla bilgi sağlayacaktır. KVH risk algoritmalarının 40 yaş altında kullanımının uygun olmadığı göz önüne alındığında KVH doğru risk tahmininde fayda sağlayabilecek biyobelirteçlerin önemi daha da artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Human Immunodeficiency Virus, İskemi Modifiye Albumin, Kardiyovasküler Hastalık, dislipidemi, SCORE

SS-05

SİFİLİZ TANISI KONULAN HASTALARDA HIV POZİTİF BİREY SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI: 2020-2023 ANTALYA VERİSİ

Sema Tekin Şahin¹, Fatmanur Pepe², Çiğdem Törüner İneli³, Derya Seyman⁴

¹Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya

²Atatürk Devlet Hastanesi Antalya

³Kepez Devlet Hastanesi, Antalya

⁴Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya

Amaç: Sifiliz, Treponema pallidum'un neden olduğu, kan, plasenta ve cinsel yolla bulaşan, kronik, multisistemik bir hastalıktır. Etkili ve ucuz antibiyotik tedavisine rağmen, sifiliz tüm dünyada önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olmaya devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 2022 yılında, 15-49 yaş aralığında yaklaşık 7.1 milyon sifiliz olgusu olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu verilerine göre ülkemizde 2022 yılında bildirilen sifiliz vaka sayısı 3533 olup, son 16 yılın en yüksek vaka sayısına ulaşılmıştır. Sağlık Bakanlığı 1 Aralık 2022 tarihine kadar olan veride Türkiye'de HIV ile enfekte birey sayısı 36629'dur. HIV ve sifilizin bulaş yolları benzer olmakla birlikte bu hastalıklardan birine sahip olan hastalarda diğeri ile enfekte olma riski artmaktadır. Bu nedenle HIV ile yaşayan bireylerde sifiliz taraması ya da yeni sifiliz olgularında anti HIV testi yapılması önemlidir. Bu çalışmada son yıllarda bildirim artan sifiliz vakalarında HIV prevalansı belirlenmeye çalışılmıştır.

Yöntem: Çalışmamızda Antalya'da HIV ile enfekte kişilerin takip ve tedavilerini yapan Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Atatürk Devlet Hastanesi ve Kepez Devlet Hastanesi olmak üzere dört merkezin Ocak 2020 ve Eylül 2023 tarihleri arasındaki verileri retrospektif taranmıştır. Sifiliz tanısı alan hastalarda HIV ile enfekte kişi sıklığı bakılarak Antalya verisi elde etmeye çalışılmıştır. Non treponemal (VDRL) ve treponemal (Treponema pallidum Hemagglutination Assay) testlerde reaktivite saptanan ya da sifiliz tedavi öyküsü varlığında nontreponemal testlerde dört kat titre artışı nedeniyle sifiliz tanısı alan hastaların yaş, cinsiyet, sifiliz evreleri, hangi poliklinikte tanı aldığı hastane sistemlerinden taranarak kaydedilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan 4 merkezden 476 sifiliz tanısı alan hastanın verileri incelenmiştir. Hastaların %34.6'sı Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne, %24'ü Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne, %21'i Atatürk Devlet Hastanesi'ne, %18'i ise Kepez Devlet Hastanesi'ne başvurmuşlardır. Hastaların büyük çoğunluğu erkek(%83)'ti. Yaş ortalaması 39 saptandı. Hastaların % 27'si primer ve sekonder sifiliz evresinde saptanırken, % 73 hasta latent sifiliz evresinde tanı almıştır. 476 sifiliz tanısı almış hastanın 132'si HIV ile enfekte saptanmış olup HIV prevalansı %28 olarak tespit edildi. Hastaların sifiliz tanıları % 73 Enfeksiyon Hastalıkları kliniğinde, % 14 Dermatoloji kliniğinde, % 13 ise diğer kliniklerde konmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda sifiliz hastalarında HIV prevalansı %28 gibi yüksek bir oranda saptanırken, 2018 yılında yine çok merkezli bir çalışmada HIV/sifiliz koenfeksiyonu sıklığı %8 olarak tespit edilmiştir. Bunun nedeni çalışmanın Antalya ili ile sınırlı olması ve HIV ile enfekte bireylerin takip edildiği merkezlerde yapıyor olması olarak düşünüldü. Çalışmamızda hastaların % 27'sinin primer ve sekonder evrede sifiliz tanısı alması, bulaştırıcılık dönemindeki hastaların saptanabilmesi açısından önemlidir. Hastalar baş ağrısı nedeniyle nöroloji, genital bölge lezyonları ile üroloji /kadın doğum, görme problemleri ile göz hastalıkları, cilt lezyonları ile dermatoloji kliniklerine başvurmaktadır. Hastaların



% 27'sinin dermatoloji ve diğer klinik başvurularında tanı alması, enfeksiyon hastalıkları dışındaki branşlarda cinsel yolla bulaşan hastalıkların akılda tutulmasının ne kadar önemli olduğu, özellikle bulaşıcı evrede olan hastaların herhangi bir kliniğe başvurusunda tanı almasının çok önemli olduğunu vurgulamaktadır. Multisistemik bir hastalık olan sifilizin ayırıcı tanıda akılda tutulması için farkındalığın artırılması önem arz etmektedir. Sonuç olarak, sifiliz ve HIV enfeksiyonu sıklığı son yıllarda giderek artmaktadır. Bu artışın engellenmesi ise sifilizin ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmesi, sifiliz tanısı konulan hastalarda ise anti-HIV testi yapılması akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sifiliz, HIV, koenfeksiyon

SS-06

BIKTEGRAVİR / EMTRİSİTABİN / TENOFOVİR ALAFENAMİD TEDAVİ REJİMİNDE KALMAYA KIYASLA, KABOTEGRAVİR + RİLPİVİRİN UZUN ETKİLİ ENJEKTEBL TEDAVİ REJİMİNE GEÇİLMESİNİN 12 AYLIK HASTA TARAFINDAN BİLDİRİLEN SONUÇLARI

Vasiliki Chounta¹, Cristina Mussini², Charles Cazanave³, Eisuke Adachi⁴, Beng Eu⁵, Marta Montero Alonso⁶, Gordon Crofoot⁷, Kenneth Sutton⁸, Denise Sutherland-Phillips⁸, Rimgaile Urbaityte⁹, Alice Ehmann¹⁰, Patricia de los Rios⁸, Ronald D'Amico⁸, William R. Spreen⁸, Gürcan Paracıklı¹¹

¹ViiV Healthcare, Brentford, Birleşik Krallık

²University of Modena and Reggio Emilia, Modena, İtalya

³Department of Infectious Diseases, Pellegrin Hospital, University Hospital of Bordeaux, Bordeaux, Fransa

⁴The Institute of Medical Science, The University of Tokyo, Tokyo, Japonya

⁵Prahran Market Clinic, Melbourne, Victoria, Avustralya

⁶Unit of Infectious Diseases, La Fe University and Polytechnic Hospital, Valencia, İspanya

⁷The Crofoot Research Center, Inc., Houston, TX, ABD

⁸ViiV Healthcare, Durham, NC, ABD

⁹GSK, London, Birleşik Krallık

¹⁰GSK, Ballston Spa, NY, ABD

¹¹GSK, İstanbul, Türkiye

Amaç: Randomize, çok merkezli, açık etiketli, Faz 3b SOLAR (NCT04542070) Çalışması, HIV-1 ile yaşayan ve virolojik olarak baskılanmış ART deneyimli kişilerde, günlük oral biktegravir / emtrisitabin / tenofovir alafenamid (BIC/FTC/TAF)'ten, 2 ayda bir enjektabl uzun etkili kabotegravir + rilpivirin (CAB+RPV LA)'e geçilmesinin, BIC/FTC/TAF'ye devam etmeye kıyasla 12 ay boyunca virolojik etkililiğini eş etkili şekilde sürdürdüğünü göstermiştir. Bu bildirimizde, SOLAR Çalışması'na katılan hastalar tarafından bildirilen sonuçlar (PRO'lar) sunulmaktadır.

Yöntem: Hasta tarafından bildirilen sonuçlar (PRO) açısından sonlanım noktaları 3 farklı anket ile ölçülmüştür. Bunlar; 1. Tedavi tercihi anketi, 2. Genel tedavi memnuniyeti ve tedavinin esnekliği, rahatlığı ve tedaviye devam etme isteği anketi (HIV Treatment Satisfaction Questionnaire status version [HIVTSQs]), 3. Enjeksiyon algısı anketi. Bunlarla birlikte; kişinin HIV durumunun ifşa olması korkusunu, tedavi uyumuna bağlı yaşadığı endişeyi ve oral tedavilerin HIV durumuna ilişkin günlük hatırlatıcı etkisini ölçen 3 adet münferit soru (F.A.D. Soruları) sorulmuştur.

Bulgular: BIC/FTC/TAF kullanan 670 katılımcıdan 447'si (%67) uzun etkili enjektabl CAB + RPV LA tedavisine geçmiş ve 223'ü (%33) halihazırda aldıkları tedaviye devam etmişlerdir (2:1 randomizasyon). 12 aylık tedaviden sonra (veya tedaviyi bıraktıktan sonra), ankete katılanların %90'ı uzun etkili enjektabl tedaviyi, %5'i ise günlük oral tedaviyi tercih etmişlerdir. Geri kalan %5, herhangi bir tercih belirtmemiştir. Uzun etkili tedaviyi tercih edenler arasında, bu tercihin gerekçesi olarak en yüksek oranda (%85) HIV durumunun ifşa olması korkusunu azaltması yer almıştır. Genel tedavi memnuniyetinde ve tedavi esnekliğinden memnuniyet, tedavi rahatlığı ve 12 aylık tedaviden sonra

tedaviye devam etme isteği başlıklarında, başlangıca göre BIC/FTC/TAF'ye kıyasla CAB+RPV LA lehine istatistiksel olarak anlamlı bir artış tespit edilmiştir (Tablo). Enjeksiyonların kabul edilebilirliği, 12 aylık tedaviden sonra artmıştır. Başlangıçta (randomize tedaviden önce), CAB + RPV LA kolundaki katılımcıların %49'u (n=218/447) ve BIC/FTC/TAF kolundaki katılımcıların %43'ü (n=97/223), en az bir F.A.D. sorusuna “her zaman” ya da “sık sık” yanıtı vermiştir. 12 aylık tedaviden sonra ise, CAB+RPV LA grubundaki katılımcıların daha yüksek bir oranı, BIC/FTC/TAF alan katılımcılarla kıyaslandığında üç F.A.D. sorusunun hepsinde birden iyileşme bildirmiştir.

Sonuç: Katılımcıların %90'ı tarafından tercih edilen uzun etkili enjektabl 2 ayda bir kullanılan CAB + RPV LA antiretroviral tedavi rejimi, genel olarak tedavi memnuniyetini artırmıştır. Tedavi değişikliğinden sonraki 12 ay içinde; HIV durumunun ifşa olması korkusu, tedavi uyumu endişesi ve oral tedavilerin günlük HIV durumu hatırlatıcısı olması gibi F.A.D. faktörlerinin tamamında olumlu değişiklikler gözlemlenmiştir.

12 Aylık Tedavi Sonrası Hasta Tarafından Bildirilen Sonuçlar

Tercih/tercih için bildirilen ilk 5 neden, n (%)	CAB+RPV LA 2 ayda bir dozlaşma (n=425)	BIC/FTC/TAF
Uzun etkili enjektabl tedavi	382 (90)	-
Her gün HIV ilacı almayı hatırlama konusunda fazla endişelenmeme gerek yok	324 (85)	-
2 ayda bir enjeksiyon yaptırmak benim için daha uygun	317 (83)	-
HIV ilacımı yanımda taşımak zorunda değilim	284 (74)	-
Her gün HIV durumumu düşünmek zorunda değilim	233 (61)	-
Başkalarının HIV haplarımı görmesi veya bulması konusunda endişelenmeme gerek yok	227 (59)	-
Günlük oral tedavi	21 (5)	-
Enjeksiyon ağrısından ve enjeksiyonun yan etkilerinden kaçınmak istiyorum	12 (57)	-
Diğer sebep	8 (38)	-
HIV ilacımı her gün almak benim için daha uygun	6 (29)	-
Viral yükü belirlenemez düzeyde tutmak için oral ilaçlar enjeksiyonlardan daha güvenilirdir	3 (14)	-

Enjeksiyon yaptırmak için HIV kliniğini ziyaret etmek istemiyorum	4 (19)	-
Tercih belirtmeyen	22 (5)	-
12 aylık tedaviden sonra HIVTSQ (başlangıça göre düzeltilmiş ortalama değişim)	CAB+RPV LA 2 ayda bir dozlama (n=425)	BIC/FTC/TAF
Toplam puan*	3.36†	-1.59
Son zamanlarda tedavinizi ne kadar uygun buldunuz?‡	0.55†	-0.13
Son zamanlarda tedavinizin ne kadar esnek olduğunu düşünüyorsunuz?‡	0.80†	0
Mevcut tedavi şeklinize devam etmekten ne kadar memnun kalırsınız?‡	0.80†	-0.19
12 aylık tedaviden sonra enjeksiyon bölgesi	CAB+RPV LA 2 ayda bir dozlama (n=425)	BIC/FTC/TAF
reaksiyonlarının kabulüş		
12 aylık tedaviden sonra ortalama (standart sapma)	1.77 (0.835)¶	-
Duygusal iyilik hali ve tedavi uyumu, n/N (%)	CAB+RPV LA 2 ayda bir dozlama (n=425)	BIC/FTC/TAF
İfşa korkusu ("Mevcut HIV tedaviniz nedeniyle insanların HIV durumunuzu istemeden keşfetmesinden ne sıklıkla endişeleniyorsunuz?")		
Başlangıçta "her zaman"/"sıklıkla" yanıtı veren kişilerin 12 aylık tedaviden sonra iyileşme puanlaması oranı**	75/102 (74)	21/48 (44)
Uyum kaygısı ("HIV ilacınızı almayı unutmaktan ne sıklıkla endişeleniyorsunuz?")		
Başlangıçta "her zaman"/"sıklıkla" yanıtı veren kişilerin 12 aylık tedaviden sonra iyileşme puanlaması oranı**	79/112 (71)	28/50 (56)

HIV durumunun günlük olarak hatırlatılması ("HIV ilaçlarınızı ne sıklıkta almanız HIV durumunuzu rahatsız edici bir şekilde hatırlatıyor?")		
Başlangıçta "her zaman"/"sıklıkla" yanıtı veren kişilerin 12 aylık	67/107 (63)	19/46 (41)
tedaviden sonra iyileşme puanlaması oranı**		

BIC/FTC/TAF, biktegravir/emtrisitabin/tenofovir alafenamid; CAB, kabotegravir; HIVTSQ, HIV Tedavisi Memnuniyet Anketi durum versiyonu; LA, uzun etkili; RPV, rilpivirin. *Toplam puan 12 ayrı maddeden oluşmaktadır. Bunlar; tedavi memnuniyeti, HIV kontrolü algısı, tedaviye bağlı yan etkiler, tedavi talepleri, tedavi kolaylığı, tedavi esnekliği, HIV anlayışı, tedavinin yaşam tarzına uygunluğu, tedavinin önerilmesi, tedavinin devamı, tedavi kolaylığı ve ağrı ya da rahatsızlıktan ötürü hasta memnuniyetidir. Katılımcılar, her bir madde için cevaplarını 6 ("çok memnunum") ile 0 ("hiç memnun değilim") arasında değişen 6'lı Likert ölçeğine göre sıralamaktadır. Toplam özet puanı, verilen puanların toplamından oluşur. (0 [minimum, hiç memnun değilim], 66 [maksimum, çok memnunum]). †Düzeltilmiş tedavi farkı (CAB+RPV LA Q2M – BIC/FTC/TAF) = $p < 0,001$. ‡HIVTSQ toplam puanının ayrı ayrı maddeleri. Katılımcılar her bir madde için cevaplarını 6 ("çok memnunum") ile 0 ("hiç memnun değilim") arasında değişen 6'lı Likert ölçeğine göre sıralamaktadır. § Enjeksiyon Algısı anketinin "ISR'lerin Kabulü" alanı. Yanıtlar, sırasıyla "tamamen kabul edilebilir", "çok kabul edilebilir", "orta derecede kabul edilebilir", "biraz kabul edilebilir" ve "hiç kabul edilemez" şeklinde 1'den 5'e kadar değişen puanlar halinde raporlanır. ¶ $p < 0,001$, son enjeksiyonları (1 aylık tedaviden sonra; 2,04 [0,974]) ve ilk enjeksiyonları (12 aylık tedaviden sonra; 1,77 [0,835]) karşılaştıran Wilcoxon işaretli sıralama testine dayanmaktadır. ■ Payda, 12. Ayda eksik değerleri olanları hariç tutar. **12 aylık tedaviden sonra başlangıçta "her zaman"dan "bazen"/"nadiren"/"asla"/"sık sık"a veya "sıklıkla"dan, "bazen"/"nadiren"/"asla"ya geçiş.

Anahtar Kelimeler: HIV, ART, kabotegravir, rilpivirin, uzun etkili

SS-07

İNSAN İMMÜNYETMEZLİK VİRÜSÜ İLE YAŞAYAN BİREYLERDE KRONİK İNFLAMASYON BELİRTECİ OLAN KLOTHO'NUN DİĞER İNFLAMASYON BİYOBELİRTEÇLERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Merve Üstüner Doğan¹, Behice Kurtaran¹, Aslıhan Candevir¹, Süheyla Kömür¹, Ferit Kuşcu¹, Ayşe Seza İnal¹, Mustafa Balal², Yeşim Taşova¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji BD

Amaç: HIV/AIDS hastalarında HIV'e özgü seyir gösteren kronik bir viral enfeksiyon ve bunun neden olduğu bir takım patolojik süreçler yer almaktadır. Viral rezervuarlar, latentlik ve disbiyosiz ile birlikte kronik enflamatuvar bir ortam gelişmektedir. Bu ortam sürekli sitokin salınımı ile birlikte immün aktivasyon, immün disregülasyon ve immün yaşlanmaya neden olmaktadır. Tüm bu immünolojik olaylar sistemik birçok yolağı etkilemekte, AIDS ve AIDS dışı komorbiditelerin temelini oluşturmaktadır. Klotho protein yaşlanma karşıtı bir protein olarak bilinir ve Fibroblast growth factor 23 (FGF23) sinyal mekanizmasında bir kofaktördür. Son yıllarda yapılan birçok çalışmada ateroskleroz, vasküler kalsifikasyon, diyabet ve kronik böbrek hastalığı (KBH) dahil olmak üzere yaşlanmayla ilişkili birçok hastalığın inflamatuvar sürecinde yer aldığı gösterilmiştir. Bu çalışmada etkin ART altında baskılanmış viremi ile takip edilen HIV ile yaşayan bireylerde, HIV ile enfekte olmayan kontrol grubu kullanılarak, Klotho proteinin serum düzeyinin etkilenip etkilenmediği araştırılmak istenmiştir. Ek olarak Klotho proteinin kronik inflamasyondaki rolünden yola çıkarak, HIV ile yaşayan bireylerde serum Klotho düzeyinin kronik inflamasyonu öngörmede etkisinin olup olmayacağının, diğer inflamatuvar biyobelirteçler (hs-CRP, 'intestinal fatty acid binding protein' (IFABP)) ve parametreler kullanılarak tartışılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı tarafından poliklinik şartlarında takip edilen 84 HIV ile enfekte birey ve kontrol grubu olarak 100 HIV ile enfekte olmayan birey dahil edildi. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; HIV ile enfekte olmak, 18 yaş üzeri birey olmak, en az 2 yıl antiretroviral tedavi alıyor olmak, gönüllü olur formunu onaylayarak çalışmaya katılmayı kabul etmek belirlendi. Çalışma dışı bırakılma kriterleri ise; 18 yaş altı olmak, akut hastalık ya da enfeksiyon geçiriyor olmak (dekompanse konjestif kalp yetmezliği, yeni geçirilmiş miyokard enfarktüsü/inme, KOAH alevlenmesi, CMV enfeksiyonu, COVID 19 pnömonisi, kandidiasis, toksoplazmosis vb.), hastanın son 1 ay içerisinde hastanede yatış öyküsü olması veya ameliyat geçirmiş olması, kronik inflamasyon veya enfeksiyonu olanlar (Herpes ve hepatit virüsleri gibi kronik viral enfeksiyonlar, romatolojik ve otoimmün hastalık vb.), gebelik, malignitesi olan ve kemoterapi alan hastalar, herhangi bir immünsupresif tedavi altında olan hastalar, kalıtsal immün yetmezliği olan hastalar olarak belirlendi. Çalışma kriterlerine uygun hasta ve kontrol grubunun demografik verileri, kronik hastalıkları ve vücut kitle indeksleri kaydedildi. Ek olarak HIV ile enfekte bireylerin tanı anındaki ve güncel CD4+, CD8+ T lenfosit sayıları, CD4/CD8 oranları ve HIV RNA düzeyleri kaydedilerek; nötrofil/lenfosit oranları ve platelet/lenfosit oranları hesaplandı. Her iki gruptan serum örnekleri alınarak serumda Klotho, IFABP ve hs-CRP düzeyleri çalışıldı. Verilerin istatistiksel analizinde IBM SPSS Statistics Versiyon 20.0 paket programı kullanıldı. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05

olarak alındı.

Bulgular: Çalışmaya katılan tüm bireylerin yaş ortalaması $41,11 \pm 11,74$ (18-73) olarak hesaplandı ve bu bireylerin 147'si (%79,9) erkek, 37'si (%20,1) kadındı. Hasta ve kontrol grupları yaş, cinsiyet ve VKİ açısından benzer özellikteydi. Serum Klotho düzeyleri istatistiksel anlamlı olarak HIV ile enfekte grupta daha düşük bulunurken ($p < 0,001$), serum IFABP düzeyleri anlamlı yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$). Serum hs-CRP düzeyi için iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p = 0,843$). Serum Klotho düzeyleri ve IFABP düzeyleri arasında anlamlı ters korelasyon saptanmıştır ($r = -0,468$, $p < 0,001$). HIV ile enfekte bireylerde Klotho düzeyi ile tanı anındaki CD8+ T lenfosit sayısı ile negatif ($r = -0,241$, $p = 0,037$), CD4/CD8 oranı ile pozitif ($r = 0,230$, $p = 0,047$) anlamlı korelasyon saptanmıştır. HIV ile enfekte grupta güncel değerler ile hesaplanan trombosit/lenfosit oranı ile ise serum Klotho düzeyi arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur ($r = 0,355$, $p = 0,001$). Ek olarak CD4+ sayısı (CD4+ 500'ün altı ve üzeri) ve CD4/CD8 oranları (1'in altı ve üzeri) ile yapılan alt grup analizlerinde CD4+ sayısı ve CD4/CD8 oranı düşük olan alt gruplarda, diğer gruplara göre istatistiksel anlamlı olmasa da daha düşük serum klotho seviyesi bulunmuştur. Tüm bireylerde VKİ'ye göre (25'in altı ve üzeri) alt gruplara ayrıştırıldığında hs-CRP anlamlı bulunurken ($p = 0,036$), Klotho ($p = 0,149$) ve IFABP ($p = 0,796$) anlamlı bulunmamıştır.

Hasta ve kontrol gruplarına ait demografik değişkenlerin karşılaştırılması

		Hasta (n=84) n(%)	Kontrol (n=100) n(%)	p değeri
Yaş (ortalama $\pm$ ss)		41,40 $\pm$ 12,43	40,87 $\pm$ 11,17	0,759
Cinsiyet	Erkek	70(83,3)	77(77)	0,286
	Kadın	14(16,7)	23(23)	
Sigara	Hiç içmemiş	36(42,9)	35(35)	0,393
	İçmiş bırakmış	16(19)	17(17)	
	Aktif içiyor	32(38,1)	48(48)	
Alkol	var	71(84,5)	95(95)	0,017
	yok	13(15,5)	5(5)	
VKİ		26,25 $\pm$ 4,06	26,31 $\pm$ 3,97	0,923

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

İnflamatuvar biyobelirteçler olarak Klotho, IFABP ve hs-CRP'nin serum düzeylerinin kontrol ve hasta grupları

	Hasta ortalama $\pm$ SS medyan(min- max)	Kontrol ortalama $\pm$ SS medyan(min- max)	p değeri
log ₁₀ [Klotho] (pg/ml)	2,83 $\pm$ 0,30 2,80(2-3,82)	3,23 $\pm$ 0,34 3,13(2,7-4,04)	<0,001
log ₁₀ [hsCRP](mg/L)	1,35 $\pm$ 0,53 1,40(-0,48- 2,79)	1,34 $\pm$ 0,43 1,39(0,01-2,07)	0,843
IFABP (ng/mL)	2,17 $\pm$ 1,29 1,89(1,24- 2,44)	1,05 $\pm$ 0,09 1,04(0,98-1,08)	<0,001

Sonuç: Klotho protein kanser, romatolojik hastalıklar, koroner arter hastalıkları, kronik böbrek hastalığı gibi tüm kronik hastalıklarda fizyolojisi aydınlatılmaya çalışılan ve araştırılmaya devam edilen, yeni keşfedilmiş bir proteindir. Kronik hastalıklarda yeni bir tedavi seçeneği olabileceği düşünülmektedir. Literatürde HIV ile enfekte bireyler ve Klotho proteini ile ilgili bilgimiz dahilinde çok az çalışma bulunmaktadır. Çalışmamız, diğer çalışmalar ile uyumlu olarak HIV ile yaşayan bireylerde serum Klotho düzeylerinin azaldığını göstermiştir. Yeni bir biyobelirteç olarak çok çeşitli alanlarda çalışılmaya başlanan Klotho protein için, IFABP'nin çalışmamızda literatür ile uyumlu verilerinin; HIV ile yaşayan bireylerde Klotho'nun da yeni bir kronik inflamasyon biyobelirteci ve komorbidite/mortalite öngörücüsü olarak kullanılmasına katkı sağladığını düşünmekteyiz. Ayrıca Klotho'nun tanı anındaki CD8+ T lenfosit sayısı ve CD4/CD8 oranı ile ilişkisinin saptanması, Klotho proteinin HIV'deki kronik inflamasyon, immünaktivasyon ve immüendisregülasyonda rol alabileceği sonucunu güçlendirmiştir. Elde ettiğimiz bu sonuçlar ile Klotho'nun direkt olarak inflamasyon üzerindeki etkilerinin aydınlatılmasında gelecek araştırmacılara yol gösterici olabileceği öngörülmektedir. Bu konuda daha kapsamlı ve geniş kohort çalışmalarına ihtiyaç bulunmaktadır. Klotho proteininin yeni bir biyobelirteç olarak HIV ile yaşayan bireylerde kullanılmaya başlanmasının ise tarama, tedavi ve koruyucu sağlık hizmetleri alanında faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: HIV/AIDS, klotho, IFABP, hs-CRP, inflamasyon

SS-08

COVID-19 PANDEMİSİNİN YENİ HIV ENFEKSİYONLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Çiğdem Ataman Hatipoğlu¹, Halis Akalın², Volkan Korten³, Buket Ertürk Şengel³, Yeşim Taşova⁴, Ferit Kuşçu⁴, Deniz Gökengin⁵, Nazlıhan Yalçın Ege⁵, Selda Sayın Kutlu⁶, Firuze Soyak⁶, Figen Kaptan Aydoğmuş⁷, Beyza Erol⁷, Şua Sümer⁸, Nazlım Aktuğ Demir⁸, Uğur Emre Gümüş¹, Esra Kaya Kılıç¹, Günay Tuncer Ertem¹, Sami Kınıklı¹, Sabri Atalay⁹, Gürsel Ersan⁹, Adalet Altınsoy¹⁰, Halime Araz¹⁰, Taner Yıldırım¹¹, Rıdvan Dumlu¹¹, İlkey Karaoğlu¹², Ayşe Özlem Mete¹², Serhat Birengel¹³, Ezgi Gülten¹³, Zehra Karacaer¹⁴, Dilara İnan¹⁵, Samet Acar¹⁵, Emel Yılmaz², Gönül Çiçek Şentürk¹⁶, Semanur Kuzi¹⁶, Pınar Ergen¹⁷, Özlem Aydın¹⁷, Barçın Öztürk¹⁸, Petek Şarлак Konya¹⁹, Aysel Kocagül Çelikbaş²⁰, Yüksel Karadağ²⁰, Asuman İnan²¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

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

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Balcalı Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Adana

⁵Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

⁶Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Denizli

⁷İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

⁸Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Konya

⁹İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

¹⁰Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

¹¹İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

¹²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Gaziantep

¹³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

¹⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

¹⁵Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Antalya

¹⁶Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

¹⁷Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

¹⁸Aydın Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Aydın

¹⁹Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

²⁰Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Çorum

²¹İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Bu çalışmanın amacı COVID-19 pandemisi döneminde yeni tanı konulan HIV ile enfekte bireylerin demografik özelliklerini, test nedenlerini, bulaş yollarını ve klinik özelliklerini irdelemek, geç tanı oranını belirlemek, tanı anında saptanan eşlik eden hastalıklar, fırsatçı enfeksiyonlar, koenfeksiyonlar, maligniteler, başlanan antiretroviral tedavi ve tedavi yanıtı açısından pandemi öncesi ve pandemi dönemi arasında farklılıklar olup olmadığını belirlemektir.

Yöntem: Çok merkezli, retrospektif, gözlemsel çalışma olarak dizayn edilen bu çalışmaya, çalışma merkezlerinde 01 Mart 2018-29 Şubat 2020 tarihleri arasında (pandemi öncesi dönem) ve 01 Mart 2020-28 Şubat 2022 tarihleri (pandemi dönemi) arasında yeni tanı konulmuş 18 yaş ve üzeri tüm HIV ile enfekte bireyler dahil edildi. Bireylerin demografik, klinik ve laboratuvar verileri ve tedavi bilgileri excel formlarına kaydedildi. Tüm merkezlerden toplanan veriler, SPSS 20.0 paket programı kullanılarak, pandemi öncesi dönem ve pandemi dönemi karşılaştırılarak irdelendi.

Bulgular: Çok merkezli retrospektif çalışmaya 21 merkezden yeni tanı, HIV ile enfekte 1889 kişi dahil edildi. Bu kişilerin 1659'u (%88) erkek; yaş aralığı 18-87, yaş ortalaması $36,9 \pm 12,3$ idi. Kişilerin 732'sine (%38,8) semptomlar nedeniyle hastalık araştırılırken, 497'sine (%26,3) rutin testler sırasında ve 446'sına (%23,6) kendi isteği ile test yaptırması sonucu tanı konulmuştu. Bulaş yolu 848 kişide (%44,9) heteroseksüel cinsel temas, 721 kişide (%38,2) homoseksüel/biseksüel cinsel temas idi, 290 kişide (%15,4) bulaş yolu bilinmiyordu. İlk ELISA testi pozitifliği ile doğrulama sonucu arasındaki süre ortalama 12,2 gün, doğrulama sonucu ile tedavi başlama arasındaki süre ortalama 24,6 gün, ilk ELISA testi pozitifliği ile tedavi başlama arasındaki süre ise ortalama 36,5 gün idi. 13 kişiye ELISA testi pozitifliğinden sonra 1 yıldan daha uzun sürede tedavi başlanmıştı, en uzun süre olarak tanıdan 960 gün sonra tedavi başlanan bir kişi mevcuttu. Tanı anında CD4 hücre sayısı ortalama 393 hücre/mm³, CD4/CD8 oranı ortalama 0,45, HIV RNA ortalama 15412054 kopya/mL idi. Geç tanı oranı %52,4 olarak bulundu. Tanı anında kişilerin %20'sinde sifiliz, %4,4'ünde tüberküloz, %4,3'ünde hepatit B virus (HBV) enfeksiyonu, %3,1'inde pnömosistis jirovecii pnömonisi (PCP), %2,1'inde sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonu, %0,7'sinde hepatit C virus (HCV) enfeksiyonu, %0,4'ünde progresif multifokal lökoensefalopati (PML) ve %5'inde başta kandida, toksoplazma ve zona olmak üzere diğer fırsatçı enfeksiyonlar mevcuttu. HIV ile enfekte kişilerin %0,7'sinde Kaposi sarkomu, %0,7'sinde lenfoma ve %1,5'inde başta prostat kanseri olmak üzere diğer maligniteler tanısı varken %40,5'inde osteopeni, %10,1'inde osteoporoz ve %6,4'ünde diyabetes mellitus (DM) vardı. Toplam 29 kişiye (%1,5) tanı konulduktan sonra tekrar hastaneye gelmediği için tedavi başlanamamıştı; geriye kalan 1860 kişinin %96,2'sine 3 veya daha fazla ilaç, %3,8'ine dual tedavi başlanmıştı. Tedavilerin %97,6'sı integras bazlı iken, %2,2'si proteaz inhibitörü (PI) bazlı ve %0,2'si non-nükleozid revers transkriptaz inhibitörü (NNRTI) bazlı idi. Kişilerin %65,5'i tek tablet tedavi alırken %34,5'i çoklu tablet rejimi kullanıyordu. Altıncı ay CD4 sayısı ortalaması 610 hücre/mm³, CD4/CD8 oranı 0,73 ve 1. 3. 6. ay kontrollerinde HIV RNA negatiflik oranı sırasıyla %40, %73 ve %86 idi. Toplam 1031 kişiye (%55) pandemi öncesi dönemde, 858 (%45) kişiye pandemi döneminde tanı konulmuştu. Pandemi öncesi dönemde tanı konulan kişilerle pandemi döneminde tanı konulan kişiler arasında cinsiyet ve yaş ortalaması açısından fark yoktu ($p=0.829$ ve $p=0.262$). Pandemi öncesinde kan bağışı sırasında tanı konulması daha anlamlı iken, pandemi döneminde rutin tetkikler sırasında tanı konulması istatistiksel olarak daha anlamlı idi, $p=0.001$. Pandemi öncesi dönemde homoseksüel/biseksüel bulaş, pandemi döneminde ise heteroseksüel bulaş daha fazla idi, $p=0.001$. Geç tanı oranı her iki dönemde benzerdi, $p=0,236$. İlk ELISA testi pozitifliği ile doğrulama sonucu arasındaki süre, doğrulama sonucu ile tedavi başlama arasındaki süre ve ilk ELISA testi pozitifliği ile tedavi başlama arasındaki süre açısından gruplar arasında fark yoktu, $p>0.05$. Tanı anında CD4 sayısı, CD4/CD8 ortalaması ve HIV RNA düzeyi benzerdi, $p>0.05$. Gruplar arasında tanı anında HCV, sifiliz, tüberküloz, CMV, PML, Kaposi sarkomu, osteopeni, DM varlığı açısından fark yoktu, $p>0.05$. Tüberküloz oranı her iki dönemde benzer iken akciğer dışı tüberküloz oranı pandemi döneminde daha yüksek bulundu, $p=0,037$. HBV koenfeksiyonu ve osteoporoz oranı pandemi öncesi dönemde daha sık ($p=0.045$ ve $p=0.033$) iken PCP ve lenfoma pandemi döneminde daha sık ($p=0.015$ ve $p=0.027$) olarak görüldü. Pandemi dönemi ve pandemi sonrası dönem, antiretroviral tedavi açısından karşılaştırıldığında pandemi öncesi dönemde 3 veya daha fazla ilaç kombinasyonu



daha sık başlanmış iken ($p=0.000$), pandemi döneminde integras bazlı ilaçların daha sık başlandığı ($p=0.001$) ve tek tablet rejimlerin daha sık kullanıldığı ($p=0.019$) tespit edildi. Altıncı ay kontrolünde CD4 sayısı ortalaması, CD4/CD8 oranı ve HIV RNA negatiflik oranı her iki grupta benzerdi ($p>0.05$).

Sonuç: Bu çok merkezli çalışmanın sonucunda pandemi döneminde HIV enfeksiyonu tanısının daha çok rutin tetkikler sırasında konulduğunu, heteroseksüel bulaşın daha fazla olduğunu, akciğer dışı tüberküloz, PCP ve lenfoma oranının daha yüksek olduğunu gördük. Geç tanı oranının her iki dönemde benzer olduğunu saptadık. Tedavi açısından pandemi döneminde integras bazlı ilaçların ve tek tablet rejimlerin daha sık kullanıldığını tespit ettik. Tedavi yanıtının ise pandemi öncesi dönemine benzer olduğunu gördük.

Anahtar Kelimeler: HIV, Pandemi, Tanı, Tedavi

SS-09

HIV İLE YAŞAYAN KİŞİLERDE METABOLİK İLİŞKİLİ YAĞLI KARACİĞER HASTALIĞININ (MAFLD) NON-İNVAZİV TESTLER VE SKORLAMALARLA DEĞERLENDİRİLMESİ

Merve Büyükkörük¹, Seda Nur Tosun¹, Yeşim Yıldız¹, Mahinur Cerit¹, Kübra Erbay², Halit Nihat Şendur¹, Hasan Selçuk Özger¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

²Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Non-alkolik yağlı karaciğer hastalığı (NAFLD) alkol tüketimi, hepatotoksik ilaç tüketimi, toksinler, viral enfeksiyonlar ve genetik nedenlerin dışında kalan karaciğer yağlanması ile ortaya çıkmaktadır. NAFLD, HIV ile enfekte hastalarda ortaya çıkan ve devam eden kronik inflamasyonun sebep olduğu klinik olarak anlamlı bir komorbiditedir. Bunun nedeni HIV virüsünün kendisi olabileceği gibi antiretroviral tedaviden kaynaklanan uzun vadeli toksisiteler de olabilir. Bu nedenle HIV ile enfekte hastaların NAFLD açısından önlenmesi ve izlenmesi gerekmektedir.

Yöntem: Çalışma Gazi Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji HIV polikliniğinde geriye dönük olarak yürütüldü. Şubat 2022-Ekim 2023 tarihleri arasında başvuran, tedavi naif ve deneyimli HIV ile enfekte hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi (BKİ), DM ve metabolik sendrom varlığı, sigara kullanma durumu, HIV enfeksiyonu süresi, antiretroviral ilaçları, laboratuvar testlerinin sonuçları, fibrozis göstergesi olarak kullanılan elastografi ve APRI (AST/ platelet ratio indeksi), FİB-4(fibrosis 4 score) ve NFS (NAFLD fibrosis score) gibi non-invaziv testlerinin (APRI, FİB-4, NFS) sonuçları veri setine kaydedilerek analizler yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya 117 HIV ile enfekte hasta dahil edildi. Hastaların tanımlayıcı özellikleri ve laboratuvar bulguları tablo 1'de sunuldu. Hastaların 67'sinde (%57,3) hepatosteatoz saptandı (Tablo 2).METAVİR skorlamasına göre hastaların %96,6'sinde (n=113) evre 1,% 1,7'sinde evre 2, %0,9'unda ise evre 3 fibroz gelişimi saptandı. Karaciğer fibrozisinin öngörülmesinde kullanılan önerilen FIB-4, NFS, APRI skor sistemlerine göre fibrozis değerlendirmesi yapıldı ve tablo 2'de sunuldu. HIV ile enfekte hastalarda fibrozisin belirlenmesinde FIB-4 ile NFS arasında yüksek düzey (Spearman's $r=0.786$, $p<0.001$), NFS ile APRI (Spearman's $r=0.233$, $p=0.011$) ve FIB-4 ile APRI (Spearman's $r=0.353$, $p<0.001$) arasında ise düşük düzey korelasyon saptandı.

Tablo-1

YAŞ (medyan,IQR)	38 (30,5-52,5)
CİNSİYET (n,%)	
Erkek	104 (89,9)
Kadın	13 (11,1)
BKI (medyan,IQR)	26,42 (23,7-29,4)
BKI GRUP (n,%)	
Normal	42 (35,9)
Kilolu	51 (43,6)
Obez	24 (20,5)
DİABETES MELLİTUS (n,%)	11 (9,4)
METABOLİK SENDROM (n,%)	28 (23,9)
SİGARA (n,%)	
Aktif içici	49 (41,9)
Sigarayı Bırakmış	12 (10,3)
YENİ TANI HİV (n,%)	22 (18,8)
HIV SÜRESİ (ay) (medyan,IQR)	25 (3-58)
HIV RNA negatif kopya (n,%)	63 (54)
CD 4 % (medyan,IQR)	570 (365,7-868,5)
CD 8 % (medyan,IQR)	850 (632,7-1165,0)
TEDAVİ GEÇMİŞİ (n,%)	
Naif	26 (22,2)
Tedavi deneyimli	91 (77,8)
TEDAVİ REJİMİ, (n,%)	
BIC/F/TAF	41 (35,0)
EVG/c/FTC/TAF	29 (24,8)
EVG/c/FTC/TDF	1 (0,9)
TDF/FTC/RAL	2 (1,7)
TDF/FTC/EFV	5 (4,3)
TDF/FTC/DTG	2 (1,7)
3TC/DTG	4 (3,4)
DTG/ABC/3TC	7 (6,0)
AÇLIK KAN ŞEKERİ, mg/dL (medyan, IQR)	90 (84,5- 99,5)
AST, U/L (medyan,IQR)	23 (19-28)
ALT, U/L (medyan,IQR)	24 (17-34)
ALBUMİN, g/dL (medyan,IQR)	4,4 (4,2-4,7)
TROMBOSİT, x 10 e3µL (medyan,IQR)	228 (189,500- 271,5)
HDL,mg/dL (medyan,IQR)	42 (35-51)
TRİGLİSERİD,mg/dL (medyan,IQR)	126 (95-199,5)
TOTAL KOLESTEROL, mg/dL (medyan,IQR)	185 (153- 218,5)
LDL, mg/dL (medyan,IQR)	113 (90,5- 144,5)
HBA1C , % (medyan,IQR)	5,6 (5,3 – 6)

Tanımlayıcı özellikler ve laboratuvar bulguları

Tablo- 2

Steatoz (n,%)	
Yok	50 (42,7)
Grade 1	35 (29,9)
Grade 2	22 (18,8)
Grade 3	10 (8,5)
Fibrozis (METAVİR) (n,%)	
F 0	1 (0,9)
F 1	113 (96,6)
F 2	2 (1,7)
F 3	1 (0,9)
FİB-4 skoru (n,%)	
Düşük risk	94 (80,3)
Belirsiz skor	22 (18,8)
Yüksek risk	1 (0,9)
NFS (n,%)	
Düşük risk	88 (75,2)
Belirsiz skor	27 (23,1)
Yüksek risk	2 (1,7)
APRI skoru (n,%)	
Düşük risk	104(88,9)
Belirsiz skor	12 (10,3)
Yüksek risk	1 (0,9)

Elastografi ve non-invaziv ölçümler

Sonuç: Kombine antiretroviral tedavi uygulanan HIV ile enfekte hastalarda, özellikle BKİ 23 kg/m²'nin üzerinde olan erkek hastalarda, obez olmayan BKİ'a rağmen steatoz gelişebilmektedir. NAFLD, metabolik disfonksiyon ve ilişkili kardiyovasküler risk ile korele değildir. Metabolik ilişkili yağlı karaciğer hastalığı (MAFLD) terimi 2020'de ortaya atılmış, hepatik steatoz yanında tip 2 DM, obezite veya metabolik disregülasyon durumlarından en az birinin eşlik etmesi olarak tanımlanmıştır. MAFLD, kardiyovasküler hastalıklar ve ateroskleroz için bağımsız risk faktörüdür. HIV ile enfekte bireylerin MAFLD açısından değerlendirilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: "HIV", "NAFLD", "MAFLD", "Hepatosteatoz", "Fibrozis"

SS-10

HIV İLE YAŞAYAN KİŞİLERDE “PITYRIASİS RUBRA PİLARIİS” TİP 6 –TÜRKİYEDEN İLK OLGU

Zarifa Abdullayeva¹, Arif Atahan Çağatay¹, Halit Özsüt¹

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Bu vaka sunumuyla PRP tip 6'nın nadir görülmesi, Türkiye'de ilk olgu olması, immünosupresyondan bağımsız olarak görülebilmesi ve bazı durumlarda retinoide geç yanıt vermesi nedeniyle HIV ile ilişkili bu deri döküntüsüne dikkat çekilmesi amaçlandı.

Yöntem: İstanbul Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Polikliniğine başvuran hastaya değerlendirme sonucunda HIV ilişkili PRP tip 6 tanısı konulmuş olup, verileri takipleri sırasında hasta dosyasından kaydedildi.

Bulgular: 22 yaşında erkek hasta, homoseksüel, bilateral dizlerde, dirseklerde kızarıklık ve ince kabuklu soyulmaları nedeniyle İnfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde bilinen hastalığı yoktu. Herhangi bir ilaç kullanımı yoktu. Fizik muayenede ekstremitelerinin ekstansör yüzlerinde çok sayıda turuncu-kahverengi pullu plaklar görüldü. Avuç içi, ayak tabanı ve oral mukoza normal olarak izlendi. Tırnaklar normaldi, lenfadenopati yoktu. Homoseksüel öyküsü nedeniyle istenen HIV testi pozitif sonuçlandı. Başvuruda hiperemik görünüm olan lezyonlardan biyopsi yapıldı, antiretroviral olarak biktgravir/ emtrisitabin / tenofovir alafenamid tedavisi başlandı. Ciddi immünosüpresyon durumu yoktu. Rutin testleri normaldi. CD4+ T lenfositleri 522/µl, virus yükü 19 100 kopya/ µl idi, fırsatçı infeksiyon veya malignite yoktu, profilaksi amacıyla bir tedavi önerilmedi. VDRL ve TPHA testleri negatifti. Tedavinin 1. ayında dizlerde ve dirseklerde hiperemik görünüm azalmakla birlikte devam ediyordu. Tedavinin 2. ayında hastanın sırtından gövde ön yüze, göğüse, boyuna ve saçlı deriye doğru yayılan deskuamatif foliküler papüller, bilateral ellerde ve ayaklarda soyulmalar gelişti. Sağ dizden alınan punch biyopside alternan parakeratoz, foliküler tıkaç oluşumu, akantoz, odaksal hipogranüloz içeren yüzeyel dermatit, sırttan alınan punch biyopside epidermiste akantoz, dermiste hafif fibroz saptandı ve “Pityriasis Rubra Pilaris” ile uyumlu bulundu. Dermatoloji tarafından hastaya retinoid ilaç sınıfından asitretin 25mg/gün oral tedavi başlandı. Topikal tedavi önerilmedi. Antiretroviral tedaviyle kısmen gerileyen lezyonlar asitretin tedavisinin 3. ayında tamamen düzeldi.

Hastanın sırtındaki
deskuamatif papüller



Sol ön kolun ekstansör yüzünde
turuncu-kahverengi pullu plaklar



Sonuç: PRP genelde avuç içi ve ayak tabanlarında plaklar halinde birleşen foliküler papüllerden oluşan yanma, pullanma ve ağrılı eritrodermik döküntü şeklinde ortaya çıkan, etiyolojisi bilinmeyen papüloskuamöz bir hastalıktır. 5 alt tip olarak sınıflandırılmıştır. HIV hastalığı ile ilişkili formu tip 6 olarak tanımlanmaktadır. Sıklıkla genç homo veya heteroseksüel erkekleri etkiler. PRP tip 6'nın patogenezi, antijenik tetikleyicilere, yani HIV'e karşı anormal bağışıklık tepkisi ve HIV tarafından saç folikül bölgesinin infeksiyonunun neden olduğu foliküler inflamasyon ile ilişkili olabilir. A vitamini eksikliği, retinol bağlayıcı protein eksikliği ve genetik faktör de neden olabilir . PRP tanısı için tek bir tanısal laboratuvar testi veya genetik belirteç yoktur. Hastamızda görüldüğü gibi klinik şüphe ve dermatopatolojik korelasyon ile tanı konulabilmektedir. Nodülökistik folikülit bu bozukluğu klasik PRP'den ayırdığından, hastalık daha geniş bir terim olan HIV ile ilişkili foliküler sendrom veya HIV ile ilişkili foliküler oklüzyon triadı ile tanımlanabilir. Literatürde HIV ile ilişkili PRP vakaları nadirdir. Bildirilen vakalarda, PRP'nin klinik başlangıcı, hastalarda HIV infeksiyonu tanısı konduktan kısa bir süre sonra ya da eş zamanlı geliştiği gözlenmiştir. Tedavide kullanılan asitretin ve benzeri ilaçlara yanıt 1-3 ay arasındadır. Tip 6 PRP'de ana tedavi yöntemi semptomların hafiflemesine ve hatta birçok hastada tam gerilemeye yardımcı olan antiretroviral ilaçlar olup, bizim hastamızda 3.ayda antiretroviral tedaviyle birlikte asitretin tedavisine yanıt alınmıştı.

3 ay sonra sol ön koldaki
plakların son hali



3 ay sonra sırttaki döküntünün son hali

Anahtar Kelimeler: Pityriasis Rubra Pilaris Tip 6, HIV

SS-11

HIV İLE YAŞAYAN İNSANLARDA B=B FARKINDALIĞININ MENTAL

Ceren Atasoy Tahtasakal¹, Gizem Gerdan², Nazife Duygu Demirba¹, Dilek Yıldız Sevgi¹

¹SBÜ.Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²İzmir Demokrasi Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü

Amaç: 'Belirlenemeyen= Bulaştırmayan' (B=B), tespit edilemeyen viral yüke sahip HIV ile yaşayan kişilerin HIV'i cinsel yolla bulaştırmayacağına dair bilimsel kanıt sağlayan bir mesajdır. Bu ön çalışmada, B=B farkındalığının ilişki durumu, HIV'i açıklayabilme, kaygı ve depresyon düzeyleri üzerindeki etkilerini araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Veriler, yaşları 18-65 arasında olan ve en az altı aydır antiretroviral tedavi alan 57 katılımcıdan toplandı. Katılımcılara demografik özellikler, ilişki durumu, B=B farkındalığı, HIV durumunun açıklanması ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) ile ilgili soruların yer aldığı bilgi toplama formu dağıtıldı. HADÖ puanlarının gruplar arası farklılıklarını analiz etmek için Mann-Whitney U testi, kategorik veriler arasındaki ilişkileri incelemek için Ki-kare testi kullanıldı.

Bulgular: Katılımcıların 37'si (%64,9) B=B mesajından haberdar olduklarını bildirdi. B=B farkındalığı, ilişki durumu ve HIV durumunu açıklama arasında anlamlı bir ilişki vardı ($p=0,007$). B=B mesajının farkında olanların, olmayanlara göre bir partnere sahip olma ve HIV durumlarını açıklama olasılıkları daha yüksekti. B=B farkındalığı olan bireylerde, farkında olmayanlara göre daha düşük düzeyde kaygı ($p=0,014$) ve depresyon ($p=0,006$) görüldü. Ayrıca HIV durumunu açıklayan bireylerin depresyon düzeyleri açıklamayanlara göre daha düşüktü ($p=0,042$).

Demografik veriler

Mean± SD		
Age		36.33±8.46
HIV diagnosis duration		2.51±0.76
n (%)		
Gender	Men	53 (93.0)
	Women	4 (7)
Education	Elementary & Middle school	6 (10.5)
	High School	16 (38.1)
	University	25 (43.9)
	Postgraduate	10 (17.5)
Employment	Yes	57 (100)
Sexual Orientation	Homosexual	29 (50.9)
	Heterosexual	16 (28.1)
	Bisexual	12 (21.0)
HIV RNA Plasma	Detectable	5 (8.8)
	Undetectable	52 (91.2)

B=B Farkındalığı, HIV statusu açıklama ve ilişki durumu arasındaki ilişki

		Awareness of U=U		χ^2 (df)	P
		Aware n (%)	Unaware n (%)		
Relationship Status	In a relationship	23 (62.2)	14 (37.8)	7.174 (1)	0.007**
	Single	5 (25)	15 (75)		
Disclosure of HIV status	Yes	31 (83.8)	6 (16.2)	7.339 (1)	0.007**
	No	10 (50)	10 (50)		

Gruplar arası karşılaştırma, Mann-Whitney U testi sonuçları

		Awareness of U=U		Mean Rank	Mean Rank	Z Value	U	P
		Aware (n=37)	Unaware (n=20)					
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$					
HADS-Anxiety		6.48±4.53	9.75±4.79	25.05	36.30	-2.448	224	0.014*
HADS-Depression		5.08±4.15	8.95±4.89	24.55	37.23	-2.760	205.50	0.006**
		Disclosure of HIV status		Mean Rank	Mean Rank	Z Value	U	p
		Yes (n=41)	No (n=16)					
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$					
HADS-Anxiety		6.97±4.40	9.31±5.62	26.90	34.38	-1.532	242	0.126
HADS-Depression		5.56	8.69	26.22	36.13	-2.031	214	0.042*

Sonuç: Bulgular, B=B mesajının farkındalığının, HIV ile yaşayan insanların ruh sağlığı üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedir. B=B, HIV ile yaşayan insanlara yönelik damgalanmaya karşı mücadeleye yönelik güçlendirici ve dönüştürücü bir mesajdır. Bu nedenle B=B mesajının yayılması, bireylerin HIV durumlarını açıklama ve ilişki kurma süreçlerini kolaylaştırabilir, böylece algılanan sosyal desteği artırabilir ve psikososyal iyilik hallerinin korunmasına katkıda bulunabilir.

Anahtar Kelimeler: B=B, HIV, Mental sağlık, stigma

SS-12

HIV İLE YAŞAYAN BİREYLERDE GEÇ BAŞVURANLARIN ORANI VE GEÇ BAŞVURU İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Benan Atak Bolataslan¹, Marisa Marku¹, Lena Bakar¹, Kamile Nur Yüksel¹, Elif Tükenmez Tigen¹, Dilek Yağcı Çağlayık¹, Buket Ertürk Şengel¹, Volkan Korten¹

¹Marmara Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı

Amaç: HIV enfeksiyonunun erken teşhisine yönelik bütün çabalara rağmen HIV enfeksiyonunda geç başvuru, ülkemizde ve Avrupa ülkelerinde önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Bu çalışmada Marmara Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları kliniğinde takip edilen HIV ile yaşayan bireylerde geç başvuru oranlarını ve geç başvuru ile ilişkili faktörleri saptamayı amaçladık.

Yöntem: Geç başvuru Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (ECDC) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 'Başvuru esnasında: CD4 sayısının 350/mm³'nin altında olması, CD4 sayısından bağımsız olarak ilk 6 ay içinde AIDS tanımlayıcı hastalık varlığı ve akut/yakın enfeksiyon olmaması' olarak tanımlandı.[1] Yakın enfeksiyon ise akut enfeksiyonun klinik bulgusu veya yakın enfeksiyonunun laboratuvar kanıtı veya tanıdan önceki 12 ay içinde negatif HIV testi bulunması olarak tanımlandı.[2] Bu kriterler kullanılarak merkezimizde takipli 1986-2023 yılları arasında tanı almış 939 HIV ile yaşayan bireyin dosyaları ve bilgilerinin girildiği web bazlı veri tabanı tarandı. Başvuru esnasındaki CD4 sayısı ve AIDS tanımlayıcı hastalık varlığı bilgisine ulaşamayan bireyler çalışmaya alınmadı. Kalan 829 HIV ile yaşayan birey yukarıdaki tanıma göre geç başvuru ve geç başvuru değil olarak sınıflandırıldı. Geç başvuru grubundaki bireylerde tanı anındaki CD4 sayısı 200/mm³'den küçük ise ileri evre HIV olarak kabul edildi. Başvuru anında CD4 sayıları 350/mm³'nin üstünde olup AIDS tanımlayıcı hastalığı olanlar geç başvuru olarak, CD4 sayıları 350/mm³'nin altında olup akut/yakın enfeksiyon olan bireyler geç başvuru değil olarak kabul edildi. Geç başvuru ile ilişkili parametreleri belirlemek için çok değişkenli lojistik regresyon analizi kullanıldı. İstatistik analizler IBM SPSS 29 programı ile yapıldı.

Bulgular: Analize dahil edilen 829 bireyin % 88,4'ü erkek, medyan yaş 34 [çeyrekler arası açıklık (IQR) 27-43] idi. HIV ile yaşayan bireylerden 353'ü (%42,5) geç başvuru, bunlar arasındaki 175'i (%21,1) ise ileri evre HIV olarak belirlendi. Toplam 829 HIV ile yaşayan bireyden 147'ü (%17,7) akut/yakın enfeksiyon idi. CD4'ü 350/mm³'nin üstünde olup AIDS tanımlayıcı hastalığı olan 20 (%2,4), CD4 sayısı 350/mm³ altında olup yakın enfeksiyon olarak kabul edilen 74 (%8,9) birey belirlendi. Analize alınan bireylerin karakteristik bilgileri Tablo 1'de gösterilmiştir. HIV ile yaşayan 829 bireyin 103(%12,4)'ünde 122 AIDS tanımlayıcı hastalık tespit edildi. Toplam 122 hastalığın 24 (%19,6)'ü Pneumocystis jiroveci pnömonisi, 21(%17,2)'i M. tuberculosis – pulmoner veya ekstrapulmoner, 19(%15,5)'u kandida özofajiti, 13 (%10,6)'ü kaposi sarkomu, 11(%9,01)'i HIV tükenmişlik sendromu, 8(%6,5)'i tekrarlayan pnömoni, 3(%2,4)'ü CMV hastalığı, 3(%2,4)'ü HIV ensefalopatisi, 3(%2,4)'ü primer serebral lenfoma, 3(%2,4)'ü Mikobakteri (diğer) diseminasyonu veya ekstrapulmoner, 3(%2,4)'ü serebral toksoplazmoz, 2 (%1,6)'si Herpes simplexe bağlı: kronik ülserler (bir aydan uzun süren), bronşit, pnömoni veya özofajit, 2(%1,6)'si invazif servikal kanser, 2(%1,6)'si kriptosporidiyoz - kronik intestinal (bir aydan uzun süreli), 1(%0,8)'i progresif multifokal lokoensefalopati, 1(%0,8)'i kandida enfeksiyonu (Bronş, trakea veya akciğerler), 1(%0,8)'i immunoblastik lenfoma, 1(%0,8)'i CMV retinitisi (görme kaybı ile birlikte), 1(%0,8)'i M.avium kompleks ya da M.kansasii diseminasyonu veya ekstrapulmoner olarak saptandı. Geç başvuru ile ilişkili faktörler

Tablo 2’de gösterilmiştir. Yapılan tek değişkenli analizde tanı alma periyodu ve cinsiyetlerde geç başvuru açısından anlamlı fark saptanmadı. Tek değişkenli ve çok değişkenli analizde 30 yaşın altında tanı alanlarla karşılaştırıldığında ileri yaş, geç başvuru açısından anlamlı bulundu. Viral yükü 10000’in altında olan grupla karşılaştırıldığında geç başvuru ile artan viral yük arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Az sayıda birey içeren [damar içi ilaç kullanımı (13) ve nozokomiyal (10)] bulaş yolu kategorileri çıkarılarak yapılan çok değişkenli analizde: Erkeklerle seks yapan erkeklerle karşılaştırıldığında heteroseksüel yolla bulaş tek değişkenli analizde geç başvuru ile ilişkili iken, çok değişkenli analizde önemini yitirdi. Buna rağmen bulaş yolunu deklare etmeyen grupta anlamlı idi.

Tablo 1

Karakteristikler	Toplam (N=829)	Geç başvuru olmayan (n=476)	Geç başvuranlar (n=353)	p değeri
	<u>n</u> (%) veya Medyan (IQR)	<u>n</u> (%) veya Medyan (IQR)	<u>n</u> (%) veya Medyan (IQR)	
Cinsiyet				0.366
Erkek	733 (88.4)	425 (89.3)	308 (87.3)	
Kadın	96 (11.6)	51 (10.7)	45 (12.7)	
Yaş	34 (27-43)	32 (26-41)	37 (30-47)	<0.001
<30	309 (37.4)	212 (44.6)	97 (27.6)	
30-50	429 (51.9)	226 (47.6)	203 (57.7)	<0.001
>50	89 (10.8)	37 (7.8)	52 (14.8)	
Tanı periyodu				0.306
<2010	148 (17.9)	77 (16.2)	71 (20.1)	
2010-2016	360 (43.4)	214 (45)	146 (41.4)	
>2016	321 (38.7)	185 (38.9)	136 (38.5)	
Viral yük	86758.5 (30000- 291579)	64241.5 (24659- 262000)	120073 (45754- 396119)	<0.001
<10000	71 (8.8)	53 (11.3)	18 (5.4)	
10000-100000	355 (44)	223 (47.4)	132 (39.3)	<0.001
>100000	380 (47.1)	194 (41.3)	186 (55.4)	
Bulaş yolu				<0.001
Erkeklerle seks yapan erkekler	371 (44.8)	236 (49.6)	135 (38.2)	
Heteroseksüel	367 (44.3)	203 (42.6)	164 (46.5)	
Damar içi ilaç kullanımı	13 (1.6)	6 (1.3)	7 (2.0)	
Nozokomiyal	10 (1.2)	6 (1.3)	4 (1.1)	
Bilinmeyen	68 (8.2)	25 (5.3)	43 (12.2)	

HIV ile yaşayan bireylerin bazal karakteristik bilgileri

Tablo 2

Geç Başvurular/ Geç Başvuru olmayanlar	Tek Değişkenli Analiz	Tek Değişkenli Analiz	Çok Değişkenli Analiz	Çok Değişkenli Analiz
Değişkenler	OR (95% GA)	p değeri	OR (95% GA)	p değeri
Cinsiyet				
Erkek	Referans		Referans	
Kadın	1.22 (0.80-1.87)	0.366	1.25 (0.76-2.07)	0.380
Yaş				
<30	Referans		Referans	
30-50	1.96 (1.45-2.67)	<0.001	1.87 (1.34-2.61)	<0.001
>50	3.07 (1.89-4.99)	<0.001	2.52 (1.50-4.23)	<0.001
Tanı periyodu				
<2010	Referans			
2010-2016	0.74 (0.50-1.09)	0.125		
>2016	0.80 (0.54-1.18)	0.256		
Viral yük				
<10000	Referans		Referans	
10000-100000	1.74 (0.98-3.10)	0.059	2.05 (1.08-3.91)	0.029
>100000	2.82 (1.59-5.00)	<0.001	3.20 (1.69-6.06)	0.001
Bulaş yolu				
Erkeklerle seks yapan erkekler	Referans		Referans	
Heteroseksüel	1.41 (1.05-1.90)	0.022	1.15 (0.82-1.62)	0.410
Bilinmeyen	3.01 (1.76-5.14)	<0.001	2.33 (1.30-4.17)	0.005

Geç başvuru ile ilişkili faktörlerin çok değişkenli lojistik regresyon analizi

Sonuç: Marmara Üniversitesi Enfeksiyon hastalıklarında izlenen HIV ile yaşayan bireylerde geç başvuru % 40'ın üzerinde olup yıllar içinde iyileşme gözlenmemiştir. Erkeklerle seks yapan erkeklerin diğer gruplara göre daha erken başvurduğu, ileri yaşın ve yüksek viral yükün geç başvuru ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde erken tanı koymaya yönelik çabaların artarak devam etmesi gerekmektedir. Referanslar:1-Antinori A, Coenen T, Costagliola D, et al. Late presentation of HIV infection: a consensus definition. HIV Med. 2011;12(1):61-64. [PubMed] [Google Scholar]2-Late Presentation Working Groups in EuroSIDA and COHERE. Estimating the burden of HIV late presentation and its attributable morbidity and mortality across Europe 2010–2016. BMC Infect Dis. 2020;20(1):728.

Anahtar Kelimeler: Geç başvuru, HIV enfeksiyonu, Marmara Üniversitesi, HIV ile yaşayan birey, AIDS tanımlayıcı hastalık

SS-13

HIV İLE YAŞAYAN BİREYLERDE ARTAN UYUZ VAKALARI

Oğuzhan Acet¹, Hüsnü Pullukçu¹, Deniz Gökengin¹

¹Ege Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

Amaç: Uyuz vakaları son zamanlarda HIV ile yaşayan erkeklerle seks yapan erkekler (ESE) arasında giderek artmaktadır. Tedavi edilmediğinde hızla yayılarak salgına yol açabilir. Bu durum üzerinde SARS-CoV-2 pandemisinin ve pandemi döneminde sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlı olmasının büyük bir etkisi olmuştur. Bu çalışmanın amacı, karantinanın kaldırılmasından sonraki iki yıl içinde HIV ile yaşayan bireyler arasında görülen uyuz vakalarını gözden geçirmektir.

Yöntem: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı HIV polikliniğine 1 Ocak 2021 ile 30 Haziran 2023 tarihleri arasında ilk kez veya takip amacıyla başvuran tüm vakalar incelendi. Olgulara ait klinik ve laboratuvar bilgileri tıbbi kayıtlardan geriye dönük olarak değerlendirildi. Uyuz tanısı alan hastaların semptom süreleri, tedavi yöntemleri ve tedavi sonrası semptom süreleri kaydedildi.

Bulgular: Taranan 1283 hastadan 30'una (%2,3) uyuz tanısı konuldu. Hastaların hepsi erkekti ve 29'u ESE'ydi. Ortanca yaş $34 \pm 8,88$ (min:23-maks:64) yılı. Uyuz tanısı konulduğunda tüm vakaların CD4+ T lenfosit sayısı ≥ 200 hücre/mm³ idi. En sık başvuru semptomları kaşıntı (%100), makülopapüler döküntü (n:14, %46,6) ve tünel (n:4, %13,3). Tedavi öncesi ortalama semptom süresi $4 \pm 3,17$ haftaydı (min:1, max:12). Hastaların 23'üne topikal tedavi (%1,5 permetrin), 1'ine oral ivermektin tedavisi ve 6'sına oral ivermektin + topikal %1,5 permetrin tedavisi uygulandı. Ortanca tedavi döngüsü sayısı $2 \pm 0,80$ (min:1-maks: 4) bulundu. Tedavi sonrası semptomlar; kaşıntı (n:15, %50), kaşıntı ve makülopapüler döküntü (n:1, %3,3), kaşıntı ve kuru cilt (n:3, %10), kaşıntı, makülopapüler döküntü ve kuru cilt (n:1, %3,3).

Cinsiyet	s (%)
Kadın	0
Erkek	30
Yaş	Ortanca(min-max)
	34 (23-64)
Semptomlar	s (%)
Kaşıntı	30 (%100)
Makulopapüler döküntü	14 (%46,6)
Tünel	4 (%13,3)

Demografik özellikler ve tedavi öncesi semptomlar

Tablo 2

Tedavi	<u>s</u> (%)
%1,5 permetrin	23 (%76,6)
Oral ivermektin	1 (%3,3)
Oral ivermektin + %1,5 permetrin	6 (%20)
Tedavi sonrası semptomlar	<u>s</u> (%)
Kaşıntı	15 (%50)
Kaşıntı ve makulopapüler döküntü	1 (%3,3)
Kaşıntı ve kuru cilt	3 (%10)
Kaşıntı, makulopapüler döküntü ve kuru cilt	1 (%3,3)

Tedavi rejimleri ve tedavi sonrası semptomlar

Sonuç: Uyuz, HIV ile yaşayan ESE'ler arasında önemli bir sağlık sorunu haline geldi. Uyuz düşündürülen klinik bulgular açısından ESE'lerin sorgulanması, dikkatli fizik muayene yapılması, uygun tedaviye hemen başlanması ve yakın takip edilmesi enfeksiyonun yayılmasının ve tedaviye direnç gelişiminin önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: HIV, Uyuz, HIV ile yaşayan birey

SS-15

EKMUD HIV ÇALIŞMA GRUBU KOHORT VERİLERİ

Özgür Günel¹, Aliye Baştuğ², Mustafa Kemal Çelen³, Çiğdem Mermutluoğlu³, Gönül Çiçek Şentürk⁴, Nesibe Korkmaz⁴, Tuba Damar Çakırca⁵, Deniz Özer⁶, İlknur Erdem⁷, Bircan Kayaaslan⁸, Fatma Eser⁸, Mehmet Cabalak⁹, Veysel Akca¹⁰, Alper Tahmaz¹¹, Ayhan Akbulut¹², Hatun Öztürk Çerik¹³, Nevin Ince¹⁴, Recep Balık¹⁵, İlkey Karaoğlu¹⁶, Derya Öztürk Engin¹⁷, Fatma Yılmaz Karadağ¹⁷, Yeliz Özdemir¹⁸, Ayşegül Ulu Kılıç¹⁹, Gülten Eser Karlıdağ²⁰, Figen Sarıgül²¹, Muhammed Bekçibaşı²², Emine Ünal Evren²³, Behice Kurtaran²⁴

¹Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

²SBÜ, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

³Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

⁴SBÜ, Ankara Etlik Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

⁵Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

⁶Manisa Celal Bayar Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

⁷Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

⁸Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

⁹Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

¹⁰Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

¹¹Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

¹²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

¹³Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

¹⁴Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

¹⁵Göztepe Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

¹⁶Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

¹⁷SBÜ, Sancaktepe Eğitim Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

¹⁸İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

¹⁹Kayseri Erciyes Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

²⁰SBÜ, Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

²¹Antalya Vakıf Yaşam Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

²²Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

²³Girne Üniversitesi, Dr. Suat Günsel Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

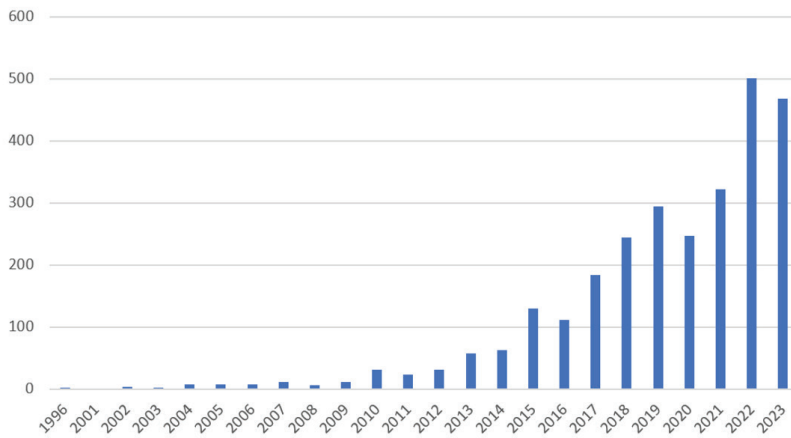
²⁴Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

Amaç: Ülkemizde HIV ile yaşayan birey sayısı giderek artmaktadır. Enfekte kişilerin erken dönemde saptanması ve uygun tedavi başlanması yaşam kalitesi ve süresini arttırmaktadır. Bu çalışmamızda Türkiye EKMUD HIV Çalışma Grubunda yer alan ve planlanan süre içinde veri sağlayabilen merkezler tarafından takip ve tedavisi yapılan hastaların demografik özellikleri sunulmuştur.

Yöntem: EKMUD HIV Çalışma Grubunda yer alan 23 merkez tarafından takip ve tedavisi yapılan hastaların demografik özellikleri ve kullandıkları ilaçlar retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Veriler IBM SPSS Statistics 25.0 istatistik paket programında değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler olarak birim sayısı(n), yüzde(%), ortalama±standart sapma ($\bar{x} \pm ss$), olarak raporlandı.

Bulgular: Çalışmaya 1999-2023 yılları arasında tanı ve takibi yapılan 3172 hasta dahil edilmiştir. Hastaların 2474'ü erkek (%72), 697'si kadın (%22) olup, kadın/erkek hasta oranı ülkemizde yapılan diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Hastaların ortalama yaşı 38.96 ± 12.71 (10-80) olarak belirlenmiştir. Yeni tanı alan hasta sayısının yıllar içerisinde artış gösterdiği, farklı olarak pandemi döneminde özellikle de 2020 yılında yeni tanı alan hasta sayısında bir önceki yıla göre belirgin bir azalma olduğu gözlenmiştir. Bu yılın ilk dokuz aylık dönemindeki yeni hasta sayısı geçen yılki sayılara yaklaşımıştır (Grafik 1). Hastaların mutlak CD4 sayısı ortalaması $430,02 \pm 302,76$ olarak hesaplanırken, sadece %12,9'unda AIDS tablosunun olduğu belirlenmiştir. Bu durum bize HIV ile yaşayan bireylerin daha erken evrelerde tanı aldığını göstermektedir. Tüm hastaların %7,4'ünde (n=234) fırsatçı enfeksiyon saptanırken; en sık görülen fırsatçı enfeksiyonlar sırası ile tablo 1'de verilmiştir. Yine hastaların %17,5'inde (n=555) sifiliz, hepatit B ve hepatit C ile koenfeksiyon saptanırken, oranları sırasıyla %12,8 (n=407); %4,5 (n=142) ve %0,8 (n=25) olarak hesaplanmıştır. En sık kullanılan tedaviler sırası ile %36,2 (n=1148) oranı ile TAF+FTC+BIC, %28,1 (n=891) oranı ile TDF+FTC+DTG ve %10,8 (n=344) oranı ile TAF+FTC+ELV/c olmuştur. Hastaların aldığı diğer tedavilerin oranları Tablo 2'de verilmiştir. Hastalarımızın %92,2'si (n=2920) düzenli olarak takiplerine gelirken, %5,5'lik bir hasta grubunun takipte kalmadığı belirlenmiştir. Ayrıca takipler sırasında hastaların %2,3'ünün (n=73) hayatını kaybettiği kaydedilmiştir.

Grafik 1: Yıllara Göre Yeni Tanı Alan Hasta Sayısı



Tablo 1: Fırsatçı enfeksiyonlar

Fırsatçı Enfeksiyonlar	Hasta Sayısı	Hasta Yüzdesi
Tüm fırsatçı enfeksiyonlar	234	7.4
Tüberküloz	47	1.5
PCP	44	1.4
Orofaringeal Kandidoz	56	1.8
Toksoplazmoz	22	0.7
CMV Pnömonisi	15	0.5
CMV Özefajiti	56	1.8
CMV Retiniti	7	0.2
Kriptokokal enfeksiyon	8	0.3
Zona Zoster	5	0.2
CMV Ensefaliti	2	0.1
CMV Koliti	3	0.1
Bartonella enfeksiyonu	3	0.1
HHV6 enfeksiyonu	1	0.0

Tablo 2: Hastaların aldığı tedaviler

TEDAVİ	Hasta Sayısı	Hasta Yüzdesi
TAF+FTC+BIC	1148	36.2
TDF+FTC+DTG	891	28.1
TAF+FTC+ELV/c	344	10.8
ABC+3TC+DTG	278	8.8
3TC+DTG	227	7.2
TDF+FTC+RAL	130	4.1
TDF+FTC+EFV	53	1.7
YOK (henüz tedavi almayan)	42	1.3
TDF+FTC+LV/r	35	1.1
TDF+FTC+DRV+R	10	0.3
RAL+DRV+R	7	0.2
EFV+3TC+ZDV	2	0.1
EFV+LPV/r	2	0.1
3TC+RAL	2	0.1

Sonuç: Ülkemizde HIV ile yaşayan birey sayısı artmakta iken bu hastaların tanı ve tedavisini yapan merkez ve hekim sayısının da artıyor olması hem hastaların tedavisi, hem de toplum sağlığı açısından önemli bir gelişmedir. EKMUD HIV Çalışma Grubu da ülkemizdeki enfeksiyon hastalıkları yüksek lisans öğrencileri ve uzmanları arasında iş birliği ve bilgi paylaşımı yanında, ulusal ve uluslararası çalışmalar yaparak bilimsel literatüre katkı sağlamayı ve HIV enfeksiyonu yönetimi hakkında sürekli mesleki gelişim programları ile enfeksiyon hastalıkları uzmanlarını yetkin hale getirmeyi amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: HIV, Epidemiyoloji

SS-16

COVID-19 PANDEMİSİNİN HIV'LE YAŞAYAN KİŞİLERDE GEÇ DÖNEMDE BAŞVURU, FIRSATÇI İNFEKSİYON VE AIDS TANIMLAYICI MALİGNİTE SIKLIĞINA ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Selva Ala-Selek¹, Aysun Benli², Seniha Başaran², Arif Atahan Çağatay², Halit Özsüt²

¹SBÜ İstanbul Bağıcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

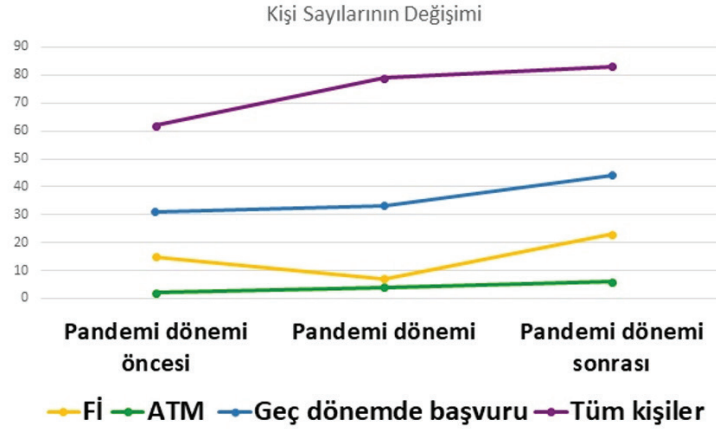
²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Amaç: Ülkemizde HIV ile yaşayan kişi sayısındaki artış devam etmekte ve kişilerin çoğu sağlık merkezine infeksiyonun geç döneminde başvurmaktadır. Geç dönemde başvuru, fırsatçı infeksiyon (Fİ) ve AIDS tanımlayıcı malignite (ATM) sıklığında artışla birlikte birçok sorunu beraberinde getirmektedir. COVID-19 pandemisi sırasında sağlık hizmetine erişimin aksaması da bu kişilerin erken dönemde tanı alma ihtimalini azaltan faktörlerden biridir. Bu kişilerin pandemi dönemi sonrasında sağlık merkezine geç dönemde başvurması, Fİ ve ATM görülme oranında artış olması beklenmektedir. Bu çalışmada merkezimizde takip edilen HIV ile yaşayan kişilerde COVID-19 pandemisinin Fİ, ATM ve geç dönemde başvuru sıklığına etkisinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Merkezimize Ocak 2018-Ocak 2023 tarihleri arasında başvurmuş, tanısı Western Blot testiyle doğrulanmış kişilerin demografik ve klinik özellikleri önceden hazırlanmış formlara retrospektif olarak girildi. Fİ tanısı için 2022 yılı EACS kılavuzunda “kesin” veya “olası” Fİ tanı ölçütleri esas alındı. Kaposi sarkomu, Hodgkin dışı lenfoma ve invazif serviks kanseri “ATM” olarak belirlendi. Geç dönemde başvuru, kişilerin başvuru anında CD4+ T lenfosit sayısı <350 /µl veya AIDS tanımlayıcı hastalığı olması durumu olarak tanımlandı. Pandemi dönemi öncesi 1 Ocak 2018-11 Mart 2020, pandemi dönemi 12 Mart 2020-17 Mayıs 2021, pandemi dönemi sonrası 18 Mayıs 2021-31 Aralık 2022 olarak belirlendi. Sürekli değişkenlerin iki grup arası analizinde Mann-Whitney U, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson χ^2 ve Fisher’in kesin testi kullanıldı, p değeri <0.05 ise anlamlı kabul edildi.

Bulgular: HIV ile yaşayan 246 kişi çalışmaya dahil edildi. Bu kişilerin 226 (%91.9)’sı erkek, 20 (%8.1)’si kadın, yaş ortalaması 39’du. Kişilerin 128 (%52)’i merkezimize geç dönemde başvurdu. Fİ tanılı 49 (%19.9), ATM tanılı 14 (%5.7) kişi vardı. En sık görülen Fİ orofaringeal kandidiyaz (%36.1), CMV hastalığı (%26.5), tüberküloz (%13.2) ve PCP (%7.3) idi. Kaposi sarkomu sıklığı %3.7, Hodgkin-dışı lenfoma sıklığı %2 idi. Pandemi dönemi öncesinde geç dönemde başvuru oranı %50, Fİ oranı %24.2, ATM oranı %3.4 idi. Bu oranlar sırasıyla pandemi döneminde %41.8, %8.9 ve %5.1 ve pandemi dönemi sonrasında %53, %27.7 ve %7.2 idi (Şekil 1). Pandemi dönemi sonrasında pandemi dönemine kıyasla geç dönemde başvuru, Fİ ve ATM sıklığında artış olduğu görüldü (p değerleri sırasıyla 0.0897, 0.007, 0.565) (Tablo 1).

Fİ tanılı, ATM tanılı ve geç dönemde başvuran kişi sayılarının COVID-19 pandemi dönemlerine göre değişimi



Fİ, ATM ve geç dönemde başvuru oranlarının pandemi dönemlerine göre karşılaştırılması

	Pandemi dönemi öncesi	Pandemi dönemi	Pandemi dönemi sonrası	P değeri
Fİ Tanılı Kişiler, sayı (%)	15 (%24.2)	7 (%8.9)	23 (%27.7)	0.007
ATM Tanılı Kişiler, sayı (%)	2 (%3.2)	4 (%5.1)	6 (%7.2)	0.340
Geç Dönemde Başvuran Kişiler, sayı (%)	31 (%50)	33 (%41.8)	44 (%53)	0.565
Tüm Kişiler, sayı (%)	62 (%100)	79 (%100)	83 (%100)	

Sonuç: Ülkemizde HIV ile yaşayan kişilerde geç dönemde başvuru oranı oldukça yüksektir ve COVID-19 pandemisi sebebiyle kişilerin sağlık hizmetine erişiminin aksaması pandemi dönemi sonrasında HIV ile yaşayan kişilerde geç dönemde başvuru, Fİ ve ATM oranında artışa neden olmuştur. Bu artışın gösterilmesi COVID-19 pandemisinin etkileri sebebiyle daha sık karşılaşacağımız bu kişilerin tespiti ve enfeksiyonun kontrolü için yeni stratejilerin geliştirilmesinin önünü açabilir.

Anahtar Kelimeler: Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), Coronavirus Disease-19 (COVID-19), fırsatçı enfeksiyon, geç dönemde başvuru, malignite

SS-17

HIV İLE YAŞAYAN İLERİ YAŞLI KİŞİLERDE MULTİMORBİDİTE VE POLİFARMASİNİN ARAŞTIRILMASI

Nazife Duygu Demirbaş¹, Ceren Atasoy Tahtasakal¹, Özlem Gül¹, Okan Derin¹, Umut Özgür¹, Ahsen Öncül¹, Hüsrev Diktaş¹, Dilek Yıldız Sevgi¹

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Amaç: İnsan immun yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu, tüm dünyada en önemli sağlık sorunlarından biri olmaya devam etmektedir. İleri yaş grubunda tanı oranının ve yüksek etkinlikli antiretroviral tedavinin (ART) kullanıma girmesi ile yaşam süresindeki artış; HIV/AIDS ile yaşayan ileri yaşlı kişilerin sayısında artışa sebep olmaktadır. Bu hastalarda sistemik ve metabolik komplikasyonlar daha sık görülmeye başlamıştır. Artan komorbiditeler sonucu hastalarda polifarmasi yükü ve ilaç-ilaç etkileşimine bağlı sorunların ortaya çıktığı görülmektedir. Çalışmanın temel amacı, HIV ile yaşayan ileri yaşlı kişiler arasında komorbiditeler, multimorbidite ile polifarmasi prevalansını ve risk faktörlerini araştırmaktır.

Yöntem: Çalışma, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde kesitsel bir analiz olarak yapıldı. Çalışmaya 50 yaş ve üzeri, en az altı ay boyunca antiretroviral tedavi kullanan HIV ile yaşayan kişiler dahil edildi ve hastalar 50-59 yaş ve 60 yaş ve üstü olarak iki gruba ayrıldı. Hastaların demografik özellikleri, CD4 hücre sayıları, CD4/CD8 oranı, plazma HIV RNA viral yükü değişkenleri irdelendi. HIV enfeksiyonunun süresi, tanı ile son ziyaret arasındaki süre olarak hesaplandı; 10 yıl altı ve 10 yıl veya üstü olarak sınıflandırıldı. Komorbid hastalıklar ve polifarmasi değerlendirmesinde ilaç kullanımına ilişkin bilgiler hasta dosyalarından ve hastanede kayıtlarından toplandı. İlaçlar 'Anatomic Therapeutic Chemical Classification' kullanılarak kategorize edildi. Hem ART hem de ART olmayan kombinasyonlar için bileşenler ayrı ayrı sayıldı ve analiz edildi. Polifarmasi beş veya daha fazla ilaç kullanımı olarak, multimorbidite ise iki ve daha fazla komorbid durumun varlığı olarak tanımlandı. ARV ve ARV olmayan ilaçlar arasındaki etkileşimleri belirlemek için Liverpool Üniversitesi HIV ilaç etkileşimleri veri tabanı (www.hiv-druginteractions.org) kullanıldı.

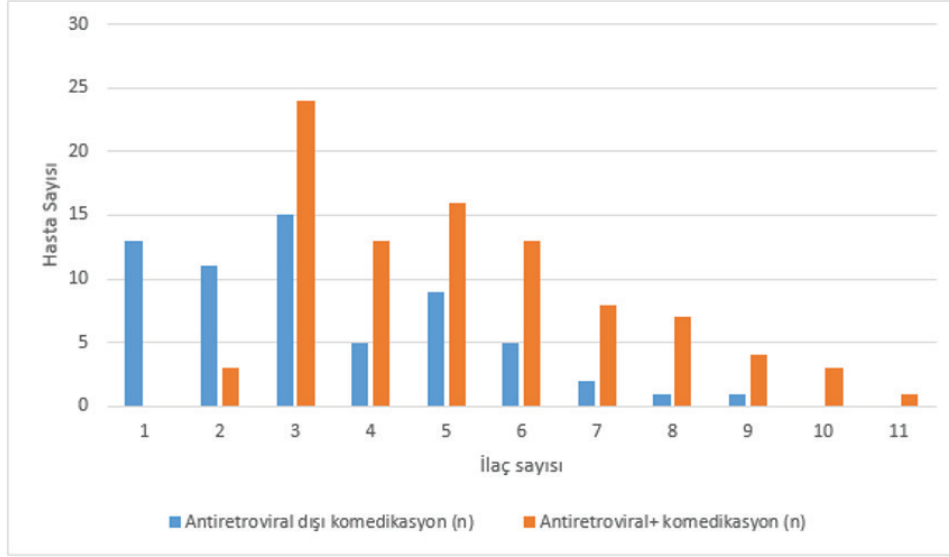
Bulgular: Çalışmaya 1 Eylül 2023 ve 15 Ekim 2023 tarihleri arasında takip edilen 92 hasta dahil edildi, bunların 84 (%91)'ü erkek, 8 (%9)'i kadındı. Hastaların 70 (%76)'i 50-59 yaş aralığında iken, 22 (%24)'si 60 yaş ve üstüydü. Hastaların demografik ve laboratuvar verileri tablo 1'de gösterilmiştir. HIV süresi 10 yıl ve üstü 28 (%30.5) hasta tespit edildi. Hastaların ortalama CD4 değerleri 515 (12-1608) hücre/mm³ olup, %83,6 (n=77)'sında ise HIV-RNA viral yükü 50 kopya/mL'nin altında saptandı. Olguların 49 (%53)'üne en az bir komorbid hastalık eşlik etmekteydi ve 24 (%26)'ünde multimorbidite mevcuttu. En sık görülen ek hastalıklar sırasıyla hipertansiyon (n=22), diyabetes mellitus (n=16), dislipidemi (n=15), koroner arter hastalığı (n=14), osteoporoz (n=7), benign prostat hiperplazisi (n=5) idi. En sık kullanılan ilaç sınıfları sırasıyla vitaminler (n=26), antidiyabetikler (n=22), antiagregan-antikoagülanlar (n=21), antiasitler (n=15), antiinfektifler (n=15), beta-blokerler (n=13), antilipitler (n=13)'den oluşmaktaydı. Polifarmasi ART dahil edildiğinde 52 (%53,5) hastada, ART hariç komedikasyonlarda 18 (%19,5) hastada tespit edildi (tablo 2). Yaş grupları ve HIV süresi ile multimorbidite ve polifarmasi arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktaydı. ART dışı ilaç kullanım öyküsü olan 62 hastanın %27,4 (n=17)'ünde toplam 21 farklı ilaç-ilaç etkileşimi saptandı. Bunların %81 (n=17)'i reçeteli ilaçlar arasında oluşan, %19 (n=4)'u hastaların kullandığı reçetesiz ilaçlar ile oluşan

etkileşimlerdi. Etkileşimlerin altısı potansiyel zayıf etkileşim iken 15'i potansiyel orta etkileşimdi, ciddi etkileşim hiçbir hastada görülmedi. Dokuz (%9,7) hastada ise en az bir reçetesiz ilaç kullanımı mevcuttu, bu ilaçların tümü vitamin-mineral desteği idi.

Tablo 1: Yaş Gruplarına Göre Hasta Karakteristikleri

	TOPLAM N= 92	50-59 YAŞ N= 70	≥60 YAŞ N = 22	P-VALUE
Yaş	54.0	53.0	64.5	<0.001
Cinsiyet				>0.9
Erkek	84 (91%)	64 (91%)	20 (91%)	
Kadın	8 (8.7%)	6 (8.6%)	2 (9.1%)	
Eğitim Düzeyi				0.5
Okur-yazar değil	5 (5.6%)	3 (4.4%)	2 (9.1%)	
İlkokul-ortaokul	43 (48%)	30 (44%)	13 (59%)	
Lise	10 (11%)	8 (12%)	2 (9.1%)	
Üniversite	32 (35.1%)	27 (39.5%)	5 (23%)	
Bilinmeyen	2	2	0	
Bulaş yolu				0.5
Heteroseksüel	44 (48%)	31 (44%)	13 (59%)	
MSM	38 (42%)	31 (44%)	7 (32%)	
Bilinmeyen	10 (11%)	8 (11.5%)	2 (9.1%)	
BMI	26.2	26.4	25.2	0.3
Sigara kullanımı				0.062
Yok	43 (52%)	29 (46%)	14 (70%)	
Var	40 (48%)	34 (54%)	6 (30%)	
Bilinmeyen	9	7	2	
Alkol kullanımı				0.2
Yok	56 (67%)	40 (63%)	16 (80%)	
Var	27 (33%)	23 (37%)	4 (20%)	
Bilinmeyen	9	7	2	
Hepatit B koenfeksiyonu				>0.9
Yok	80 (87%)	61 (87%)	19 (86%)	
Var	12 (13%)	9 (13%)	3 (14%)	
Hepatit C koenfeksiyonu				0.4
Yok	90 (98%)	69 (99%)	21 (95%)	
Var	2 (2.2%)	1 (1.4%)	1 (4.5%)	

Tablo 2: Hastaların komedikasyon sayıları



Sonuç: Etkin ART ile birlikte, HIV ile yaşayan kişilerde hayatta kalım süresi artarak eşlik eden komorbid hastalıkların prevalansında ve kullanılan ilaç sayısında artış görülmektedir. Çalışmamızda da eşlik eden komorbidite sıklığının yüksek olması hastaların tedavi yönetiminde; başarılı virolojik baskılanma ile birlikte, komorbid hastalıkların yönetiminde son derece önemli olduğunu göstermektedir. En sık kullanılan ilaç grubunun vitamin sınıfı olması ve bunların çoğunun reçetesiz kullanılması, hastaların kullandığı reçetesiz destek tedavileri açısından da yakın takibini gerekli kılmaktadır. ART ilaçları ile birlikte değerlendirildiğinde saptanan yüksek polifarmasi oranı, hastaların karşılaştığı polifarmasi yükünü ortaya koymaktadır. Çalışmamızda saptanan ilaç-ilaç etkileşimlerinin büyük kısmı reçete edilen ilaçlardır. ARV ve yaygın olarak reçete edilen ilaçlar arasındaki ilaç etkileşimlerinin mekanizmalarının anlaşılması, doz değişikliklerinin, ilaçların olumsuz etkilerinin yakından izlenmesinin ve virolojik başarısızlık açısından hastanın viral yükünün dikkatle izlenmesinin gerekliliğini belirlemek son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: HIV, Polifarmasi, Multimorbidite

SS-18

KESİŞİMSSEL DAMGALAMA: HIV İLE İLİŞKİLİ İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMA VE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ HOMOFOBİNİN DEPRESYON ÜZERİNDEKİ KARŞILIKLI ETKİSİ

İlayda Akınkoç¹, Arzu Nazlı², Hamed A. Ranjbar¹, Salih Atakan Nemli³, A. Nejat Ghaffari**, Merve Mert⁴, Nur Miray Ayhan³, Deniz Gökengin⁴, Bülent Turhan¹

¹Koç Üniversitesi İnsani Bilimler ve Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

³Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

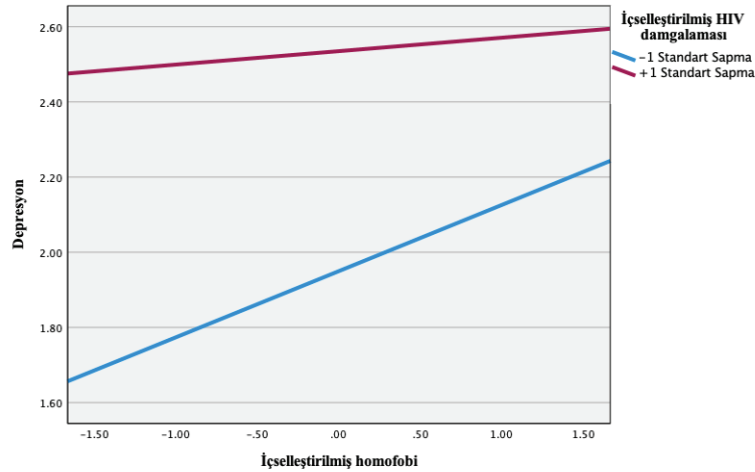
⁴Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Amaç: HIV ile yaşayan kişilere yönelik olumsuz duygu ve düşüncelerin bu kişiler tarafından da kabullenilmesi, bu kişilerin damgalamayı içselleştirmesine ve buna bağlı olumsuz etkilere maruz kalmalarına neden olabilmektedir. Kesişimsel damgalama teorisine göre, farklı nedenlere bağlı damgalamaların birbirinden bağımsız etkileri olabileceği gibi, değişik damgalama türlerinin bir arada bulunmasının sinerjistik etkileri de olabilir. Bu çalışma, HIV ve eşcinsellik ile ilgili içselleştirilmiş damgalamanın depresyon seviyeleri üzerindeki karşılıklı etkisini araştırmayı amaçlamaktadır.

Yöntem: Üç farklı merkezde izlenen HIV ile yaşayan kişilerde HIV ile ilişkili içselleştirilmiş damgalamanın, içselleştirilmiş homofobi ve depresyon seviyeleri güvenilir ölçekler yoluyla ölçülmüştür. Depresyon bağımlı değişken, HIV ile ilişkili içselleştirilmiş damgalama bağımsız değişken, içselleştirilmiş homofobi düzenleyici (moderatör) değişken, yaş, verinin toplandığı merkez ve cinsiyet ise kontrol değişkenleri olarak alınıp regresyon analizi yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya alınan 381 olguda HIV ile ilişkili içselleştirilmiş damgalama ve içselleştirilmiş homofobi seviyeleri diğer ülkelerdekinden daha yüksektir (sırasıyla $M = 2.26$, $SD = .91$ ve $M = 2.3$, $SD = 1.11$). Depresyon seviyelerinin bağımlı değişken olarak kullanıldığı regresyon analizinde, HIV ile ilişkili içselleştirilmiş damgalama, içselleştirilmiş homofobi ve ikisinin etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla $B = .35$, $p < .001$; $B = .10$, $p = .01$ ve $B = -.08$, $p = .03$). HIV ile ilişkili içselleştirilmiş damgalamanın, içselleştirilmiş homofobi ve depresyon arasındaki ilişkide üstlendiği düzenleyici rol Şekil 1’de tanımlanmıştır.

Şekil 1 HIV ile ilişkili içselleştirilmiş damgalamanın, içselleştirilmiş homofobi ve depresyon arasındaki ilişkide üstlendiği düzenleyici rol



Şekil 1 Not: HIV ile ilişkili içselleştirilmiş damgalama, ortalamanın bir standart sapma altında olduğunda içselleştirilmiş homofobi ve depresyon arasındaki ilişki anlamlıdır ($B = .18, p = .005$; Şekil 1 mavi çizgi). Ancak HIV ile ilişkili içselleştirilmiş damgalama, ortalamanın bir standart sapma üstünde olduğunda içselleştirilmiş homofobi ve depresyon arasındaki ilişki anlamlılığını yitirmektedir ($B = .04, p = .41$; Şekil 1 kırmızı çizgi). HIV ile ilişkili içselleştirilmiş damgalamanın ortalamanın bir standart sapma üstünde olduğu son durumda içselleştirilmiş homofobi düzeyinden bağımsız olarak öngörülen depresyon puanları çok yüksektir.

Sonuç: HIV ile ilişkili içselleştirilmiş damgalama ve içselleştirilmiş homofobinin depresyon üzerinde birbirinden bağımsız etkileri olduğu ve HIV ile ilişkili içselleştirilmiş damgalamanın, içselleştirilmiş homofobi ile depresyon arasındaki ilişkide düzenleyici rolü bulunduğu ve depresyon üzerindeki etkisinin daha güçlü olduğu anlaşılmıştır. Bu bulgular, toplum tarafından damgalanan özelliklere sahip kişilerin psikolojik sağlığını anlamada araştırmacılara ışık tutabilir.

Anahtar Kelimeler: HIV, damgalama, homofobi, depresyon, içselleştirilmiş damgalama

SS-19

KABOTEGRAVİR + RİLPİVİRİN UZUN ETKİLİ ENJEKTABL ANTİRETROVİRAL TEDAVİ REJİMİNİN; CİNSİYET, YAŞ, IRK VE VÜCUT KİTLE İNDEKSİNE GÖRE ALT GRUP ANALİZLERİ (FAZ 3B SOLAR ÇALIŞMASI)

Beng Eu¹, Shinichi Oka², James Sims³, Vicente Estrada⁴, Mehri McKellar⁵, Juan Flores⁶, Anja Potthoff⁷, Lori A. Gordon⁸, Denise Sutherland-Phillips⁸, Kenneth Sutton⁸, Christine L. Latham⁸, Alessandro Berni⁹, Rimgaile Urbaityte⁹, Rodica Van Solingen-Ristea¹⁰, Ronald D'Amico⁸, Harmony P. Garges⁸, Kimberly Smith⁸, Jean van Wyk¹¹, Gürcan Paracıklı¹²

¹Prahran Market Clinic, Melbourne, Victoria, Avusturalya

²AIDS Clinical Center, National Center for Global Health and Medicine, Tokyo, Japonya

³St. Hope Foundation, Houston, TX, ABD

⁴Hospital Clínico San Carlos, Madrid, İspanya

⁵Duke University School of Medicine, Durham, NC, ABD

⁶Infectious Disease Unit, Internal Medicine Department, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, İspanya

⁷Department of Dermatology, Venereology and Allergology, Interdisciplinary Immunological Outpatient Clinic, Center for Sexual Health and Medicine, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Almanya

⁸ViiV Healthcare, Durham, NC, ABD

⁹GSK, Brentford, Birleşik Krallık

¹⁰Janssen Research & Development, Beerse, Belçika

¹¹ViiV Healthcare, Brentford, Birleşik Krallık

¹²GSK, İstanbul, Türkiye

Amaç: Kabotegravir + rilpivirin (CAB + RPV), virolojik olarak baskılanmış HIV-1 ile enfekte bireylerde 2 ayda bir (Q2M) enjektabl uygulanan uzun etkili (LA) bir antiretroviral tedavi rejimidir. Randomize, çok merkezli, açık etiketli, Faz 3b SOLAR (NCT04542070) Çalışması, HIV-1 ile yaşayan ve virolojik olarak baskılanmış ART deneyimli kişilerde, günlük oral biktegravir / emtrisitabin / tenofovir alafenamid (BIC/FTC/TAF)'ten, 2 ayda bir enjektabl uzun etkili kabotegravir + rilpivirin (CAB+RPV LA)'e geçilmesinin, BIC/FTC/TAF'ye devam etmeye kıyasla 12 ay boyunca virolojik etkililiğini eş etkili şekilde sürdürdüğünü göstermiştir. CAB + RPV LA kullanan katılımcıların %90'ı, 12 ay sonunda, günlük oral tedaviye kıyasla bu rejimi tercih etmişlerdir. Bu bildiride, CAB + RPV LA kullanan kişilerde, yaş, cinsiyet, ırk ve vücut kitle indeksi (VKİ) gibi önemli alt gruplardaki etkililik ve güvenlilik sonuçları sunulmaktadır.

Yöntem: SOLAR Çalışması'nda, CAB + RPV LA kolundaki katılımcılardan elde edilen veriler; cinsiyet, yaş, ırk ve VKİ'ye göre analiz edilmiştir. 12. ayda değerlendirilen sonlanım noktaları şunlardır: 1. Plazma HIV-1 RNA ≥ 50 kopya / mL ile < 50 kopya / mL (FDA anlık durum algoritması) oranı 2. Doğrulanmış virolojik başarısızlık (DVB; iki ardışık HIV-1 RNA ≥ 200 kopya / mL) insidansı. 3. CD4+ hücre sayımlarında başlangıca göre değişiklik oranı. 4. Kişinin HIV durumunun ifşa olması korkusunu, tedavi uyumuna bağlı yaşadığı endişeyi ve oral tedavilerin HIV durumuna ilişkin günlük hatırlatıcı etkisini ölçen 3 adet münferit soruya (F.A.D. Soruları) hasta tarafından verilen yanıtların oranı.

Bulgular: SOLAR Çalışması kapsamında, toplam 447 katılımcı (modifiye edilmiş ITT-E popülasyon) CAB + RPV LA antiretroviral tedavisi kullanmıştır. Katılımcıların %17'si kadın cinsiyette, %19'u 50 ve üzeri yaş grubunda, %69'u beyaz ırk ve %21'i ≥ 30 kg/m² VKİ oranına sahiptir. 12. ayda alt gruplar arasında, CAB + RPV LA ile virolojik yanıtızsızlık (HIV-1 RNA ≥ 50 kopya / mL) oranı %0-2 ve virolojik baskılanma (HIV-1 RNA < 50 kopya / mL) oranı %89-92 aralığında saptanmıştır. 447 katılımcının 2'sinde ($< 1\%$) doğrulanmış virolojik başarısızlık gözlemlenmiştir. CD4+ hücre sayımlarında başlangıca göre değişiklikler, alt gruplar arasında benzer saptanmıştır. CAB + RPV LA tedavisi altında geçirilen 12 ayın ardından, üç F.A.D. sorusu için "hiçbir zaman"/"nadiren" şeklinde yanıt veren katılımcıların oranı, tüm alt gruplarda başlangıca göre olumlu değişiklikler göstermiştir. F.A.D. sorularının detayı ve diğer sonuçlar Tablo'da sunulmuştur.

Sonuç: Bu alt grup analizinden elde edilen sonuçlara göre, günlük oral BIC/FTC/TAF tedavi rejiminden, iki ayda bir uygulanan uzun etkili enjektabl CAB + RPV LA tedavi rejimine geçilmesi, cinsiyet, yaş, ırk veya VKİ'den bağımsız olarak BIC/FTC/TAF'de kalınmasına kıyasla eş etkili bir antiretroviral tedavi seçeneğidir. Bunlarla beraber, HIV durumunun ifşa olması korkusu, tedavi uyumu endişesi ve oral tedavilerin günlük HIV durumu hatırlatıcısı olması gibi F.A.D. faktörlerinin tamamında olumlu değişiklikler sağlamıştır.

SOLAR Çalışması 12. Ay Sonuçları (Modifiye edilmiş ITT-E Popülasyon*)

	Cinsiyet†	Cinsiyet†	Yaş (Yıl)	Yaş (Yıl)	Yaş (Yıl)	İrk	İrk	VKİ (kg/m ²)	VKİ (kg/m ²)
	Kadın (n=77)	Erkek (n=370)	<35 (n=192)	35-49 (n=169)	≥ 50 (n=86)	Beyaz (n=307)	Beyaz olmayan (n=140)	<30 (n=354)	≥ 30 (n=93)
HIV-1 RNA Seviyesi, n (%)‡									
<50 kopya/mL	71 (92)	332 (90)	172 (90)	153 (91)	78 (91)	278 (91)	125 (89)	318 (90)	85 (91)
≥ 50 kopya/mL	0	5 (1)	4 (2)	1 (<1)	0	4 (1)	1 (<1)	4 (1)	1 (1)
CD4+ Sayısı, hücre/mm ³									
Başlangıç	680.9	668.8	678.2	680.9	634.8	675.8	660.0	651.5	744.7
Başlangıçtan 12.	37.5	34.8	44.5	25.7	33.2	34.6	36.7	27.8	63.6
Aya Ortalama (SS) Değişim	(250.7)	(213.2)	(224.0)	(238.6)	(166.4)	(225.2)	(208.2)	(209.8)	(253.6)
Doğrulanmış Virolojik Başarısızlık, n (%)§	0	2 (<1)	2 (<1)	0	0	2 (<1)	0	2 (<1)	0
İfşa Korkusu, n/n (%)¶									
Başlangıç (Hiçbir zaman/Nadiren)	27/77 (35)	169/370 (46)	83/192 (43)	71/169 (42)	42/86 (49)				
12. Ay (Hiçbir zaman/Nadiren)	40/74 (54)	206/335 (61)	113/174 (65)	87/156 (56)	46/79 (58)				

Tedavi Uyumu Endişesi, n/n (%)									
Başlangıç (Hiçbir zaman/Nadiren)	35/77 (45)	177/370 (48)	90/192 (47)	73/169 (43)	49/86 (57)				
12. Ay (Hiçbir zaman/Nadiren)	47/74 (64)	234/335 (70)	123/174 (71)	95/156 (61)	63/79 (80)				
HIV Durumunun Günlük Hatırlatıcısı Olması, n/n (%)									
Başlangıç (Hiçbir zaman/Nadiren)	27/77 (35)	214/370 (58)	107/192 (56)	87/169 (51)	47/86 (55)				
12. Ay (Hiçbir zaman/Nadiren)	31/74 (42)	198/335 (59)	98/174 (56)	82/156 (53)	49/79 (62)				

VKİ, vücut kitle indeksi; ITT-E, Intention-to-treat exposed; LA, uzun etkili; SS, standart sapma. *Bir çalışma merkezinde protokol ihlali sebebiyle, ilgili merkezden çalışmaya dahil edilen 11 katılımcının tamamı 12. ay analizinden önce çalışmadan çıkarılmıştır. †1 transseksüel erkek, 9 transseksüel kadın ve 1 cinsiyet varyantı veya uygun olmayanı içerir. ‡FDA anlık durum algoritması. §HIV-1 RNA'nın art arda iki ölçümünün ≥ 200 kopya/mL saptanması olarak tanımlanmıştır. Ayrıca, doğrulanmış virolojik başarısızlık kriterlerini karşılayan VKİ ≥ 30 kg/m² olan, 35-49 yaş grubunda, beyaz ırk bir erkek katılımcı analizden çıkartılmıştır. ¶“Mevcut HIV tedaviniz nedeniyle insanların HIV durumunuzu istemeden öğrenmesinden ne sıklıkla endişeleniyorsunuz?” ■“HIV ilacınızı almayı unutmaktan ne sıklıkla endişeleniyorsunuz?” **“HIV ilaçlarınızı ne sıklıkla almanız HIV durumunuzu rahatsız edici bir şekilde hatırlatıyor?”

Anahtar Kelimeler: HIV, kabotegravir, rilpivirin, uzun etkili, alt grup

SS-20

HIV İLE YAŞAYAN KİŞİLERDE METABOLİK SENDROM BİRLİKTELİĞİ: TEK MERKEZLİ ÇALIŞMA

Muhammed Cihan Işık¹, Damla Boztaş¹, Nursel Çalık Başaran², Meliha Çağla Sönmezer¹, Ahmet Çağkan İnkaya¹, Serhat Ünal¹

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

²İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: HIV ile yaşayan kişilerde (HİYK) ek hastalıklar önemli bir endişe sebebidir. Bu çalışmanın amacı merkezimizdeki yetişkin HİYK grubunda metabolik sendrom (MS) birlikteliğini tanımlamaktır.

Yöntem: Bu çalışma Ocak 2023 – Haziran 2023 tarihleri arasında tek merkeze başvuran 18 yaş üstü HİYK grubunda retrospektif olarak yapılmıştır. MS, Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) ve Ulusal Kolesterol Eğitim Programı Yetişkin Tedavi Paneli III (NCEP ATP III) kriterlerine göre sınıflandırılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil olan 213 HİYK'nin %85,9'u erkekti ve ortalama yaş 43 (IQR:33-52) yılı. Ortanca tedavi süresi 270 (IQR:171-399) hafta ve ortalama CD4+ T hücre sayısı 609 (IQR:433-789) hücre/ μ L, CD4/CD8 oranı 0.9 (IQR:0.62-1.14) idi. Olguların %91,1'inde HIV viral yükü tespit edilemeyecek düzeydeydi. Dislipidemi 35 kişide (%16,4), hipertansiyon 30 kişide (%14,1), diabetes mellitus (DM) 15 kişide (%7) ve koroner arter hastalığı (KAH) 11 kişide (%5,2) mevcuttu. Ortanca bel çevresi 94 (IQR: 85-101) cm'ydı. Ortalama vücut kitle indeksi 25,7 (SD: 4,2) kg/m², olguların %40,8'i fazla kilolu ve %13,1'i obezdi. IDF ve NCEP ATP III kriterlerine göre sırasıyla 62 (%29,1) ve 50 (%23,5) olguda MS tespit edildi. Toplamda 64 (%30) olguda MS saptandı (IDF veya NCEP ATP III kriterlerine göre). MS saptanan HİYK'lerin %40,6'sı dislipidemi, %31,3'ü hipertansiyon, %20,3'ü DM ve %9,4'ü KAH nedeniyle tedavi aldı. MS saptanan olguların %40,6'sına (n=26) eşlik eden ek hastalıklar için tedavi verilmediği veya bu hastalıklar için ileri değerlendirme yapılmadığı görüldü. En az bir ek hastalık için tedavi alanların %63,3'ünde (n=38) MS varlığı saptandı.

Sonuç: Merkezimizde takip edilen HİYK'lerde MS prevalansı %30; ek hastalığı (dislipidemi, hipertansiyon, DM veya KAH) olanlarda ise %63,3'tür. MS nedeniyle olası karşılanmamış tedavi ihtiyacı olan olguların oranı %40,6'dır. HİYK'lerin rutin takibinde MS parametrelerinin de kullanılması, takipteki eksikliklerin giderilmesinde önemli rol oynayabilir.

Anahtar Kelimeler: Metabolik sendrom, HIV ile yaşayan kişi, karşılanmamış tedavi ihtiyacı

SS-21

HIV İLE YAŞAYAN BİREYLERDE BİKTEGRAVİR/EMTRİSİTABİN/TENOFOVİR ALAFENAMİD: BICSTAR TÜRKİYE KOHORTUNUN 12 AYLIK SONUÇLARI

Hüsnü Pullukçu¹, Deniz Gökengin¹, Özlem Altuntaş Aydın², Yeşim Taşova³, Hayat Kumbasar Karaosmanoğlu⁴, Serhat Ünal⁵, Dilek Sevgi Yıldız⁶, Rebecca Harrison⁷, Güniz Kayahan⁸, Ahmet Yılmaz⁸, Özgür Karakurt⁸, Volkan Korten⁹

¹Ege Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

³Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Sadi Konuk Sakura Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

⁵Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

⁶Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

⁷Gilead Sciences, Birleşik Krallık

⁸Gilead Sciences, Türkiye

⁹Marmara Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Amaç: BICSTaR, HIV ile yaşayan tedavi naif (TN) ve tedavi deneyimli (TD) bireylerde biktegravir/emtrisitabin/tenofovir alafenamid (B/F/TAF) etkililiğini ve güvenliliğini değerlendiren, devam eden, çok uluslu, prospektif, gözlemsel bir kohort çalışmasıdır. Burada, BICSTaR Türkiye kohortunun 12 aylık sonuçları sunulmaktadır.

Yöntem: Türkiye’de kayıtlı, 18 yaş ve üzeri HIV ile yaşayan bireyler analize dahil edilmiştir (veri kesme tarihi: Mart 2023). Çalışmanın sonuçlarına etkililik (HIV-1 RNA <50 kopya/mL), tedavi devamlılığı, güvenlilik, kilo değişimi, tedavi uyumu (görsel analog skoru [VAS] ve atlanan dozlar) ve hastalar tarafından bildirilen sonuçlar (PRO’lar: Kısa Form - 36 anketi (SF-36) Fiziksel/Zihinsel Bileşenlerin Özeti (PCS/MCS) skorları ve HIV Tedavi Memnuniyeti Anketi (HIVTSQ) durum skoru) dahildir.

Bulgular: HIV ile yaşayan doksan dokuz birey dahil edildi. TN (n=90) ve TD (n=9) bireylerin medyan (Q1, Q3) yaşı sırasıyla 32 (27, 39) ve 42 idi (34, 49). TN ve TD katılımcıların sırasıyla %93 ve %89’u erkekti, %7 ve %0’ında ≥1 komorbidite vardı ve sırasıyla %9’u ve %0’ı ≥1 eş zamanlı ilaç kullanıyordu. Başlangıçta medyan (Q1, Q3) vücut ağırlığı/VKİ, başlangıçta ve 12. ayda bu verileri olan TN bireylerde 74 kg (67, 83) / 24 kg/m² (21, 28) idi (n=32). Başlangıçta medyan (Q1, Q3) vücut ağırlığı/VKİ, başlangıçta bu verileri olan TD katılımcılarda 76 kg (74, 84) / 24 kg/m² (24, 25) idi (n=5). TD grupta örneklem boyutunun küçük olması nedeniyle yalnızca TN grubun 12 aylık sonuçları sunulmaktadır. 12. ayda, eksik =dahil edilmeyen analizinde TN katılımcıların %84’ünde (62/74) HIV-1 RNA <50 kopya/mL idi; bu oran tedavi bırakma=başarısızlık analizinde %82 idi (62/76). B/F/TAF tedavi devamlılığı oranı %99 idi (89/90). Mevcut sınırlı verilere dayanarak, B/F/TAF bileşenlerine karşı tedavi sırasında direnç gelişimi bildirilmedi. TN katılımcıların %2 ’sinde (2/90) ilaç ile ilişkili advers olaylar meydana geldi ve bunlar deriyi ve deri altı dokuyu etkiledi. İlaç ilişkili advers olaylardan biri (alopeci) B/F/TAF’ın bırakılmasına yol açtı. 12. ayda, TN katılımcılarda

(n=32) başlangıca göre medyan (Q1, Q3) kilo ve VKİ değişimi sırasıyla +1.8 kg (0.0, 7.0) [P=0.001] ve +0.5 kg/m² (0.0, 2.4) olarak bulundu. 12 ayda tedavi uyumu yükseldi: ortalama (SD) VAS skoru tedavi naif katılımcılarda (n=29) %98 idi (4.7). 12. ayda, son otuz gün içinde en az 3 B/F/TAF dozu atlama sıklığı %14'tü (8/56). TN katılımcılarda PCS skorunda istatistiksel olarak anlamlı bir iyileşme ve MCS skorunda bir iyileşme eğilimi vardı. 12 ayda tedavi memnuniyeti yükseldi (Tablo 1).

Tablo 1. Başlangıçtan 12. Aya PRO'lardaki Değişim

Parametre, medyan (Q1, Q3)		TN katılımcılar (n=50)a
SF-36 PCS skoru	Başlangıç ^b	55.9 (48.9, 59.1)
	12 Ayda Değişim	+3.0 (-1.4, 8.8); P=0.001
SF-36 MCS skoru	Başlangıç ^b	46.9 (33.6, 54.3)
	12 Ayda Değişim	+2.7 (-4.8, 9.8); P=0.054
Tedavi memnuniyeti (HIVTSQs ^c)	Başlangıç	NA
	12. Ayda	55.5 (49.5, 60.0) [n=44]
a Başlangıçta ve 12. ayda verisi olan katılımcılar; b 50 ve üzeri medyan skor, ortalamanın üzerinde fonksiyon olduğunu gösterir (p değerleri Student's t testi kullanılarak hesaplanmıştır); c HIVTSQ 0 ila 60 arasında değişir ve yüksek skor, tedavi memnuniyetinin de yüksek olduğunu gösterir 12M, 12 ay; HIVTSQs, HIV Tedavi Memnuniyeti Anketi durum skoru; MCS, Zihinsel Bileşenlerin Özeti; NA, mevcut değil; PCS, Fiziksel Bileşenlerin Özeti; PRO, hastalar tarafından bildirilen sonuçlar; Q, çeyreklik; SF-36, Kısa Form-36 anketi; TD, tedavi deneyimli; TN, tedavi naif.		

Sonuç: B/F/TAF, Türkiye'de rutin klinik ortamda tedavi gören HIV ile yaşayan bireylerde 12 ayda etkiliydi ve iyi tolere edildi. B/F/TAF ile tedavi uyumu, PCS/MCS ve tedavi memnuniyeti skorlarının yüksek olması, HIV ile yaşayan tedavi naif bireylerde B/F/TAF kullanımını desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Antiretroviral tedavi, B/F/TAF, biktgravir, gerçek yaşam kanıtları

SS-22

KAPOSİ SARKOMU OLAN HIV İLE İNFEKTE 4 HASTADA FATAL SEYREDEN HEMOFAGOSİTİK LENFOHİSTİYOSİTOZ SENDROMU (HLH) - NE KADAR FARKINDAYIZ?

Zarifa Abdullayeva¹, Arif Atahan Çağatay¹, Aysun Benli¹, Seniha Başaran¹, Simge Erdem², Sevgi Beşişik², Halit Özsüt¹

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı , Hematoloji Bilim Dalı

Amaç: HIV ile ilişkili Kaposi sarkomu (KS) genellikle aylar ve yıllar içinde yavaş ilerleyen kutanöz lezyonları içerir. Hemofagositik lenfositosis (HLH) ile komplike olan KS vakaları nadirdir. Bu bildiride ileri evre HIV enfeksiyonu ve KS birlikteliğinde HLH ile komplike olan, hızlı ilerleyen 4 olguyu sunduk.

Yöntem: 2022-2023 yıllarında İstanbul Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisi'nde yatırılarak izlenen HLH tanısı alan hastaların verileri retrospektif olarak yatan hasta dosyası ve hastane otomasyon sisteminden kaydedildi.

Bulgular: Hastaların hepsi erkek ve ortalama yaşları 33.25 ± 6.2 (28-42) idi. Hastaların HIV tanısı alma zamanları sırasıyla yatışında, yatışından 1 yıl önce, 3 yıl önce ve 1 ay önceydi. Antiretroviral tedaviye (ART) 3 hastanın yatışında başlanmıştı, 1 hasta 3 yıldır ART alıyordu. Yatışlarındaki HIV RNA düzeyleri sırasıyla 13 milyon kopya/ml, 450 milyon kopya/ml, <20 kopya/ml ve 430 bin kopya/ml; CD4 + lenfosit sayıları $158/\text{mm}^3$, $8/\text{mm}^3$, $30/\text{mm}^3$, $8/\text{mm}^3$ idi. Tüm hastalar ateş, sitopeni, periferik lenfadenomegali (LAM), splenomegali ve hepatomegali ile başvurdu. Ateş yatışları boyunca mevcuttu. Tüm hastalarda periferik, mediastinal ve retroperitoneal LAM vardı. Hastaların tamamında tespit edilebilir solunumsal fırsatçı enfeksiyon olmaksızın solunum sıkıntısı gelişti. HLH tanısı konulduğu sırada 1 hastanın lenf nodu, 3 hastanın da deri biyopsisinde KS saptandı. Deride KS lezyonları olan 1 hastada sırt, kol ve göz etrafında; 1 hastada her iki bacak medialinde, ayak dorsumu ve sol meme altında; 1 hastada ise kulak arkası, dirsek , sırt ve inguinal bölgede olmak üzere yaygındı. 3 hasta daha önce KS'ye özgü herhangi bir tedavi almamıştı. Bir hasta ilk HLH atağından 1 ay önce doksorubisin tedavisi almıştı. Tüm hastalarda derin anemi ve trombositopeni vardı. Hastaların tamamında bazal trigliserid düzeyleri yüksekti. Tüm hastalarda ferritin konsantrasyonu $>1000 \mu\text{g/L}$ nin üzerindeydi. Kemik iliği biyopsisi örnekleri incelendiğinde hastaların 4'ünde de hemofagositoz saptandı. Yatışlarında ve takiplerinde alınan kan ve idrar kültürlerinde üreme olmadı. Hastaların birinde kriptokok enfeksiyonu için yapılan antijen testi pozitif bulunmuştu. Tedavi olarak sırasıyla hastaların 3'ü deksametazon + etoposid, 1'i sadece deksametazon aldı. Hastalardan 2'si ilk HLH atağında, 1'i 2.atağında, 1'i ise 3.atağında kaybedildi. Ataklar bir hastada taburculuktan 2 ay ve 1 ay sonra, diğerinde 1 hafta sonra gelişti. Hastalarda akut solunum sıkıntısı geliştiği esnada enfeksiyöz veya kardiyojenik etiyoloji bulunamadı. Solunum semptomları HLH'ye bağlandı. Başvuru anındaki laboratuvar sonuçları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1

Hasta/cinsi yet/ yaş	Pulmoner semptomlar	Hemoglobin düzeyi ^a , g/dL	Lökosit sayısı ^b , x10 ³ nötrofil /L	Trombosit sayısı ^c , x10 ³ /L	Trigliserid dü- zeyi ^d , mg/dL	Ferritin düzeyi ^e , ng/mL	CD4+ T lenfosit sayısı, hücre/m ³	HIV RNA düzeyi, kopya/ ml	HLH tanısında an sonra sağkalım, gün
1 E 30	var	6,3	6,7	83	371	1239	158	13 milyon	210
2 E 42	var	4,1	5	71	173	3930	8	450 milyon	16
3 E 28	var	8,8	4,1	55	227	5094	30	<20	12
4 E 33	var	6,6	6,4	14	370	1216	8	430 bin	60

Başvuru anında laboratuvar sonuçları ve sağkalım. Not: E, erkek, a: normal değer: 11,7-15,5, b : normal değer : 4,1-11,2, c : normal değer : 160-390, d : normal değer : 0-150, e: normal değer : 30-400

Sonuç: HLH, sıklıkla yoğun bakım düzeyinde bakıma ihtiyaç duyulan bir histiyositoz sendromudur. Histiyosit Derneği tarafından önerilen HLH tanısına yönelik kriterler klinik, laboratuvar ve histopatolojik özellikleri içermektedir. HHV-8, HIV ile ilişkili KS' nedenidir ve bu hastalarda HLH tablosunun tetikleyicisi olabilmektedir. Bu bildiride HLH'nin ana tetikleyicisinin KS olduğu düşünüldü. HIV enfeksiyonlu bireylerde HLH sıklıkla EBV ile ilişkilidir, literatürde KS ile ilişkili HLH olguları nadirdir. Klinik bulgular spesifik değildir ve septik şoku taklit edebilir. ART, HIV replikasyonunu inhibe ederek KS lezyonlarının ilerlemesini engeller. Ancak ART tedavisinden sonra ilerlemeye devam eden KS hastalarında sistemik kemoterapi gereklidir. Liposomal doksorubisin düşük toksisitesi ve belirgin anti-tümör etkisi nedeniyle KS için en iyi kemoterapötik seçeneklerden biridir. HLH 'nin tedavi yöntemleri arasında yüksek doz glukokortikoidler, intravenöz immünoglobulin ve kemoterapötik ajanlar yer alır. Olgularımızın 2'sinde antiretroviral tedavi ile beraber etoposid tedavisi etkili oldu ancak altta yatan KS'ye yönelik etkin sistemik kemoterapi mevcut durumları nedeniyle önerilmeyip hastalar oral etoposid rejimiyle izleme alındı ancak HLH tablosu tekrarladı. Sonuç olarak, AIDS'e bağlı KS'nin erken dönemlerinde yüksek ateş görülebilir. Ateşle birlikte sitopeni, ferritin ve trigliserit yüksekliği HLH açısından uyarıcı olmalıdır. HLH'nin mortalitesi yüksek olduğundan erken tanı ve uygun tedavinin hızla uygulanmasının yanında etkin KS tedavisi yapılabilmesi yüz güldürücü olacaktır.

Anahtar Kelimeler: HIV, Kaposi Sarkomu, Hemofagositik Lenfhistiyositoz

SS-23

DOLAM-500: ART-NAİF, VİRAL YÜKÜ ≥ 500.000 KOPYA/ML OLAN HIV İLE YAŞAYAN KİŞİLERDE, DOLUTEGRAVİR (DTG) VE LAMİVUDİN (3TC) TEDAVİSİNİN GÜVENLİK VE ETKİNLİĞİ

Asuman Inan¹, Sıla Akhan², Bülent Kaya¹, Yeşim Tasova³, Ayşın Kılınç-Toker⁴, Petek Konya⁵, Selçuk Nazik⁶, İlkey Karaoglan⁷, Mustafa Kemal Çelen⁸, Dilara Inan⁹, İlkey Akbulut¹⁰, Salih Atakan Nemli¹¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul

²Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli

³Cukurova Üniversitesi, Adana

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Afyon

⁶Sütçüimam Üniversitesi, K.Maras

⁷Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep

⁸Dicle Üniversitesi, Diyarbakır

⁹Akdeniz Üniversitesi, Antalya

¹⁰Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir

¹¹Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir

Amaç: Amaç: HIV RNA düzeyi 500.000 kopya/ml'nin altında olan HYB'de DTG+3TC içeren ikili ART önerilmektedir. Daha yüksek viral yüklerle başvuran HYB'de DTG+3TC etkinliğine ilişkin sınırlı veri bulunmaktadır. Bu çalışmada, HIV viral yükü ≥ 500.000 kopya/ml olan, daha önce ART kullanmamış HYB'de DTG+3TC'nin etkinliği ve güvenliği değerlendirilmiştir.

Yöntem: Materyal ve metod: Retrospektif, çok merkezli, gözlemsel, gerçek yaşam çalışması olarak planlanan çalışmaya, başlangıç viral yükü ≥ 500.000 kopya/mL olan, DTG+ 3TC ile ART başlanmış ve en az 24 haftalık takibi tamamlanmış olan >18 yaşındaki HYB'ler dahil edilmiştir. Birincil sonlanım noktası, 48. haftada HIV RNA'sı 50 kopya/mL'nin altında olan hastaların oranıdır.

Bulgular: Bulgular: Çalışmaya, 15 HIV merkezinden, 56 hasta dahil edilmiştir. Olguların %92,8'i erkekti, ortalama yaş 36, ortalama BL CD4+ hücre sayısı 330 hücre/mm³ ve ortalama BL HIV-1 RNA 1.023.000 kopya/ml idi. Başlangıç direnç testi 27 (%48,2) hastada mevcuttu ve herhangi bir direnç mutasyonu tespit edilmedi. 16 hasta henüz 48. takip haftasına ulaşmamıştı ve 2 hasta ise 48. hafta takibine gelmedi. 24. ve 48. haftalarda sırasıyla 52 hastanın 43'ünde (%82,6) ve 38 hastanın 35'inde (%92,1) HIV-1 RNA baskılanmıştır (<50 kopya/mL). İlaça bağlı yan etki oranı düşüktü (%7,6) (3 olguda mide bulantısı ve bir olguda kaşıntı).İlacın kesilmesini gerektirecek ciddi ilaca bağlı yan etki gözlenmedi.

Sonuç: Sonuç: Devam etmekte olan çalışmamızın ilk sonuçları, DTG+ 3TC ikili ART rejiminin, başlangıçtaki viral yükü ≥ 500.000 kopya/ml olan hastalarda birinci basamak tedavi olarak etkili ve tolere edilebilir olabileceğini ortaya koymaktadır.

Tablo1: Hastaların temel özellikleri ve birinci basamak tedavi olarak DTG + 3TC başlanma nedenleri

Tablo1: Hastaların temel özellikleri ve birinci basamak tedavi olarak DTG + 3TC başlanma nedenleri	
Ortanca yaş, yıl	37 (21-85)
Kadın %	7.2
Ortanca (aralık) CD4 cells/mm ³	330 (25-982)
Ortanca (aralık) HIV-1 RNA kopya/mL	1.023.000 (500.000-)
CD4/CD8 ortalama ±SD	0.32± 0.28
HBV/HCV koenfeksiyonu	0
Allta yatan hastalıklar/durumlar n(%)	
Kardiyovasküler hastalık disease	4(7.1)
Kronik renal yetmezlik	2 (3.5)
Osteopeni/osteoporoz	4 (7.1)
Diabetes mellitus	7 (12.5)
Hipertansiyon	9 (16.0)
Obezite	5(8.9)
Sigara	31(55.3)
Dislipidemi	18 (26.9)
KVH aile öyküsü	18(28.8)
DTG+LAM tedavi başlanma nedeni n(%)	
Hasta isteği /toksikite endişesi	22(42.3)
Doktor tercihi	14(26.9)
Osteopeni/osteoporoz	4 (7.6)
Polifarmasi / ilaç-ilaç etkileşimi	8 (15.3)
KRY veya renal fonksiyon test anormallikleri	4(7.6)

Tablo 2: Başlangıçtaki viral yükü ≥ 500.000 kopya/mL hastalarda 24.hafta ve 48. hafta virolojik sonuçlar

Başlangıç		
HIV-1 RNA kopya/mL	N	
Toplam	56	N HIV-1 RNA <50 kopya /mL HIV-1 RNA ≥ 50 kopya/mL Veri yok
500.000- 1.000.000	28	N HIV-1 RNA <50 kopya/mL HIV-1 RNA ≥ 50 kopya/mL Veri yok
1.000.000 - 2.000.000	15	N HIV-1 RNA <50 kopya/mL HIV-1 RNA ≥ 50 kopya /mL Veri yok
2.000.000- 3.000.000	5	N HIV-1 RNA <50 kopya/mL
		HIV-1 RNA ≥ 50 kopya/mL Veri yok
>3.000.000	8	N HIV-1 RNA <50 kopya/mL HIV-1 RNA ≥ 50 kopya/mL Veri yok
Başlangıç	N	
CD4 (hücre/mm ³) ortalama±SD		N
375,9 ± 209.7	56	CD4 ortalama ±SD

Bazı hastalar henüz 48. takip haftasına ulaşmamıştır (toplam 16 hasta) ** 48. hafta takibine gelmeyen hastalar (toplam 2 hasta).

SS-24

HAKLAR VE EŞİTLİKTE DEĞİL; İHLALDE REKOR!

Çiğdem Şimşek¹

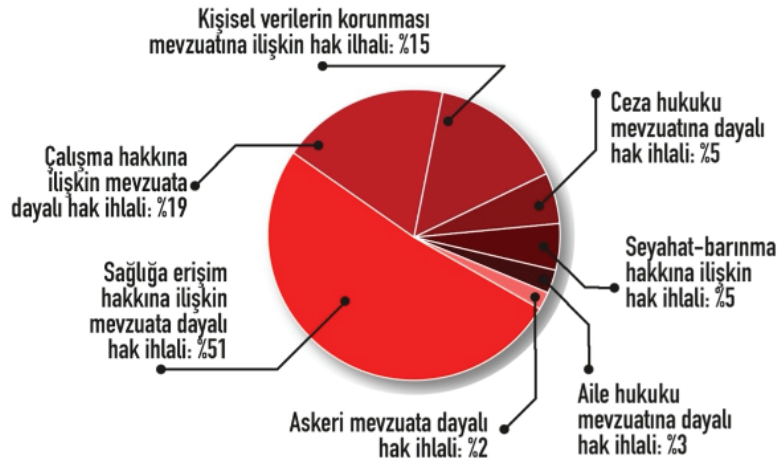
¹Pozitif-iz Derneği

Amaç: ‘Türkiye’de Yaşayan HIV Pozitiflerin 2022 Yılı’nda Maruz Bırakıldıkları Hak İhlalleri Raporu’nda, HIV ile yaşayan kişilerin 2022 yılında maruz bırakıldıkları hak ihlallerinin nitel ve nicel yönden izlemesi amaçlandı.

Yöntem: HIV alanında faaliyet gösteren özne derneği, 2022 yılı boyunca kendisine gelen başvurulardan 271 başvuruğunun maruz bırakıldığı hak ihlallerini raporladı. Gelen başvurular anonimleştirilerek veri olarak kullanıldı.

Bulgular: -HAK İHLALLERİNİN SAYISI YÜZDE 300’DEN FAZLA ARTTI 2018 yılında Derneğe başvuran kişilerin yaklaşık yüzde 8’i hak ihlaline maruz kalırken, 2019 yılında bu oran yaklaşık yüzde 12’ye yükseldi. 2020’de bireysel ihlal vakalarında bir azalma gözlemlense de; sağlık hakkına erişimin COVID-19 tedbirleri kapsamında sistematik olarak engellenmesi kurumsal bir ihlal olarak öne çıktı. 2020 yılında ise Derneğe başvuran HIV ile yaşayan kişilerin yaklaşık yüzde 9’u hak ihlaline maruz kaldı. 2021 senesine gelindiğinde ise oran yaklaşık yüzde 14 oldu. Nihayet, 2022’de ise ihlal sayısında dramatik bir artış yaşandı. Hak ihlali oranı rekor kırarak yaklaşık yüzde 28’e yükseldi. Derneğin, HIV alanında yaşanan hak ihlallerini raporlamaya başladığı 2018 yılından bu yana, aldığı başvuruların ve hak ihlallerinin sayısı yüzde 300’den fazla arttı. İhlallerdeki 3 kat artış, HIV ile yaşayanlara yönelik ayrımcılık ve damgalanmanın derinleştiğini gözler önüne seriyor. -ÜÇTE BİRİ YABANCI UYRUKLU HIV İLE YAŞAYAN KİŞİLER Derneğin daha önceki hak ihlalleri raporunda da önemle vurguladığı Medikal Ulak Sistemi (MEDULA) sorununa ek olarak, 2022 yılında Yabancıların (veya TC uyruklu olmayan kişilerin) İlaç Temini ve Sağlıktan Yararlanma Hakkı konusundaki engellerin artarak büyük bir sorun haline geldiği ve önümüzdeki süreçte bu durumun büyük bir halk sağlığı sorunu haline geleceği gözleniyor. -İHLALLER ÇOKLU ALANDA 2022 yılı içerisinde HIV ile yaşayan kişilerin maruz bırakıldıkları hak ihlallerinin tasnifine göre; 271 başvurunun 139’unda sağlığa erişim hakkına ilişkin mevzuata dayalı hak ihlalleri, 51’inde çalışma hakkına ilişkin mevzuata dayalı hak ihlalleri, 40’ında kişisel verilerin korunması mevzuatına ilişkin hak ihlali, 15’inde ceza hukuku mevzuatına dayalı hak ihlali, 7’sinde aile hukuku mevzuatına dayalı hak ihlalleri, 5’inde askeri mevzuata dayalı hak ihlali ve kalan son 14’ünde ise seyahat-egitim-barınma hakkına ilişkin hak ihlali söz konusu.

Tablo 1: İhlallerin Gruplandırılması



Sonuç: 1- Sınıflandırılan hak ihlallerin çoğunda çeşitli haklar birlikte ihlal edildi. 2- Yabancı uyruklu kişilerin yaşadıkları kesişimsel ayrımcılık ve hak ihlalleri 2022 yılında, 2021 yılına oranla yüzde 36 arttı. 2022 yılı içerisinde yaşanan 271 ihlalin 105'ini yabancı uyruklu HIV pozitifler oluşturdu. 3- Türkiye'de HIV ile yaşayan kişilerin haklarını koruyacak yasal düzenlemeler bulunmuyor. 4- Yasal mevzuatta HIV'e dair çok büyük bir boşluğun olması, ülkedeki HIV fobiyle birleştiğinde, yargılamalar esnasında yasal boşlukların HIV ile yaşayan kişilerin aleyhine yorumlanarak doldurulmasına yol açıyor. 5- HIV'e dair mevzuatın büyük kısmı kanunlar gibi birincil kaynaklarla değil; yönetmelik, genelge, tebliğ gibi ikincil düzenlemelerle yapıldı. Bu da maalesef hem HIV ile yaşayan kişilerin haklarını öğrenmelerini zorlaştırıyor, hem de araştırma kültürünün çok zayıf olduğu ülkemizde yasal olarak doğru olanın ne olduğunun anlaşılmasını epey güçleştiriyor.

Anahtar Kelimeler: Damgalanma ve Ayrımcılık, Hak İhlalleri, HIV ile Yaşamak, Akran Danışmanlığı, HIV ve Haklar

SS-25

DOLUTEGRAVİR VE DORAVİRİN KULLANIMININ FARE YAĞ DOKUSUNDA NEDEN OLDUĞU GEN İFADE DEĞİŞİKLİKLERİNİN BETA ADRENERJİK UYARI SONRASI DEĞERLENDİRİLMESİ

Mertcan Uzun¹, Gökçen Telli², Semra Aydın³, Kerem Yılmaz⁴, Dilara Zeybek⁵, Ahmet Çağkan İnkaya¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji A.B.D.

²Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Eczacılık Meslek Birimleri Bölümü, Farmakoloji A.B.D.

³Hacettepe Üniversitesi Aşı Enstitüsü, Aşı Teknolojisi

⁴Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.B.D.

⁵Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji A.B.D

Amaç: Antiretroviral (ARV) sonrasında gözlenen kilo alımı son yıllarda dikkati çeken bir konudur. Kilo alımı sırasında meydana gelen makro ve mikro düzeydeki değişimler ise henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Araştırmamızdaki deneysel fare modelinde, doravirin (DOR) ve dolutegravirin (DTG) neden olduğu yağ doku değişikliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Her grupta 4 balb/c dişi fare olmak üzere toplamda 16 fare, 4 gruba ayrıldı. Çalışma grupları şu şekilde oluşturuldu: Grup 1 (kontrol), Grup 2 [kontrol+CL (beta 3 adrenerjik reseptör agonisti)], Grup 3 (DOR+CL), Grup 4 (DTG+CL). Farelere 3 hafta boyunca DOR veya DTG verildi. Üçüncü haftada ise beta adrenerjik uyarı 7 gün boyunca uygulandı. Haftalık olarak vücut ağırlıkları ölçüldü (0, 7, 14 ve 21. gün). 3. Haftanın sonunda ötenazi uygulanarak farelerin interskapular kahverengi adipoz dokuları (iKAD) ve inguinal beyaz adipoz dokuları (iBAD) çıkartıldı. iKAD ve iBAD'lar saklanmadan önce tartıldı. Bilateral çıkartılan dokulardan biri histopatolojik inceleme için diğeri ise qRT-PCR yapılması için ayrıldı. Fiksasyon ve boyama işlemlerinden sonra iBAD adipozit çapları Qupath programı ile ölçüldü. qRT-PCR işleminde RT2 Profiler PCR Array(Qiagen) kullanıldı.

Bulgular: Takip süresince gruplar arasında kilo açısından fark gözlenmedi. Spesifik yağ dokudaki değişimleri daha net görebilmek için iKAD/vücut ağırlığı (VA) ve iBAD/VA karşılaştırmaları yapıldı. iKAD/VA oranı Grup 2,3 ve 4'te Grup1'e kıyasla yüksekti, ancak bu yükseklik sadece Grup 2 ile Grup 1 kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bulundu. iKAD/VA oranı Grup 2'de Grup 3 ve 4'e kıyasla daha yüksek idi. iBAD/VA oranı Grup 2, 3 ve 4'te Grup1'e kıyasla düşüktü, ancak bu düşüklük sadece Grup 2 ile Grup 1 kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Histopatolojik incelemelerde ise çalışma gruplarında (2, 3 ve 4) kontrol grubuna kıyasla hücre çaplarında azalma olduğu görüldü; ancak bu azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Adiposit biyolojisinde görev alan 84 farklı genin mRNA'ları araştırıldı. Önceki çalışmalarla kilo alımında koruyucu olduğu ortaya konulan UCP1'in gen ifadenmesi, kontrol grubuna göre sadece Grup 2 ve Grup3'te anlamlı olarak yüksek olarak bulundu. UCP1 sentezlenme sürecinin başındaki bej adipogenezde görev alan PPARy'nın gen ifadenmesinin yine sadece Grup 2 ve Grup3'te anlamlı olarak yükseldiği görüldü. Beta adrenerjik uyarının sensitivitesini olumlu yönde etkileyebilecek FOXC2 ve ANGPT2 ifadenmesi Grup4'te Grup2 ve Grup3'e göre daha azdı. Beta adrenerjik uyarı ile artış gösteren DIO2 ifadenmesi ise Grup3'e göre Grup4'te daha azdı. Beta adrenerjik uyarı ile aktifleşerek bejleşmede görev alan MAPK14 yolağı değerlendirildiğinde ise MAPK14 ifadenmesi kontrol grubuna göre sadece Grup3'te değişmedi.

DOR grubunda beta adrenerjik uyarının sekteye uğramaması ve kahverengileşmenin gözlenmesi, MAPK alternatif yolları üzerinden sürecin devam edebileceğini akla getirmiştir. Bu yollarla yer alan SIRT3 ve CREB1'in, kontrol grubuna göre Grup3'te anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. ER stresi ve lipotoksiste üzerine olumlu etkileri olan PPAR α ve PPAR δ 'nın, kontrol grubu yapılan karşılaştırmada sadece Grup3'te anlamlı artış olmadığı görüldü.

Sonuç: ARV moleküllerinin beta adrenerjik uyarının neden olduğu bejleşme sürecine farklı etkilerinin olduğu, gen ifadenmeleri üzerine olan farklı etkileri ile gösterilmiştir. Yağ dokudaki gen ifade değişiklikleri, farklı ARV'lerin kilo alımı üzerindeki farklı etkileri ile ilişkilendirilebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: HIV (insan immün yetmezlik virüsü), DTG (Dolutegravir), DOR (Doravirin), kilo alımı, adipoz doku



HIV/AIDS 2023 KONGRESİ

100 CUMHURİYET'İN 100. YILI
7-10 ARALIK 2023
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA
hivaidskongresi.com



AIDS VE
CYBH DERNEĞİ
1998



HIV/AIDS
Korunma
ve Eğitim
Derneği



KLİMİK
TÜRK KLİNİK MİKROBİYOLOJİ VE
İNFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

POSTER BİLDİRİLER

PS-01

ANTİRETROVİRAL TEDAVİ İLE 18 AYDIR HAYATA TUTUNAN AIDS/PML OLGUSU

Hasan Tahsin Gözdaş¹, Emin Burak Eras¹

¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

Amaç: Progresif multifokal lökoensefalopati (PML), HIV ile yaşayan bireylerde JC virus reaktivasyonu sonucu ortaya çıkan, merkezi sinir sisteminin demiyelinizan fırsatçı enfeksiyonudur. Hastalar geç dönemde tanı aldıkları için sağkalım genelde kısadır. Bu bildiride, ART ve fizik tedavi desteği ile 18 aydır hayata tutunan HIV ile yaşayan PML tanılı bir olgu sunulmuştur.

Yöntem: 51 yaşında erkek hasta, sol kol ve bacak hareketlerini kontrol edememe şikayeti nedeni ile çekilen kraniyal MR'ın PML ile uyumlu olması üzerine BOS'ta JCV PCR 1930 kopya/ml ile pozitif saptanan hastada anti-HIV pozitif, HIV doğrulama pozitif, HIV RNA: 332.000 IU/ml ve CD4: 109/mm³ idi. Hızlıca ART (DTG+TDF/FTC) ve profilaktik TMP/SMX 1x1 tedavisi başlandı. Hasta tedaviye uyum gösterip aynı zamanda nöroloji/fizik tedavi desteği ile hareket yeteneğinde kısmi düzelme gözlenmiştir.

Bulgular: Hasta şu an 18. ay takibindedir. Laboratuvar testleri tabloda özetlenmiştir.

Hastanın laboratuvar testleri

	Tedavi başlangıcı	1. ay	3. ay	6. ay	9. ay	12. ay
HIV RNA	332.000	220	<83	233	143	Negatif
CD4	109	200	432		296	530

Sonuç: HIV ile yaşayan PML olgularında sağkalım genelde kısa olduğundan bu olgulara ilişkin tecrübeler kısıtlıdır. ART uyumu ve fizik tedavi desteği ile 18 aydır hayatta kalan olgumuz umut vericidir.

Anahtar Kelimeler: AIDS, PML, JC VİRUS, SAĞKALIM

PS-02

BİRDEN FAZLA FIRSATÇI ENFEKSİYONU OLAN İLERİ EVRE AIDS OLGUSU

Gizem Çal¹, Gözde Kuran¹, Özlem Gül¹, N. Duygu Demirbaş¹, Ahsen Öncül¹, Okan Derin¹, Hüsrev Diktaş¹, Dilek Yıldız Sevgi¹

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

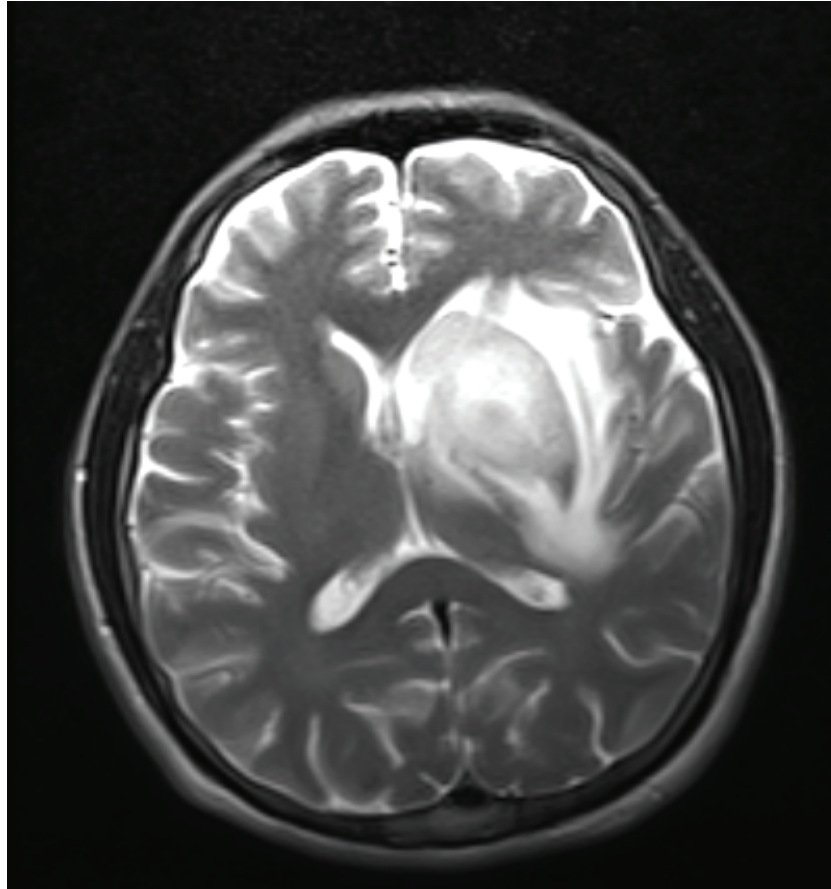
Amaç: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) etkin tedavi edilmediği takdirde kişide birçok fırsatçı enfeksiyona ve maligniteye yatkınlık oluşturmaktadır. Bu yazıda serebral toksoplazma ensefaliti, kaposi sarkomu, salmonella bakteriyemisi ve orofaringeal kandida enfeksiyonunun bir arada görüldüğü HIV ile enfekte bir olgu sunmayı amaçladık.

Yöntem: Kliniğimizde takip edilen bir olgu sunulmuştur.

Bulgular: Bilinen kronik hastalığı olmayan 29 yaşında erkek hasta, kranial yer kaplayan lezyon ve HIV pozitifliği ile Beyin Cerrahisi kliniğinden devir alındı. Hastanın kontrastlı kranial MR görüntülemesinde sol bazal ganglionlar düzeyinde 18x12 mm, kontrast tutulumu göstermeyen nodüler görünüm, orta hatta sağa doğru shift görüldü. Beyin Cerrahi kliniğince hastanın lezyonundan biyopsi yapıldı. Öyküsünde bir aydır halsizlik, baş ağrısı, bulantı, kilo kaybı tarifleyen hastanın patoloji sonucu 'abse içeriği ile uyumlu yaygın nekroz' olarak raporlandı. Alınan kan kültüründe Salmonella typhii üredi. Toxoplazma IgG pozitif, IgM negatif olarak saptanan, MR görüntülemesinde serebral toksoplazma ön planda düşünülen hastaya kan kültüründe üreyen S.typhii'nin antibiyogram sonucu da göz önünde bulundurularak, trimetoprim/sülfametoksazol 400/80 mg ampul 2x3 I.V. tedavisi başlandı. Ağız içinde yaygın kandida lezyonları olan hastaya flukonazol 1x200 mg I.V. tedavisi başlanıp 7 güne tamamlandı. Hastanın tetkiklerinde CD4 T lenfosit sayısı: 13 hücre/mm³, HIV RNA düzeyi: 436.664 kopya/mL olarak saptandı. Antibiyoterapinin 7. gününde tenofovir+emtrisitabin 1x1 ve dolutegravir 1x1 tedavisi başlandı. Sırt bölgesinde bulunan lezyonundan biyopsi alındı; Kaposi sarkomu olarak raporlandı. Tedavinin 14. gününde çekilen kontrol kranial BT ve MR'da lezyon boyutunda küçülme, lezyon çevresindeki ödemde azalma görülmesi üzerine hasta taburcu edildi. Bir ay sonra halsizlik, iştahsızlık ve yutma güçlüğü ile tekrar başvuran hasta kliniğimize yatırıldı. Yüzde ve yumuşak damak üzerinde yeni gelişen mor renkli, ülsere, Kaposi sarkomu ile uyumlu lezyonları görüldü. Hastanın kranial MR görüntülemesinde lezyon boyutlarında değişiklik görülmedi. Yutma güçlüğü olan hastaya yapılan endoskopide özofagus ve midede Kaposi sarkomu ile uyumlu lezyonlar görüldü. Onkoloji önerisiyle hastaya paklitaksel tedavisi başlandı. Hastanın kontrol HIV RNA düzeyi: 217 kopya/mL CD4 T lenfosit sayısı: 27 hücre/mm³ görüldü. Klinik olarak iyi olan hasta poliklinikten izlendi. Trimetoprim/sülfametoksazol altı haftaya tamamlandıktan sonra sekonder profilaksiye geçildi. Virolojik supresyon görüldü. Takiplere gelmeyen hasta yaklaşık 2 yıl sonra nöbet şikayeti ile acil servise başvurdu. Altı aydır sigorta problemleri nedeni ile ART kullanamayan hastanın son 1 haftadır üşüme titreme, balgam, gece terlemesi şikayetleri geliştiği öğrenildi. Serebral toksoplazma ve tüberküloz ön tanıları ile kliniğimize yeniden yatırıldı. Beyin MR görüntülemesinde bilateral serebellovermian bölgelerde, supratentorial kesitlerde her iki serebral hemisferde belirgin ödem alanları ve bu alanlar içerisinde metastaz lehine değerlendirilen 12 mm çapında periferik kontrast tutulumu gösteren nodüler lezyonlar görüldü. Hastaya yapılan LP sonuçlarında BOS hücre sayımında 30 lökosit/mm³ (% 70 PNL hakimiyetinde), 4400 eritrosit/mm³ görüldü. Glukoz 41 mg/dl, protein 68,8 mg/dl saptandı, eş zamanlı kan şekeri 133 mg/dl ölçüldü. Menenjit multiplex PCR panelinde mikroorganizma saptanmadı, kültüründe üreme olmadı. Toxoplasma gondii DNA (PCR) pozitif saptandı. TMP-SMX tedavisi tekrar düzenlendi. CD4 T lenfosit

sayısı: 8 hücre/mm³, HIV RNA düzeyi: 995.000 kopya/mL görüldü. Hastaya önceki ART rejimi yeniden başlandı. Şikayetleri gerileyen hastanın bir ay sonra kontrol CD4 T lenfosit sayısı: 78 hücre/mm³, HIV RNA düzeyi: 252 kopya/mL görüldü. Hasta halen polikliniğimizden takip edilmektedir.

İlk başvuru kranial MR



Sonuç: İleri evre HIV ile enfekte kişilerde birden fazla fırsatçı enfeksiyon görülebileceği akılda tutulmalıdır. Santral sinir sistemi lezyonları beraberinde pek çok ayırıcı tanı getirmekle birlikte klinik uygunsuzluk, girişimsel işlem riskleri gibi nedenler ile patolojik ve mikrobiyolojik tanı her zaman mümkün değildir. Olgumuzun tanısı, lomber ponksiyon örneğinde Toxoplasma gondii DNA (PCR)'ın pozitif saptanması ile kesinleşmiştir. Tedavi başarısı için tanı ve tedaviye başlamak kadar tedaviye devam edebilmek de önemlidir.

Anahtar Kelimeler: AIDS, Serebral toksoplazma ensefaliti, Kaposi sarkomu, Salmonella bakteriyemisi

PS-03

HIV İLE YAŞAYAN BİREYLERDE PROGRESİF MULTİFOKAL LÖKOENSEFALOPATİ OLGULARI

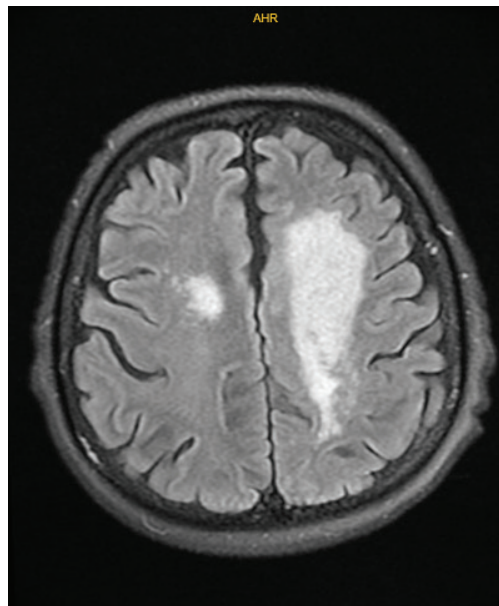
Bircan Kayaaslan¹, Meryem Korkmaz Şimşek¹, Fatma Eser¹, Hatice Rahmet Güner¹

¹Ankara Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik, Mikrobiyoloji Kliniği

Amaç: Progresif multifokal lökoensefalopati (PML), JC polyomavirüsün (JCV) neden olduğu merkezi sinir sisteminin (MSS) demiyelinizan hastalığıdır. Böbreklerde ve lenfoid organlarda latent kalan JCV, HIV enfeksiyonu gibi derin hücrel immünsüpresyon durumunda aktifleşebilir ve oligodentrositlerde litik enfeksiyona neden olur. PML genellikle mental durum değişikliği, motor defisitler (hemiparezi veya monoparezi), uzuv ve yürüyüş ataksisi, hemianopsi ve diplopi gibi görsel semptomlarla seyreder. Semptomlar lezyonların MSS'deki konumuna bağlı olarak değişebilir. Klinik kötüleşme haftalar içinde olur, sekel ve mortalite oranı çok yüksektir. Bu raporda HIV ile yaşayan bireylerde PML tanısı konulan olgulardan bahsedilmiştir.

Yöntem: OLGU1: 4 aydır AIDS ile takip edilen 41 yaş, erkek hasta. Sağ üst ve alt ekstremitelerde güçsüzlük, genel durum bozukluğu, beslenememe şikayeti ile tarafımıza sevk edildi. OLGU2: 55 yaş, erkek hasta. Son 1 aydır olan alt ekstremitelerde güçsüzlük, bacak krampları, tat almada azalma ve çift görme ile başvurdu ve anti-HIV pozitif saptandı. OLGU3: 65 yaş, erkek hasta. Bir yıldır olan başağrısı, konuşmada bozukluk, ilerleyici bilateral alt ekstremitelerde güçsüzlük ile başvurdu ve anti-HIV pozitif saptandı. OLGU4: 29 yaş, erkek hasta. İki aydır olan sağ bacak ve kolda güçsüzlük, konuşmada yavaşlama ile başvurdu, anti-HIV pozitif saptandı. OLGU5: 39 yaş, erkek hasta. Yirmi gündür olan etrafındaki cisimlerin uzaklığını algılayamama ve bulanık görme, bilinç değişikliği ile başvurdu, anti-HIV pozitif saptandı. Lomber ponksiyon (LP), kraniyal manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ve MR spektroskopisi sonuçları ile hastalara PML tanısı konuldu. Hastalara antiretroviral tedavi başlandı. Hastaların hiçbirisi deneysel tedavi almadı.

Tablo-1 olgu3' e ait kraniyal MRI görüntüsü



Kontrast tutulumu göstermeyen; FLAIR’de hiperintens sinyal değişikliği alanı ve T2’ de hiperintens odaklar. Spektroskopide ise kolin pikleri izlendi, N-asetil aspartat düzeylerinde azalma ve laktat pikleri görüldü.

Tablo-2 Bulgular ve Tedaviler

	OLGU 1	OLGU 2	OLGU 3	OLGU 4	OLGU 5
CD4+ T LENFOSİT (Hücre/ μ l)	17	88	207	200	33
HIV RNA PCR					
KAN (Kopya /mL)	1436	19578091	1663	2939	489996
BOS	-	443	345	580	328
PROTEİN (mg/L)					
BOS LÖKOSİT	-	0	0	0	0
BOS GLUKOZ (mg/L)	-	31	61	52	66
HIV RNA PCR					
BOS (Kopya/mL)	1649	85857	175	414	-
JC VIRUS PCR					
BOS (Kopya/mL)	240000	23449	141711	7	179666
MR spektroskopi	-	PML uyumlu	PML uyumlu	PML uyumlu	PML uyumlu
BAŞLANAN TEDAVİ	Tenofovir Disoproksil + Emtrisitabin + Dolutegravir	Tenofovir Alafenamid + Emtrisitabin + Biktegravir	Lamivudin + Dolutegravir	Tenofovir Alafenamid + Emtrisitabin + Biktegravir	Tenofovir Disoproksil + Emtrisitabin + Dolutegravir

Bulgular: OLGU1: Generalize nöbet geçiren, yutma fonksiyonu azalan hasta, yoğun bakımda izlendi ve exitus oldu. OLGU2: Bilinci kapanan ve oksijen ihtiyacı artan hastada immun rekonstitüsyon inflamatuvar sendromu (IRIS) düşünülerek metilprednisolon başlandı. Yoğun bakımda exitus oldu. OLGU3: Ani bilinç kötüleşmesi ve kas gücünde progresif kayıp nedeni ile IRIS düşünülerek metilprednisolon başlandı. Kliniği düzelen hasta, bakım hastası olarak taburcu edildi. OLGU4: Oryantasyon ve kooperasyon düzeldi, taburcu edildi. Hasta işine tekrar döndü. OLGU5: IRIS düşünülerek metilprednisolon başlandı. İmmobil bakım hastası olarak taburcu edildi.

Sonuç: Açıklanamayan MSS tutulumu olan hastalarda fırsatçı enfeksiyonlar açısından altta yatan HIV enfeksiyonunun araştırılması ve varsa erken dönemde tanı konulması önemlidir. PML ön tanısında ilk basamak test; karaniyal MRI tetkikinin yanında, BOS JCV PCR istenmesi olmalıdır. Tanı konulamayan vakalarda kesin tanı için beyin biyopsisi ile histopatolojik inceleme önerilmektedir. PML'nin seyri genellikle ilerleyicidir ve sıklıkla ölümle sonuçlanır. PML'nin spesifik etkin bir tedavisi yoktur. Tedavi antiretroviral tedavi ile immün sistemin yeniden rekonstrüksiyonunun sağlanmasıdır. Erken antiretroviral tedavi (ART) prognozu etkiler. Bu nedenle açıklanamayan MSS tutulumu olan hastalarda öncelikle HIV ve HIV ilişkili PML'nin düşünülmesi ve immunsupresyonun düzeltilmesi için hızla etkin bir ART başlanması hasta açısından hayati öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: PML, JCV, HIV

PS-04

KLİNİĞİMİZDE TAKİP EDİLEN HIV İLE YAŞAYAN 50 YAŞ ÜZERİ BİREYLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Nevin İnce¹, Bekir Tunca¹, Dilek Yekenkurul¹, İsmail Arif Gök¹

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Düzce

Amaç: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu tüm dünyada en önemli sağlık sorunlarından biri olmaya devam etmektedir. Antiretroviral tedavinin ortaya çıkması ve yaşam süresinin uzamasıyla birlikte, HIV ile yaşayan yaşlı kişilerin oranları da giderek artış göstermektedir. Bu çalışmada Düzce Üniversitesi Hastanesi'nde takip edilen HIV ile yaşayan ileri yaş kişilerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya, 2005-2023 yılları arasında Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji bölümünde HIV ile yaşayan toplam 180 hastadan 50 yaş ve üstünde olan 34 olgu dahil edildi. Retrospektif olarak bilgisayar ve dosya verileri incelenerek demografik, HIV durumu, tedavi ve takip sonuçları kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 34 olgu (≥ 50 yaş), takip edilen tüm HIV ile yaşayan bireylerin %18,8'ini oluşturmaktaydı. Olguların altısı kadın, 28'i erkek, yaş ortalaması ise $58,2 \pm 6$ yıl (50-72) idi. Takip edilen olguların %14,7'si (n:5) fırsatçı enfeksiyon ve komorbid hastalıkları nedeniyle ex oldu. Ex olan olguların CD4 T lenfosit düzeyleri $< 100/\text{mm}^3$, tedavisi süren olguların ise CD4 T lenfosit ortalamasının $786/\text{mm}^3$ olduğu görüldü. Olguların takip yılı ortalaması $5,6 \pm 4,2$ yıl (0-18) idi. Olguların hiçbirinde Hepatit B, C veya sifiliz koenfeksiyonu saptanmadı. Olguların tedavilerine bakıldığında %76,4'ünün TDF/FTC veya TAF/FTC ile integras inhibitörü kombinasyonunu kullandığı görüldü.

Sonuç: Hem ülkemizde hem dünyada HIV ile yaşayan birey sayısı artmaktadır. Etkin antiretroviral tedaviler sayesinde yaşam ömrünün uzaması geriatrik popülasyon ve HIV konusunu daha fazla karşımıza getirecektir. Çok sayıda veriler elde edilmesi, yaşlanma ve HIV ile ilgili tecrübelerimizin artması sonucunda daha iyi yönetilebileceği düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: HIV, 50 yaş üstü bireyler, Düzce

PS-05

HIV İLE YAŞAYAN OKÜLER SİFİLİZ TANILI BİREYLERDE TEDAVİ YANITININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Duygu Korkut-Akyürek¹, Samra Heydarova¹, Aysun Benli¹, Serap Şimşek-Yavuz¹, Halit Özsüt¹

¹*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı*

Amaç: Sifiliz; Treponema pallidum spiroketinin neden olduğu cinsel yol ve kan yoluyla bulaşan sistemik bir hastalıktır. Göz tutulumu sifilizin tüm evrelerinde görülebilir ve gözün farklı tabakalarını tutabilir. HIV ile yaşayan bireylerde oküler sifiliz yaygındır ve ART çağında sorun olmaya devam etmektedir. Göz bulgularının HIV ile infekte bireylerde, olmayanlara oranla daha şiddetli olduğu bildirilmektedir. Ancak tedavi sonrası bu hastaların bazılarında göz bulgularında tam iyileşme görülmediğinin fark edilmesi üzerine tedaviye yanıtızlığın nedenlerinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Aralık 2015 - Eylül 2023 tarihlerinde İstanbul Tıp Fakültesi İHVKM Servisi'nde izlenen oküler sifiliz tanılı 14 hastanın demografik verileri, klinik ve laboratuvar özellikleri, hasta dosyaları ve otomasyon sistemi üzerinden retrospektif incelenip, formlara kaydedildi. 11.03.2020 tarihinden sonraki dönem COVID-19 pandemisi olarak kabul edildi. Penisilin tedavisi sonrası 1.ay vizyon ve görme alanı muayenesine göre tedaviye yanıtı ve yanıtız hastalar belirlenerek buna etki eden faktörler SPSS programıyla değerlendirildi.

Bulgular: Tedaviye yanıtız grupta; HIV RNA kopya sayısı düşük ($p:0,043$), ART alma oranı yüksek, mutlak CD4 ve CD4/CD8 oranı daha yüksek bulundu. Yine bu grupta NLR daha düşük ($p:0,045$) saptandı (Tablo 1). Cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklar eşlik etmiyordu. Her iki grupta da hastaların yarısı pandemi döneminde başvurmuştu ve istatistiksel olarak fark saptanmadı. Tedaviye yanıtız grupta 2 hastada CMV retinitisi; tedaviye yanıtı gruptaysa 1 hastada VZV retinitisi, 1 hastada disemine herpes zoster infeksiyonu eşlik etti. İstatistiksel fark saptanmasa da tedaviye yanıtılarda üveit, yanıtızlarda retinit ve retina dekolmanı sıkı. Ek nörolojik bulgu olarak 1 hastada 5-7-8. kraniyal sinir tutulumu saptandı. Lomber ponksiyon yapılan 10 hastanın hiçbirinde hipoglukoraji yoktu. BOS'unda FTA-ABS bakılan 6 hastanın 5'inde pozitiflik saptandı. 3'ü tedaviye yanıtız, 2'si tedaviye yanıtı gruptaydı. 3 hastada bakılan başlangıç BOS VDRL titresi tedaviye yanıtız 2 olguda $\frac{1}{4}$ ve $\frac{1}{64}$, tedaviye yanıtı 1 olguda $\frac{1}{4}$ olarak bulundu. Tüm olgular 14-21 gün kristalize Penisilin G 6x4 milyon U IV tedavisi aldı, 5 hastaya değişen dozlarda metilprednizolon/deksametazon IV verildi, ancak tedavi yanıtında etkisi saptanmadı.

Tablo 1: Göz bulguları tedaviye yanıtı ve yanıtı olmayan hastaların, demografik klinik ve laboratuvar özellikleri

	TEDAVİYE YANITSIZ (n=6)	TEDAVİYE YANITLI (n=8)	TÜM HASTALAR (n=14)	p değeri
Yaş, ortalama±SD	39 ±15,7	42,5 ±7,11	41 ±11,4	0,591
Cinsiyet, erkek, n (%)	6 (%100)	8 (%100)	14 (%100)	
Pandemi döneminde başvuru, n(%)	3 (%50)	4 (%50)	7 (%50)	>0,05
HIV tanısı süresi, gün±SD	234,8 ±276,4	367,8 ±630,5	310,8 ±508,7	0,228
Başvuru HIV RNA (kopya/ml) ortalama±SD	27094,3 ±59959,9	440985 ±491087	263603,4 ±404746,9	0,043
Başvuru CD4 sayısı (hücre/μl) ±SD	506,1 ±383,6	471,8 ±372,2	486,6 ±363,3	0,874
Başvuru CD4/CD8 oranı ±SD	0,79 ±0,93	0,44 ±0,28	0,58 ±0,6	0,876
Başvuruda Antiretroviral tedavi (ART) alanlar, n (%)	5 (%83,3)	2 (%25)	7 (%50)	>0,05
Fırsatçı infeksiyon/malignite n(%)	2 (%33,3)	2 (%25)	4 (%28,6)	>0,05
Latent sifiliz, n(%)	5 (%83,3)	6 (%75)	11 (%78,6)	0,408
Sekonder sifiliz, n(%)	1 (%16,6)	2 (%25)	3 (%21,4)	0,408
Oküler sifiliz, n(%)	6 (%100)	8 (%100)	14 (%100)	
- Koryoretinit n(%)	4 (%66,6)	4 (%50)	8 (%57,1)	
- Üveit n(%)	3 (%50)	5 (%62,5)	8 (%57,1)	
- Vitrit n(%)	2 (%33,3)	3 (%37,5)	5 (%35,7)	
- Retina dekolmanı n(%)	3 (%50)	1 (%12,5)	4 (%28,6)	
- Sağ göz tutulumu, n(%)	2 (%33,3)	4 (%50)	6 (%42,9)	
- Sol göz tutulumu, n(%)	3 (%50)	3 (%37,5)	6 (%42,9)	
- Bilateral göz tutulumu, n(%)	1 (%16,6)	1 (%12,5)	2 (%14,3)	>0,05
Göz dışı nörolojik tutulum, n(%)	0	1 (%12,5)	1 (%7,1)	
Tam Kan Sayımı Bulguları				
- Lökosit sayısı ±SD	7433,3 ±4776,4	6380 ±1243,9	6831,4 ±3050,2	0,62
- Nötrofil sayısı ±SD	5033,3 ±3901,1	3406,3 ±801,7	4103,6 ±2539,9	0,359
- Lenfosit sayısı ±SD	1555 ±641,3	2148,7 ±552,2	1894,3 ±638,3	0,098
- Nötrofil/Lenfosit oranı (NLR) ±SD	2,93 ±1,6	3,6 ±3,1	2,2 ±1,2	0,045
Serum VDRL titresi ≥1/32	1 (%16,6)	6 (%75)	7 (%50)	0,643
Lomber ponksiyon yapıları, n(%)	4 (%66,6)	6 (%75)	10 (%71,4)	
BOS hücre sayımında pleositoz saptananlar, n(%)	3/4 (%75)	6/6 (%100)	9/10 (%90)	>0,05
BOS'ta lenfosit (hücre/μL)±SD	11,5 ±10,7	26,7 ±21,8	20,6 ±19,3	0,263
BOS'ta protein (mg/dl)±SD	47,8 ±20,7	48,5 ±22,9	48,3 ±21	0,964
Antibiyotik tedavi süresi, gün±SD	18,6 ±3,6	17,5 ±3,5	18 ±3,5	0,569
Sistemik steroid kullanımı, n(%)	2 (%33,3)	3 (%37,5)	5 (%35,7)	>0,05
Göz bulgularında tedaviye klinik yanıt				
- Tam iyileşme	0	2 (%25)	2 (%14,2)	
- Kısmi iyileşme	0	6 (%75)	6 (%42,9)	
- Yanıtsızlık	6 (%100)	0	6 (%42,9)	>0,05

Sonuç: Tedaviye yanıtı grupta; ART naif yeni tanı HIV ile yaşayan birey oranı yüksek olması, hastaların eş zamanlı sifiliz tanısı alarak, erken dönemde tedaviye ulaşmalarıyla ilişkili olabilir. Göz bulgularının düzelmesinde, erken tedavinin önemi bildirilmiştir. Tedaviye yanıtı grupta NLR yüksekliği, bu grupta ART naif HIV ile infekte bireylerin daha fazla olmasıyla açıklanabilir. Tedaviye yanıtsız grupta aynı zamanda CMV retinitinin de olması prognozu kötüleştiren bir faktör olarak değerlendirildi. Literatürde üveitle seyreden olgularda prognoz daha iyi bulunmuş, retinit ve dekolman iyileşmeyi olumsuz etkilemiştir. Bu durum bizim hastalarımızda da benzer şekildedir. Bu çalışmayla; daha fazla sayıda hastayla, tedavi yanıtlarının uzun dönem takip edilip sonuçların değerlendirilmesine ihtiyaç olduğu gösterildi.

Anahtar Kelimeler: HIV, Üveit, Sifiliz, Oküler sifiliz, Nörosifiliz

PS-06

EDİNSEL İMMUN YETMEZLİK SENDROMLU BİR HASTADA PROGRESİF MULTİFOKAL LÖKOENSEFALOPATİ

Yasin Kara¹, Ertuğrul Güçlü¹, Aslı Vatan¹, Oğuz Karabay¹, Elida Durmuş¹

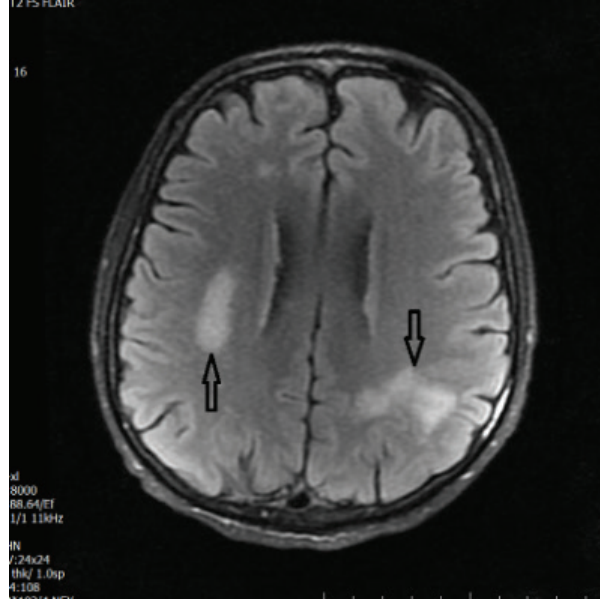
¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Giriş: Human immunodeficiency virus (HIV) enfeksiyonu, progresif multifokal lökoensefalopati (PML) için predispozan faktörlerdendir. Özellikle CD4 hücre sayısı 200'ün altına düşen hastalarda risk artmaktadır. PML için spesifik bir tedavi yoktur. Bu çalışmada AIDS evresinde tanı alan bir hastada mortalite ile sonuçlanan bir PML olgusu sunulmuştur.

Yöntem: Olgu Sunumu

Bulgular: Olgu: Tarafımıza konuşmada yavaşlama, sorulara anlamsız cevap verme ve anlamsız bakışlar ile başvuran 46 yaşındaki erkek hastanın muayenesinde zaman ve kişi oryantasyonunda bozukluk ve apatik ifade görüldü. Bilinci açık, koopere olan hastanın diğer sistem muayeneleri normaldi. Ateşi 36,5 C ölçülen hastanın meningeal irritasyon bulguları negatifti. Hastanın özgeçmişinden; 40 gün önce laboratuvar bulgularında CD4: 61 K/uL, HIV RNA: 2.407.989 IU/ml saptanması üzerine tenofovir disoproksil fumarat / emtrisitabin / dolutegravir antiretroviral tedavisi (ART) ile trimetoprim sülfometaksazol profilaksisi başlanıldığı ve 1 hafta önce dış merkezde bu tedavinin biktgravir / emtrisitabin / tenofovir alafenamid rejimine değiştirildiği öğrenildi. Meningoensefalit ön tanısıyla yatışı yapılan hastanın beyin omurilik sıvısının (BOS) direkt mikroskopik incelemesinde 64 / mm³ lökosit görülürken, BOS glukoz: 65 mg/dl (eş zamanlı kan glukozu: 130 mg/dl), mikroprotein: 115,8 mg/dl saptandı. Hastaya ampirik olarak seftriakson 2x2 gr + asiklovir 3x750 mg tedavisi başlandı. BOS incelemesinde; ehrlich ziehl neelsen boyamada ve gram boyamada bakteri görülmedi. BOS'tan viral ve bakteriyel menenjit paneli, VDRL, TPHA, BOS kültürü, Mycobacterium tuberculosis kompleks DNA'sı gönderildi. Kültüründe üremesi olmayan hastanın diğer tetkikleri normal olarak sonuçlandı. Hastaya çekilen kontrastsız kranial bilgisayarlı tomografide sol parietalde hipodens alan izlendi. Kontrastlı beyin manyetik rezonans görüntüleme (MR) bilateral beyaz cevherde hiperintensiteler, kontrast tutulumu göstermeyen demiyelinizan plaklar (resim 1) saptanması üzerine tekrar LP yapıldı. BOS polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) incelemesinde JC (John Cuningham) virüs 82 kopya /ml saptanan hastaya JC virüse bağlı ensefalit / PML tanısı konuldu. Seftriakson ve asiklovir tedavisi kesilen hasta yatışın 20. gününde nöroloji önerileri de alınarak taburcu edildi. Taburculuktan 1 ay sonra yutma zorluğu şikayeti ile başvuran hastaya perkütan endoskopik gastrotomi açıldı. Bu işleminden 20 gün sonra tekrar acil servise pnömoni kliniğiyle gelen hastanın çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde alt zonlarda daha yaygın olmak üzere yaygın yamasal infiltrasyonlar tespit edildi. Koopere olmayan hastanın nöropsikiyatrik bulguları ilerlemişti. Pnömoni tanısıyla yoğun bakım ünitesine yatış verilen hasta takibin dördüncü gününde vefat etti.

Resim 1: Kontrastlı beyin MR



Bilateral beyaz cevherde hiperintensiteler, kontrast tutulumu göstermeyen demiyelinizan plaklar

Sonuç: Sonuç: Nöropsikiyatrik semptom ve / veya bulguları olan immunsuprese hastalarda PML ve JC virüs mutlaka akılda bulundurulmalıdır. Özellikle kontrastlı beyin MR'da bilateral hiperintensiteler, demiyelinizan plaklar görüldüğünde JC virüs ayırıcı tanıda yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: AIDS, JC virüs, PML, progresif multifokal lökoensefalopati, HIV

PS-07

HIV İLE ENFEKTE İKİ BİREYDE CMV PNÖMONİSİ

Ahmet Şahin¹

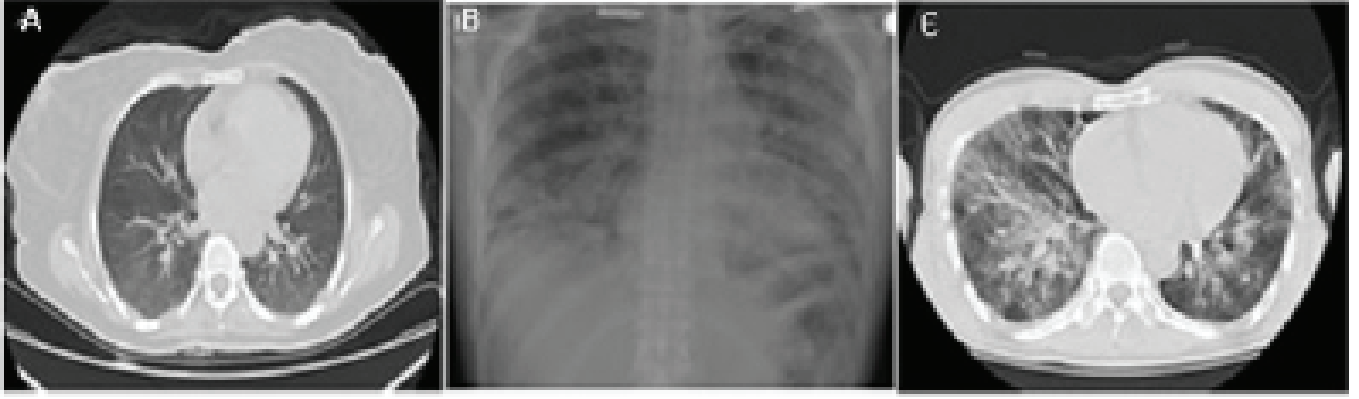
¹Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Sitomegalovirüs (CMV) çift sarmallı DNA virüsü olup Herpesviridae ailesindendir. CMV' nin HIV ile enfekte kişilerde en sık görülen klinik tablosu retinittir. Gastrointestinal sistem, periferik ve santral sinir sistemi, karaciğer, böbrek ve akciğerler ise CMV' nin etkilediği organlar arasındadır. HIV ile enfekte kişilerde pnömoninin nadir sebepleri arasında olan CMV' nin etken olduğu iki olgunun sunulması amaçlandı.

Yöntem: Kliniğimizde takip edilen iki olgu onamları alınarak sunuldu.

Bulgular: Olgu 1: 48 yaşında heteroseksüel kadın ateş, öksürük ve dispne şikayeti ile başvurdu. Eşi 3 yıl önce HIV enfeksiyonu tanısı almıştı. Ateşi 38.2 °C, oksijen saturasyonu %80-85, solunum sayısı: 30/dk idi. Laboratuvar incelemesinde HIV/AIDS tanısı ve CMV varlığı doğrulandı. HIV RNA:94500 kopya/ml, CMV PCR:83730 IU/mL idi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) her iki akciğer üst ve alt lobda yaygın tomurcuklanan ağaç dalı görünimleri izlendi. Endoskopisinde kandida özefajiti saptandı. Göz fundus muayenesinde retinit saptanmadı. Balgamda Ehrlich-Ziehl-Neelsen (EZN) negatif, Pneumocystis jirovecii DFA negatif, SARS-CoV-2 PCR negatif idi. Balgam kültüründe patojen mikroorganizma üremedi. Klinik, radyolojik ve laboratuvar bulgularla CMV pnömonisi tanısı konuldu ve hastaya valgansiklovir başlandı. Tedavinin 6. gününden itibaren nefes darlığı şikayeti azalmaya başladı. Olgu 2: 40 yaşında heteroseksüel erkek dispne ve öksürük şikayeti ile başvurdu. Geçen yıl başka bir sağlık kuruluşunda hastada HIV enfeksiyonu tespit edilmiş ancak antiretroviral tedaviyi hasta almamış. Ateşi 36.5 °C, oksijen saturasyonu %75-80, solunum sayısı: 30/dk idi. Akciğer grafisinde yamalı infiltrasyon, toraks BT' sinde ise her iki akciğerde yaygın buzlu cam dansiteleri izlendi. VDRL testi pozitif, HIV RNA: 755200 kopya/ml, CMV PCR:41970 IU/mL idi. Fırsatçı patojenlere yönelik bakılan tetkiklerde balgamda EZN negatif, Pneumocystis jirovecii DFA negatif, SARS-CoV-2 PCR negatif, galaktomannan antijeni kanda ve bronko alveolar lavaj (BAL) sıvısında negatif idi. Balgam kültüründe Klebsiella pneumoniae üredi, antibiyotik tedavisine devam edildi. Klinik düzelmesi olamayan hastaya bronkoskopi yapıldı. BAL sıvısında CMV PCR:9482 IU/mL. CMV pnömonisi kabul edilen hastaya valgansiklovir başlandı. Tedavinin 10. gününden itibaren başta nefes darlığı olmak üzere şikayetleri azalmaya başladı. Her iki hastanın da başlangıç CD4 sayısı <50 hücre/mm³ olup ileri evre AIDS tablosunda idi. CMV pnömonisi sebebi ile başlanan valgansiklovir 2x900 mg/gün antiviral tedavisi sonrasında klinik tablosu düzeldi. Anti-CMV tedavileri 4 haftaya tamamlandı. 4. hafta sonunda CMV PCR sonuçları negatif idi. Anti-CMV tedavisinin başlanmasından 2 hafta sonra antiretroviral tedavileri başlandı. Hastalar antiretroviral tedavi ve PJP profilaksilerine devam edilerek taburcu edildi.

Şekil 1



Şekil 1. A: Olgu 1' in toraks BT' sinde her iki akciğer üst ve alt lobda yaygın tomurcuklanan ağaç dalı görünümeleri, B: Olgu 2' nin posteroanterior akciğer grafisinde yamalı infiltrasyon, C: Olgu 2' nin toraks BT'sinde her iki akciğerde yaygın buzlu cam dansiteleri.

Tablo 1. Olguların laboratuvar bulguları

Laboratuvar bulguları	Olgu 1	Olgu 2	Referans aralığı
Lökosit	6.9 x 10 ⁹ /L	5.3 x 10 ⁹ /L	4-10 x 10 ⁹ /L
Nötrofil	4.7 x 10 ⁹ /L	4 x 10 ⁹ /L	2-7 x 10 ⁹ /L
C-reaktif protein	54 mg/L	154 mg/L	0-5 mg/L
Prokalsitonin	0.07 ng/ml	0.3 ng/ml	<0.49 ng/ml
CD4/CD8 oranı	0.02	0.05	> 1
CD4 hücre/mm ³	30	7	
HIV RNA	94500 kopya/mL	755200 kopya/mL	
CMV Ig M	Pozitif	Negatif	
CMV Ig G	Pozitif	Pozitif	
CMV PCR (Plazma)	83730 IU/mL	41970 IU/mL	
CMV PCR (BAL)	-	9482 IU/ml	
VDRL-RPR	Negatif	Pozitif	
EZN boyama	Negatif	Negatif	
Pneumocystis carinii DFA	Negatif	Negatif	

Sonuç: CMV' nin doku tutulumunun teşhisinde altın standart yöntem, CMV inklüzyonlarının veya histopatolojide pozitif CMV' ye özgü immünohistokimya boyamasının gösterilmesidir. Olgularımızın ilkinde klinik ve radyolojik bulgularla, ikincisinde ise ek olarak BAL sıvısında CMV varlığının gösterilmesi ile tanı konulmuştur. Sonuç olarak olgularımızda da olduğu gibi yüksek HIV viral yük ve düşük CD4 hücre sayısı CMV enfeksiyonu için risk oluşturmaktadır. İmmünsuprese hastalarda CMV enfeksiyonu akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HIV, CMV, Pnömoni, AIDS

PS-08

HIV İLE YAŞAYAN BİREYLERDE KARDİYAK RİSKİN YILLAR İÇERİSİNDEKİ DEĞİŞİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Simge Sekin¹, Dilara İnan¹

¹Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Antalya

Amaç: Antiretroviral tedavi (ART), HIV enfeksiyonunu büyük ölçüde kronik bir hastalığa dönüştürmüştür. 2030 yılına kadar HIV ile yaşayan bireylerin (HİYB) %73'ünün elli yaş ve üzerinde olacağı ve HİYB'in %78'inin kardiyovasküler hastalığa (KVH) sahip olacağı tahmin edilmektedir. HIV ile yaşayanlar bireylerde akut kalp krizi, kalp yetmezliği, ani kardiyak ölüm, periferik arter hastalığı ve felç dahil olmak üzere çeşitli kardiyovasküler komplikasyonlar açısından artmış risk mevcuttur. Kardiyovasküler hastalıklar, HİYB arasında ölüme en sık neden olan hastalıkların arasındadır. Bu çalışmada HİYB'de farklı ART rejimlerinin kardiyak riski nasıl etkilediği DAD skoru kullanılarak değerlendirilmiştir.

Yöntem: Çalışmada, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları Kliniği'nde takip edilen ve tedavi başlangıcından itibaren aynı ART'yi en az beş yıldır alan hastalar yer almaktadır. Hastalar retrospektif olarak taranarak uygun olanlar çalışmaya alındı. Çalışmada kullanılan laboratuvar verileri hastane otomasyon sisteminden alındı. Hastalarla yapılan görüşmelerde yaş, cinsiyet, ek hastalıklar, sigara kullanımı, KVH öyküsü kaydedildi. DAD skoru kullanılarak hastaların tedavi başlangıcındaki ve tedavinin beşinci yılındaki 5 yıllık kardiyak risk skorları hesaplandı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 39 HİYB dahil edildi. Hastaların 3'ü (%7,7) kadın, 36'sı (%92,3) erkekti. Hastaların ART başlangıcındaki ortalama yaşları $34 \pm 9,7$ idi. 19 hasta abacavir+lamivudin+dolutegravir (ABC/3TC/DTG), 12 hasta tenofovir disoproksil+emtricitabin+dolutegravir (TDF/FTC+DTG), 8 hasta tenofovir alafanemid+emtricitabine+elvitegravir+cobicistat (TDF/FTC/EVG/c) rejimlerini almaktaydı. Hiçbir hastada KVH yoktu. ART başlangıcında DAD skorunun ortanca değeri 0,86 (IQR:0,39-2,68) iken ABC/3TC/DTG alan hastalarda 0,59 (IQR:0,29-1,22), TDF/FTC+DTG alan hastalarda 2,70 (IQR:0,83-8,48), TDF/FTC/EVG/c alan hastalarda 0,87 (IQR:0,22-4,94) olarak bulundu. Çalışmaya alınan hastalardan 2'si (%5,1) 5 yıl içerisinde kalp krizi geçirdi. Bu hastaların ikisi de TDF/FTC+DTG rejimi almaktaydı. ART 5. yılında 39 hastanın DAD skoru ortanca değeri 1,52 (IQR:0,70-3,82) bulundu, başlangıca göre DAD skorundaki artış anlamlı olarak bulundu ($p:0,02$). Beşinci yılda DAD skoru ortanca değeri ABC/3TC/DTG alan hastalarda 0,92 (IQR:0,61-2,22), TDF/FTC+DTG alan hastalarda 3,34 (IQR:1,32-5,71), TDF/FTC/EVG/c alan hastalarda 1,69 (IQR:0,42-4,41) olarak bulundu. ABC/3TC/DTG alan hastalarda başlangıca göre DAD artışı anlamlı olarak ($p:0,01$) bulunurken, TDF/FTC+DTG ($p:0,58$) ve TDF/FTC/EVG/c alan hastalarda bu artış anlamlı olarak bulunmadı ($p:0,09$).

Sonuç: Her üç ART rejimi grubunda DAD skoruna göre KVH riski artmıştır. Bu nedenle risk azaltıcı önlemlerin alınabilmesi açısından bu riskin takip edilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: HIV, Kardiyovasküler hastalık

PS-09

KRONİK İNFLAMATUAR BİR DURUM OLARAK HIV İNFEKSİYONU: TEDAVİ SONUÇLARIMIZ

Ahmet Umur Topçu¹, Nesrin Ecem Kılıç¹, Pelin İrkören², Mahir Kapmaz², Süda Tekin²

¹Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

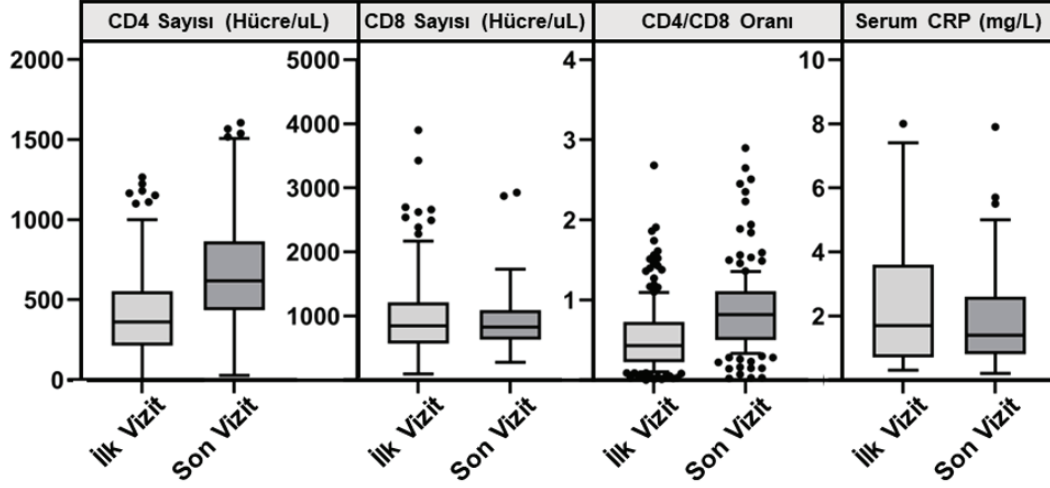
²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV) enfeksiyonu, C-reaktif peptit (CRP) düzeyleri ve lipid profillerindeki bozulma gibi çeşitli belirteçlerin gösterdiği kronik inflamasyonla karakterizedir. Bu çalışmada özel bir hastanede takipli HIV ile enfekte kişilerin demografik özellikleri, klinik bulguları ve HIV ile kronik inflamasyon arasındaki bağlantının irdelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Ağustos 2015 ile Ağustos 2023 arasında İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji bölümünde kanıtlanmış HIV enfeksiyonu tanısı alan tüm kişiler çalışmaya dahil edilmiştir. Kişilerden ve etik kuruldan onam alındıktan sonra vaka verileri hastanenin tıbbi veri tabanından elde edilmiştir ve SPSS versiyon 28 kullanılarak analizleri yapılmıştır. Çalışma popülasyonunun demografik özellikleri ve sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu deskriptif istatistiklerle incelenmiştir. Grup karşılaştırmaları için bağımsız örneklem t-testleri kullanılmış ve etkileri Cohen's büyüklüğü ile rapor edilmiştir. Çok değişkenli doğrusal regresyon modeli oluşturularak, CRP'nin potansiyel belirleyicileri değerlendirilmiştir. 0.05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

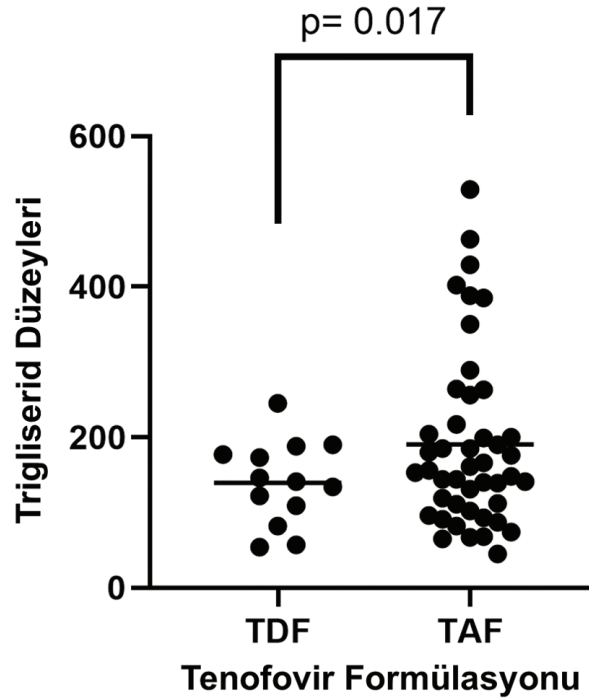
Bulgular: Merkezimizde takip edilen HIV ile yaşayan 215 kişinin %92.1 (n=198)'i erkek ve genel yaş ortalaması 42.8±12.3 (22-95) yıl idi. Vakaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Vakalarımızda koinfeksiyonlar irdelendiğinde; %32.6'sında sifiliz, %10.7'sinde ise Human Papillomavirus enfeksiyonu eşlik ettiği görüldü. Kaposi sarkomu (%4.2, 9/215), lenfomalar (%3.3, 7/215) ve diğer çeşitli maligniteler vakaların %10.7'sinde (23/215) gözlemlendi. Tanı anındaki HIV RNA düzeyleri ortalama 7 675 843 kopya/mL iken son klinik ziyarette ortalama HIV RNA'nın 869 kopya/mL'ye düştüğü ve kişilerin %90.2'sinde viral baskılanma sağlandığı görüldü. İlk ve son ziyaret arasında CRP düzeylerindeki, CD4+ ve CD8+ T lenfositlerindeki ve CD4+/CD8+ T lenfosit oranındaki değişimlerin Tukey kutu grafiği Şekil 1'de gösterilmiştir. Biktegravir, emtrisitabin ve tenofovir alafenamid fumarat (TAF) kombinasyonu en sık reçete edilen antiretroviral kombinasyondur. TAF kullanan kişilerin trigliserid düzeyleri tenofovir disoproksil fumarat (TDF) kullananlara göre anlamlı derecede yüksekti (Şekil 2). Kişilerin %13.5'inden anal sitoloji yayması alındı, %72.4'ünde atipi görülmedi. Belirsiz öneme sahip atipik skuamöz hücreler ve yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyonlar, vakaların sırasıyla %10.3 ve %3.4'ünde gözlemlendi. HIV enfeksiyonunun seyri ilerledikçe (tanıdan itibaren geçen gün sayısı arttıkça); toplam kolesterol (Pearson Katsayısı, PC=0,225, p=0,006, n=148), LDL kolesterol (PC=0,201, p=0,018, n=139) ve beden kitle endeksi (BKİ) (PC=0,516, p=0,034, n=17) artışı gözlemlendi. Tanı anındaki CD4+/CD8+ T-lenfosit oranı ve HDL kolesterol düzeyi son ölçülen CRP düzeyi ile anlamlı negatif korelasyon gösterirken vücut kitle endeksi (VKİ) ve trigliserit düzeyleri anlamlı pozitif korelasyon gösterdi. Bu faktörlerin CRP ile tek ve çok değişkenli lineer regresyon modeli Tablo 2'de verilmiştir. Bu model istatistiksel olarak anlamlı olup (F = 7,936, p < 0,001) son ölçümdeki CRP varyansının yaklaşık %23,9'unu açıkladı (R² = 0,239). Tanı anındaki CD4/CD8 oranının en anlamlı belirleyici olduğu gözlemlendi. Analizimizde değişkenler arasında multi-kolinearite açısından bir sorun olmadığı belirlendi.

Şekil 1. HIV ile yaşayan kişilerin ilk ve son vizitlerindeki laboratuvar parametrelerinin Tukey kutu grafiği



Bu Tukey kutu grafiği, ilk ve son vizitteki laboratuvar parametrelerini özetlemektedir. Kutunun kendisi çeyrekler açıklığını (IQR) kapsar ve verilerin medyanını göstermektedir. Kuyruklar çeyrekler açıklığının 1,5 katı içindeki en büyük değere kadar uzanmaktadır. Bu eşğin üzerindeki aykırı değerler nokta olarak gösterilmiştir.

Şekil 2. HIV ile yaşayan tenofovir disoproksil fumarat (TDF) veya tenofovir alafenamid (TAF) kullanıcılarında trigliserid düzeylerinin dağılımı



Tablo 1: HIV ile yaşayan kişilerin demografik profili

Demografik Bilgiler	Sonuç
Yaş ortalaması	42.80 yıl, n=215 [22-93, SD:12.35540]
Ortalama takip süresi	935.07 gün (2.6 yıl), n=215 [0-2856, SD:826.972]
Tanıdan itibaren geçen zaman	2144.54 gün (5.9 yıl), n=207 [31-13027, SD:1714.067]
Cinsiyet	
Erkek	%92.1 (198/215)
Kadın	%7.9 (17/215)
Sağkalım	
Hayatta	%97.21 (209/215)
Öldü	%2.79 (6/215)
Cinsel yönelim	
Homoseksüel	% 67.9 (53/78)
Heteroseksüel	%20.5 (16/78)
Biseksüel	%11.5 (9/78)
Komorbidite	
Komorbiditesi olmayanlar	% 87.4 (188/215)
Komorbiditesi olanlar	%12.6 (27/215)
Hipertansiyon	%7.4 (16/215)
Kronik böbrek betmezliği	%3.7 (8/215)
Kardiyovasküler hastalık	%3.3 (7/215)
Diabetes mellitus	% 2.8 (6/215)
Kronik karaciğer yetmezliği	% 1.4 (3/215)
KOAH	(1/215)

Bu tabloda bazı demografik değişkenler yüzde ve mutlak sayı olarak verilmiştir. Eksik değerler tanımlayıcı analizlerin dışında bırakılmıştır. Sürekli değişkenler ortalama, dağılım aralığı ve standart deviasyonlarıyla birlikte verilmiştir. Kısaltmalar: SD, standart deviasyon; KOAH, kronik obstrüktif akciğer hastalığı.

Tablo 2: Vakalarda koinfeksiyon sıklıkları ve infeksiyon serolojisi pozitiflikleri

Koinfeksiyonlar	Sonuç
Koinfeksiyon hikayesi	
Sifilis	%32.6 (70/215)
Tekrarlayan sifilis	%2.8 (6/215)
Nörosifilis	%2.3 (5/215)
HPV infeksiyonu	%10.7 (23/215)
Hepatit B infeksiyonu	%3.7 (8/215)
Tüberküloz	%2.8 (6/215)
MSS toksoplazmoz	%0.9 (2/215)
İnfeksiyon serolojisi pozitifliği	
Anti-HAV IgG	%56.3 (81/144)
Anti-HBs	%61.5 (110/179)
HBsAG	%6.4 (10/157)
Anti-HCV IgG	%1.4 (2/143)
Toksoplazma IgG	%19.2 (105/130)
CMV IgG	%93.7 (89/95)

Bu tabloda koinfeksiyon öykülerinin varlığı ve infeksiyon serolojilerinde pozitiflik oranı yüzde ve mutlak sayı olarak verilmiştir. Eksik değerler analizin dışında bırakılmıştır. Kısaltmalar: HPV, insan papilloma virusu; MSS, merkezi sinir sistemi; HAV, hepatit A virusu; HCV, hepatit C virusu; CMV, sitomegalovirus.

Tablo 3. Son CRP ölçümüyle ilişkili değişkenlerin tekli çoklu regresyon analizi

	Tek değişkenli regresyon			Çok değişkenli lineer regresyon: $R^2=0.239$, $p<0.001$, $F=7.936$			
Değişken	Pearson Katsayısı	p-değeri	Standardize olmayan katsayı (B)	Standart hata (SE)	Standardize katsayı (β)	t-değeri	p-değeri
Sabit			3.719	0.841		4.424	<0.001
Tanı anında CD4/CD8 oranı	-0.256 (n=116)	0.006	-1.244	0.44	-0.284	-2.823	0.006
HDL kolesterol	-0.222 (n=100)	0.026	-0.031	0.014	-0.229	-2.205	0.03
Trigliserid	0.289 (n=89)	0.006	0.004	0.002	0.236	2.262	0.027
VKİ	0.674 (n=13)	0.012					

Kısaltma: VKİ, vücut kitle indeksi.

Sonuç: Bu çalışma, HIV ile yaşayan kişilerde koinfeksiyonların ve malignitelerin yaygınlığını, HIV infeksiyonunun kronik inflamatuvar etkisini ve antiretroviral rejimlerin bu kronik inflamatuvar durumun yönetimindeki etkisini vurgulamaktadır. Bu ilişkileri anlamak, klinik yönetime rehberlik edebilir ve HIV ile yaşayan kişilerin genel sağlığını iyileştirebilir.

Anahtar Kelimeler: HIV, Kronik İnflamasyon, CD4/CD8 oranı, Lipid Profili, CRP

PS-10

HASTANEMİZDE TAKİP EDİLEN HIVLE YAŞAYAN BİREYLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Elif Doğan¹, Aysun Yalçı¹, Cemal Bulut¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu kronik bir enfeksiyon olup UNAIDS'e göre 2017 yılı sonu itibarıyla dünyada HIVle yaşayan 36900000 kişi olduğu tahmin edilmektedir. Ülkemizde ise 1985'te ilk vaka bildiriminden 2022 sonuna kadar 34453 HIV ile enfekte birey olduğu bildirilmiştir. Türkiye'de artan sıklığı neticesinde HIVle yaşayan bireylerin değerlendirilmesi önem kazanmaktadır. Biz çalışmamızda hastanemizdeki takipli HIV ile enfekte bireylerin demografik özelliklerini, tanı alma nedenlerini ve tanı anındaki laboratuvar tetkiklerini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: 2016-2022 yılları arasında Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvuran 18 yaş üstü HIV ile enfekte bireyler değerlendirildi. Kişilerin yaş, cinsiyet, tanı alma nedenleri incelendi. Tanı anındaki değerlerden HIVRNA ve CD4 lenfosit sayısı, alanin aminotransferaz (ALT) ve aspartat transferaz (AST), c reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) tetkikleri not edildi. Veriler, hastane elektronik bilgi sisteminden alındı.

Bulgular: Toplam 155 kişinin 19'u (%12) kadındı. 8'i (%5) yabancı uyruklu idi. Yaş grubuna göre bakıldığında en sık görülen 23-33(%34) yaş grubu oldu. En sık tanı alma nedeni asemptomatik bireylerde yapılan rutin kan tetkiki (%32) olduğu saptandı. Kişilerin en sık tetkik edilme nedeninin sağlık taraması dışında askerlik öncesi, kan bağışi öncesi ve gebe takibi olduğu görüldü. Partner pozitifliği (%10) 2.sıklıkta saptandı. Ateş, halsizlik, iştahsızlık şikayetleri (%9) ve işlem öncesi/preoperatif kan tetkiklerinde saptanması (%9) 3. sıklıkta yer aldı. Devamında uzun süren alt solunum yolu enfeksiyonu yakınmaları (öksürük, balgam, dispne) (%7), korunmasız cinsel temas (%6), uzun süren ishal (%4), üst solunum yolu enfeksiyonu şikayetleri (%4), cilt bulguları (%4) tanı almada etkili olmuştur. Kişilerin %53'ünde HIVRNA değeri 10⁵ ve üzeri; %74'ünde CD4 sayısı 200 ve üzeri görüldü. HIVRNA değeri 10⁵ ve üzeri olan kişilerin 18'inde (%32) CD4 sayısı 200'ün altında saptandı. Bu grup HIV enfekte bireyler fırsatçı enfeksiyonlar açısından riskli olması yönüyle kayda değer olup tanı anında bu kişilerin 1'inde PCP ve CMV pnömonisi, 1'inde PCP ve aspergillozis enfeksiyonu, 1'inde PCP, 1'inde yaygın lökoenfalopati, 1'inde aspergillozis enfeksiyonu, 1'inde primer tüberkülozis saptandı. Kişilerin tanı anındaki kan tetkiklerine göre hastanemiz laboratuvar üst sınırı olan CRP için 5'in üstü %18, ESH için 30'nin üstü %15, ALT için 40'ın üstü %0.09, AST için 40'ın üstü %0.05 sıklıkta görüldü.

Sonuç: HIVle yaşayan bireyler dünyada ve ülkemizde sayısı ve kırılganlığı nedeniyle önemli bir grup olup tanı almada zaman kaybedildiği, kişilerin kimi zaman doğru bilgilendirmeye ulaşamadığı; bu durumun viral yük fazlalığı ve CD4 sayısı düşüklüğü göz önüne alınarak kişilerde sıklıkla akut faz reaktanı ve transaminaz bozukluğu yapmasa da fırsatçı enfeksiyonlara yol açabileceğini öne çıkarmak istedik.

Anahtar Kelimeler: HIV, epidemiyoloji, fırsatçı enfeksiyon, erken tanı

PS-11

TAKİPSİZ HIV İLE YAŞAYAN KİŞİDE FIRSATÇI ENFEKSİYONLAR

Melis Demirci¹, Fulya Demir¹, Selma Tosun¹

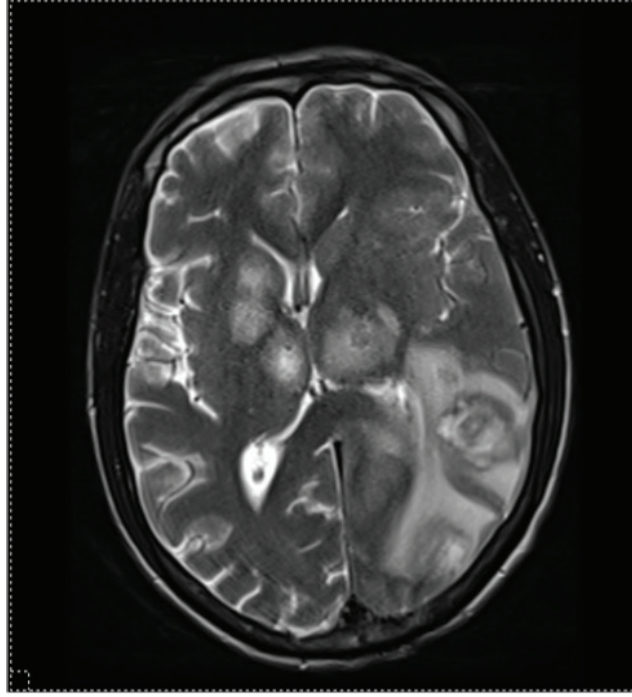
¹İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Amaç: İnsan immünyetmezlik virüs (HIV) enfeksiyonunda antiretroviral tedavi (ART) kullanımı ile etkin viral supresyonun sağlanması ile fırsatçı enfeksiyonların görülme sıklığı azalmıştır. HIV tanısı konulan fakat ART kullanımı olmayan veya CD4 düzeyi düşük olan olgularda halen görülmeye devam etmektedir. Bu olguda ileri evre takipsiz HIV ile enfekte bir bireyde eş zamanlı olarak tespit edilen Sitomegalovirus (CMV), Toksoplazma ve Pneumocystis jirovecii enfeksiyonlarının tartışılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Servisimizde yatarak takip edilmiş olan hastanın bilgileri retrospektif olarak hastane kayıtlarından incelenmiştir.

Bulgular: 35 yaşında erkek hasta; ateş, nöbet geçirme, bilinç bulanıklığı ve sağ taraflı güç kaybı nedeni ile hastanemiz acil servisine getirilmiş. Öyküsünde tanıyı 7 yıl önce almasına rağmen kendi isteği ile tedavi almadığı; son birkaç aydır baş ağrısı, kilo kaybı, halsizlik ve öksürük-balgam yakınmaları olan hasta servisimize yatırıldı. Fizik muayenesinde kaşektik görünümde olan hastanın ateş: 37.8 °C, kan basıncı 130/80 mmHg, taşikardisi mevcuttu. Hastanın gözler spontan açık, non-koopere, ağrılı uyaranla sağ yanlı yanıtsız, sol yanlı çekme hareketi mevcuttu. Ağız bakımı kötü, kandida plakları mevcut olup akciğer sesleri kabalaşmış ve ralleri vardı. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde lenfosit: 1380/mm³, CRP: 76 mg/L, CD4 T hücre sayısı: 90 mm³/hücre (%6), HIV RNA PCR: 164000 kopya/ml, Anti-CMV IgG (+), Anti - Tokso IgG (+), CMV DNA: 1990 IU/ml, IGRA test: negatif saptandı. Bilinçte bulanıklığı ile gelen hastanın kranyal MR'ında post kontrast seride lezyonlarda periferik halkasal ve yer yer nodüler kontrastlanma izlenmiş olup öncelikle toxoplasmosis açısından anlamlı olarak değerlendirilmiştir (Resim 1). Toraks BT'de bilateral akciğerlerde yaygın peribronşial nodüler buzlu cam dansiteleri, sol akciğer alt lob lateral segmentte yaklaşık 35*26 mm boyutlu bir alanda içerisinde kavitasyonlar izlenen infiltrasyon sahası izlendi (Resim 2). Hastanın tedavisi TMP-SMX, Seftriakson, flukonazol, prednizolon olarak düzenlendi. Jeneralize tonik nöbet geçirmesi üzerine nörolojiye danışılarak anti-epileptik (fenitoin+levetirasetam) tedavi eklendi. Yatışının dördüncü günü hastanın bilinci açıldı, nöbetleri geriledi ve taraf bulgusu ortadan kalktı. Görme şikayeti olmayan hasta için kontrol amaçlı Göz hastalıkları uzmanı bakışı istendi. Fundoskopik muayenede CMV retinitisi tespit edilmesi üzerine (Resim 3) valgansiklovir başlandı ve intravitreal gansiklovir enjeksiyonu yapıldı. Tedavinin 3.haftasında CD4+ hücre sayısı: 119 hücre/mm³ (%11)'e yükselirken CMV DNA 239 IU/ml'e geriledi. Hastaya Tenofovir alafenamid /emtrisitabin/ biktgravir tedavisi başlandı. Genel durumu izlemde düzelen hastanın kontrol tetkiklerinde akciğer ve beyin görüntüleme bulguları düzeldi. Görme kaybı yaşanmadı, valgansiklovir tedavisi 6 aya tamamlandı.

Resim 1



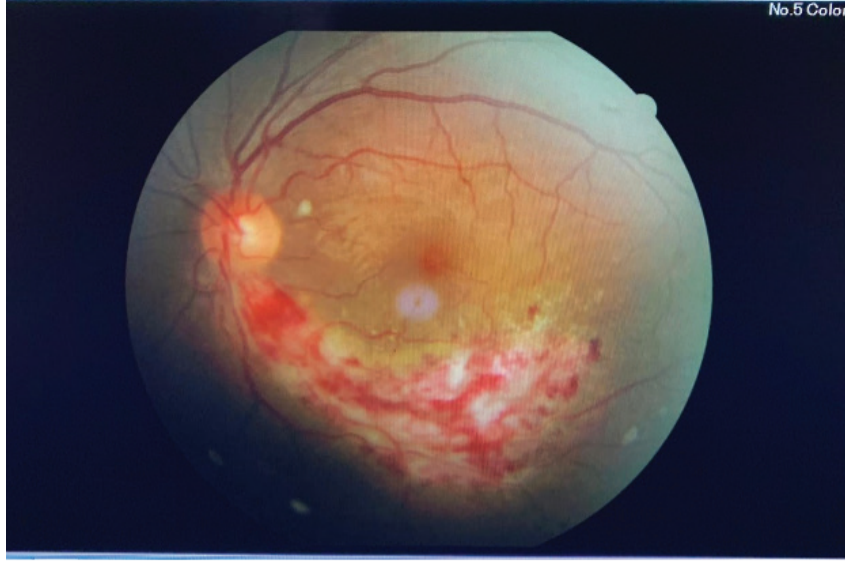
Kranyal MR

Resim 2



Toraks BT

Resim 3



Fundoskopi

Sonuç: İleri evre HIV ile enfekte; daha önce ART almamış ya da ART'yi uygun kullanmayan bireylerde fırsatçı enfeksiyonlar günümüzde halen önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir.

Anahtar Kelimeler: HIV/AIDS, Toxoplazma, CMV, Pneumocystis jiroveci

PS-12

ANOGENİTAL VERRUKA (SİĞİL) TANISI ALANLARDA HIV TARAMA TESTİ İSTENİYOR MU?

Ceylan Avcı¹, Arzu Nazlı²

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

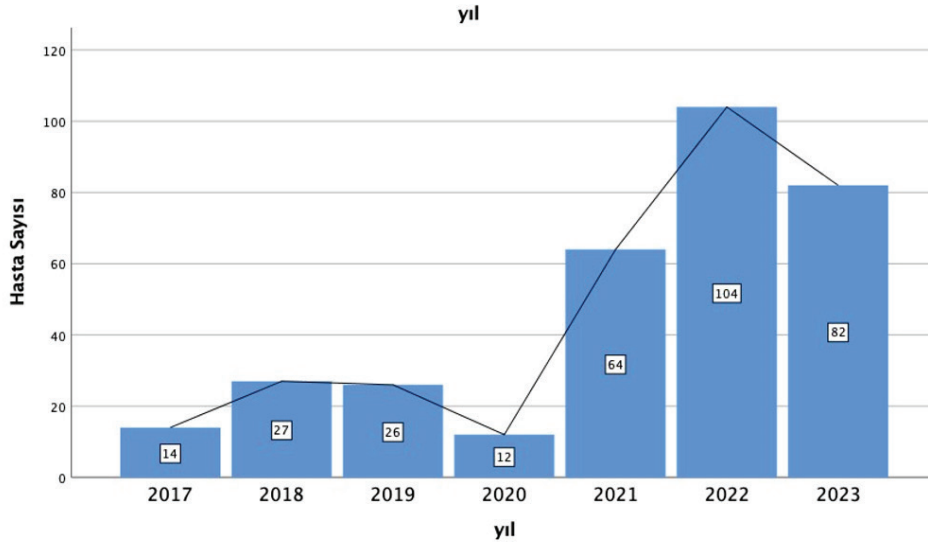
²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Amaç: Sağlık kuruluşlarında gösterge hastalıklara göre HIV testi istenmesi erken tanıya, erken antiretroviral tedavi başlanmasına ve dolayısıyla bulaşmanın önlenmesine, hastalığın kontrol altında olmasına katkıda bulunmaktadır. Bu çalışmada dermatolojik gösterge hastalıklardan biri olan verruka anogenitalis tanısı alan hastalarda rutin olarak istenmesi önerilen HIV testinin istenme oranları ile bu test sonucunda saptanan pozitiflik oranları retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Yöntem: Çalışmada 1 Ocak 2017-29 Ağustos 2023 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı polikliniğine başvuran ve verruka anogenitalis tanısı alan hastalar retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Veri kayıt formuna hastaların demografik bilgileri, HIV tarama testi istenme durumu, HIV testi istenen hastaların tetkik sonuçları ile HIV doğrulaması yapılan ve pozitif saptanan hastaların viral yükleri ve CD4+ T lenfosit oranları kayıt edilmiştir. Genital verruka yakınması ile başvuran hastaların retrospektif olarak anamnezleri ve verilen tedaviler incelenerek tanıları doğrulanmış olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların ilk tanı aldıkları tarihten bir ay önceki ve 3 ay sonraki istenmiş olan tarama testleri kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 68'i (%19,8) kadın, 275'i (%80,2) erkek, yaş ortalaması 36.4 ± 13 (yaş aralığı: 18-80) olan toplam 343 hasta dahil edilmiştir. 2017-2023 yılları arasında verruka anogenitalis tanısı almış olan hastaların yıllara göre dağılımı Şekil.1'de verilmiştir. Verruka anogenitalis tanısı alan hastaların %74,1 'inden (254) HIV tarama testi istendiği belirlenmiştir. Erkek hastalardan kadın hastalara göre istatistiksel olarak daha yüksek oranda test istendiği tespit edilmiştir (sırasıyla %76,4; %64,7, p: 0.05). HIV tarama testi istenmiş olan hastaların ise %2 'sinde (5) pozitiflik saptanmıştır.

Şekil 1. İlk kez verruka anogenitalis tanısı alan hastaların yıllara göre dağılımı



Sonuç: Çalışmada verruka anogenitalis tanısı alan hastaların sayısının her geçen yıl artış gösterdiği belirlenmiştir. 2020 yılında tanı alan hasta sayısının az olması Covid-19 pandemisi nedeni ile sağlık merkezlerine olan başvuruların azalmış olması ile ilişkili olabilir. Üçüncü basamak sağlık merkezinde gösterge hastalık tanısı alan hastaların %25,9'undan test istenmediği görülmüştür. HIV tanısının atlanmaması için gösterge hastalık tanısı alan olguların hepsinden tarama testi istenmesi için farkındalığın artırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: HIV, HPV, Anogenital siğil, verruka anogenitalis, tarama testi

PS-13

HIV İLE YAŞAYAN KADINLAR

**Özlem Gül¹, Ahsen Öncül¹, Nazife Duygu Demirbaş¹, Ceren Atasoy Tahtasakal¹,
Hüsrev Diktaş¹, Okan Derin¹, Dilek Yıldız Sevgi¹, İlyas Dökmetaş¹**

¹SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Amaç: HIV enfeksiyonunun klinik seyri genellikle kadın ve erkeklerde benzerdir. Ancak, toplumsal önyargılar, sosyoekonomik ve kültürel farklılıklar ve bu zeminde gelişen tetkik ve tedaviye ulaşım kısıtlılığı, gebelik ve gebelik planı, ilaç istenmeyen etkilerinde farklılıklar, eşlik eden jinekolojik sorunlar gibi nedenlerden dolayı kadın hastaların farklı bir açıdan değerlendirilmesi gerekmektedir. Çalışmamızda kliniğimizce takip edilen HIV ile enfekte kadınların değerlendirilmesi planlanmıştır.

Yöntem: Kliniğimizce 2010-2022 yılları arasında takip edilen HIV ile enfekte kadınların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların klinik ve demografik özellikleri, almakta oldukları antiretroviral tedavi (ART), gebelik öyküleri, hastalık seyrinde görülen komorbid hastalıklar ve fırsatçı enfeksiyonlar değerlendirildi.

Bulgular: Belirlenen tarihler arasında izlenen ve verilerine ulaşılabilen 94 hastanın 22'si yabancı uyruklu idi. Hastaların tanı anındaki yaş aralığı 18-63, tanı anındaki yaş ortalaması 37.3 idi. Halen takipte olan hastaların yaş aralığı 24-74, yaş ortalaması 44,4 olarak saptandı. Hastaların %54.9'u evli, %26.3'ü bekar, %10.9'u boşanmış, %7.6'sı dul idi. Eğitim düzeyi olarak değerlendirildiğinde hastaların %4.6'sının okur yazar olmadığı, %37.5'inin ilköğretim, %12.5'inin ortaokul, %15.6'sının lise, %29.6'sının ön lisans ve yüksek lisans mezunu olduğu görüldü. Hastaların %39.6'sı lenfadenit, halsizlik, bulantı ve ishal gibi semptomlar nedeni ile hastaneye başvururken, %22'sinin başvuru nedeni birlikte olunan eşin/partnerin HIV ile enfekte olması idi. Diğer sık başvuru nedenleri preoperatif işlemler sırasında ya da rutin tetkiklerde Anti HIV reaktivitesi görülmesi idi. Beş hasta ise gebelik esnasında tanı almıştı. Hastaların 50'sinin (%53.1) partnerinin/eşinin HIV ile enfekte olduğu görüldü. İki hastanın da tanı öncesi dönemde sahip oldukları bebeklerinin HIV ile enfekte olduğu görüldü. Eşlik eden komorbid hastalıklar incelendiğinde hipertansiyon, osteoporoz ve depresif duygu durum bozukluğunun ön planda olduğu görüldü. Başvuru CD4 T lenfosit sayısı ortalaması 385,2 hücre/mm³ (min 4 -max 1.227) idi. Başvuru HIV-RNA düzeyi hastaların %77.6'sında <500.000 kopya/ml, %17.1'inde 500.000-1.000.000 kopya/ml, %5.2'sinde >1.000.000 kopya/ml olarak görüldü. Güncel takiplerinde ise hastaların %80.7'si viral suprese idi, %13.2'sinde ise HIV RNA 20-50 kopya/ml aralığında, %6'sında >50 kopya/ml idi. Üç hasta geç tanı ve eşlik eden fırsatçı enfeksiyonlar nedeni ile başvurusundan sonraki ilk 28 gün içinde kaybedildi. Hastaların takiplerinde toplam 16 gebelik gelişti, 2 göçmen hastanın takiplerine devam edemediği görüldü. Üç gebelik hasta isteği ile sonlandırıldı, üç gebe hasta poliklinikten izlenmekte olup ART altında oldukları ve güncel HIV RNA düzeylerinin negatif olduğu görüldü. Doğum yapan sekiz gebenin bebeklerin izleminde Anti HIV reaktivitesi saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamızda HIV ile enfekte kadınların poliklinik başvuru yaş aralığı 18-63 olarak saptanmış olup, ileri yaştaki hastalarda da uygun semptomlar varlığında ayırıcı tanıda HIV enfeksiyonu düşünülmelidir. Hastaların %53.1'inde saptanan eş/partner pozitifliği, olası bulaş yolunun eş kaynaklı olabileceğini düşündürmüştür. Tanı almadan çocuk sahibi olan iki hastanın HIV ile enfekte çocukları varken takip edilen HIV ile enfekte gebelerin izlemde sağlıklı çocuklar dünyaya getirmesi gebelik döneminde takibin önemini vurgulamaktadır. Özellikle doğurganlık çağındaki HIV ile enfekte kadınlarda gebelik isteği sorgulanmalı, gebelik döneminde tanı alan hastalara hızlı antiretroviral başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HIV, KADIN, GEBELİK

PS-14

KARDİYOLOGLARIN HIV HAKKINDAKİ FARKINDALIK VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Yeliz Özdemir¹, Mehmet Burak Özen², Hülya Özkan Özdemir¹, Melis Demirci¹, Selma Tosun¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

²Manisa Şehir Hastanesi Kardiyoloji Kliniği

Amaç: Etkin antiretroviral tedavi ile HIV enfeksiyonu ilişkili mortalite oranı %20'lerden %2'nin altına düşmüştür. HIV ile enfekte bireylerin yaşam süresi uzamış ve kardiyovasküler hastalıkların ortaya çıkma sıklığı artmıştır. Öngörü 2030 yılında HIV ile enfekte bireylerin %70'inin 50 yaşın üzerinde olacağı ve bu bireylerin %78'inin kardiyovasküler hastalığa sahip olacağı yönündedir. Bu çalışmadaki amacımız kardiyologların HIV ile enfekte bireylerin kardiyovasküler problemleri hakkındaki farkındalığı ve yaklaşımlarının değerlendirilmesidir

Yöntem: Anket çalışması Surveymonkey web sitesi üzerinden yapılmıştır. Anket katılımcılara e- posta ve whatsapp aracılığı ile gönderilmiştir. Katılımcılar ilgili bağlantıyı takip ederek anket sorularını cevaplamıştır.

Bulgular: Ankete 77 kardiyolog katılmış olup katılımcıların %12,99'u kadın, %87,01'i erkekti. Katılımcıların %12,99'u 20-35 yaş aralığında, %67,53'ü 36-45 yaş aralığında, %15,58'i 46-55 yaş aralığında, %3,9'u 56 yaş ve üzerindeydi. Çalıştıkları kurumlar özel hastane (%12,99), üniversite hastanesi (%23,38), üçüncü basamak devlet hastanesi (%44,16) ve ikinci basamak devlet hastanesiydi (%19,48). Sorular ve cevapları şu şekildeydi:1)Hastanenizde HIV ile enfekte birey takibi yapılıyor mu? Evet %45,45 (n=35), Hayır %20,78 (n=16), Net bir fikrim yok %33,77 (n=26) 2)HIV ile enfekte bireylerin kardiyolojik takibini üstlenmeyi düşünür müsünüz? Evet %42,86 (n=33), Hayır %37,66 (n=29), Net bir fikrim yok %19,48 (n=15) 3)HIV ile enfekte olmak kardiyovasküler hastalık riskini artırır mı? Evet %79,22 (n=61), Hayır %7,79 (n=6), Net bir fikrim yok %12,99 (n=10) 4)Rutin poliklinik hastalarınızı kardiyovasküler risk skorlaması ile değerlendiriyor musunuz? Hepsini %5,19 (n=4), Çoğunu %45,45 (n=35), Nadiren %45,45 (n=35), Hiçbirisini %3,9 (n=3) 5)HIV ile enfekte bireyi ilk kardiyoloji değerlendirmenizde hangi risk skorlaması ile değerlendirirsiniz? Framingham %9,09 (n=7), DAD %2,60 (n=2), SCORE %25,97 (n=20), Risk skoru hesaplamam %28,57 (n=22), Net bir fikrim yok %33,77 (n=26) 6)Enfeksiyon hastalıkları uzmanı HIV ile enfekte bireye anti-hipertansif tedavi başlayabilir, kardiyoloji görüşüne gerek yoktur. Katılmıyorum %36,36 (n=28), Katılıyorum %63,64 (n=49) 7)HIV ile enfekte bireyde ilk tercih anti-hipertansif ilaç sizce ne olmalıdır? Ca kanal blokeri %35,06 (n=27), ACEi-ARB %59,74 (n=46), B bloker %5,19 (n=4) 8)HIV ile enfekte bireyde Statin tedavisinde ilk tercihiniz hangisi olur? Atorvastatin %58,44 (n=45), Rosuvastatin %3,9 (n=3), Pitavastatin %28,57 (n=22), Simvastatin %9,09 (n=7) 9)HIV ile enfekte bireyde ekokardiyografi ile hangisini taramak istersiniz? EF %3,9 (n=3), Pulmoner hipertansiyon %11,69 (n=9), Diyastolik disfonksiyon %1,3 (n=1), Hepsi %81,82 (n=63), Net bir fikrim yok %1,3 (n=1) 10)Ulusal/uluslararası kardiyoloji toplantılarında HIV ve kardiyovasküler sistem konusu tartışılıyor mu? Evet %23,38 (n=18), Hayır %44,16 (n=34), Net bir fikrim yok %32,47 (n=25) 11)Enfeksiyon hastalıkları branşından HIV ve kardiyovasküler sistem üzerine konuşmacı/katılımcı olarak davet aldığınız bir toplantı oldu mu? Evet %2,6 (n=2), Hayır %97,4 (n=75) 12)HIV ile enfekte birey uygun tedavi almakta ve viral yük ölçülemeyecek seviyede ise bulaştırıcı değildir. Evet %41,56 (n=32), Hayır %20,78 (n=16), Net bir fikrim yok %37,66 (n=29) 13)HIV ile enfekte bireye girişimsel bir işlem uygulama konusunda ne kadar rahatsızsınız? Çok rahatım %10,39 (n=8), Rahatım %31,17 (n=24), İstemem %50,65 (n=39),

Kesinlikle istemem %7,79 (n=6)

Sonuç: Kardiyologların %33,79'u hastanelerinde HIV ile enfekte birey takibinin, %20,78'i bu bireylerdeki artmış kardiyovasküler risklerin farkında olmayıp, % 37,66'sı bu bireyleri takip etmek istemediklerini, %58,44'ü ise bu bireylere girişimsel uygulama yapmak istemediklerini belirtmiştir. HIV ile enfekte bireylerde viral yük ölçülemeyecek seviyede iken bulaştırmıcılığın olmadığı konusunda bilgi sahibi olanların oranı ise %41,56'dır. Hastalarımızın daha iyi klinik sonuçlara ulaşabilmesi için kardiyoloji branşı ile işbirliği önem arz etmektedir. Branşlar arası bilgi akışının sağlanmasına yönelik ortak toplantıların yapılması ile HIV enfeksiyonu, kardiyovasküler riskleri ve düzenli tedavi altında bireylerin bulaştırmıcılık durumu konusunda farkındalığın arttırılması ile kardiyologların HIV ile enfekte bireylere yaklaşımlarında olumlu değişiklikler olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: HIV, kardiyovasküler, statin, risk skorlaması

PS-15

HIV İLE YAŞAYAN KİŞİDE SALMONELLA KENTUCKY BAKTERİYEMİSİ

Ömer Faruk Yardımcı¹, Sümeýra Yırtıcı¹, Süheyla Kömür¹, Aslıhan Candevir¹,
Ayşe Seza İnal¹, Ferit Kuşcu¹, Behice Kurtaran¹, Yeşim Taşova¹

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

Amaç: HIV ile yaşayan bireylerde oluşan immünsüpresyona bağlı olarak veya immünsüpresyondan bağımsız şekilde çeşitli enfeksiyonlar görülebilmektedir. Bu bireylerde, AIDS tanımlayıcı hastalıklar dışındaki enfeksiyöz hastalıklar da gözden kaçırılmamalıdır. Gıda kaynaklı hastalıkların önlenmesinde kaydedilen önemli ilerlemelerle birlikte, dünya çapında yayılan yeni patojenler de ortaya çıkmıştır. Bu patojenler arasında non-tifoidal Salmonella'nın, özellikle Salmonella enterica serovar Kentucky'nin 1990'lardan bu yana hayvanlarda ve insanlarda küresel yayılımı buna iyi bir örnektir. Salmonella enterica serovar Kentucky'nin tanı ve tedavisi ilaç direnci nedeniyle daha zor hale gelmiştir. Bu olgu sunumunda, HIV ile yaşayan bireyde gelişen Salmonella enterica serovar Kentucky bakteriyemisi ele alınacaktır.

Yöntem: Kliniğimizde takipli HIV ile enfekte bireyin klinik ve laboratuvar verileri retrospektif olarak taranmıştır.

Bulgular: Kliniğimizde HIV ile enfekte birey olarak takipli 41 yaşında erkek hasta, 2 haftadır olan yaygın vücut ağrısı, halsizlik, ateş, nefes darlığı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hasta Suudi Arabistan'da inşaat işçisi olarak çalışmaktaydı. Bu yüzden antiretroviral tedavisini (BIC/FTC/TAF) düzenli kullanmıyordu. Yapılan tetkikler ve görüntüleme sonucunda (Şekil-1) ileri tetkik tedavi amacıyla hasta servisimize yatırıldı. Ateş öyküsü olan hastadan 2 set kan kültürü gönderildi. Akciğer grafisinde plevral effüzyon, B semptomları ve karın ağrısı olması nedeniyle torako-abdominal BT planlandı. Ampirik olarak seftriakson ve azitromisin tedavisi başlandı. Bununla birlikte antiretroviral tedavisine de başlandı. Bu tedavinin 1.gününde kan kültüründe gram negatif sinyal gelmesi üzerine seftriakson ve azitromisin tedavisi kesilerek piperasilin/tazobaktam tedavisine geçildi. Kan kültüründe Salmonella enterica serovar Kentucky üremesi oldu. (Şekil-2). Kontrol kan kültürleri alındı ve halk sağlığı laboratuvarına gönderildi. Halk sağlığı laboratuvarında da Salmonella enterica serovar Kentucky üremesi doğrulandı. (Şekil-3). Mevcut piperasilin-tazobaktam tedavisine devam edildi. Kontrol kan kültürlerinde üreme olmadı. Piperasilin-tazobaktam tedavisi 14 güne tamamlandı. Karın ağrısı nedeniyle çekilen BT'sinde sağ üst kadranda karaciğer, sağ böbrek, hepatik fleksurayı içine alan vasküler yapılarla invazyon gösteren kitlesel lezyona rastlanıldı. Karaciğer ve böbrek arası kitleden doku biyopsisi yapıldı. Doku biyopsisi yüksek dereceli B hücreli lenfoma olarak sonuçlandı. Hasta dahiliye hematoloji bölümüne devredildi. Hematoloji takiplerinde tümör lizis sendromu gelişmesi ve klinik kötüleşmesi olması üzerine reanimasyona devredilen hasta, klinik stabilizasyon sonrası tekrar hematolojide takip edilmeye başlandı. Hastaya kemoterapi rejimi başlandı. Hastanın hematoloji takibi devam etmektedir

Şekil-1: İlk başvuru tetkik ve akciğer direkt grafisi

WBC	5700	uL	HIV RNA	348000	copies/ml
NE	4500	uL	CD4 sayısı	63,7	HS/ul
LY	700	uL	CD8 sayısı	294	HS/ul
HGB	14,4	g/dL	VDRL	NEGATİF	
PLT	354000	uL	TPHA	NEGATİF	
CRP	76	mg/L	QUANTİFERON	BELİRSİZ	
BUN	21,9	mg/dL	HBASAG	NEGATİF	
KRE	1,03	mg/dL	ANTI-HBS	NEGATİF	
GFR	90	ml/dk/1,73 m2	ANTI-HBC	NEGATİF	
AST	55	U/L	ANTI-HCV	NEGATİF	
ALT	44	U/L			



Şekil-2: Kan kültür sonucu

Sonuç Detayları				
17847815 - 22.08.2023 19:45 KAN KÜLTÜRÜ (AEROB)				
İnceleme Yorum / Makroskopik İnceleme				
*SALMONELLA SEROTİPLENDİRMESİ: SALMONELLA KENTUCKY GRAM BOYADA GRAM NEGATİF BAKTERİ GÖRÜLDÜ (UYUMLU)Gram boyama için identifikasyon uyumlu				
Antibiyotik Sonuçları				
Bakteri Adı	Antibiyotik Adı	Duyarlılık	MIC	Koloni Sayısı
SALMONELLA GROUP	AMPICILLIN	S	<=2	
SALMONELLA GROUP	AMIKACIN	S	<=1	
SALMONELLA GROUP	TRIMETHOPRİM / SULFAMET...	S	<=20	
SALMONELLA GROUP	CEFEPIME	S	<=0,12	
SALMONELLA GROUP	CEFOXITIN	S	<=4	
SALMONELLA GROUP	CEFTAZIDIME	S	<=0,5	
SALMONELLA GROUP	CEFTRIAXONE (MENINGİTİS)	S	<=0,25	
SALMONELLA GROUP	CEFTRIAXONE (NON-MENIN...	S	<=0,25	
SALMONELLA GROUP	CIPROFLOXACIN	R	<=0,25	
SALMONELLA GROUP	ERTAPENEM	S	>=4	
SALMONELLA GROUP	İMİPENEM	S	<=0,12	
SALMONELLA GROUP	İMİPENEM / TAZOBACTAM	S	<=0,25	
SALMONELLA GROUP	İMİPENEM / TAZOBACTAM	S	<=4	
SALMONELLA GROUP	MEROPENEM (Diğer)	S	<=0,25	
SALMONELLA GROUP	AMOKSİSİLİN/KLAVULANİK ...	S	<=4	
SALMONELLA GROUP	MEROPENEM (MENENJİT)	S	<=0,25	

Şekil-3: Halk sağlığı laboratuvar sonucu



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
MİKROBİYOLOJİ REFERANS LABORATUVARLARI VE BİYOLOJİK ÜRÜNLER DAİRE BAŞKANLIĞI
ULUSAL ENTERİK PATOJENLER REFERANS LABORATUVARI
Laboratuvar Ruhsat Numarası : 04-Y-2

Numuneyi Gönderen Kişi/Kurum/Kuruluş : ADANA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Fatura Kurumu : ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

İlgili Yazı Evrak ve Sayısı : 28.08.2023



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
MİKROBİYOLOJİ REFERANS LABORATUVARLARI VE BİYOLOJİK ÜRÜNLER DAİRE BAŞKANLIĞI
ULUSAL ENTERİK PATOJENLER REFERANS LABORATUVARI
Laboratuvar Ruhsat Numarası : 04-Y-2

HASTA BİLGİLERİ

Adı-Soyadı :
T.C. Kimlik No :
Cinsiyet :
Doğum Tarihi :
Dosya No :
Num.Kabul No :

ÖRNEK BİLGİLERİ

İstem Nedeni / Ön Tanı :
Örnek Alınma Tarihi, Saati : 28.08.2023 / :
Numune Kabul Tarihi, Saat : 29.08.2023 / 15.36
Laboratuvar No :
Laboratuvar Kabul : 29.08.2023 / 15.52
Protokol/Sıra :

ULUSAL ENTERİK PATOJENLER REFERANS LABORATUVARI

Çalışılan Analiz	Birim	Yöntem	Tayin Limiti	Referans Değer	Analiz Sonuçları	Numune Cinsi	Bonuç Tarihi - Saati / Onaylayan
*Salmonella serotiplendirmesi	Aglutinasyon			Salmonella Kentucky (8,20:1,28)	Klinik İzolat		19.09.2023 15:32 / DEMET FURKAN SEVİNDİ

Analiz Açıklama : S 230231

Sonuçta Ait Değerlendirme

DEMET FURKAN SEVİNDİ
Tıbbi Mikrobiyoloji Uzmanı

Sonuç: Non-tifoidal salmonelloz olgularında immüsupresif hastalar risk grubunda bulunmaktadır. Bu olgularda antibiyotik direnci de giderek artmaktadır. Salmonella enterica serovar Kentucky bakteriyemisi olan olgumuzda siprofloksasin direnci gözlenmiştir. Geniş serilerle verilerin aydınlatılmasına ihtiyaç mevcuttur. Ayrıca HIV ile yaşayan bireylerde çeşitli malignitelerin gelişebileceği her zaman akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Salmonella, Salmonella Kentucky Bakteriyemisi, HIV

PS-16

İNTEGRAZ İNHİBİTÖRÜ DİRENCİ MEVCUT HIV İLE YAŞAYAN BİREYDE ART YÖNETİMİ

Aysun Yalçı¹, Burcu Çalışkan Demirkıran²

¹SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Ankara

²SBÜ Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji EAH, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Ankara

Amaç: İntegraz Strand Transfer İnhibitörleri (INSTI) insan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonunda etkili bir tedavi olarak kullanılmaktadır. Raltegravir (RAL) ve elvitegravir (ETG) birinci nesil INSTI'lerden olup viral direncin ortaya çıkmasına duyarlıdır ve yüksek çapraz direnç oranına sahiptir. Dirençli mutantlara yönelik geliştirilen ikinci nesil INSTI'ler dolutegravir (DTG), cabotegravir (CAB) ve bictegravir (BIC) daha yüksek genetik bariyere sahip olsalar da bunlara karşı da direnç gelişebilmektedir. İntegraz inhibitörü direnci mevcut HIV ile yaşayan bireylerin yönetiminde alternatif kombinasyon rejimleri mevcut olup henüz rehber önerileri mevcut değildir. Biz de integras inhibitörü direnci mevcut HIV ile yaşayan bireyde antiretroviral tedavi (ART) deneyimimizi paylaşmak istedik.

Yöntem: HIV ile yaşayan bireyin tedavi öncesi ART direnç testi gönderilerek ART rejimi başlandı. Bir ve üç ay aralıklarla CD4, CD8 ve HIV-1 RNA tetkikleri ile takibine devam edildi.

Bulgular: 43 yaşında erkek HIV ile yaşayan birey, ocak 2021 tarihinde akciğerde kaviter lezyon nedeniyle tanı ve tedavi aşamasında saptanan anti-HIV pozitifliği ile başvurdu. Tanı anında CD4 10.8, CD8 317.6, CD4/CD8 oranı 0.03, HIV-1 RNA 1.410.000 kopya/ml idi. Yatışı sırasında hastane eczanesinde bulunan TDF/FTC/RAL tedavisi başlandı. HIV-1 RNA düzeyinde düşüş izlendikten sonra ABC/3TC/DTG ile taburcu edildi. Ayaktan takipte HIV-1 RNA düzeylerinde tekrar artış saptanması üzerine (HIV-1 RNA 7.260.000 kopya/ml) tekrar gönderilen ART direnç testinde NRTI direnci (M184V) saptandı. TAF/FTC/BIC rejimine geçildikten sonra HIV-1 RNA düzeyinde azalma izlendi (HIV-1 RNA 1.990.000 kopya/ml). Takiplerinde tekrar HIV-1 RNA'da artış görülünce gönderilen ART direnç testinde iki adet NRTI direnci (M184V ve K65R) ve integras inhibitörü direnci (G140A ve Q148R) saptandı. Artan HIV-1 RNA yükü ve integras inhibitörü direnci nedeniyle DTG (2x50 mg) + DRV/r rejimine geçildi. Takiplerinde HIV-1 RNA düşüşü izlendi ve dördüncü ayda negatiflik görüldü. Üç ay sonra HIV-1 RNA'da tekrar bir artış saptanması üzerine ilaç uyumunda bozulma ve dolutegraviri 1x50 mg olarak kullandığı tespit edildi. HIV ile yaşayan bireyde ilaç uyumu artırıldığında izlemlerinde 13 ayın sonunda tekrar HIV-1 RNA'da negatiflik görüldü (Tablo 1).

Hastaya ait CD4, CD8 ve HIV-1 RNA değerleri

TARİH	HIV RNA (kopya/ml)	CD 4 %-sayı	CD 8 %-sayı	CD4/CD8 oranı
23.02.2021	1.410.000	2,7 – 10,8	79,4 – 317,6	0,03
02.03.2021	167.000			
16.03.2021 *	5.370.000			
19.04.2021	4.610.000	8,1 – 48,6	58,8 – 352,8	0,14
25.05.2021 **	7.260.000	2,6 – 15,6	65,1 – 390,6	0,03
06.07.2021	1.990.000	9,4 – 75,2	50,1 – 400,8	0,19
11.08.2021	2.280.000	4,1 – 28,7	39,3 – 275,1	0,1
14.10.2021 ***	3.260.000			
23.12.2021	754	30,56 – 672,3	56,4 – 1240,8	0,54
16.02.2022	0	6,2 – 136,4	63,5 – 1397	0,1
17.05.2022	656			
17.08.2022	1.780.000	6,39 – 153,4	57,3 – 1375,2	0,11
13.09.2022	10.300	7,2 – 259,2	57,8 – 2080,8	0,12
13.12.2022	7680	4,6 – 174,8	60,8 – 2310,4	0,08
04.01.2023	9950	4,49 – 103,3	53,9 – 1239,7	0,08
24.01.2023	13.000	5,27 – 168,6	56,2 – 1798,4	0,09
20.03.2023	1550	5,7 – 194	49,7 – 1700	0,11
14.04.2023	13.100	4,57 – 158	53,01 – 1839	0,08
18.08.2023	2000	4,52 – 158,6	59,2 – 2078	0,07
11.09.2023	0	8,17 – 224	43,93 – 1204	0,19

*ABC/3TC/DTG rejimine geçiş yapıldı

** TDF/FTC/BIC rejimine geçiş yapıldı

*** 2xDTG + DRV/r rejimine geçiş yapıldı

Sonuç: HIV virüsü yüksek rekombinasyon hızı ve mutasyon oranına sahiptir. Bu nedenle enfeksiyon tek bir viral varyant tarafından başlatılsa da haftalar içerisinde sayısız varyant ortaya çıkabilmektedir. Özellikle ilaç uyumunun olmadığı optimal olmayan ilaç tedavilerinde ilaca dirençli virüsler seçilir ve ART altında kazanılmış dirençler ortaya çıkar. Vakamızda da ilaca uyumda düşme sonucu NRTI ve INSTI dirençleri ortaya çıkmıştır. 2. Nesil integras inhibitör direnci mevcut HIV ile yaşayan bireylerin ART önerileriyle ilgili henüz yeterli verinin bulunmaması HIV ile yaşayan bireylerin yönetimini zorlaştırmakta ve daha uzun sürelerde HIV RNA negatifliği sağlanabilmektedir. INSTI direnci mevcut HIV ile yaşayan bireylerde proteaz inhibitörü ile DTG'nin çift doz kullanımı alternatif tedaviler arasında bir seçenek olarak yer alabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: HIV-1 enfeksiyonu, INSTI direnci, NRTI direnci

PS-17

KLİNİĞİMİZDE TAKİP ETTİĞİMİZ HIV İLE YAŞAYAN KİŞİLERDE NÖROSİFİLİZ PREZANTASYONLARI

Rumeysa Gülistan Karaduman¹, İnci Yılmaz Nakir¹, Esra Zerdali¹, Filiz Pehlivanoglu¹

¹SBÜ Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç: Sifiliz *Treponema Pallidum*'un neden olduğu cinsel yolla bulaşan bir hastalık olup HIV enfeksiyonu bulaşını da kolaylaştırmaktadır. Etken birçok organı tutabildiği gibi santral sinir sistemini de tutabilmekte ve birçok farklı klinik semptomla karşımıza çıkabilmektedir. Bu durum olgulara tanı konulmasında bir takım zorluklar meydana getirmektedir. Biz de bu amaçla kliniğimizde takip edilen nörosifiliz olgularımızı sunmayı amaçladık.

Yöntem: 18 yaş üstü , Ocak 2019 - 2023 tarihleri arasında polikliniğimizde takip edilmiş ve nörosifiliz tanısı almış HIV ile yaşayan kişiler yaş, cinsiyet, serum VDRL ve TPHA, BOS hücre sayımı, proteini ve VDRL titresi, HIV RNA ve CD4(+) T lenfosit sayısı, nörolojik semptom varlığı, psikotik değişiklikler, uygulanan tedaviler, sekel durumu açısından retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Ocak 2019- 2023 tarihleri arasında takip edilen 940 HIV enfekte hastanın 164'ünde sifiliz koenfeksiyonu saptandı. Bu hastalardan nörosifiliz tanısı konulup kliniğimizde yatırılarak tedavi gören 6 hastanın klinik ve laboratuvar bulgularını incelendi. Hastaların hepsi erkek olup yaş ortalaması 59 (37-84) olarak saptandı. Dört hasta antiretroviral tedavi altındayken diğer iki hasta ise HIV enfeksiyonu tanısı ile eş zamanlı olarak nörosifiliz tanısı aldı. Ortalama CD4(+) T lenfosit sayısı 507 hücre/ mm³ saptandı. (42-845) Başvuruda en sık yakınma olarak görme problemleri olduğu görüldü. Olgularımızdan dördü bulanık görme şikayeti ile göz hastalıklarınca sifilitik tutulum düşünülerek tarafımıza yönlendirilmişti. Oküler tutulumu olan bir hastanın takibinde yeni gelişen işitme kaybının da kliniğine eşlik ettiği saptandı. Olgularımızdan biri ise yürüme güçlüğü , denge problemleri nedeni ile nöroloji kliniğinde takip edilmekte iken HIV enfeksiyonu tanısı ile eş zamanlı olarak sifiliz tanısı alarak kliniğimize devralınmıştı. Hastaların tamamında serum VDRL ve TPHA pozitifliği ile sifiliz tanısı konularak LP yapıldı. 2 hastada LP başarılı olamadı. Tüm hastalar iv Penisilin G ile tedavi edildi. Hastaların klinik ve laboratuvar bulguları Tablo 1 de özetlendi.

Klinik ve laboratuvar bulgular

Hasta	Prezantasyon	Serum VDRL titresi	BOS VDRL	BOS Hücre sayımı	BOS Proteini	Tedavi süresi	Sekel durumu
1	Amnezi	1/4	+	153 E 1 L	60	10 gün	-
2	Oküler	1/64					-
3	Oküler	1/4	+	154 E 7 L	133	14 gün	+
4	Oküler	1/32					+
5	Yürüme güçlüğü	1/32	+	0 E 46 L	43	14 gün	+
6	Oküler	1/64	+	2 E 562 L	521	14 gün	-

L: Lökosit E: Eritrosit



Sonuç: Son yıllarda HIV ile yaşayan kişilerde sifiliz birlikteliğine sık rastlanmakta olup sifilizin farklı semptomlarla karşımıza çıkabileceği akılda tutulmalıdır. Nörolojik, oküler veya otik tutulum düşündürülen klinik bulgu veya semptomları olan hastalar HIV ve lomber ponksiyon ile nörosifiliz açısından değerlendirilmelidir. Nörosifiliz olgularının başka hiçbir bulgu olmadan sadece göz tutulumu ile başvurabilecekleri akılda tutulmalıdır. BOS anormallikleri olsun ya da olmasın, oküler sifiliz veya otosifiliz hastalarına standart nörosifiliz tedavisi uygulanmalıdır. Oküler ve otolojik sifilize BOS anormallikleri eşlik etmeyebilir.

Anahtar Kelimeler: HIV, Sifiliz, Nörosifiliz

PS-18

İNTEGRAZ İNHİBİTÖRÜ DİRENCİ MEVCUT HIV İLE YAŞAYAN BİREYDE ART YÖNETİMİ

Aysun Yalçı¹, Burcu Çalışkan Demirkıran²

¹SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Ankara

²SBÜ Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji EAH, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Ankara

Amaç: Amaç: İntegraz Strand Transfer İnhibitörleri (INSTI) insan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonunda etkili bir tedavi olarak kullanılmaktadır. Raltegravir (RAL) ve elvitegravir (ETG) birinci nesil INSTI'lerden olup viral direncin ortaya çıkmasına duyarlıdır ve yüksek çapraz direnç oranına sahiptir. Dirençli mutantlara yönelik geliştirilen ikinci nesil INSTI'ler dolutegravir (DTG), cabotegravir (CAB) ve bictegravir (BIC) daha yüksek genetik bariyere sahip olsalar da bunlara karşı da direnç gelişebilmektedir. İntegraz inhibitörü direnci mevcut HIV ile yaşayan bireylerin yönetiminde alternatif kombinasyon rejimleri mevcut olup henüz rehber önerileri mevcut değildir. Biz de integras inhibitörü direnci mevcut HIV ile yaşayan bireyde antiretroviral tedavi (ART) deneyimimizi paylaşmak istedik.

Yöntem: Yöntem: HIV ile yaşayan bireyin tedavi öncesi ART direnç testi gönderilerek ART rejimi başlandı. Bir ve üç ay aralıklarla CD4, CD8 ve HIV-1 RNA tetkikleri ile takibine devam edildi.

Bulgular: Bulgular: 43 yaşında erkek HIV ile yaşayan birey, ocak 2021 tarihinde akciğerde kaviter lezyon nedeniyle tanı ve tedavi aşamasında saptanan anti-HIV pozitifliği ile başvurdu. Tanı anında CD4 10.8 (hücre/mm³), CD8 317.6 (hücre/mm³), CD4/CD8 oranı 0.03, HIV-1 RNA 1.410.000 kopya/ml idi. Yatışı sırasında hastane eczanesinde bulunan TDF/FTC/RAL tedavisi başlandı. HIV-1 RNA düzeyinde düşüş izlendikten sonra ABC/3TC/DTG ile taburcu edildi. Ayaktan takipte HIV-1 RNA düzeylerinde tekrar artış saptanması üzerine (HIV-1 RNA 7.260.000 kopya/ml) tekrar gönderilen ART direnç testinde NRTI direnci (M184V) saptandı. TAF/FTC/BIC rejimine geçildikten sonra HIV-1 RNA düzeyinde azalma izlendi (HIV-1 RNA 1.990.000 kopya/ml). Takiplerinde tekrar HIV-1 RNA'da artış görülünce gönderilen ART direnç testinde NRTI direnci (M184V ve K65R) ve integras inhibitörü direnci (G140A ve Q148R) saptandı. Artan HIV-1 RNA yükü ve integras inhibitörü direnci nedeniyle DTG (2x50 mg) + DRV/r rejimine geçildi. Takiplerinde HIV-1 RNA düşüşü izlendi ve dördüncü ayda negatiflik görüldü. Üç ay sonra HIV-1 RNA'da tekrar bir artış saptanması üzerine ilaç uyumunda bozulma ve dolutegraviri 1x50 mg olarak kullandığı tespit edildi. HIV ile yaşayan bireyde ilaç uyumu artırıldığında izlemlerinde 13 ayın sonunda tekrar HIV-1 RNA'da negatiflik görüldü (Tablo 1).

Sonuç: Sonuç: HIV virüsü yüksek rekombinasyon hızı ve mutasyon oranına sahiptir. Bu nedenle enfeksiyon tek bir viral varyant tarafından başlatılsa da haftalar içerisinde sayısız varyant ortaya çıkabilmektedir. Özellikle ilaç uyumunun olmadığı optimal olmayan ilaç tedavilerinde ilaca dirençli virüsler seçilir ve ART altında kazanılmış dirençler ortaya çıkar. Vakamızda da ilaca uyumda düşme sonucu NRTI ve INSTI dirençleri ortaya çıkmıştır. 2. Nesil integras inhibitör direnci mevcut HIV ile yaşayan bireylerin ART önerileriyle ilgili henüz yeterli verinin bulunmaması HIV ile yaşayan bireylerin yönetimini zorlaştırmakta ve daha uzun sürelerde HIV RNA negatifliği sağlanabilmektedir. INSTI direnci mevcut HIV ile yaşayan bireylerde proteaz inhibitörü ile DTG'nin çift doz kullanımı alternatif tedaviler arasında bir seçenek olarak yer alabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: HIV-1 enfeksiyonu, INSTI direnci, NRTI direnci

PS-19

HIV İLE YAŞAYAN KİŞİLERDE OSTEOPENİ/OSTEOPOROZ SIKLIĞI VE RİSK FAKTÖRLERİNİN ANALİZİ

Mehmet Ceylan¹, Sabri Atalay²

¹Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

²SBU Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

Amaç: Kemik mineral yoğunluğunda (KMY) azalma ve osteoporozla bağlı kırık oluşma riski HIV ile enfekte kişilerde daha yüksek seyretmekte olup özellikle uzun süreli hastalığı olanlarda daha belirgindir. Anti-retroviral tedavide (ART) kullanılan pek çok ilaç (proteaz inhibitörleri (PI), nukleozid revers transkriptaz inhibitörleri (NRTI) vb.), hastanın fiziksel durumu (kaşeksi, yetersiz beslenme, sosyalleşme bozukluğu ve fiziksel aktivite azlığı vb.), düşük testosteron seviyeleri gibi sekonder faktörlerin yanında bizzat virüsün kendisi de kemik demineralizasyonuna neden olabilmektedir. Viral proteinlerinin osteoblast fonksiyonları üzerinde baskılayıcı ve osteoklastik aktiviteyi arttırıcı etkisi gösterilmiştir. Bu yüzden HIV ile enfekte kişilerde detaylı osteopeni, osteoporoz, kırık risk sorgulama/muayene ve çift enerjili X-ışını absorpsiyometrisi (DXA) ile dansite ölçümü önerilmektedir. Çalışmamızda hastalarımızın osteoporoz/osteopeni sıklığı ve risk faktörlerinin irdelenmesi hedeflenmiştir.

Yöntem: Kliniğimizde HIV ile enfekte takip ettiğimiz 233 hastanın dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Olguların yaş, cinsiyet, bulaş şekli, eşlik eden cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH), CD4 T lenfosit (CD4TL), vit D ve HIV-RNA düzeyleri ve DXA sonuçları değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 40.5 olup (18-76) %89'u erkekti. ART süresi 2-216 ay arasında olup ortalama süre 36±25 ay idi. Eşlik eden cinsel yolla yolla bulaşan hastalıklar değerlendirildiğinde sifiliz (n:87-%37), 16 hepatit B (n:16-%7), Hep B+sifiliz (n:5-%2), HPV (n:6-%2,5) olarak belirlendi. Hastaların 53'ü (%23) 50 yaş üzerinde idi. DXA sonuçlarına ulaşılan hasta sayısı 139 olup 27'sinde (%19,5) KMY'de azalma saptandı. Osteoporoz tanısı 15 hastada (%11) kondu. Osteopenik hastaların yaş ortalaması 49 idi. Yaşı 50 üzerinde olan hastaların %28'inde, yaşı 50 altında olan hastaların %13'ünde osteopeni saptandı. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. KMY yoğunluğu ve yaş arasında negatif istatistiksel ilişki saptandı. Cinsiyet, CD4TL, HIV viral yük, vit D seviyesi, eşlik eden CYBH ile osteoporoz/osteopeni ve DXA sonuçları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamızda, HIV ile enfekte hastalarımızın önemli bir kısmında KMY'de azalma saptanmıştır. Osteopeni riskinin cinsiyet, CD4TL, HIV viral yük, vit D seviyesi, eşlik eden CYBH den bağımsız ancak yaş ile orantılı olarak arttığı gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: HIV, osteopeni, risk faktörleri

PS-20

İNSAN İMMÜN YETMEZLİK VİRÜSÜ (HIV) İLE YAŞAYAN KİŞİLERİN İNTİHAR OLASILIKLARI İLE DEPRESYON, TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİLERİ VE DAMGALANMA ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Nurefşan Aydeniz¹, Mehmet Pekgüzel¹, Selda Sayın Kutlu¹, Gözde Sayın Karakaş²

¹Pamukkale Üniversitesi

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

Amaç: Dünyada 39 milyon kişi HIV ile enfektidir. 2022 yılında 630.000 kişi HIV enfeksiyonu nedeni ile hayatını kaybetmiştir (1). Ülkemizde ise 1985 yılından 15 Kasım 2022 tarihine kadar 34.453 HIV ile yaşayan birey ve 2.177 AIDS vakası mevcuttur. Vakaların %81,4'ü erkek, %18,6'sı kadın olup %16,2'si yabancı uyruklu bireylerden oluşmaktadır. 2014 yılında HIV ile enfekte kişi sayısı 1917 iken, 2022 yılında HIV ile enfekte kişi sayısı 2971 olmuştur. Yıllar içinde yeni HIV ile enfekte vaka sayısında artış izlenmesi halk sağlığı açısından ciddi bir sorun oluşturmaktadır. Vakaların en fazla görüldüğü yaş grubu 25-29 ve 30-34 yaş grubudur (2). İnfekte nüfusun daha çok genç popülasyonu kapsamı iş gücü kaybı oluşturmaktadır (3). HIV ile yaşayan bireylerde intihar girişimi, depresyon, damgalanma, travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı ve bunların intiharla ilişkileri hakkında birçok ülkede araştırma verileri bulunmaktadır (4-7). Türkiye'de ise HIV ile yaşayan kişilerde depresyon, damgalanma ile ilgili araştırmalar bulunmakla birlikte, bildiğimiz kadarıyla travma sonrası stres bozukluğu, intihar düşüncesi ve girişiminin yaygınlığı, intiharla ilişkili faktörleri değerlendiren araştırma bulunmamaktadır (8). HIV enfekte bireylerde damgalanma, anksiyete ve depresyon gelişmesi, tanı ve tedaviye erişimi ve sosyal destek alımında zorluklara neden olmaktadır. Bu çalışmada HIV enfekte bireylerin intihar olasılıkları ile depresyon belirtileri, damgalanma düzeyleri, travma sonrası stres belirtileri arasındaki ilişkilerin incelenmesi ve sağlık çalışanlarının bu grubun yaşadığı zorluklar konusunda farkındalığının artırılması amaçlanmıştır. Bu bireylerdeki damgalanmanın azaltılması ve ruhsal hastalıkların erken tanınması intihar düşüncesinin önüne geçilmesi, HIV ile ilgili tanı ve tedavi hizmetlerinin etkin olarak kullanılması, tedaviye uyumun iyileştirilmesi, sağlıklı ve kaliteli bir yaşam için önem taşımaktadır.

Yöntem: Pamukkale Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniğine başvuran HIV ile enfekte hastalara Dr. Klinik Psikolog tarafından uygun görülen Beck Depresyon Ölçeği, Berger Stigma Ölçeği, Travmatik Stres Belirtileri Ölçeği ve İntihar Olasılığı Ölçeği oluşan anketler uygulandı. Hastaların demografik verileri ve anket sonuçları SPSS programına girildi. Veriler SPSS paket programıyla analiz edildi. Bu çalışma kesitsel ve ilişkisel, tek merkezli yürütülen bir ön çalışma olup veri toplama süreci devam etmektedir. Araştırmada incelenen değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analiziyle değerlendirilmiştir. İntihar olasılığını yordayan değişkenleri test etmek amacıyla çoklu regresyon analizi yürütülmüştür.

Bulgular: Hasta popülasyonumuzun %95,4'ü (62/65) erkekti. Hastaların cinsel yönelimlerinin dağılım oranları %38,7 (24) heteroseksüel, %29 (18) homoseksüel, %16,1 (10) biseksüel, %16,1 (10) diğeri olarak bulunmuştur. Korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde, HIV enfekte hastaların intihar olasılıklarının depresif belirtilerle, algıladıkları stigma düzeyiyle ve travmatik stres belirtileriyle pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür ($p < 0.01$). Regresyon analizi sonuçlarına göre ise, katılımcıların intihar olasılığını travmatik stres belirtilerinin ($F(4, 64) = 23.42$, $b = .59$, $SE = .12$, $p < 0.001$) ve algıladıkları stigmanın ($F(6, 202) = 23.42$, $b = .10$, $SE = .05$, $p = 0.47$) pozitif yönde yordadığı bulunmuştur.

Sonuç: HIV ile enfekte olan hastalarda ruhsal bozukluklara daha sık rastlanmaktadır (6). Heteroseksüel dışı cinsel yönelimli hastalar (%62.3) çalışma grubumuzun çoğunluğunu oluşturmaktadır. Bu hasta popülasyonu hem HIV tanısından dolayı damgalamakta hem de cinsel yönelimleri nedeniyle damgalanmaya maruz kalmaktadır. Aile ve arkadaşlar gibi yakın çevreden gelen damgalanma, biseksüel ve homoseksüel bireyleri sosyal destek eksikliğine sürüklemiştir. Bunun sonucunda ise bu bireylerde riskli cinsel davranışlara eğilimde, intihar girişiminde ve depresyonda artış görülmüştür (7,8). HIV tanısı aldıktan sonra hastalarda erken ölüm, ömür boyu tedavi almak ve hastalığının kontrol altına alınamayacağı gibi endişeler gelişmektedir. Tanı sonrası süreci kabullenemeyen hastalarda yoğun bir stres görülmektedir. Bu stresi yönetemeyen hastalarda ise her şeyi hastalığı ile ilişkilendirme sonucunda korku, huzursuzluk hissi oluşmakta ve içsel damgalama algısında artış gözlenmektedir. Bunların sonucunda intihar düşünceleri ve girişimi artmaktadır (9,10). İntihar girişimi HIV ile takipli hastalarda daha fazla rastlandığı bilinmektedir (11). Bu çalışmadaki hastaların verileri incelendiğinde ise damgalanma ve travmatik stres belirtilerinin intihar olasılığı ile ilişkisi ortaya konmuştur. Elde edilen sonuçlar, HIV ile enfekte gruplar arasında kapsamlı intihar değerlendirmelerinin önemini vurgulamaktadır. Ayrıca intihar düşüncesine neden olan altta yatan faktörlerin bilinmesi ve düzeltilmesiyle hastaların yaşam kaliteleri ve tedavi uyumu arttırılmış olacaktır.

Anahtar Kelimeler: HIV, Stigma, Depresyon, Travma, İntihar

PS-21

HIV İLE YAŞAYAN KİŞİLERDE SİFİLİZ, HEPATİT A, HEPATİT B, HEPATİT C ve TORCH GRUBU SEROLOJİK GÖSTERGELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bahar Örmen¹, Nur Miray Ayhan¹, Banu Karaca¹, Nesrin Türker¹, Figen Kaptan¹

¹İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Amaç: HIV ile yaşayan bireylerde tanı anında HIV enfeksiyonu ile birliktelik gösteren bir çok enfeksiyon saptanabilir. Bunların tedavi edilmemesi, hem HIV enfeksiyonunun seyrini hem de fırsatçı enfeksiyonların seyrini olumsuz etkileyebilir, hatta mortalite ile sonuçlanabilir. Bu nedenle HIV tanısı alan tüm bireylerin bazı latent enfeksiyonlar açısından serolojik testlerle taranmaları önerilmektedir. Ayrıca test sonuçlarına göre aşıyla önlenemeyen enfeksiyonlar açısından HIV ile yaşayan tüm bireyin aşılama en önemli korunma yollarından birini oluşturmaktadır. Bu çalışmanın amacı 10 yıllık süreçte merkezimizde HIV tanısı ile başvuran kişilerde Hepatit A (HAV), Hepatit B (HBV), Hepatit C (HCV), sifiliz, toksoplazmoz, kızamık, rubella, kabakulak, herpes virüs (HSV), sitomegalovirüs (CMV) serolojik göstergeleriyle koinfeksiyonlar açısından taranması, koinfeksiyonların tespit edilmesi durumunda enfekte bireylerin klinik bulgularına göre değerlendirilerek profilaksi yada tedavilerinin planlanmasıdır. İkincil amaç ise aşıyla önlenemeyen enfeksiyonlara yönelik duyarlı bireyleri tespit ederek , bu kişilerin aşılama programına alınmasını sağlamaktır. Çalışma sonucunda elde edilecek verilerin gelecekte HIV ile enfekte bireylerin tedavi ve koruyucu hekimlik uygulamalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Yöntem: Çalışmamızda Ocak 2012 – Aralık 2022 tarihleri arasında 10 yıllık süreçte İnfeksiyon Hastalıkları polikliniğine başvuran, HIV enfeksiyonu tanısı ile takibe alınan kişilerin verilerine dosya kayıtları üzerinden ulaşılması planlandı. Burada sunulan çalışma incelenmesi planlanan toplam 789 HIV enfekte bireyin 146'sının verilerini içeren önbildiridir. Çalışmamıza alınan kişilerin, tanı sırasında rutin olarak istenen HAV, HBV, HCV, sifiliz, toksoplazmoz, kızamık, rubella, kabakulak, HSV, CMV serolojik test sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Veriler IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 26 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programında analiz edildi. Tanımlayıcı istatistikler birim sayısı (n), yüzde (%) değerleri olarak verildi. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson chi-square testi ile değerlendirildi. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak önemli kabul edildi.

Bulgular: İnfeksiyon Hastalıkları polikliniğine HIV enfeksiyonu tanısı ile başvuran toplam 146 kişinin serolojik test sonuçları değerlendirildi. Çalışmaya alınan kişilerin 138 (%94.6)'i erkek olup yaş ortalaması 42 (19-86) idi. Yabancı uyruklu birey bulunmamaktaydı. 101 (%69.2) kişi bekar/eşinden ayrılmış, 45 (%30.8) kişi ise evli idi. Cinsel tercihleri sorulduğunda 87 kişi (%59.6) heteroseksüel, 37 (%25.3)'si erkekle seks yapan erkek, 16 kişi (%11) biseksüel, bir kişi transgender idi. 5 (% 3.4) kişi cinsel tercihini belirtmedi. Bulaş yolu açısından risk faktörleri sorgulandığında 104 kişide (%70.5) cinsel temas saptandı. Perkutan temas 5 kişide (%3.5), tатуaj 1 kişide (%0.7) mevcuttu. Bulaş yolu bilinmeyen kişi sayısı 36 (%25.3) idi. 34 (%24.7) kişide damar içi madde kullanımı mevcuttu. HIV ile enfekte bireylerin CD4 hücre sayısı 7-1083 hücre/mm³ aralığında olup , %26'sında $CD4 \leq 200$ hücre/mm³ , %74'ünde ise $CD4 > 200$ hücre/mm³ tespit edildi. HIV-RNA düzeyleri ise 243-24.000.000 kopya/ml arasında tespit edildi. HIV ile enfekte bireylerin tanı sırasında serolojik test sonuçları Tablo-1'de yer almaktadır. 30 yaş altındaki grupta Anti-HBs pozitifliği %80 oranında saptanmış olup anlamlı olarak diğer yaş gruplarına göre yüksekti ($p < 0.05$). Cinsel yolla bulaşı olan erkeklerle seks yapan erkeklerden ve tüm bulaş yolları ile bulaşı olan biseksüel bireylerden damar içi madde kullanımı olanlarda sifiliz antikor pozitifliği istatistik olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p < 0,05$). Heteroseksüel bireylerden damar içi madde kullanıcılarında Anti-HBs pozitifliği istatistik olarak anlamlı derecede yüksekti ($p < 0,05$).

Tablo-1: HIV ile infekte bireylerde tanı sırasındaki serolojik test sonuçları

Serolojik veri	Pozitif n, (%)	Negatif n, (%)
HBsAG	6, (%4,1)	139, (%95,86)
AntiHBs*	68, (%46,5)	77, (%53,5)
AntiHBcIgG**	13, (%8,9)	132, (%91,1)
AntiHCV	0, (%0)	146, (%100)
AntiHAV IgG	102, (%69,8)	44, (%30,2)
Sifiliz antikor	49, (%37,12)	83, (%62,88)
CMV IgG	138, (%98,57)	2, (%1,43)
Toksoplazma IgG	52, (%37,14)	88, (%62,86)
Rubella IgG	129, (%96,99)	4, (%3,01)
Kızamık IgG	48, (%72,73)	18, (%27,27)
Kabakulak IgG	43, (%67,19)	21, (%32,81)
HSV-1 IgG	76, (%89,41)	9, (%10,59)
HSV-2 IgG	44, (%30,1)	101, (%69,9)

* 5 bireyde eşlik eden AntiHBcIgG pozitifliği mevcuttu. ** Veriler izole AntiHBcIgG verileridir.

Sonuç: HIV ile yaşayan bireylerde koinfeksiyonların erken tespiti ile hem HIV enfeksiyonunun tedavisi hem de koinfeksiyonların tedavisi başarı ile yönetilerek morbidite ve mortaliteyi azaltmaktadır. Çalışmamız sonucunda özellikle 30 yaş üstü bireylerin HBV'ye karşı immun olmadığı görülmüş olup HBV aşılama programlarının bu yaş grubunda tamamlanmasına özen gösterilmelidir. HIV enfeksiyonu tanısı alan bireylerin tanı anında serolojik taramaları yapılmalıdır. Aşı ile önlenemeyen enfeksiyonlara yönelik HIV ile infekte bireylerden bu enfeksiyonlara karşı immun olmayan grubun aşılama programlarına alınarak aşılama programlarının tamamlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: HIV, sifiliz, hepatit A, hepatit B, hepatit C

PS-22

AKUT RETROVİRAL SENDROM VE AKUT TOKSOPLAZMOZİS TANILARI EŞ ZAMANLI İZLENEN BİR OLGU

Tuğba Çınar², Fatma Eser¹, Bircan Kayaaslan¹, Rahmet Güner¹

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

²Ankara Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Amaç: Akut retroviral sendrom; HIV plazma viremisinde hızlı bir artışla birlikte klinik olarak ateş, halsizlik, baş ağrısı, miyalji, lenfadenopati, döküntü ve ishale seyreden hastalık tablosudur. Akut toksoplazma enfeksiyonu akut retroviral sendrom gibi mononükleoz benzeri semptomlarla seyreder ve oldukça nadirdir. Burada benzer klinik tabloları nedeniyle tanıda güçlük oluşan akut retroviral sendrom ve akut toksoplazma enfeksiyonu birlikteliği olan bir olgu sunulmuştur.

Yöntem: Olgu

Bulgular: Bilinen sistemik hastalığı olmayan 39 yaşında kadın hasta, eşinin HIV ile yaşayan birey olması nedeniyle polikliniğimize yönlendirildi. 1 aydır halsizlik ve üşüme titreme, 2 haftadır bulantı kusma, 1 haftadır bulanık görme şikayeti mevcuttu. 1 yıldır cinsel teması olmaması, şikayetlerinin başlamasından 6 hafta önce eşiyle cinsel teması olması ve öyküsünün güvenilir olması nedeniyle akut retroviral sendrom düşünüldü. Muayenesinde bilateral servikalde 2 cm lenfadenopati saptandı. Lökosit sayısı 5960/mm³ (nötrofil %39), hemoglobin 11.4 g/dL, trombosit sayısı 161000/ mm³, üre 19 mg/dL, kreatinin 0,5 mg/dL, AST 80 U/L, ALT 54 U/L, ALP 90 U/L, GGT 83 U/L, LDH 587 U/L idi. Anti HIV pozitif, HIV RNA 2320257 kopya/mL, CD4+ T lenfosit sayısı 279 hücre/μl saptanan hastaya antiretroviral tedavi (tenofovir alafenamid/emtrisitabin/biktegravir) başlandı. Yüzeysel doku ultrasonografisinde her iki servikal zincirde büyüklüğü 26x8.5 mm, her iki aksillada büyüklüğü 28x9.5 mm, her iki inguinalde büyüklüğü 21x8 mm boyutlarında yağlı hilusları bulunan, kalın korteksli multipl lenf nodları izlendi. Bir ay süre ile antiretroviral tedavi altında giderek artan görme bulanıklığı, halsizlik, kaşıntı ve döküntü ile tekrar başvurdu. Fizik muayenesinde ekstremitelerde ve gövdede yaygın eritematöz papüller saptandı. Nörolojik muayenesi doğaldı. Göz hastalıkları tarafından yapılan değerlendirmesinde herhangi bir patoloji saptanmadı. İlk başvurusunda istenen toksoplazma IgM 1.65 pozitif, toksoplazma IgG 10.8 pozitif olarak sonuçlandığı görüldü. Kontrol tetkiklerinde toksoplazma IgM 3.75 pozitif, toksoplazma IgG 306.2 pozitif olarak sonuçlandı. Birinci ay HIV RNA 1136 kopya/mL, CD4+ T lenfosit sayısı 781 hücre/μl idi. Akut toksoplazmoz tanısıyla trimetoprim-sülfametaksazol (TMP-SMX) 800/160 mg 2x2 tablet başlandı. TMP-SMX tedavisinin 2. haftasından sonra halsizlik ve görme bulanıklığı şikayetleri geriledi, tedavisi 3 haftaya tamamlandı. Tedaviden 12 ay sonra istenen toksoplazma IgM negatif, IgG 48.6 pozitif saptandı.

Sonuç: Primer toksoplazma enfeksiyonu immunkompetan bireylerde genellikle asemptomatiktir. Akut sistemik enfeksiyon veya oküler hastalık kliniğinde %10 hastada semptomatik seyreder ve en yaygın klinik belirtisi lenfadenopatidir. Tanıda serolojik testlerde titre artışı en önemli kanıttır. Olgumuzda 4 hafta aralıkla yapılan testlerinde IgM antikorları 2 kat, IgG antikorları 10 kata yakın artmıştır. Tedavide ilk öneri primetamin-sulfadiazin/klindamisin-lökovorin olmakla birlikte primetamin bulunamadığında TMP-SMX kullanılması önerilir. Bu vaka akut retroviral sendrom ayırıcı tanısında yer alan hastalıkların tanı anında kliniğe eşlik edebileceğini vurgulamak için sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: HIV, toksoplazma, Akut retroviral sendrom

PS-23

MÜCADELEDE BİRLİKTELİĞİN GÜCÜ: HIV, KAPOŞİ SARKOMU VE MAC ENFEKSİYONUyla KOMPLEKS BİR VAKA SUNUMU

Cemre Boşnak¹, Tuğba Sarıcaoğlu¹, Muhammed Cihan Işık¹, Ahmet Çağkan İnkaya¹, Meliha Çağla Sönmezer¹, Murat Akova¹

¹Hacettepe Üniversitesi Hastanesi

Amaç: Geç tanı lan olgularda fırsatçı enfeksiyonlar sorun olmaya devam etmektedir. Ayrıca geç tanı olgularında tanı basamağındaki eksiklerden ötürü, problemler yaşanmaktadır. Burada, geç tanı alan bir kişide Kaposi sarkom ve Tüberküloz dışı mikobakteri hastalığı olgusu sunulmuştur.

Yöntem: Olgunun değerlendirilmesi ve tedavisi standart klinik protokollere dayanmıştır.

Bulgular: Atmış dört yaşında erkek diyabetes mellitus ve hipertansiyon nedeniyle takip edilirken, halsizlik, yorgunluk ve idrar yapmakta zorlanma, kesik kesik işeme nedeniyle çeşitli hastanelere başvurmuş ve prostat biyopsisi öncesi yapılan testlerinde HIV enfeksiyonu tespit edilmesi nedeniyle kliniğimize Mart 2023'te refere edilmiştir. Başvuru anında HIV enfeksiyonu CDC C3 olarak tespit edilmiştir. Fizik muayenesinde HIV tükenmişlik sendromu bulguları göstermekteydi (Vücut kitle indeksi: 18). Yardımsız yürüyemiyor ve denge kaybı yaşıyordu (Romberg: pozitif). HIV RNA: 135525 kopya/ml, CD4 T lenfosit sayısı: 0/mm³ olarak tespit edildi. İleri araştırma ve eşlik eden durumları belirleme için yatış önerilen olgu, hastane yatışını kabul etmedi ve ayakta TAF/FTC/BIC, trimetoprim/sulfametaksazol ve azitromisin başlandı. Poliklinik kontrollerinde viral replikasyonun baskılandığı ama immünolojik düzelmenin sağlanmadığı görüldü. İleri tetkikleri için yatış önerileri aile ve olgu tarafından kabul edilmedi. İlk tanıdan 1 yıl, hastanemize ilk başvurusundan 6 ay sonra genel durumu bozulan olgu servisimize yatırıldı. ESBL pozitif Klebsiella pneumoniae'e bağlı ürosepsis tespit edilerek meropenem tedavisi ile izlendi. Hastaneye yatışta saptanan plevral effüzyonu ve akut böbrek hasarı takipte düzeldi. Akciğer tomografisinde sol akciğer üst lobda düzensiz konturlu 2x2cm boyutlarındaki nodülün PET'de FDG tutulumu gösterdiği tespit edildi ve hiperaktif değerlendirildi (SUVmax:13.9). Akciğerdeki nodülden yapılan biyopsi sonucunda HHV-8 yaygın pozitif neoplastik hücreler gözlemlendi. Kaposi sarkomu tanısı konuldu. Endoskopisinde duodenum ikinci kısmında üzeri beyaz renkli hiperkeratoz ile kaplı çok sayıda milimetrik nodül gözlemlendi. Patolojik incelemesinde lenfositik hücrelerin ARB pozitif basillerle dolu olduğu görüldü. Lezyonun kültüründe üreme olmadı. Hastanın bulguları tüberküloz dışı mikobakteri enfeksiyonu ile uyumlu değerlendirilerek tedavi başlanması yanıt olmaması durumunda lenf nodu biyopsisi yapılması planlanmıştır. Kaposi sarkomu, cT1 (iç organ tutulumu), I1 (CD4130) ve S1 (tbc dışı mikobakteri enfeksiyonu) ileri evre/düşük prognozlu hastalık olarak değerlendirildi. Hastanın ECOG skoru 4 olması nedeniyle medikal onkoloji bölümünce akciğer kaposi sarkomuna yönelik izlem kararı alındı. Dissemine mikobakteri enfeksiyonu tedavisi için Azitromisin, Etambutol, rifabutin ve amikasin tedavileri başlandı. Tetkiklerinin tamamlanmasının ve bir süre hospitalize izlenmesinin ardından hasta kendi kararı ile çıkış yaptı. Haziran 2023'te hastanın dış merkeze pnömotoraksa sekonder solunum güçlüğü ile başvurusunda vefat ettiği öğrenildi.

Sonuç: Bu vaka, tanıda gecikilmesi durumunda, Kaposi sarkomu ve tüberküloz dışı mikobakteri enfeksiyonu gibi nadir görülen klinik tabloların bir arada olabileceğini göstererek, HIV'de erken tanının önemini vurgulamaktadır.

PS-24

HIV İLE YAŞAYAN KİŞİDE GELİŞEN SEREBRAL TOKSOPLAZMOZ OLGUSU

Eda Horuz¹, Dilara İnan¹

¹Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Antalya

Amaç: Toksoplazmoz uygun profilaksi almayan Human Immunodeficiency Virus (HIV) ile enfekte bireylerde en sık görülen merkezi sinir sistemi infeksiyonudur. Primer toksoplazmoz sonrası latent infeksiyon hayat boyu devam eder. Özellikle CD4 sayısı 100 hücre/ μ L altında olan HIV ile enfekte bireylerde hastalığa neden olabilir. Bu olgu sunumunun amacı HIV ile enfekte bireyde beyin apsesi etkeni olan toksoplazmanın tanısı, tedavisi, klinik seyri hakkında bilgi ve deneyim paylaşımında bulunmaktır.

Yöntem: Bu olguda, Akdeniz Üniversitesi İnfeksiyon Hastalıkları Kliniğinde toksoplazmoz tanısıyla takip edilen yeni tanı HIV ile enfekte birey sunulacaktır.

Bulgular: Bilinen ek hastalığı olmayan 64 yaş erkek hasta, bir haftadır olan vücudun sağ tarafında kuvvet kaybı ve bilinçte gerileme ile hastanemiz nöroşirürji bölümüne başvurdu. Fizik muayenesinde bilinç açık, oryantasyon ve kooperasyon kısıtlı, vitalleri stabildi. Ateş saptanmamıştı. Çekilen kontrastsız beyin MR'ı 'sağ frontalde, sağ parietal lobda birer adet, ayrıca sol frontal lobda 2 adet en büyüğü sol frontal lob derin beyaz cevherinde bazal ganglionlar düzeyine kadar uzanan yaklaşık 2,5 cm boyutunda olmak üzere lezyonlar izlenmektedir' şeklindeydi. Kitle operasyonu sırasında alınan biyopsi sonucu 'yaygın nekroz ve bu alanlarda toxoplazmaya ait takizoidler' olarak gelen hastaya Trimetoprim Sülfametoksazol (TMP-SMX) 5 mg/kg /gün (TMP için) dozunda intravenöz iki eşit doza bölünecek şekilde başlandı. Yapılan tetkiklerinde HIV antikor pozitif bulundu. HIV-1 RNA:496.000 kopya/ml CD4:37 hücre/ μ L saptandı. Antiretroviral tedavi (ART) olarak biktgravir /emtrisitabin /tenofovir alafenamid başlandı. Tedavinin 28. gününde genel durumu iyi olan hasta TMP-SMX (800 mg/160 mg) 3x2 tablet ile taburcu edildi. Tedavinin 3. haftasında ve 8. ayında çekilen beyin MR'ı "supratentorial lezyonların boyutları azalmış olup kontrastlanması önceki tetkiğe göre belirgin azalmıştır. Yeni kontrast enhansmanı gösteren lezyon izlenmedi" şeklindeydi. Nörolojik bulguları belirgin düzelen hastada TMP-SMX (800 mg/160 mg) tedavisi 58. haftada 1x1 tablet profilaksi dozuna geçildi. Son kontrolünde HIV-1 RNA negatif, CD4:312 hücre/ μ L olarak saptandı. Hastanın rutin takipleri devam etmektedir.

Sonuç: CD4 sayısı 100 hücre/ μ L nin altında, toksoplazma seropozitif olan etkili ART ve profilaksi almayan hastalarda toksoplazmoz gelişme olasılığı %30' lara çıkmaktadır. En sık görülen formu ensefalittir. Klinik şüpheyile birlikte çekilen beyin MR tanıda yardımcıdır. Tedavide etkin ART ile birlikte toksoplazmaya karşı uygun antimikrobiyal tedavi kullanılır. Başlangıç tedavisi çoğu hasta için Primetamin+ Sülfadiazin+ Folinik asit şeklindedir. TMP-SMX alternatif tedavi yöntemidir. Tedaviye yanıt veren hastalar için başlangıç tedavisinin süresi genelde altı haftadır. Ancak tedavi süresi hasta özelinde değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: HIV, Toksoplazmoz

PS-25

HIV İLE YAŞAYAN KİŞİLERİN DİĞER CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIK SEROPREVALANSI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gamze Gelici Topbaş¹, Tuğçe Şimşek Bozok¹, Elif Şahin Horasan¹, Ali Kaya¹

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı

Amaç: HIV ile yaşayan kişilerde diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. CYBH'ler HIV enfeksiyonunun daha kolay bulaşmasına katkıda bulunabilmekte ve HIV enfeksiyonu diğer CYBH'lerin seyrini değiştirebilmektedir. Aynı zamanda kişilerin hepatit B koenfeksiyonu varlığı antiretroviral tedavi (ART) seçimini de etkilemektedir. Bu çalışmada; HIV ile yaşayan kişilerde hepatit B, hepatit C ve sifiliz seroprevalansının değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Ocak 2017- Ekim 2023 tarihleri arasında XXX Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Polikliniği'nde takip edilen 628 HIV ile yaşayan kişinin yaş, cinsiyet, VDRL, TPHA, HBs Ag, anti-HBs, anti-HBc IgG ve anti-HCV pozitiflikleri hastane bilgi sistemi aracılığıyla retrospektif olarak sorgulandı. Seroprevalans değerleri ve yaş, cinsiyet açısından farklılıkları istatistiksel olarak analiz edildi.

Bulgular: 628 HIV ile yaşayan kişinin 561'i (%89.3) erkek, 67'si (%10.7) kadındı. Ortalama yaş 40.46 ± 13.85 idi. Erkeklerin yaş ortalaması, 40.04 ± 13.75 , kadınların yaş ortalaması 43.97 ± 14.25 yıldı. 536 kişiye VDRL testi yapılmıştı ve 80'inde (%14.9) pozitiflik saptanmıştı. VDRL ve TPHA pozitifliği olan 49 hasta (%9.1) vardı. HBs Ag 483 hastadan bakılmıştı ve 24'ü (%5) pozitif. 502 hastaya anti-HBs bakılmıştı, 289'u (%57.6) pozitif. İzole anti-HBc IgG pozitifliği olan üç hasta vardı ancak HBV-DNA sonuçları yoktu. 454 hastanın anti-HCV sonucu vardı, 6'sı pozitif (%1.3) olarak bulunmuştu. Altı hastanın beşinde HCV-RNA çalışılmıştı, sadece birinde pozitiflik vardı. Sifiliz pozitifliği erkeklerde kadınlara göre anlamlı oranda daha yüksekti ($p=0.045$). HBs Ag, anti-HBs, anti-HBc IgG, anti-HCV pozitifliği ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık olmadığı görüldü. VDRL, TPHA ve anti-HCV pozitifliği açısından yaş grupları arasında anlamlı farklılık yoktu. HBs Ag ($p=0.039$) ve anti-HBs ($p<0.0005$) pozitifliği 30 yaş ve altındaki hasta grubunda 30 yaş üstü gruba göre daha yüksekti. Anti HBc IgG pozitifliği ise 40 yaş ve altında, 40 yaş üstüne göre anlamlı oranda daha yüksek bulundu ($p=0.034$).

Sonuç: HIV ile yaşayan kişilerde hepatit B ve hepatit C koenfeksiyonunun bulunması kronik hepatit enfeksiyonunun prognozunu etkileyebilmektedir. Ayrıca HIV ve hepatit B koenfeksiyonu ART başlarken mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle HIV ile yaşayan kişiler ilk tanı zamanında ve takiplerde hepatit B ve hepatit C koenfeksiyonu açısından değerlendirilmelidir. Çalışmamızda HIV ile yaşayan kişilerde hepatit B ve hepatit C koenfeksiyonu oranları literatürle uyumlu bulundu ve hepatit B bağışıklığı %57.6 oranında tespit edildi. HIV sifiliz koenfeksiyonu ise literatürle benzer oranda ve erkeklerde anlamlı oranda daha fazla görüldü. HIV ile yaşayan kişilerde diğer CYBH'lerin popülasyona göre sık görülmesi nedeniyle diğer CYBH'ler hakkında danışmanlık verilmesi, bağışık değilse aşılarmaları ve diğer CYBH'ler ile koenfeksiyonu durumunda tedavi düzenlenmesinin ileride oluşabilecek komplikasyonları önleyebileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: HIV, Hepatit B, Hepatit C, Sifiliz

PS-26

TÜRKİYE'DEKİ GÖÇMENLERDE HIV, HEPATİT VE CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR YETERİNCE BİLİNİYOR MU?

Olca Buse Kenanoğlu¹, Deniz Gökengin¹

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

Amaç: Ülkemiz son yıllarda fazla sayıda göç almaktadır. Göçmenlerde HIV, hepatit ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) konusunda sistemli bir çalışma yapılmamaktadır. Bu çalışmanın amacı, ülkemizde yaşayan göçmen nüfusta bu enfeksiyonlar konusunda yapılan araştırmaları değerlendirmektir.

Yöntem: “PubMed, ULAKBİM, TR Dizin, Türkiye Atıf Dizini” veri tabanları, “migrant”, “refugees”, “göçmen”, “mülteci”, “HIV”, “hepatit”, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon”, “insan göçü” ve Turkey” anahtar kelimeleri kullanılarak taranmıştır.

Bulgular: Araştırmaya ülkemizde 2014 ve 2023 yılları arasında yapılmış 23 çalışma dâhil edilmiştir. Çalışmaların dokuzunda HIV ve viral hepatit, 11 çalışmada yalnızca viral hepatitler değerlendirilmiştir. Dört çalışmada ise diğer CYBE [sifiliz, insan papillomavirüsü (HPV) ve Trichomonas vaginalis enfeksiyonu] incelenmiştir. HIV seroprevalansını değerlendiren 4/9 çalışma gebeleri kapsamaktadır ve seroprevalans %0 ile %0,03 arasında bildirilmiştir. Gebe dışındaki gruplarda ise %0 ile %2 arasındadır; bunların biri hariç tamamı erkektir. Beş çalışmada göçmenlerdeki HIV prevalansının, benzer Türk hasta grubundaki prevalansa benzer olduğu belirtilmiştir. Hepatit B enfeksiyonu 15 çalışmada değerlendirilmiştir. Bu çalışmalarda HBsAg pozitifliği %0,87 ile %6,36, anti-HBs pozitifliği ise %8,5 ile %40,8 arasında bulunmuştur. Anti-HCV pozitifliği %0 ile %12,2 oranında bildirilmiş olup, göçler nedeniyle gelecek yıllarda HCV genotiplerinin epidemiyolojisinin değişebileceği vurgulanmıştır. Sifiliz seropozitifliği (%3,8) ve T. vaginalis (%36) enfeksiyonu sıklığı göçmen olmayanlara göre daha yüksek, HPV oranları (%5,30) ise benzer bulunmuştur.

Sonuç: Ülkemizde göçmen nüfusunun, toplam nüfusun %10'una yaklaştığı düşünülmektedir. Ancak bu sunum, bu büyük nüfusta görülen ve toplumda bulaşma açısından risk oluşturan HIV, hepatit ve CYBE'lerin dağılımı, sıklığı ve sonuçları hakkında çok az bilgiye sahip olduğumuzu ortaya koymaktadır. Göçmenler bu enfeksiyonlar açısından yüksek riskli kabul edilmektedir ve göçmenlerin sağlık güvencesinin ve onlara yönelik bir sağlık programının olmaması ve iletişimin güç olması gibi sorunlar nedeni ile sağlık hizmetine erişimleri zordur. Türkiye'deki göçmenlerin sağlıklı yaşaması ve genel toplum içinde bulaşmanın azaltılması açısından, sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi, HIV/AIDS ve CYBE konusunda farkındalığın artırılması ve epidemiyolojik araştırmalar yapılması kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Göçmen, mülteci, HIV/AIDS, Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, hepatit

PS-27

HIV ENFEKSİYONLU OLGUDA VİSCERAL LEISHMANİASİS SONRASİ GÖRÜLEN KUTANÖZ LEISHMANİA ENFEKSİYONU: TÜRKİYE'DEN BİR OLGU SUNUMU

Bahar Kandemir¹, Rukiyye Bulut¹, İbrahim Erayman¹, Rumeysa Özel Gök¹, Pembe Oltulu², Munise Daye³, Fatma Esenkaya Taşbent⁴

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, KONYA

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, KONYA

³Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, KONYA

⁴Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, KONYA

Amaç: Visceral leishmaniasis; L. donovani ve L. Infantumun neden olduğu karaciğer, dalak ve kemik iliğini enfekte eden, intrasellüler protozoal bir enfeksiyondur. Hastalık Sudan, Hindistan ve Brezilya'nın kuzey doğusunda zaman zaman epidemilere neden olurken, dünyanın birçok ülkesinde endemik veya sporadik olarak görülmektedir. Ülkemizde endemik bir hastalıktır. Son yıllarda birçok ülkede özellikle de Güney Avrupa'da HIV ve leishmania birlikteliği giderek artmaktadır. Endemik bölgelerde tatarcık sineğinin ısırmasıyla bulaşan hastalık IV madde bağımlılarında ortak enjektör kullanımı ve kan transfüzyonu ile de bulaşabilmektedir. Bu olgu sunumunda nadir görülen bir durum olan, endemik bölgede yaşayan HIV ile enfekte kişilerde visceral leishmaniasis sonrası ortaya çıkan kutanöz leishmania enfeksiyonuna dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Kliniğimizde visceral leishmaniasis sonrası kutanöz leishmania hastası takip edilmiştir.

Bulgular: Bilinen ek hastalığı olmayan 2017 yılından beri HIV enfeksiyonu ile takip edilen Mersin/Mut ikametli 46 yaşında erkek hastanın uzun süredir halsizlik, yorgunluk, kırgınlık ve kilo kaybı şikayetleri mevcuttu. Hastanın tanı anından itibaren CD4 CD8 düzeyleri düşük seyretmekte idi. Tanı anında CD4 sayısı: 20/mm³ CD8 sayısı: 320/mm³ olarak sonuçlandı. Bu durum HIV enfeksiyonu ile ilişkili düşünülerek antiretroviral tedavi (tenofovir disoproksil fumarat-emtricitabin-darunavir/ritonavir) ile birlikte klaritromisin ve trimetoprim-sülfametoksazol profilaksisine başlandı. Antiretroviral tedavinin 6. ayında HIV RNA negatif olarak saptandı. Takiplerinde tedavi uyumunu arttırmak için hastaya tek tablet rejimine (tenofovir adefovir –emtricitabin-biktegravir) geçildi. Viral replikasyon baskılanmasına rağmen hastanın sitopenileri ve replasman gerektiren anemisi devam etmekteydi. Covid 19 pandemi sürecinde aralıklı olarak takip edilen hastaya ileri tetkik yapıldığında fizik muayene ile uyumlu olarak hepatosplenomegali saptandı. Ek patolojik bulgusu yoktu. Sistem sorgulamasında ateş, halsizlik yorgunluk dışında ek enfektif şikayeti yoktu. Tetkiklerinde kreatinin 1.9 mg/dL lökosit : 2100 u/L, nötrofil sayısı 350 u/L, lenfosit 1459 u/L, hemoglobin 6g/dL, trombosit 111000u/L total protein: 95g/L albümin: 22g/L olarak sonuçlandı. Pansitopeni etyolojisini araştırmak üzere yapılan kemik iliği biyopsisinde yoğun leishmania amastigotları görüldü. Hastaya visceral leishmaniasis tanısı ile 4mg/kg lipozomal amfoterisin B tedavisi başlandı Primer tedavi sonrası hastaya 3 hafta aralıklarla lipozomal amfoterisin B verilerek sekonder profilaksisine devam edildi. Hasta 10 kür sekonder profilaksi aldıktan sonra tekrar profilaksi almaya geldiğinde kollarda bacaklarda yoğun olmak üzere yaygın papüler döküntüleri olduğu görüldü. Alınan cilt biyopsi sonucu kutanöz leishmania enfeksiyonu olarak tanımlandı. Hastaya visceral leishmaniasis sonrası görülen kutanöz leishmania enfeksiyonu tanısı ile lipozomal amfoterisin B tedavisi tekrar başlandı. Tedavisi 28 güne tamamlandı. Takiplerinde cilt lezyonları geriledi. Kontrol kemik iliği biyopsisinde leishmania amastigotu görülmedi. Yeni gelişen lezyonu ve ek enfektif şikayeti olmadı. Daha sonra hastaya 21 gün oral

posakonazol tedavisi verilerek cilt lezyonlarının tamamı kaybolunca tedavi sonlandırıldı. Tedavi boyunca hastanın şikayetleri geriledi. Halsizlik yorgunluk şikayeti kalmadı. Kilo artışı oldu. Hemogramda tüm serilerinde kalıcı yanıt alınamasa da hastanın replasman ihtiyacı tedavi süresince tekrar olmadı. Son lökosit sayısı : 2800 uL nötrofil: 1520 uL lenfosit : 620 uL hemoglobin: 9.9 g/dL trombosit: 120 uL total protein: 88 g/L albümin: 43 g/L kreatinin : 1.3 mg/dl olarak sonuçlandı. Hastanın geriye dönük tetkikleri incelendiğinde pansitopeni tablosunun kemik iliğinin visceral leishmania enfeksiyonu ile uzun süreli infiltrasyonuna sekonder olduğu düşünüldü.

kutanöz leishmania



Sonuç: Kazanılmış immün yetmezlikli hastalarda non-spesifik semptomlara neden olan leishmania enfeksiyonu ülkemizde nadir görülmektedir. Endemik bölgelerde artan HIV ile enfekte kişilerde vaka sayısı göz önüne alındığında HIV enfeksiyonunun progresyonunu hızlandırabileceğinden ayırıcı tanıda öncelikli olarak düşünülerek tedavisi en kısa zamanda başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Amhoterisin B, HIV, Leishmaniasis

PS-28

HIV İLE YAŞAYAN KİŞİLERE HEPATİT A AŞISI: NE ZAMAN MUTLAKA ÖNERMELİYİZ?

Meltem Tügdür¹, Ahmet Naci Emecen¹, Cansu Tol¹, Hüsnü Pullukçu¹,
Meltem Işıkgöz Taşbakan¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

Amaç: Hepatit A virusu (HAV) başlıca kontamine yiyecek veya su alımıyla fekal oral yoldan bulaşır. Ancak oral-anal cinsel temas gösterenler erkeklerle seks yapan erkek (ESE)popülasyonu arasında salgınlar da bildirilmektedir. Ülkemizde bu konuda yapılan en geniş çalışmalardan biri olan 10132 kişinin değerlendirildiği bir yayında seropozitifliğin %29.0 ile %93.3 arasında değiştiği ve özellikle 30 yaş altındaki kişilerde HAV karşı duyarlı kişilerin daha fazla olduğu bildirmişlerdir. İnsan immun yetmezlik virusu ile yaşayan bireylerin(HIVYB) yaşları ve bu popülasyona ESE oranının fazla olması göz önünde bulunduracak olursak HAV serolojileri açısından değerlendirilip bağışık olmayanların aşılınması şarttır.Hepatit A epidemiyolojisindeki değişikliklerin HIVYB'ye etkisini ve hangi yaş gruplarında mutlaka Hepatit A aşısı önerilmesi gerektiğinin değerlendirilmesi amacı ile bu çalışma planlanmıştır.

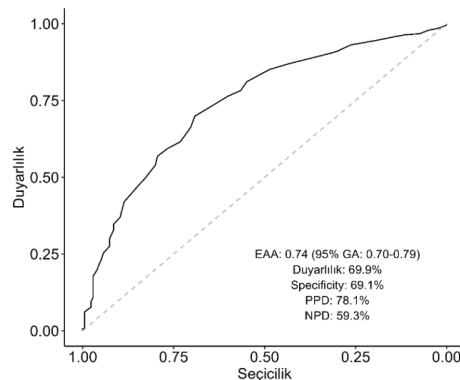
Yöntem: Hastanemiz 2019-2023 yılları arasında HIVYB'lerin hepatit A serolojileri retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Anti-HAV IgG pozitif ve negatif grup cinsiyet ve yaş açısından karşılaştırılmıştır. Yaşın, Anti-HAV IgG pozitifliği için en iyi kesim noktasını bulmak amacıyla ROC (receiver operating characteristic) analizi yapılmıştır.

Bulgular: Belirtilen tarih aralığında anti-HAV IgG testi istenen 451 hastanın (yaş ortalaması: 39.2±11.4) 413'ü (%91.6) erkektir. Anti-HAV IgG pozitifliği %61.2 saptanmıştır(n=276). Akut hepatit A olgusu yoktur. Anti-HAV IgG pozitif olan grup ile negatif olan grup arasında yaş açısından anlamlı fark vardır (sırasıyla 42.6±11.5 ve 33.7±9.01, p<0.001). İki grup arasında cinsiyet açısından anlamlı fark yoktur. ROC analizine göre en iyi kesim noktası 35 yaştır (EAA, 95%GA: 0.74, 0.70-0.79, duyarlılık: %69.9, seçicilik: %69.1). 35 yaş üzeri bireylerde seropozitiflik %78.1 iken, ≤ 35 yaş grubunda bu sıklık %40.7'dir (p<0.001).

Sonuç: Ülkemizde Hepatit A aşısı Mart 2011 tarihinde rutin aşı şemasına dahil edilmiştir. Ülkemizde HAV açısından değişen epidemiyoloji de göz önünde bulunduracak olursak risk gruplarının değerlendirilip aşılınması gereklidir. HIV ile yaşayan bireylerde tanı anında hepatit A serolojisi değerlendirilmelidir. Özellikle 35 yaş altındaki bireylerde hepatit A'ya yönelik antikör testi yapılamasa bile mutlaka hepatit A aşısı uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hepatit, aşı, hiv, bağışıklık, yaş

Şekil 1: Yaş ve Anti-HAV IgG pozitifliği için oluşturulan ROC eğrisi



PS-29

GEÇ BAŞVURAN BİR AIDS OLGUSUNDA GÖZLENEN FIRSATÇI ENFEKSİYONLAR

Samet Acar¹, Dilara İnan¹, Tuncer Karpuz²

¹Akdeniz Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

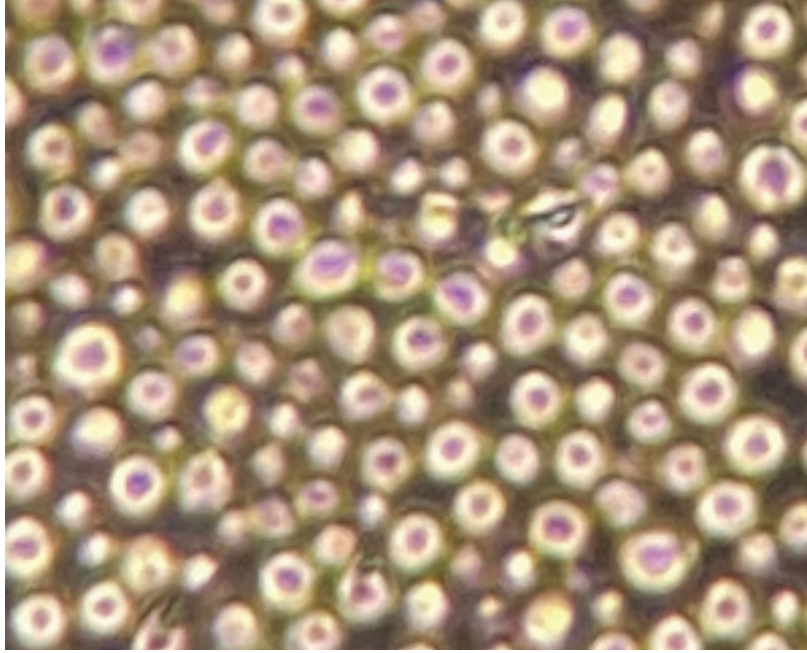
²Akdeniz Üniversitesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Amaç: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV), esas etkilerini immün sistem üzerinde gösteren, Retroviridae ailesine üye bir virüstür. Tedavi edilmediği zaman, ilerleyen Edinilmiş İmmün Yetmezlik Sendromu (AIDS) tablosu, mortal seyreden fırsatçı enfeksiyonların ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu olgumuzda, geç başvuran bir AIDS hastasında ortaya çıkan ağır fırsatçı enfeksiyonları sunuyoruz.

Yöntem: Bu olgu, Akdeniz Üniversitesi MiaMed sistemi üzerinden laboratuvar ve radyolojik tetkikler edinilerek hazırlanmıştır.

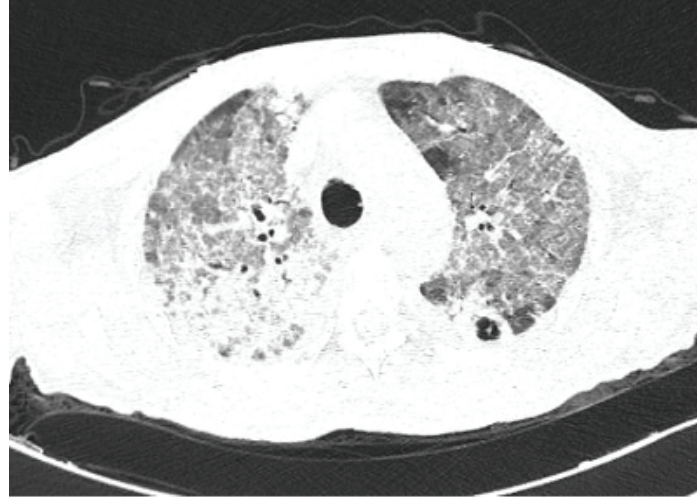
Bulgular: 53 yaşında erkek hasta, bilinen diyabeti mevcut, esnaflık yapıyor. Nefes darlığı, göğüs ağrısı ve yutma güçlüğü ile başvurduğu dış merkezde yatış verilen hasta, yüksek oksijen ihtiyacı nedeniyle yoğun bakım takibine alınmış. Üç gün sonra tedaviyi reddederek farklı bir merkezin acil servisine başvuran hastanın yapılan incelemelerinde, yakın zamanda bakılan HIV 1+2 antikorunun pozitif olduğu görülmüş. Oksijen ihtiyacı nedeniyle yoğun bakım ihtiyacı da devam eden hasta, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'ne sevk edilmiş. Kabul edildiğinde ateş 38 °C, tansiyon 126/82 mmHg, saturasyon %85, nabız 89 atım/dk, pO₂: 61 mmHg idi. Fizik muayenesinde kaşektik görünümü, ağız içerisinde kandidiyazis ile uyumlu yaygın beyaz plakları, solunum seslerinde bilateral ralleri mevcuttu. Çekilen bilgisayarlı tomografisi (BT), "Bilateral üst zonlarda yaygın buzlu cam alanları, bronkopnömoni ile uyumlu alanlar, HIV öyküsü olan hastada Pneumocystis Jirovecii (PCP)?" şeklinde yorumlanan hastaya, piperasilin – tazobaktam 3x4500 miligram (mg) intravenöz (IV), moksifloksasin 1x400 mg IV, trimetoprim – sulfametoksazol (15 mg/kg trimetoprim üzerinden 3 eşit doza bölünecek şekilde hesaplanarak) 3x4 ampul, prednizolon 2x40 mg IV, flukonazol 1x400 mg IV tedavileri başlandı. Vazopressör ve yüksek oksijen ihtiyacı nedeniyle hasta yoğun bakım takibine alındı. İleri tetkikleri için hastadan CD4 düzeyi, HIV RNA, sitomegalovirüs (CMV) PCR, toksoplazma IgG, IgM, Epstein-Barr Virüs (EBV) IgG, IgM, VDRL, T.P.H.A, 3 gün üst üste balgamda ve idrarda aside dirençli basiller (ARB), pürifiye protein derivesi (PPD) istendi. Bronkoalveolar lavaj cihazının, hastanemizde arızalı olması nedeniyle PCP açısından örneklem yapılamadı. CD4 düzeyi 0 hücre/mm³ saptanan hastada ekarte edilemeyen "İmmün Rekonstitüsyon İnflamatuvar Sendromu (IRIS)" riski nedeniyle antiretroviral tedavi (ART) hemen başlanamadı. Tedavinin 7. gününde bilinç durumu düzelmeyen hastanın, kan kültüründe Cryptococcus neoformans üremesi görüldü. Meningoensefalit ekartasyonu için lomber ponksiyon yapıldı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) glukozu 152 mg/dl, eş zamanlı parmak ucu kan şekeri 384 mg/dl, mikroprotein 29 mg/dl'di. BOS kültürü ve çini mürekkebiyle yapılan incelemede C.neoformans saptandı. Amfoterisin B 1x4mg/kg IV tedaviye eklendi, flusitozin bulunmaması nedeniyle flukonazol dozu 1x1200 mg IV olarak revize edildi. Bilinç durumu ve oksijen ihtiyacı toparlayan hasta, servis takibine alındı. Yeterli süre alması nedeniyle trimetoprim – sulfametoksazol ve moksifloksasin tedavileri kesildi. Takiplerinde genital bölgesinde ağrılı veziküler lezyonlar oluştu. Ön planda Herpes genitalis düşünüldü ve tedaviye valasiklovir 2x500 mg eklendi. Yatışının 26. gününde septik şok tablosu gelişen hasta, tekrar yoğun bakıma alındı. Piperasilin – tazobaktam kesildi, meropenem 3x1000 mg IV ve vankomisin 4x500 mg IV başlandı. Alınan kan ve trakeal aspirat kültüründe Genişlemiş Spektrumlu Beta Laktamaz (GSBL) üreten Klebsiella pneumoniae üremesi saptanan hasta, uygun tedaviye rağmen septik şok tablosu nedeniyle kaybedildi.

Resim B



C. neoformans'ın çini mürekkebi ile boyanması sonrası mikroskopik görüntüsü

Resim A



PCP? olarak yorumlanan bilgisayarlı tomografi (BT) kesiti

Sonuç: HIV enfeksiyonu, spesifik olmayan semptomlarla ortaya çıkabilir. Non-spesifik semptomlar, hastanın klinisyene erken dönemde başvurmamasına neden olabilir. Tanı, klinisyenler tarafından sıklıkla gözden kaçabilir. Tedavi edilmediğinde mortal seyreden fırsatçı enfeksiyonlara neden olabilir. İleri evre HIV enfeksiyonunda ART kullanılmadığı takdirde ortalama yaşam süresi 12 ile 18 aydır. Geç başvuran hastalarda, birden fazla gelişebilecek fırsatçı enfeksiyonların erken tanı ve tedavisinin önemini vurgulamak adına bu olgumuzu sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Hiv, aids, fırsatçı, enfeksiyon, immünite

PS-30

KESİNTİSİZ ANTİRETROVİRAL TEDAVİYE ERİŞMENİN ÖNÜNDEKİ ENGELLER: TEK MERKEZ VERİSİ

**Özlem Altuntaş Aydın¹, Alper Gündüz¹, Melike Kaya Kaptan¹, Mervenur Bayrak¹,
Ramazan Korkusuz¹, Damla Akdağ¹, Esra Fersan¹, Meliha Meriç Koç¹**

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir SUAM, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Günümüzde, antiretroviral tedavi (ART) kullanımı sonucunda HIV ile yaşayan kişilerin yaşam süresi ve kalitesi HIV negatif olan kişilere benzer duruma gelmiş, viral supresyonun sağlanması ile bulaş riski ortadan kalkmıştır. Ancak bu durum, ART'nin sürdürülebilir olması ile mümkündür. ART'nin sürdürülebilirliğinin önündeki en önemli engel ise ekonomik nedenlerle ilaçlara erişememektir. Çalışmamızda; kesintisiz ART'ye erişemeyen HIV ile yaşayan kişilerin profilinin belirlenerek kesintisiz ART'ye ulaşmanın önündeki engeller ve ART'ye erişilemediğinde sağlık sistemine etkilerinin neler olabileceğine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Haziran 2020-Eylül 2023 tarihleri arasında hastanemizde HIV enfeksiyonu tanısı ile takip edilen erişkinlerin epidemiyolojik, klinik, laboratuvar verileri hastane bilgi yönetim sisteminden elde edildi. ART kullanım raporu düzenlenirken medulla sisteminde takip numarası olan kişilerin kesintisiz tedaviye eriştikleri kabul edildi. Takip numarası alınamayan kişiler telefon ile aranıp kesintisiz ART'ye erişimleri sorgulandı. Yeni tanı aldığında hastanede yatarak ART başlanan ancak ölen kişiler ve tutuklular çalışmaya dahil edilmedi.

Bulgular: Takip edilen 1113 HIV ile enfekte kişiden 32'sinin kesintisiz ART'ye erişemediği saptandı. Bu kişiler telefon ile arandı, 24'üne ulaşılabildi ve kesintisiz ART'ye erişemedikleri doğrulandı (% 2.2). Bu 24 kişinin 8'i kadın (bir tanesi gebe), yaş ortalaması 34.2 (18-45) yıl, 22'si (%92) yabancı uyruklu (10'u Türk Cumhuriyetleri vatandaşı) idi. Türk vatandaşı olan iki kişi, yakınları tarafından tedavi aldıklarının öğrenebileceği endişesiyle sosyal güvenlik kapsamında kesintisiz ART almayı reddetti. Yabancı uyruklu iki kişi ise ücretini kendi karşılayarak en düşük maliyetli ART rejimi olan TDF/FTC+EFV kullanmaya başladı. Kan örneği veremeyen iki olgu hariç tutulduğunda, ortalama CD4 T lenfosit sayısı 312/mm³ (0-1161), ortalama HIV RNA 669033 kopya/ml (4840-5260000) idi. Olguların 7'si fırsatçı enfeksiyon ve/veya kanser nedeniyle interne edildi, ART başlandı, ancak taburculuk sonrasında ART'ye devam edemedikleri görüldü. Olgulardan 4'ünde HBV, 2'sinde sifiliz, 1'inde HCV ko-enfeksiyonu saptandı.

Sonuç: Çalışmamızda, yabancı uyruklu olmak ve sosyal güvence kapsamı dışında kalmak kesintisiz ART'ye erişimin önündeki en önemli engeller olarak saptanmıştır. Stigmanın da kesintisiz ART'ye erişimi engellediği görülmüştür. Ayrıca, iki kişinin ekonomik nedenlerle kullanmak zorunda kaldıkları ART'nin yüksek yan etki profilinin olması, üstelik bu rejimin sürdürülememesi halinde düşük genetik bariyeri nedeniyle antiretroviral direnç gelişme riskinin yüksek olması önemlidir. Olgularımızın hepsinin cinsel aktif, 1/3'ünün doğurgan dönemde kadın ve bir kadının gebe olması topluma yeni HIV ile enfekte kişilerin katılacağını düşündürmektedir. Kesintisiz ART kullanamayan olgularımızın 1/3'ünün ileri evrede tanı alması ve mevcut ko-enfeksiyonları nedeniyle gelecek zamanda komplike tedavi ihtiyaçlarının ortaya çıkacağı tahmin edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Antiretroviral tedavi, kesintisiz, tedaviye erişememe

PS-32

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ'NDE TAKİP EDİLEN HIV İLE YAŞAYAN KİŞİLERDE EŞLİK EDEN FIRSATÇI İNFEKSİYONLARIN VE AIDS TANIMLAYICI MALİGNİTELERİN SIKLIĞININ TARANMASI VE RİSK FAKTÖRLERİNİN BELİRLENMESİ

Selva Ala-Sele¹, Aysun Benli², Seniha Başaran², Arif Atahan Çağatay², Halit Özsüt²

¹SBÜ İstanbul Bağıcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Amaç: HIV enfeksiyonu asemptomatikten ciddi bir immün yetmezliğe uzanan birçok klinik tabloyla seyreder. İnfeksiyonun seyrinde meydana gelen immün yetmezliğin sonucunda birçok fırsatçı enfeksiyon (Fİ) ve AIDS tanımlayıcı malignite (ATM) gelişebilir ve bunlar AIDS gelişen kişilerdeki en sık ölüm sebebidir. Fİ ve ATM gelişimine sebep olan risk faktörlerinin analizi, bu kişilerdeki morbidite ve mortalitenin engellenmesi için önemlidir. Bu çalışmada merkezimizde takip edilen HIV'le yaşayan kişilerde gelişen Fİ ve ATM sıklığının taranması ve risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem: Merkezimize Ocak 2013-Ocak 2023 tarihleri arasında başvurmuş, daha önce başka bir merkezde sağlık hizmeti almamış, HIV'le yaşayan, 18 yaşından büyük, 389 kişi dahil edildi. Kişilerin demografik ve klinik özellikleri önceden hazırlanmış formlara retrospektif olarak girildi. Fİ tanısı için 2022 yılı EACS kılavuzunda “kesin” veya “olası” Fİ tanı ölçütleri esas alındı. Kaposi sarkomu (KS) ve Hodgkin dışı lenfoma “ATM” olarak belirlendi. Sürekli değişkenlerin iki grup arası analizinde Mann-Whitney U, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson χ^2 ve Fisher'in kesin testi kullanıldı, p değeri <0.05 ise anlamlı kabul edildi.

Bulgular: HIV'le yaşayan 389 kişinin %22.6 (n=86)'sında Fİ tespit edildi. En sık görülen Fİ orofaringeal kandidiyaz, CMV hastalığı, tüberküloz ve PCP idi (Tablo 1). Fİ gelişen kişilerde yaş ve tanı yaşı daha ileri, vücut kitle indeksi (VKİ) daha düşük, evli oranı daha yüksekti. Komorbidite varlığı, hastaneye yatış ve mortalite oranı daha yüksek, ART uyumu daha düşük, yatış süresi daha uzundu. Başvuru anındaki lökosit, trombosit, lenfosit, CD4+ T lenfosit, CD8+ T lenfosit sayısı, CD4/CD8 oranı ve Hb düzeyi daha düşük, HIV viral yükü, AST, LDH ve CRP düzeyi daha yüksekti (Tablo 2). Yapılan çok değişkenli analiz sonucunda ART uyumu, takip türü, CD4+ T lenfosit sayısının <200 / μ l olması, CD8+ T lenfosit sayısı, Hb ve LDH düzeyi Fİ gelişimi için bağımsız öngörücü olarak bulundu (Tablo 2). Kişilerin %6.7'sinde ATM tespit edildi. On beşi KS, on biri Hodgkin dışı lenfoma tanılıydı. ATM gelişen kişilerde yaş ve tanı yaşı daha ileri, VKİ daha düşüktü, evli oranı daha yüksekti. Komorbidite varlığı, hastaneye yatış ve mortalite oranı daha yüksek, yatış süresi daha uzundu. Başvuru anındaki lenfosit, trombosit, CD4+ T lenfosit sayısı, CD4/CD8 oranı, Hb ve MCV düzeyi daha düşük, HIV viral yükü, AST ve CRP düzeyi daha yüksekti. Yapılan çok değişkenli analiz sonucunda VKİ, ATM gelişimi için bağımsız öngörücü olarak bulundu (Tablo 3).

Fırsatçı enfeksiyonların dağılımı

Fırsatçı enfeksiyon	Yok	Sayı (n)	Sıklık (%)
	Var	86	(22.1)
Fırsatçı enfeksiyon türü*	Orofaringeal kandidiyaz	53	(35.8)
	CMV hastalığı	33	(22.2)
	➤ CMV pnömonisi	23	(15.5)
	➤ CMV retinitisi	5	(3.3)
	➤ CMV koliti	4	(2.7)
	➤ CMV özofajiti	1	(0.6)
	PCP	21	(14.1)
	Tüberküloz	20	(13.5)
	➤ Akciğer tüberkülozu	12	(8.1)
	➤ Akciğer dışı tüberküloz	8	(5.4)
	Kraniyal toksoplazmoz	4	(2.7)
	Candida özofajiti	4	(2.7)
	Kriptokokoz	3	(2.0)
	Herpes zoster	3	(2.0)
	Orofaringeal herpes	3	(2.0)
	Salmonella bakteriyemisi	2	(1.3)
	Kriptosporidiaz	2	(1.3)

Fırsatçı enfeksiyon varlığına göre temel parametrelerin karşılaştırılması

		FI Yok (n= 303)		FI Var (n= 86)		P değeri
		Ort±SS	Ortanca (IQR25-75)	Ort±SS	Ortanca (IQR25-75)	
Yaş, yıl		40.87 ± 12.68	39 (31 - 49)	47.74 ± 13.51	46 (40 - 59)	<0.001
Tanı yaşı, yıl		37.18 ± 12.12	35 (28 - 45)	43.6 ± 13.23	43 (34 - 55)	<0.001
Vücut kitle indeksi (VKİ), kg/m2		24.14 ± 3.68	23.65 (21.4 - 26)	22.26 ± 5.05	21.6 (18.2 - 25.35)	<0.001
Cinsiyet	Kadın	32 (%10.6)		8 (%9.3)		0.734
	Erkek	271 (%89.4)		78 (%90.7)		
Medeni durum	Bekar	174 (%61.5)		39 (%45.9)		0.011
	Evli	109 (%38.5)		46 (%54.1)		
Tedavi uyumu	Çok düşük	10 (%3.3)		20 (%23.5)		<0.001
	Düşük	15 (%5)		16 (%18.8)		
	Yüksek	275 (%91.7)		49 (%57.6)		
Takip türü	Ayaktan	281 (%92.7)		21 (%24.4)		
	Yatış	22 (%7.3)		65 (%75.6)		
Yatış süresi, gün		27.33 ± 47.6	14 (11 - 25)	30.82 ± 22.94	27 (13 - 43)	0.049
Sonuç	Sag	301 (%99.4)		73 (%84.9)		<0.001
	Ölü	2 (%0.6)		13 (%15.1)		
Kororbidite	Yok	254 (%83.8)		63 (%73.3)		0.026
	Var	49 (%16.2)		23 (%26.7)		
CD4+ T lenfosit sayısı (/µl)	0-49	8 (%2.6)		38 (%44.2)		<0.001
	50-199	34 (%11.2)		34 (%39.5)		
	200-349	67 (%22.1)		3 (%3.5)		
	350-499	82 (%27.1)		5 (%5.8)		
	>500	112 (%37)		6 (%7)		
CD4+ T lenfosit sayısı (/µl)		458.51 ± 257.26	425 (278 - 595)	132.15 ± 187.47	62 (24 - 136)	<0.001
CD8+ T lenfosit sayısı (/µl)		1049.96 ± 592.77	926 (653 - 1291)	847.76 ± 1026.16	548 (303 - 1082)	<0.001
CD4/CD8		0.51 ± 0.31	0.45 (0.28 - 0.67)	0.17 ± 0.24	0.11 (0.05 - 0.19)	<0.001
HIV RNA kopya sayısı (ml)		924 264.42 ± 4.360 693.95	83 972 (29475 - 273049)	1 974 376.93 ± 4.028 167.61	478 932 (164 332 - 1 552 215)	<0.001
HIV RNA kopya sayısı (ml) >100 000		140 (%47.3)		65 (%85.5)		<0.001
HIV RNA kopya sayısı (ml) <100 000		156 (%52.7)		11 (%14.5)		

Fırsatçı infeksiyon gelişimi için öngörücü parametrelerin değerlendirilmesi

	Tek Değişkenli Analiz		Çok Değişkenli Analiz	
	OR (%95 CI)	P değeri	OR (%95 CI)	P değeri
Yaş	1.040 (1.021 - 1.059)	<0.001	0.897 (0.733 - 1.097)	0.289
Vücut kitle indeksi	0.885 (0.825 - 0.950)	<0.001	0.964 (0.838 - 1.11)	0.613
Medeni durum	1.883 (1.154 - 3.071)	0.011	2.719 (0.738 - 10.014)	0.133
Tanı yaşı	1.040 (1.020 - 1.060)	<0.001	1.075 (0.878 - 1.316)	0.485
Tanı sebebi	1.098 (0.905 - 1.331)	0.343	-	-
Cinsel yönelim	0.807 (0.623 - 1.045)	0.104	-	-
ART rejimi	1.661 (0.946 - 2.639)	0.320	-	-
ART uyumu	0.267 (0.180 - 0.396)	<0.001	0.376 (0.151 - 0.934)	0.035
Takip şekli	39.535 (20.516 - 76.184)	<0.001	24.51 (6.029 - 99.643)	<0.001
Komorbidite	1.892 (1.073 - 3.336)	0.027	1.322 (0.308 - 5.667)	0.707
Yatış süresi	1.004 (0.986 - 1.023)	0.650	-	-
CD4+ T lenfosit sayısı	0.992 (0.990 - 0.993)	<0.001	1.001 (0.995 - 1.007)	0.713
CD4+ T lenfosit sayısı <200 /µl	0.264 (0.198 - 0.352)	<0.001	0.217 (0.063 - 0.747)	0.015
CD8+ T lenfosit sayısı	0.999 (0.999 - 1.000)	0.022	1.002 (1 - 1.003)	0.011
CD4/CD8	0.001 (0.000 - 0.005)	<0.001	0.968 (0.042 - 22.472)	0.984
HIV RNA kopya sayısı	1.000 (1.000 - 1.000)	0.083	-	-
HIV RNA > 100 000 kopya/ml	0.152 (0.077 - 0.299)	<0.001	0.698 (0.177 - 2.754)	0.607
AST	1.028 (1.014 - 1.042)	<0.001	0.992 (0.973 - 1.011)	0.394
LDH	1.008 (1.005 - 1.011)	<0.001	1.006 (1.001 - 1.012)	0.025
CRP	1.057 (1.040 - 1.074)	<0.001	1.028 (0.995 - 1.063)	0.094
ESH	1.041 (1.032 - 1.051)	<0.001	0.992 (0.967 - 1.017)	0.527
Lökosit	1.000 (1.000 - 1.000)	0.002	1.000 (1.000 - 1.001)	0.167
Trombosit	1.000 (1.000 - 1.000)	<0.001	1.000 (1.000 - 1.000)	0.948
Lenfosit	0.999 (0.998 - 0.999)	<0.001	1.242 (0.828 - 1.864)	0.294
Hb	0.558 (0.482 - 0.644)	<0.001	0.999 (0.998 - 1)	0.013

AIDS tanımlayıcı malignite varlığına göre temel parametrelerin karşılaştırılması

		ATM Yok (n= 363)		ATM Var (n= 26)		P değeri
		Ort.±SS	Ortanca (IQR25-75)	Ort.±SS	Ortanca (IQR25-75)	
Yaş, yıl		41.75±12.92	40 (32-50)	51.42±13.58	52 (42-60)	<0.001
Tanı Yaşı, yıl		38±12.46	36 (28-46)	46.96±12.46	49 (40-57)	<0.001
Vücut kitle indeksi (VKİ), kg/m²		23.78±4.12	23.50 (21.10-25.90)	22.05±4.50	21.40 (19.80-23.80)	<0.001
Biyolojik cinsiyet	Kadın	38 (%10.5)		2 (%7.7)		0.653
	Erkek	325 (%89.5)		24 (%92.3)		
Medeni durum	Bekar	204 (%59.6)		9 (%34.6)		0.013
	Evli	138 (%40.4)		17 (%65.4)		
Cinsel yönelim	Heteroseksüel	179 (%49.3)		15 (%57.7)		0.439
	Homoseksüel	122 (%33.6)		9 (%34.6)		
	Bilinmiyor	62 (%17.1)		2 (%7.7)		
Tedavi uyumu	Çok düşük	27 (%7.5)		3 (%12)		0.204
	Düşük	27 (%7.5)		4 (%16)		
	Yüksek	306 (%85)		18 (%72)		
Takip türü	Ayaktan	291 (%80.2)		11 (%42.3)		<0.001
	Yatış	72 (%19.8)		15 (%57.7)		
Yatış süresi, gün		26.06±20.97	20 (10-34)	48.47±54.90	30 (18-54)	0.040
Sonuç	Sağ	351 (%98.3)		23 (%88.5)		<0.001
	Ölü	12 (%1.7)		3 (%11.5)		
Komorbidite	Yok	301 (%82.9)		16 (%61.5)		0.007
	Var	62 (%17.1)		10 (%38.5)		
CD4+ T lenfosit sayısı (/µl)	0-49	36 (%9.9)		10 (%38.5)		<0.001
	50-199	61 (%16.8)		7 (%26.9)		
	200-349	68 (%18.7)		2 (%7.7)		
	350-499	84 (%23.1)		3 (%11.5)		
	>500	114 (%31.4)		4 (%15.4)		
CD4+ T lenfosit sayısı (/µl)		399.36 ± 277.17	384 (186 - 551)	204.85 ± 234.93	93 (24 - 360)	<0.001
CD8+ T lenfosit sayısı (/µl)		994.5 ± 641.5	877 (588 - 1234)	1184.92 ± 1411.25	646 (402 - 1305)	0.416
CD4/CD8		0.45 ± 0.32	0.38 (0.2 - 0.63)	0.22 ± 0.23	0.155 (0.065 - 0.27)	<0.001
HIV RNA kopya sayısı (mI)		1 078 727.67 ± 4 353 421.11	112 000 (36 850 – 372 500)	2 009 903.54 ± 3 595 626.28	682 163 (163 560 – 1 653 000)	<0.001
HIV RNA kopya sayısı (ml) >100 000		186 (%54.3)		19 (%79.2)		<0.001
HIV RNA kopya sayısı (ml) <100 000		162 (%46.6)		5 (%20.8)		

AIDS tanımlayıcı malignite gelişimi için öngörücü parametreler

	Tek Değişkenli Analiz		Çok Değişkenli Analiz	
	OR (%95 CI)	P değeri	OR (%95 CI)	P değeri
Yaş	1.053 (1.023 – 1.084)	<0.001	1.031 (0.895 - 1.189)	0.671
Vücut kitle indeksi	0.893 (0.798 – 1.000)	0.049	0.799 (0.674 - 0.947)	0.010
Tanı yaşı	1.053 (1.022 – 1.085)	<0.001	1.012 (0.871 - 1.175)	0.880
Tanı sebebi	1.021 (0.746 – 1.396)	0.897	–	–
Takip şekli	5.511 (2.428 – 12.510)	<0.001	0.487 (0.095 - 2.501)	0.389
Komorbidite	3.034 (1.315 – 7.001)	0.009	2.093 (0.664 - 6.594)	0.207
CD4+ T lenfosit sayısı	0.996 (0.994 – 0.999)	<0.001	0.999 (0.992 - 1.006)	0.728
CD4+ T lenfosit sayısı <200 µl	0.557 (0.409 – 0.759)	<0.001	1.731 (0.497 - 6.022)	0.389
CD4/CD8	0.028 (0.003 – 0.246)	0.001	0.172 (0.008 - 3.548)	0.254
HIV RNA >100 000 kopya/ml	0.302 (0.110 – 0.827)	0.02	0.535 (0.133 - 2.147)	0.378
AST	1.014 (1.003 – 1.024)	0.012	0.988 (0.962 - 1.015)	0.380
CRP	1.012 (1.003 – 1.020)	0.006	1.004 (0.992 - 1.016)	0.493
ESH	1.020 (1.010 – 1.030)	<0.001	1.002 (0.98 - 1.025)	0.845
Lenfosit	1.000 (1.000 – 1.000)	0.679	–	–
Trombosit	1.000 (1.000 – 1.000)	0.002	1.000 (1.000 – 1.000)	0.151
Hb	0.639 (0.535 – 0.764)	<0.001	0.705 (0.475 - 1.046)	0.083
MCV	0.925 (0.875 – 0.978)	0.006	0.941 (0.865 - 1.024)	0.159

Sonuç: Ülkemizde HIV’le yaşayan kişi sayısındaki artış devam etmekte ve bu kişilerin yaklaşık yarısı enfeksiyonun geç döneminde merkezimize başvurmaktadır. Geç dönemde başvuru oranının yüksek olması sebebiyle Fİ ve ATM merkezimiz için hala büyük bir problem olmaya devam etmektedir. Cinsiyet ve cinsel yönelim farkı olmaksızın, yaşı ileri, evli, VKİ düşük ve komorbiditesi olan kişilerde Fİ ve ATM gelişme riski daha yüksektir. Kişilerin başvuru anındaki CD4+ ve CD8+ T lenfosit sayısı, Hb ve LDH değerleri Fİ gelişimi için ve VKİ de ATM gelişimi için öngörücü olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), fırsatçı enfeksiyon, geç dönemde başvuru, malignite

PS-33

HASTANEMİZDE TAKİP EDİLEN HIV İLE YAŞAYAN KİŞİLERİN AŞILANMA DURUMU

Deniz Özer¹, Tuğbanur Dilek¹, Çiğdem Banu Çetin¹, Esra Erdem Kıvrak¹,
Şebnem Şenol Akar¹

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

Amaç: İnsan immün yetmezlik virüsü/edinilmiş bağışıklık yetmezliği sendromu (HIV/AIDS) ülkemizde artan vaka sayıları ile ciddi bir halk sağlığı problemi olmaya devam etmektedir. Bilimsel veriler doğrultusunda, HIV/AIDS ile izlenen hastalarda uygun aşılama etkin ve gerekli bir uygulamadır. Bu çalışmada polikliniğimizde takip edilen HIV ile yaşayan kişilerin kızamık, kızamıkçık, kabakulak, suçiçeği (VZV), hepatit B (HBV), hepatit A (HAV) gibi aşı ile önlenebilir hastalıklara karşı taranma ve bağışıklanma durumlarının retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışmaya Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Polikliniği'nde 1 Ocak 2011 ve 30 Eylül 2023 tarihleri arasında takip edilen 148 HIV ile yaşayan kişi dâhil edildi. Demografik verileri ile poliklinik muayenesi sırasında bakılmış olan serolojik tetkik (kızamık Ig G, kızamıkçık Ig G, kabakulak Ig G, VZV Ig G, anti-HBs, HBs ag, anti-HBc Ig G, anti HAV Ig G) sonuçları ve yapılan aşıları hazırlanan excel formuna kaydedildi. Elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 148 olgunun 18'i (%12) kadın, 130'u (%88) erkek olup, tanı anındaki yaş ortalaması 37±11'dir. Hastaların tanı anında seropozitiflik oranları VZV ve kızamıkçık için % 97, kızamık için %80, HAV için %71 olarak bulundu. Bakılan serolojik tetkiklerde hastaların HBV'ye karşı %50'sinde duyarlılık, %47'sinde doğal bağışıklık ve aşı bağışıklığı olduğu ve %3'ünün ise kronik hepatit B enfeksiyonu olduğu saptandı. Duyarlı olmasına rağmen aşılama oranları hepatit B'de %66,2, hepatit A da ise %55,8 idi. Diğer hastalıklar için ise %25'in altındaydı. Yıllara göre bakıldığında son üç yıl içinde hepatit B ye karşı duyarlı saptanan 41 hastanın 26'sının (%63) aşılandığı daha önceki yıllarda duyarlı saptanan 33 hastanın 16'sının (%48) aşılandığı gözlemlendi.

Sonuç: HIV ile yaşayan kişilerin takibinde ilk tanıda aşı ile önlenebilir hastalıklara karşı seronegatiflik durumlarının belirlenmesi, uygun CD4 sayısına ulaşıldığında gerekli aşıların yapılması çok önemlidir. Çalışmamızda hastalarımızın aşı ile korunulabilen hastalıklara karşı seropozitiflik ve duyarlılık oranının benzer çalışmalar ile uyumlu olduğu gözlenmiştir. Ancak özellikle hepatit A ve B konusunda serolojik tarama yapılmasına rağmen aşılama oranlarının düşük olduğu dikkat çekicidir. Son yıllarda tanı alan olguların aşı açısından takiplerinin daha iyi yapıldığı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: HIV/AIDS, erişkin bağışıklama, immünsüpresif hasta

PS-34

KOROİDAL TÜBERKÜL BULGUSU İLE ORTAYA ÇIKAN TÜBERKÜLOZ İLE İLİŞKİLİ İMMÜN YENİDEN YAPILANMA SENDROMU (IRIS) OLGUSU

Samiha Akkaya¹, Esra Ensaroğlu¹, Deniz Borcak¹, Sevtap Şenoğlu¹

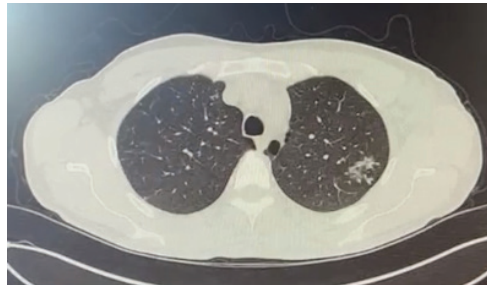
¹Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Amaç: İmmün yeniden yapılanma sendromu (IRIS), HIV ile enfekte kişilerde etkili antiretroviral tedavi (ART) ile immün sistemin iyileşmesinin bir sonucu olarak patojenlere veya antijenlere karşı gelişen inflamatuvar yanıt ve buna bağlı olarak mevcut semptomların kötüleşmesi veya yenilerinin ortaya çıkmasıdır. Sıklıkla tüberküloz (TB) enfeksiyonu varlığında görülmektedir. Bu çalışmada tedavi altında olan miliyer TB tanılı hastada yeni gelişen görme kaybı ile prezente TB-IRIS olgusu sunulmuştur.

Yöntem: .

Bulgular: Bilinen kronik hastalık ve ilaç kullanım öyküsü olmayan 42 yaşında erkek hasta dış merkezde genital kondilom nedeni ile yaptırdığı Anti HIV ve doğrulama testi pozitif saptanması üzerine hastanemiz polikliniğine başvurmuş. 3 haftadır gece terlemesi, kilo kaybı (son 6 ayda 15 kg) öksürük ve nefes darlığı şikayetleri olan hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla servisimize interne edildi. Fizik muayenede servikal ve aksiller bölgede yaygın LAP görüldü. Akciğer sesleri doğal izlendi. Laboratuvar bulgularında CD4+ lenfosit sayısı:292 hücre/mm³ (CD4/CD8: %0,31) ve HIV RNA:162.000 kopya/mL, C-Reaktif protein:41 mg/L, sedimantasyon:99 mm/saat idi. Yapılan aksillar LAP insizyonel biyopsi sonucu nekrotizan granülomatöz lenfadenit ile uyumlu saptanmış olup Toraks tomografisinde her iki akciğer üst lobda tomurcuklanmış ağaç görünümünde infiltrasyon alanları izlendi. Mevcut bulgularla hastaya miliyer tüberküloz ön tanısı ile 4'lü Anti-TB tedavisi başlandı. Gönderilen balgam TB kültüründe M.tuberculosis üremesi oldu. 1 hafta sonra taburcu edilen hasta poliklinik takibine alındı. Anti-TB tedavisinin 14.gününde ART (TDF/FTC + DTG) başlandı. ART başladıktan yaklaşık 2 hafta sonra halsizlik, gece terlemesinde artış ve sol gözde santral görme kaybı şikayetlerinin başlaması üzerine hasta tekrar interne edildi. Fizik muayenede LAP'larda belirgin büyüme olduğu görüldü. Yapılan kranial görüntülemelerde patoloji saptanmadı. Göz hastalıkları tarafından yapılan fundoskopik muayenede koroidal granülom/tüberküloz ile uyumlu lezyonlar görüldü. Hasta TB-IRIS olarak değerlendirilip prednizon 1,5mg/kg/gün olacak şekilde başlandı. Hastanın takiplerinde şikayetleri geriledi. Steroid dozu 2 hafta sonra yarıya düşürüldü. 4'lü Anti-TB tedavisinin 60.gününde hasta taburcu edildi.

Toraks BT



Tomurcuklanmış ağaç manzarası



Sonuç: HIV ile enfekte kişilerde CD4+ T lenfosit sayısından bağımsız olarak tüberküloz enfeksiyonu görülebilmektedir. HIV ile enfekte olmayan kişilere kıyasla daha fazla yaygın ve akciğer dışı tutulumlarla seyredebilir. Miliyer TB şüpheli her olguda göz dibi incelemesi yapılmalıdır. Göz dibi incelemesinde koroidal tüberküller saptanırsa, bu bulgu miliyer tüberküloz tanısı için patognomonik kabul edilebilir. Anti-TB tedavisi almakta olan HIV ile enfekte kişilerde ART başlandıktan sonra sıklıkla ilk 3 haftada olmak üzere 3 ay içinde IRIS gelişmesi beklenmekte olup sunulan olguda bu tablo 14. günde ortaya çıkmıştır. Tedavide prednizolon dozunun 1,5mg/kg/gün olarak ayarlanması ve kliniğe göre dozun tedrici düşürülmesi IRIS yönetiminin esasını oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: İmmün yeniden yapılanma sendromu, miliyer tüberküloz, koroidal tüberkül, antiretroviral tedavi

PS-35

MEZUNİYET SONRASI HIV/AIDS EĞİTİMİN HEKİMLERİN BİLGİ, TUTUM ve DAVRANIŞLARI ÜZERİNE ETKİLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Oğuz Karabay¹, Abdullah Uçar¹, Ertuğrul Güçlü¹

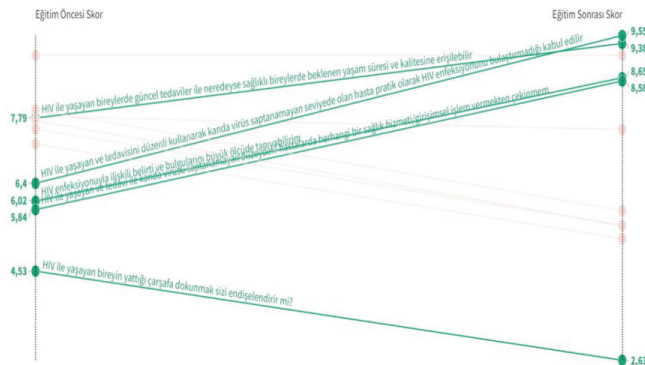
¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Sağlık çalışanlarına verilen kısa süreli HIV/AIDS eğitimi, bu önemli konudaki bilgi ve farkındalığı artırmak amacıyla uygulanan önemli bir stratejidir. HIV/AIDS, dünya genelinde hala büyük bir halk sağlığı tehdidi oluşturmakta ve bu nedenle sağlık çalışanlarının bu konuda bilgili ve hazır olmaları kritik önem taşımaktadır. Ancak, bu tür kısa süreli eğitimlerin hekimler üzerindeki etkisi, uzun vadeli sonuçları kadar, kısa vadeli kazanımları da içermelidir. Bu çalışma, hekimlere verilen kısa süreli HIV/AIDS eğitimlerinin kısa vadeli kazanımlarını araştırmayı amaçlamaktadır.

Yöntem: Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Doğu Marmara bölgesinde bulunan üçüncü basamak sağlık kuruluşudur. Hastanede çalışan tüm doktorlara HIV/AIDS bulaşı ve takibine yönelik 'Türkiye'de HIV ile yaşayan bireylere yaklaşım ve enfeksiyonu tanımak' başlıklı konferans kapsamında temel eğitim verildi. Katılımcı sayısı 62 idi. Bu eğitimde bulaş yolları, izlem ve tedaviden bahsedilerek U=U bilgisi aktarıldı. Eğitim öncesinde ve sonrasında 11 ifadeden oluşan 10'lu likert ölçek formunda ön test ve son test uygulandı. Sonuçlar t Test ile analiz edildi. İstatistik anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edildi.

Bulgular: Veri setine uygulanan t test analiz sonuçları Tablo 1'deki gibidir. Tablo1: Verilen eğitim öncesinde ve sonrasında farklı ifadelerin likert skor ortalamalarındaki değişim. Tablo verilerine göre 4 ifade için istatistik olarak anlamlı düzeyde olumlu yönde artış, 1 ifade için istatistik açıdan anlamlı düzeyde olumlu yönde azalış mevcuttu. Diğer 6 ifade için oluşan farklar istatistik açıdan anlamlı değildi.

Şekil 1: Verilen eğitimin öncesinde ve sonrasında istatistik açıdan anlamlı fark oluşan ifadelerin ortalama likert skorlarındaki değişim. (Likert min - mak skor: 1-10) (Çevrimiçi interaktif grafik linki: <https://flo.uri.sh/visualisation/15396202/embed>)



Katılımcı ifadelerinin likert ortalama skorlarının verilen eğitimle nasıl değiştiği Şekil 1'deki gibidir:

Verilen eğitim öncesinde ve sonrasında farklı ifadelerin likert skor ortalamalarındaki değişim ve istatistik anlamlılık değerleri.

İfade	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		tTest	p değeri
	Ortalama	Stan. Sap.	Ortalama	Stan. Sap.		
HIV enfeksiyonuyla ilişkili belirti ve bulgularını büyük ölçüde tanıyabilirim	6,02	1,94	8,65	1,26	-8,88	<0,05*
HIV enfeksiyonundan şüphelendiğimde hastanın test edilmesi için enfeksiyon hastalıkları uzmanına başvurmasını isterim	7,82	2,81	7,55	3,34	0,16	>0,05
HIV enfeksiyonundan şüphelendiğimde hastadan HIV testini kendim isterim	9,13	1,74	9,13	1,74	0,00	>0,05
HIV ile yaşayan bireylerde güncel tedaviler ile neredeyse sağlıklı bireylerde beklenen yaşam süresi ve kalitesine erişilebilir	7,79	2,00	9,38	1,17	-5,39	<0,05*
HIV ile yaşayan ve tedavisini düzenli kullanarak kanda virüs saptanamayan seviyede olan hasta pratik olarak HIV enfeksiyonunu bulaştırmadığı kabul edilir	6,40	2,84	9,55	1,02	-8,19	<0,05*
HIV ile yaşayan ve tedavi ile kanda virüsü saptanamayan düzeydeki hastalarda herhangi bir sağlık hizmeti/girişimsel işlem vermekten çekinmem	5,84	2,92	8,58	2,09	-6,00	<0,05*
HIV ile yaşayan bireyin yattığı çarşafa dokunmak sizi endişelendirir mi?	4,53	3,15	2,63	2,42	3,74	<0,05*
HIV ile yaşayan bireyden kan almak sizi endişelendirir mi?	7,74	2,59	5,50	3,24	1,45	>0,05
HIV ile yaşayan bireyde pansuman/küçük cerrahi müdahalede bulunmak sizi endişelendirir mi?	7,24	2,86	5,22	3,07	1,27	>0,05
HIV ile yaşayan bireyde tanısal veya tedaviye yönelik girişimsel işlem uygulamak sizi endişelendirir mi?	7,56	2,60	5,50	2,94	1,48	>0,05
HIV ile yaşayan bireyde cerrahi uygulamak sizi endişelendirir mi?	7,97	2,55	5,82	2,97	1,55	>0,05

Sonuç: Eğitim öncesi ve eğitim sonrası değerlendirme arasındaki fark eğitimin olumlu etkisi olduğunu göstermektedir. Buna göre eğitim sonrası katılımcılar, HIV enfeksiyonunun belirtileri hakkında daha fazla bilgi sahibi olmuşlar, hastalığın tedavisi ve yaşam kalitesi konusundaki bilgi ve tutum düzeyi eğitim sonrası artmış, HIV ile yaşayan bireylere yönelik olumsuz tutumlar ve endişeler azalmıştır. Bu sonuçlar, belirli HIV /AIDS konularında yapılan eğitimlerin sağlık çalışanlarının bilgi, tutum ve davranışlarını olumlu etkilediğine ve konuyla ilgili mezuniyet sonrası eğitimlerin gerekliliğine işaret etmektedir. Eğitim programları HIV bilinci artırma konusunda etkindir. Yanlış inançların azalması ve olumlu iletişim için eğitimler önemlidir. HIV konusundaki toplumsal farkındalığı artırma çabaları yanında sağlık çalışanlarının da eğitimi desteklenmelidir. Teşekkür: Toplantı organizasyonundaki desteğinden dolayı GILEAD'a teşekkür ederiz.

<https://flo.uri.sh/visualisation/15396202/embed>



Verilen eğitimin öncesinde ve sonrasında istatistik açıdan anlamlı fark oluşan ifadelerin ortalama likert skorlarındaki değişim.

Anahtar Kelimeler: Eğitim, Farkındalık, HIV, AIDS

PS-36

SAHNEDE RHODOCOCCUS EQUI BAKTERİYEMİSİ VE SAZ ARKADAŞLARI PULMONER TÜBERKÜLOZ İLE CMV PNÖMONİSİ

İrem Sena Küse Şavk¹, Elif Çoban¹, Kübra Demir Önder¹, Derya Seyman¹

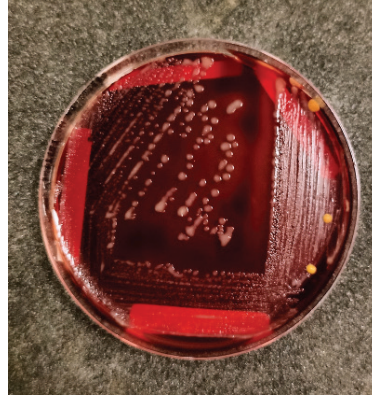
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Amaç: Fırsatçı enfeksiyonlar, HIV ile enfekte bireylerde mortalitenin en önemli nedenidir. Özellikle pulmoner tutulumla seyreden fırsatçı enfeksiyonların yapmış olduğu klinik ve radyolojik bulgular benzerdir. Eş zamanlı üç HIV tanımlayıcı enfeksiyon ve bir kanser tanısı klinik, mikrobiyolojik ve histopatolojik olarak kanıtlanmış olduğundan bu olgu sunulmuştur.

Yöntem: İki aydır olan nefes darlığı, oral mukoza ve tüm vücutta mor nodüler lezyonlar ve kanlı balgam şikayeti ile başvuran HIV ile enfekte 44 yaş erkek hastanın; HIV RNA 42 bin kopya/mL, CD4 T lenfosit sayısı 6 mm³, beyaz küre sayısı 3000/mm³ (%62 PNL), HGB 11,2 g/dL, PLT 193.000/mm³ Balgamda TBC PCR ve ARBx3 negatif saptanan ve tüberküloz ekartasyonu yapılan hastada balgamın kanlı vasıfta olması oral mukozadaki geniş Kaposi lezyonlarına bağlı olduğu düşünülerek bictegravir/emtricitabin/tenofovir alafenamid ve TMP-SMX profilaksisi başlandı. Nefes darlığı ve kanlı balgamın devamı üzerine hasta antiretroviral tedavinin 10. gününde ileri tetkik için yatırıldı.

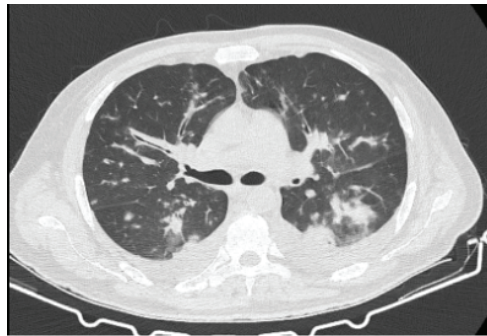
Bulgular: Balgam kültüründe GSBL(+) E.coli üreyen ve bu nedenle meropenem tedavisi başlanan hastanın, meropenem tedavisi altında ateş ve nefes darlığı şikayetleri düzelmedi. Hastanın kan kültürü inkübasyonun 3. gününde pozitif sinyal verdi, koyun kanlı besiyerinde gram(+) kokobasil morfolojisinde üremesi oldu. Kanlı besiyerindeki görünümü yayvan ve somon rengi olan izolat katalaz pozitif, koagülaz negatifti. İzolat morfolojik olarak koagülaz negatif stafilokokka benzememesi nedeniyle MALDİ-TOF ile tiplendirildi, Rhodococcus equi olarak tanımlandı. Etkene yönelik imipenem ve doksisisiklin tedavisine geçildi. Toraks BT'de mediastende multipl LAP, yaygın konsolidasyon, sol alt lobda kavite içeren nodul izlenen hastaya etken spesifik tanı için bronkoskopi yapıldı. Hastanın BAL TBC PCR ve ARB negatif, BALda galaktomannan antijeni negatifti. Hastanın yatışındaki üç balgam TBC PCR negatif olmasına rağmen klinik şüphenin devamı üzerine 4. kez gönderilen idrar ve balgam TBC PCR pozitif olup, hastaya anti-tüberküloz tedavi de başlandı. Rifampisin, R.equi tedavi rejimleri arasında bulunması nedeniyle doksisisiklin kesilerek tüberküloz ilaçları ve imipenem tedavisi ile devam edildi. Serum CMV DNA düzeyi düşük (782 kopya/mL), BAL CMV DNA 73000 kopya/mL olması, mevcut tedavilere rağmen ateşin devamı, kanlı balgam ve dispnenin artması ve BT'de her iki akciğerde dağınık yerleşimli yaygın buzlu cam dansitelerinde ve konsolidasyon alanlarında artış nedeniyle CMV pnömonisi ön tanısı ile gansiklovir başlandı. Hastanın cilt biyopsisi Kaposi sarkomu olarak raporlandı. Mevcut tedaviler ile ateş yanıtı alınan hastada anti-tüberküloz tedavinin 11. günü, gansiklovir tedavisinin 9. gününde IRIS gelişti, metilprednisolon başlanan hasta halen YBÜ'de takip edilmektedir.

Rhodococcus equi



Koyun kanlı besiyerinde yayvan görünümlü, somon renkli koloniler

Toraks BT'de kavitasyon içeren nodul



Toraks BT'de kavitasyon içeren nodüller ve yaygın konsolidasyon

Sonuç: Bu olgu, R.equi bakteriyemisi, pulmoner tüberküloz ve CMV pnömonisi ile birlikte Kaposi sarkomunun eş zamanlı olması açısından önem arz etmektedir. R.equi kanlı besiyerinde kolaylıkla üreyebilen gram pozitif kokobasildir. Hücrel immun yetmezliği olan hastalarda özellikle HIV ile enfekte bireylerde enfeksiyonlara neden olmaktadır. Zoonotik bir etken olup özellikle at teması ile bulaşabilmekte ancak kedi ve köpekten bulaşabileceği de bildirilmiştir. Hastamızın hayatı boyunca at teması olmamakla birlikte köpek besleme öyküsü mevcuttu. R.equi ile enfekte hastalarda kanlı balgam, halsizlik, nefes darlığı ve ateş en önemli semptomlar arasında olup akciğerde kaviter granülomatöz lezyonlar izlenmektedir. R. equi özellikle kaviter ve nodüler lezyonlar yaptığı için ayırıcı tanıları arasında Nokardioz ve tüberküloz bulunmaktadır. Bu olguda balgamda tüberküloz PCR da pozitif saptandığı için kavitasyon içeren nodüler lezyonun hangi etken ile ilişkili olduğu, nodüler lezyondan biyopsi yapılamadığı için netleştirilememiştir. Bu olgu raporu CD 4 T lenfosit sayısı çok düşük olan AIDS evresindeki hastalarda birden fazla fırsatçı patojenin koenfeksiyonlara neden olabileceğini göstermesi açısından önemlidir. Fırsatçı enfeksiyonlara yönelik tedaviler altında klinik tablosu düzelmeye başladıktan sonra IRIS gelişmesinden dolayı ART başlandıktan sonra TBC, CMV gibi fırsatçı enfeksiyon tanısı konulan hastalarda IRIS gelişme riski ve antiretroviral tedaviye direnç gelişim riskleri göz önüne alınarak ART tedavisinin kesilmesine hastaya göre karar verilmesinin uygun olacağı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Rhodococcus, HIV, Kaposi, Tüberküloz, CMV

PS-37

HIV İLE YAŞAYAN KİŞİLERDE GEBELİK VE PERİNATAL BULAŞ

Deniz Borcak¹, Ayşegül İnci Sezen¹

¹Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Gebelere insan immün yetmezlik virüsü (HIV) bulaşının en sık sebebi, HIV ile enfekte bir kişi ile korunmasız cinsel ilişkidir. Çocuklarda yeni tanı HIV enfeksiyonlarının %90'ı anneden bebeğe bulaş ile olmaktadır. Antiretroviral tedavi almayan anneden yenidoğana HIV bulaş riski %15-45'dir. Perinatal HIV enfeksiyonu; HIV tanı testlerinin daha sık kullanılması, antiretroviral profilaksi verilmesi, planlanmış sezaryen yapılması ve emzirmenin engellenmesi ile son yıllarda önemli ölçüde azalmıştır. Gebeliğin ilk trimesterinde HIV tarama testi negatif olan, HIV bulaş riski yüksek olan gebelerde; üçüncü trimesterde test tekrarlanmalıdır. Perinatal HIV bulaşının önlenmesinde, gebelik sırasında erken dönemde ART başlanması etkilidir. Bu çalışmada polikliniğimizde takip edilen HIV ile enfekte gebelerin demografik, klinik ve laboratuvar verilerini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Yöntem: Hastanemiz Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji polikliniğinde Ekim 2014 - Ekim 2023 tarihleri arasında takip edilen Ekim 2014 - Ekim 2023 tarihleri arasında takip edilen HIV ile enfekte gebelerin dosyaları geriye dönük olarak tarandı. Hastaların sosyodemografik özellikleri, HIV tanısını gebeliğin hangi döneminde aldığı, bebeğe HIV bulaş durumu, doğum şekli ve perinatal profilaksi varlığı not edildi. İstatistiksel değerlendirme her bir değişken için hasta dosyalarından ulaşılabilen veriler üzerinden hesaplandı.

Bulgular: Polikliniğimizde HIV enfeksiyonu tanısı ile takip edilen 1754 hastanın 154'ü (% 8.77) kadındı ve 14'ü (% 9.09) gebeydi. Gebe hastaların hepsi cinsel yönelimlerini heteroseksüel olarak tanımladı. Ortalama yaş 31.86 ± 5.96 idi. Olgu iki, altı ve dokuz gebe kaldığında ART almaktaydı. Annelerden olgu iki ve beşin bebekleri HIV enfeksiyonu tanısı aldı. Olgu iki ve beşin doğum öncesi son HIV RNA PCR değerleri sırasıyla 17000 kopya/ml ve 344618 kopya/ml idi. Olgu iki ve beşin güncel HIV RNA PCR değerleri negatif saptandı. Çalışmaya alınan gebelerin medyan HIV RNA PCR 107777 kopya/ml (IQR: 30347-413000) bulundu. Çalışmaya alınan gebeler son iki yıl içinde tek partnerli olduklarını ifade etti, dördünde Anti-Toxoplasma Ig G pozitif, HBsAg, VDRL ve TPHA hepsinde negatifti. İki hastada izole Anti-HBc IgG pozitif, iki hastada Anti-HCV ve HCV RNA PCR pozitif. Hasta verileri tablo 1'de gösterildi.

	Yaş	Tanı Tarihi	Eğitim Düzeyi/Meslek	HIVRNA PCR (kopya/mL)	CD 4	Tedavi	Kondom kullanımı	Partneri n HIV durumu	Perinatal Profilaksi
Olg u 1	39	1.trimester	İlköğretim/hasta bakıcı	121154	495	TDF+FTC+DTG	Bazen	Negatif	Evet
Olg u 2	31	Gebelik öncesi	İlköğretim/ev hanımı	45000	300	TDF+FTC+EFV	Hayır	Pozitif	Hayır
Olg u 3	38	1.trimester	Lise/muhasebeci	125594	415	ABC+3TC+DTG	Bazen	Pozitif	Abortus
Olg u 4	22	1.trimester	Okuryazar değil/ev hanımı	4048	365	TDF+FTC+RAL	Hayır	Pozitif	Evet
Olg u 5	30	3.trimester	Okuryazar değil/ev hanımı	47653	403	TDF+FTC+RAL	Hayır	Negatif	Evet
Olg u 6	32	Gebelik öncesi	İlkokul/ev hanımı	1120554	11	3TC+ZDV+LPV/r	Hayır	Pozitif	Evet
Olg u 7	35	3.trimester	Üniversite/ev hanımı	3517694	173	TDF+FTC+RAL	Bazen	Negatif	Evet
Olg u 8	38	3.trimester	Lise/muhasebeci	37200	661	TDF+FTC+RAL	Hayır	Pozitif	Hayır
Olg u 9	24	Gebelik öncesi	Ortaokul/ev hanımı	2160	256	3TC+ZDV+LPV/r	Hayır	Pozitif	Evet
Olg u 10	40	2.trimester	İlkokul/ev hanımı	9790	477	TDF+FTC+RAL	Hayır	Pozitif	Evet
Olg u 11	27	2.trimester	Lise/ev hanımı	800000	434	TDF+FTC+RAL	Hayır	Pozitif	Evet
Olg u 12	31	2.trimester	Ortaokul/Tekstil işçisi	131000	501	TDF+FTC+RAL	Hayır	Pozitif	Evet
Olg u 13	24	2.trimester	Okuryazar değil/ev hanımı	284000	505	TDF+FTC+RAL	Hayır	Pozitif	35.haftada gebelik sonlandırılmış
Olg u 14	35	1.trimester	Lise/ev hanımı	94400	806	TDF+FTC+RAL	Hayır	Pozitif	Evet

TDF: tenofovir disoproksil fumarat FTC:emtrisitabin DTG: dolutegravir RAL: raltegravir EFV: efavirenz ABC: abakavir 3TC:lamivudin ZDV:zidovudin LPV/r: lopinavir/ritonavir

Sonuç: HIV ile enfekte gebelerde tanısının geç konulması hem tedavi yönetimini güçleştirir hem de anneden bebeğe bulaş oranının artmasına neden olur. Çalışmamızda sadece üç (%21.4) gebe ilk trimesterde tanı aldı. Olgu iki ,altı ve dokuz gebe kaldığında düzensizART almaktaydı. Olgu ikiye zidovudin profilaksisi yapılmamış olması, annenin düzensiz ART alması ,olg u beşe de son trimesterde tanı konulması ve yine annenin düzensiz antiretroviral tedavi alması bebeğe bulaşta etkili faktörler olarak değerlendirildi. Bu çalışmada HIV ile enfekte gebelerde erken tanı, tedavi ve düzenli takibin anne ve bebeğin prognozuna olumlu etkisinin önemine vurgu yapılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: HIV/AIDS, gebelik, profilaksi, Antiretroviral Tedavi

PS-38

HIV İLE YAŞAYAN BİREYLERDE KO-ENFEKSİYONLARIN YÖNETİMİ

Cansu Tol¹, Meltem Tüğdür¹, Meltem Taşbakan¹, Hüsnü Pullukçu¹, Deniz Gökengin¹

¹Ege Üniversitesi

Amaç: GİRİŞ: Güçlü antiretroviral tedavi rejimlerine rağmen HBV-HIV ko-enfekte bireylerde HBV'ye sekonder karaciğer hastalığı halen mortalite ve morbiditenin önemli bir nedeni olmaya devam etmektedir. Kronik hepatit B, HIV ile yaşayan bireylerin %8'ini etkilemektedir. Dünya genelinde HIV ile enfekte kişilerin % 25-30'unda HCV ko-enfeksiyonu görülmektedir. Türkiye'de HIV pozitif kişilerde HCV ko-enfeksiyon prevalansı ise %0,9 olarak saptanmıştır. Fibrozis, HCC, non-hepatik organ disfonksiyonu monoenfekte hastalara göre daha sıktır ve ko-enfekte hastaların mortalitesi daha yüksektir. İnsan immun yetmezlik virüsü ile yaşayan kişilerde (HIVYK) viral hepatit etkenlerinin araştırılması ve gerekirse uygun aşılanmanın yapılması son derece önemlidir. Her iki virüsle ko-enfekte olan hastalar en kısa zamanda belirlenip ikisine de etkili bir tedavi rejimi seçilmelidir. Bu çalışmada hastanemizdeki HIVYB'de hepatit B ve Hepatit C enfeksiyonunun sıklığının araştırılması ve ko-enfekte bireylerde enfeksiyonun yönetiminin irdelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: GEREÇ-YÖNTEM: Hastanemiz 2015-2023 yılları arasında HIVYK'lerin hepatit B, Hepatit C serolojileri retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: BULGULAR: Belirtilen tarih aralığında 1269 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların başvuru anında yapılan serolojik tetkiklerinde 503 hastanın Hepatit B'ye karşı duyarlı, 551 hastanın hepatit B'ye karşı aşılı olduğu saptandı. 130 hastada geçirilmiş hepatit B enfeksiyonu, 43 hastada ise salt anti HBc pozitifliği saptandı. 42 hastada hepatit B ko-enfeksiyonu mevcuttu. Bu hastalara etkin antiretroviral tedavi başlandı. Akut hepatit B tablosu ile başvuran bir hastada Bir hastada HIV ve sifiliz enfeksiyonları saptanmıştır. HCV ko-enfeksiyonu açısından değerlendirilen 1175 hastadan 15'inde (%1.27) Anti HCV testi pozitif saptanmıştır. Hastaların dokuzunun HCV RNA negatif saptandığı için tedavi verilmedi. HCV ko-enfeksiyonu saptanan beş hastaya eş zamanlı antiretroviral tedaviyle birlikte HCV tedavisi verildi. Tüm hastaların takipte HCV RNA'sı negatifleşti. Bir hasta ise kontrole gelmediği için HCV RNA bakılamadı. 94 hastadan antiHCV testinin hiç istenmemiş olmadığı dikkat çekicidir.

Sonuç: SONUÇ: Ortak bulaş yolları nedeniyle hem HIV-HCV hem de HIV-HBV ko-enfeksiyonu oldukça yaygındır ve dünya çapında milyonlarca insanı etkilemektedir. Tanı anında mutlaka diğer viral serolojik testlerin istenmesi ve ko-enfekte olan hastaların uygun bir antiretroviral ile tedavi edilmesi gerekmektedir. Duyarlı olanların aşılanması ve antikör kontrolleri sağlanmalıdır. HCV taraması riskli davranışları olan gruplarda en az yılda bir yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: antiHCV, viral

PS-39

GRAM NEGATİF BASİL SİNYALİNDEN İNSAN İMMUN YETMEZLİK VİRÜSÜ ENFEKSİYONU TANISINA

Deniz Öççetin¹, Güle Çınar¹, İrem Akdemir¹, Melike Törüyenler Coşkunpınar¹, Mehmet Serhat Birengel¹

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

Amaç: İnsan İmmun Yetmezlik Virüsünün (HIV) farklı kliniklerde farklı ön tanımlarla izlenebildiği ve danışılabilirliğine dikkat çekmek

Yöntem: Merkezimizde tanı konulan HIV ile enfekte bir bireyin olgu raporudur.

Bulgular: Bilinen kronik hastalığı olmayan 45 yaşında erkek hasta, dış merkeze 2 aydır olan gece terlemesi, ishal ve 2 ayda 20kg kilo kaybı şikayeti ile başvurmuş. Abdomen ultrasonunda belirgin patoloji saptanmamış. Hastaya yapılan endoskopide gastrit, intestinal metaplazi, Helicobacter pylori izlenmiş; atrofi ve displazi saptanmamış. Kolonoskopide rektal bölge mukozasında hiperemik alanlar görülmüş, alınan biyopsisi normal sonuçlanmış. Malignite etyoloji ön tanısıyla PET-BT yapılmış; submandibuler, aksiller, intraabdominal lenfadenopatiler saptanmış ve çıkan kolonda izlenen yaklaşık 79 mm lezyon saptanmış. Sağ kolondaki tutulum nedeniyle yeniden kolonoskopi yapılmış. Kolon mukozasında hiperemi, fragilité, milimetrik ülser lezyonlar saptanmış. Ülseratif kolit ön tanısıyla 48 mg metilprednizolon başlanmış ancak hasta düzenli kullanmamış. Şikayetlerinin devam etmesi üzerine hastanemiz gastroenteroloji polikliniğine başvurmuş ve aynı kliniğe yatış verilmiş. Yatış sonrası 5. gününde 38.4 ateş nedeni ile alınan kan kültüründe 8. saatte gram negatif basil sinyali saptanan hasta kliniğimize konsülte edildi. Tarafımızca meropenem başlandı, sistemdeki sonuçlarla değerlendirildiğinde yatışında gönderilen anti-HIV testinin doğrulamaya gittiği görüldü ve hastanın ek tetkikleri istendi. Oral kandida plakları olan hastaya flukonazol başlandı. Meropenem tedavisinin 2. Gününde gönderilen kan kültür ve duyarlılık testi sonuçlandı ve Salmonella spp. üremesi olan hastanın tedavisi seftriakson olarak düzenlendi, gönderilen dışkı kültüründe üremesi olmadı. Aynı gün yapılan kolonoskopide kolonda erozyone alanlar ve çekumda ödem izlenmiş olup ön planda inflamatuvar bağırsak hastalığı ve enfeksiyöz kolit lehine değerlendirildi. Bunun üzerine gansiklovir tedavisi başlandı. Seftriakson tedavisinin 4. gününde perianal ağrı tarifleyen hastanın mevcut tedavisine ek metronidazol eklendi, çekilen TAP BT'de rektumda duvar kalınlaşması saptandı. Kolonoskopi patolojisi ön planda inflamatuvar bağırsak hastalığı değil enfeksiyöz kolit lehine değerlendirildi. CD4 sayısı 36 olarak saptanan hastaya trimetoprim/sülfametoksazol ve izoniazid profilaksisi başlandı. Takiplerinde ateş yanıtı alınan ancak sonrasında dirençli ateşleri başlayan hastanın antibiyoterapisi piperasilin/tazobaktam olarak düzenlendi. Hasta enfeksiyon hastalıkları servisine devir alındıktan sonra antiretroviral tedavisi (ART) biktgravir+ emtrisitabin+ tenofovirafenamid olarak düzenlendi. Hastanın antibiyoterapisinin 4., ART'nin 3. gününde ateşi olmaya başladı; gönderilen kültürlerinde ve yapılan görüntülemelerinde enfektif odak saptanmadı. O dönem ateş nedeni saptanamayan hasta, 3 gün sonra ateşsiz izlenmeye başladı. Gansiklovir tedavisi 21 günde, piperasilin/tazobaktam tedavisi 16. günde kesildi ve takiplerinde yeni gelişimli semptomu olmayan hasta taburcu edildi.

Sonuç: HIV enfeksiyonunun oldukça farklı klinik prezentasyonları bulunmakta olup HIV ile enfekte bireyler ilk olarak enfeksiyon hastalıklarından farklı bölümlere gidebilmekte ve yanlış tanımlar alıp yanlış tedaviler uygulanabilmektedir. Bu yüzden dış kliniklerden yönlendirilen ya da danışılan hastalarda ayırıcı tanı olarak HIV enfeksiyonu akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: CMV koliti, salmonella bakteriyemisi, kandidiazis, inflamatuvar bağırsak hastalığı, HIV

PS-40

DİFFÜZ BÜYÜK B HÜCRELİ LENFOMA İLE PREZENTE OLAN HIV İLE YAŞAYAN KİŞİ

Ertuğrul Yazıcı¹, Elif Doğan¹, Cemal Bulut¹, Zehra Karacaer¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç: İnsan immün yetmezlik virusu(HIV) ile yaşayan kişilerin %25-40'ında malignite gelişir. HIV tanımlayıcı maligniteler sıklıkla kaposi sarkomu, serviks kanseri ve non hodgkin lenfoma ile karşımıza çıkar. Bireyler genelde ileri evrede tanı alır ve hastalık agresif seyreder. Genel popülasyonda çoğu zaman asemptomik saptanan Epstein-Barr virüsü(EBV)'nün bu grupta genel popülasyona göre 60 kat fazla sıklıkta B hücreli lenfoma oluşumunu tetiklediği bilinmektedir. Biz burada, yeni tanı HIV ile enfekte birey olup EBV ilişkili diffüz büyük B hücreli lenfoma(DBHL) tespit edilen olgumuzu sunmayı amaçladık.

Yöntem: Veriler, hastane elektronik bilgi sisteminden alınmıştır.

Bulgular: Bilinen kronik hastalığı olmayan, 40 yaşında erkek ; ateş, halsizlik, iştahsızlık şikayetleri ile başvurduğu dış merkezde pansitopeni tablosu görülmesi ile hematolojik malignite şüphesiyle hastanemize sevk edildi. Yapılan tetkiklerde antiHIV yüksek titre pozitifliği görülmesi üzerine kişi, kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenesinde bilinci açık ve vitaller stabildi, ateş 38.2°C görüldü. Servikal ve aksiller bölgede konglomere lenfadenopatiler(LAP) saptandı. Akciğer sesleri olağandı. Hepatosplenomegali (185, 145 mm) izlendi. Orofarinks, genital, anal bölge muayenelerinde cilt lezyonu görülmedi. Kişiden HIV doğrulama, HIV RNA, CD4, CD8 tetkikleri gönderildi. Kişinin ateşi ondulan ateş seyrinde görüldü. Yatışının ilk üç gününde yüksekti, seyrinde yavaş yavaş gerileme görüldü ve devamında birkaç gün normal seyretti. Bu ateş paterni iki defa gözlemlendi. Kişinin herhangi bir enfeksiyöz ateş odağı yoktu. Ampirik piperasilin tazobaktam tedavisi başlandı. Yatışının 3.gününde sol servikal (34*11 mm ebatlarında) LAP eksizyonu yapıldı ve örnek gönderildi. Patolojiden sözel görüş alındı, akciğer görüntülemesi ve saflaştırılmış protein türevi (PPD) değerlendirildi; tüberküloz dışlanması ile abakavir lamivudin dolutegravir rejimi başlandı. CD4 lenfosit sayısı 58 hücre/mm³ görülmesi üzerine trimetoprim sulfametaksazol profilaksisi başlandı. Yatışının 6.gününde HIVRNA 580.000 kopya/mL olarak sonuçlandı. Servikal LAP sonucu açısından patoloji ile görüşüldü; kişide diffüz büyük B hücreli lenfoma(DBHL) şüphesi olduğu öğrenildi. Hematoloji ile birlikte değerlendirilen HIV ile enfekte bireye 48mg metilprednizolon tedavisi başlandı. 48 saat sonrasında tümör lizis sendromu gelişmesi üzerine hematoloji kliniğine nakil edildi. Patoloji sonuçları EBV'ye bağlı DBHL olarak raporlandı.

Sonuç: HIV enfeksiyonu tanı anında karşımıza çıkabilen maligniteler, hastalığın takip ve tedavi sürecini zorlaştırabilmektedir. Bu konuda onkoloji ve enfeksiyon hastalıkları hekimlerinin multidisipliner bir yaklaşım içerisinde olması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Non-Hodgkin lenfoma, EBV

PS-41

LİPİD PROFİLİ DEĞİŞİMİ: TAF/FTC/EVG/C VS BIC/FTC/TAF

Esra Zerdali¹, Hindirin Takak¹, Melike Nur Kültür¹, İnci Yılmaz Nakir¹, Filiz Pehlivanoğlu¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Antiretroviral tedavideki (ART) gelişmelere rağmen, HIV enfeksiyonu tedavisinde kullanılan tüm ilaçlar yan etkiye neden olabilmektedir. Bu yan etkiler tedavi değişimi, kesilmesi ve tedavi uyumsuzluğunun da en sık nedenidir. Serum lipid anomalileri HIV enfeksiyonu yönetimini zorlaştıran metabolik yan etkiler içinde en önemlilerinden biridir. Bu çalışmamızda hastaların lipid profillerinin elvitegravir/cobicistat/emtricitabine/tenofovir alafenamid (TAF/FTC/EVG/c) tedavisi sonrasında ve biktgravir/emtrisitabin/tenofovir alafenamid (BIC/FTC/TAF) tedavisine geçiş sonrası 48. haftadaki değişimlerinin karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem: Çalışmamızda 2015-2019 tarihleri arasında, kliniğimizde takip ettiğimiz tedavi naif TAF/FTC/EVG/c başlanan 91 hasta çalışmaya alındı. Lipid düşürücü ilaç kullanan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların tanı anındaki, TAF/FTC/EVG/c tedavisi değiştirmeden öncesinde ve BIC/FTC/TAF tedavisinin 48. haftasındaki total kolesterol, düşük dansiteli lipoprotein (LDL), trigliserid (TG), total kolesterol/HDL oranları kaydedildi. Tanı anı ile TAF/FTC/EVG/c tedavisinin bitimindeki değerler(p1), TAF/FTC/EVG/c tedavisi bitimi ile BIC/FTC/TAF tedavisi 48. haftasındaki değerler (p2) karşılaştırıldı. İstatiksel olarak anlamlılık seviyesi p<0.05 kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların 87 (%95.6)'si erkek, ortalama tanı yaşı 35.3(19-63)'tü. Tanı anında hastaların ortalama HIV-RNA düzeyi 1609376 (1981- 44040789) IU/ml, ortalama CD4(+) T lenfosit sayısı 457 (23- 1296) hücre/mm³tü. Ortalama TAF/FTC/EVG/c tedavi süresi 41.9(21-120) aydı. Hastaların lipid profilleri ve gruplar arasında karşılaştırma Tablo-1'de gösterilmektedir. Çalışmamızda TAF/FTC/EVG/c tedavisi sonrası lipid profilinin olumsuz yönde etkilendiği, BIC/FTC/TAF değişim sonrası bu değerlerde istatiksel olarak anlamlı derecede düzelme olduğu gösterilmiştir.

Tablo-1

		Tanı anında	BIC/FTC/TAF değişiklik öncesi	BIC/FTC/TAF 48.hafta	p değeri	
					p1	p2
Total kolesterol (mg/dL)	Ortalama ± SD	161.1 ± 31	208.6 ± 41.4	185.6 ± 32.5		
	Ortanca (min- max)	159 (107 - 297)	207 (116-323)	182 (111 - 290)	<0.001	<0.001
LDL (mg/dL)	Ortalama ± SD	97.3 ± 27	124.3 ± 36.3	111.5 ± 28.5		
	Ortanca (min- max)	94 (49 - 211)	124 (37-230)	109 (49 - 202)	<0.001	<0.001
TG (mg/dL)	Ortalama ± SD	128.5 ± 74.5	198 ± 158	151.8 ± 90.9		
	Ortanca (min- max)	105 (33 - 376)	162 (53 - 1320)	130 (48 - 638)	<0.001	<0.001
T. Kol / HDL	Ortalama ± SD	4.4 ± 1.1	4.6 ± 1.3	4.3 ± 1.2		
	Ortanca (min- max)	4.3 (2.3 - 8.2)	4.4 (2.2-9.7)	4.1 (2.2 - 8)	0.003	0.004
	Ortanca (min- max)	26 (15 - 46)	28 (14 - 46.1)	25 (15 - 53)		
	Ortanca (min- max)	0.8 (0.5 - 1.2)	0.9 (0.5 - 1.3)	0.9 (0.5 - 1.4)		
	Ortanca (min- max)	117 (73 - 144)	104 (63-133)	99 (59 - 125)		

Sonuç: HIV enfeksiyonu ART ile kontrol altına alınmakta ve yaşam beklentisi uzamaktadır. Hastalığın odak noktası yaşı ilerleyen ve komorbiditelerin ortaya çıktığı gruba kaymıştır. Bununla birlikte, ART'nin uzun süreli kullanımından kaynaklanan olumsuz etkiler de HIV ile yaşayan kişilerin yaşam kalitesini etkilemektedir. Tedaviye başlarken hastalar metabolik risk faktörleri açısından dikkatle değerlendirilmeli ve tedavi rejimi bu durumlar göz önünde bulundurularak seçilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hiperlipidemi, ART, Uzun dönem sağlık

PS-42

HIV İLE YAŞAYAN KİŞİDE MEDİASTİNAL LENFADENOPATİ BİYOPSİSİ İLE TANI KONULAN PULMONER TÜBERKÜLOZ OLGUSU

Eda Horuz¹, Dilara İnan¹

¹Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Antalya

Amaç: Tüm Human Immunodeficiency Virus (HIV) ile enfekte bireyler tanı anında tüberküloz açısından taranmalıdır. Tüberküloz prevalansının yüksek olduğu bölgelerde tanı anında CD4 sayısı 200 hücre/ μ L altında olanlarda tarama testleri negatif çıksa bile, CD4 sayısı 200 hücre/ μ L'nin üzerine çıktığında test tekrarı önerilmektedir. Bu olgu sunumunun amacı başlangıçta Pneumocystis jirovecii pnömonisi (PCP) ile takip edilen, tüberküloz tarama testleri negatif saptanan HIV enfekte hastada ateş, öksürük, nefes darlığı şikayetlerinin devam etmesi üzerine ayırıcı tanıların ve hasta takiplerinin nasıl yapılması gerektiği konusunda bilgi sahibi olmaktır.

Yöntem: Bu olguda, Akdeniz Üniversitesi İnfeksiyon Hastalıkları Kliniğinde başlangıçta PCP ile takip edilen yeni tanı HIV enfekte bireyde pulmoner semptomların uzun sürmesiyle yapılan LAP biyopsisi ile tüberküloz tanısı konulan hasta sunulacaktır.

Bulgular: Bilinen talasemi taşıyıcısı olan 52 yaş erkek hasta, giderek artan nefes darlığı, öksürük, balgam nedeni başvuru dış merkezden HIV antikor pozitifliği ile tarafımıza yönlendirildi. Muayenesinde solunum seslerinde bibaziler ral vardı, solunum sayısı 38/dk, ateşi 38 derece, oksijensiz saturasyonu 84 olan hastanın tomografisi 'her iki akciğerde santral ve peribronkovasküler yerleşimli diffüz buzlu cam attenüasyon artışı izlenmektedir' olarak yorumlandı. Klinik ve radyolojik olarak PCP düşünülen hastaya Trimetoprim Sülfametoksazol (TMP-SMX) 15mg/kg/gün (TMP için) üç eşit doza bölünerek başlandı. CD4: 5 hücre/ μ L ve HIV-1 RNA: 557327 kopya/ml olarak sonuçlandı. Tüberkülin deri testi (TDT): 0 mm idi ve balgamda ARB negatifti. PCP tedavisinin birinci haftasında hastaya antiretroviral tedavi (ART) olarak biktgravir/ emtrisitabin/ tenofovir alafenamid başlandı. 21 gün TMP-SMX tedavisini tamamlayan, ateşi düşen, oksijen ihtiyacı olmayan hasta taburcu edildi. Hastanın taburculuktan 10 gün sonra ateş, öksürük ve nefes darlığı ile tekrar yatışı yapıldı. Tomografisinde 'bilateral paratrakeal alanda en büyüğü sağ paratrakealde kısa aksı yaklaşık 17 mm ölçülen multipl LAP (lenfadenopati) izlendi' şeklindeydi. Hastaya Endobronşial ultrasonografi (EBUS) planlandı. Alınan kültürlerde üreme olmayan ve ARB'si negatif olan hastanın patoloji sonucu 'nekrotizan granümatöz infeksiyonla uyumlu bulgular' şeklindeydi. Ön planda pulmoner tüberküloz düşünülen hastaya dördümlü antitüberküloz tedavi başlandı. Mevcut ART'si emtrisitabin/ tenofovir disoprosil ve dolutegravir çift doz olarak düzenlendi. Tedavi sonrası herhangi bir şikayeti olmayan hastanın son kontrolünde HIV-1 RNA <20 kopya/ml, CD4:354 hücre/ μ L şeklindeydi. Hastanın rutin takipleri devam etmektedir.

Sonuç: HIV enfekte bireylerde, eşlik eden tüberkülozu olanlar atipik akciğer bulguları ile başvurabilir. Akciğer görüntülemesinde nodüller, kitleler, efüzyonlar, LAP'lar tüberküloz lehine olabilir. Semptomların uzun sürdüğü hastalar bu açıdan takip edilmeli ve tüberküloz tanısı konulan hastalar antitüberküloz tedavisini tamamlamalıdır.

Anahtar Kelimeler: HIV, Tüberküloz, Lenfadenopati

PS-43

GEÇ TANI ALAN HIV İLE YAŞAYAN BİREYLERİN İRDELENMESİ

Lütfiye Nilsun Altunal¹, Ayşe Serra Özel¹, Şevval Özen Aksakal¹, Nilsun Boyacıoğlu¹,
Mehtap Aydın¹, Nurgül Ceran¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

Amaç: HIV epidemisinin kontrolü için erken tanı ve hızlı antiretroviral tedavi (ART) başlanması önemlidir. Bu sayede HIV ile ilişkili mortalite, morbidite ve hastalığın toplumda bulaşma riski azalmaktadır. Türkiye, Dünya genelinde düşük prevalansa sahip bir ülke olmasına rağmen son yıllarda yeni tanı HIV ile yaşayan birey oranı artmaktadır. Çalışmamızda, kliniğimizde geç dönemde tanı alan HIV ile yaşayan bireyler irdelenmiştir.

Yöntem: Polikliniğimizde, 01/01/2016 ve 21/12/2022 tarihleri arasında yeni tanı alan HIV ile yaşayan bireyler çalışmaya dahil edildi. CD4+ T hücre sayısı <350 hücre/ μ L veya AIDS tanımlayan bir olayla tanı konan hastalar geç tanı alan grup olarak tanımlandı. Hastaların demografik özellikleri ve klinik bulguları dosyalarından retrospektif olarak incelendi. İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2020 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen yeni tanı alan 295 hastanın %85.1'i erkekti ve yaş ortalaması $43,05 \pm 13,30$ 'du. Hastaların 129'u (%43,7) 35-49 yaş aralığındaydı. Geç tanı alan grupta 167 (%56,5) hasta mevcuttu. Geç tanı alma durumuna göre hastaların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,003$; $p<0,01$). Elli yaş ve üzerinde olan hastalarda geç tanı alma oranı daha fazlayken, 18-24 yaş arasındaki hastalarda daha azdı. Geç tanı alan grupta istatistiksel olarak anlamlı oranda diyabetes mellitus ve hipertansiyon tanısı mevcuttu ($p=0,020$; $p=0,029$; $p<0,05$). Geç tanı alan hastaların tanı anında bakılan HIV RNA değeri 100.000IU/ml'nin üzerinde olma oranı, hastanede yatırılarak tedavi edilme ve mortalite oranı istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$, $p=0,006$; $p<0,01$).

Erken ve geç tanı alan HIV ile yaşayan bireylerin özellikleri

		Toplam	Erken Tanı (n=128)	Geç tanı (n=167)	p
Cinsiyet	Kadın	251 (85,1)	107 (83,6)	144 (86,2)	<i>^a0,621</i>
	Erkek	44 (14,9)	21 (16,4)	23 (13,8)	
Yaş	18-24	17 (5,8)	13 (10,2)	4 (2,4)	<i>^b0,003**</i>
	25-34	70 (23,7)	37 (28,9)	33 (19,8)	
	35-49	129 (43,7)	53 (41,4)	76 (45,5)	
Medeni durum	≥50	79 (26,8)	25 (19,5)	54 (32,3)	
	Bekâr	161 (54,6)	76 (59,4)	85 (50,9)	<i>^a0,158</i>
Uyruk	Evli	134 (45,4)	52 (40,6)	82 (49,1)	
	TC	290 (98,3)	127 (99,2)	163 (97,6)	<i>^c0,393</i>
Meslek	Diğer	5 (1,7)	1 (0,8)	4 (2,4)	
	Çalışmıyor	88 (29,8)	41 (32)	47 (28,1)	<i>^b0,641</i>
	Çalışıyor	191 (64,7)	79 (61,7)	112 (67,1)	
Öğrenim durumu	Emekli	16 (5,4)	8 (6,3)	8 (4,8)	
	Okur-yazar değil	19 (6,4)	6 (4,7)	13 (7,8)	<i>^b0,371</i>
	Lise	231 (78,3)	99 (77,3)	132 (79)	
Test yaptırtma sebebi	Üniversite	45 (15,3)	23 (18)	22 (13,2)	
	Kendi isteği	52 (17,6)	25 (19,5)	27 (16,2)	<i>^b0,251</i>
	Preop	50 (16,9)	25 (19,5)	25 (15)	
Cinsel tercih	Kan tanfüzyonu öncesi	18 (6,1)	11 (8,6)	7 (4,2)	
	Eşi pozitif saptandıktan sonra	5 (1,7)	2 (1,6)	3 (1,8)	
	Hastalık nedeniyle tetkik esnasında	139 (47,1)	50 (39,1)	89 (53,3)	
Kötü alışkanlıklar	Gebelik	3 (1,0)	1 (0,8)	2 (1,2)	
	İş başvurusu, evlilik vb. tanı tarama esnasında	28 (9,5)	14 (10,9)	14 (8,4)	
	Heteroseksüel	160 (54,2)	75 (58,6)	85 (50,9)	<i>^b0,101</i>
Tanı sırasında HIV RNA	Biseksüel	66 (22,4)	21 (16,4)	45 (26,9)	
	Homoseksüel	69 (23,4)	32 (25)	37 (22,2)	
	Alkol	82 (27,8)	34 (26,6)	48 (28,7)	<i>^a0,679</i>
Yatarak takip	Sigara	153 (51,9)	71 (55,5)	82 (49,1)	<i>^a0,278</i>
	Madde	19 (6,4)	8 (6,3)	11 (6,6)	<i>^a0,907</i>
	<100.000	90 (30,5)	56 (43,8)	34 (20,4)	<i>^a0,001**</i>
Komorbid hastalıklar	≥100.000	205 (69,5)	72 (56,3)	133 (79,6)	
	Yok	273 (92,5)	128 (100)	145 (86,8)	<i>^a0,001**</i>
	Var	22 (7,5)	0 (0)	22 (13,2)	
Mortalite	DM	21 (7,1)	4 (3,1)	17 (10,2)	<i>^a0,020*</i>
	HT	20 (6,8)	4 (3,1)	16 (9,6)	<i>^a0,029*</i>
	KBY	5 (1,7)	2 (1,6)	3 (1,8)	<i>^c1,000</i>
	KKH	7 (2,4)	3 (2,3)	4 (2,4)	<i>^c1,000</i>
	Nöropsikiyatrik hastalık	6 (2)	3 (2,3)	3 (1,8)	<i>^c1,000</i>
	KOAH	1 (0,3)	0 (0)	1 (0,6)	<i>^c1,000</i>
	Yok	286 (96,9)	128 (100)	158 (94,6)	<i>^a0,006**</i>
	Var	9 (3,1)	0 (0)	9 (5,4)	

aPearson Chi-Square Test bFisher Freeman Halton Test cFisher Exact Test dMann Whitney-U Test **p<0,01 *p<0,05

Sonuç: Günümüzde etkin ART'ler sayesinde HIV ile yaşayan bireyler beklenen yaşam süresine yakın yaşamaktadırlar. Sağ kalımında etkin tedavi başlanması kadar tanının erken konması da önem arz etmektedir. Geç tanı konan hastalarda fırsatçı enfeksiyonlar gibi morbiditeler ve mortalite daha sık görülmektedir. Çalışmamızın sonuçları da bu durumu desteklemektedir. Ayrıca bulgularımızda 50 yaş ve üzerinde geç tanı alan hastaların oranının fazla olması özellikle bu yaş grubunda riskli teması olan bireylerde tarama yapılmasının önemini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Geç tanı, HIV, mortalite

PS-44

YENİ TANI HIV İLE YAŞAYAN KİŞİDE KOMORBİDİTELERİN YÖNETİMİ

Nihat Önür¹, Melike Törüyenler Coşkunpınar¹, Güle Çınar¹, İrem Akdemir¹, Alpaz Azap¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD

Amaç: HIV enfeksiyonu birçok sistemi tutabilen, farklı semptom ve bulgularla ortaya çıkabilen komplike bir tablodur. Antiretroviral tedavideki (ART) gelişmeler sayesinde HIV ile yaşayan bireylerin (HYB) yaşam süresi uzamakta, bu durum da beraberinde eşlik edebilecek HIV ilişkili ya da ilişkili olmayan birçok komorbiditeyi getirmekte, multidisipliner yaklaşımın önemi her gün önem kazanmaktadır.

Yöntem: Bu bildiride ileri yaşta tanı alan bir hastanın HIV enfeksiyonu ve eşlik eden komorbiditelerinin yönetiminden bahsedilecektir.

Bulgular: Bilinen tip 2 diabetes mellitus (DM), aterosklerotik kalp hastalığı tanısı bulunan 72 yaş erkek hasta dış merkezde yeni HIV enfeksiyonu tanısı almış olup başvurusundan 3 gün önce hastaya tenofovir alafenamid, biktetgravir, emtirisitabin kombinasyonu başlanmış. İlaç başlandıktan 3 gün sonra vücutta yaygın makülopapüler basmakla solan döküntüler ve eşlik eden kan mukus eşlik etmeyen sulu ishal şikayeti olması üzerine hasta tarafımıza başvurdu. Hastanın 1 ay önce uzun süredir olan ve oral antibiyotiklere yanıt vermeyen ishal şikayetinin olması üzerine endoskopi/kolonoskopi yapılma öyküsü mevcut olup kandida özefajiti, antral gastrit, bulbusta 4-5mm tabanlı net düşündürülen lezyon görülmüş ve biyopsi alınmış. Biyopsi sonucu intestinal metaplazi olarak sonuçlanmış Kandida özefajiti izlenmesi nedeniyle gönderilen antiHIV o dönemde pozitif sonuçlanmış. HIV viral yükü HIV RNA 414868 IU/ml olan hasta döküntü ve ishal nedeniyle hospitalize edildi. Yatışında hipervolemi bulguları ve akut böbrek hasarı (ABH) izlenmesi üzerine nefroloji tarafından prerenal ABH düşünüldü. Dermatolojik değerlendirmesinde döküntüler için ilaç eruprisyonu, viral döküntü ayrımı yapılamadı. Hastanın ARTsi dolutegravir ve lamivudin şeklinde düzenlendi. Eşlik eden assiti ve abdomen ultrasonografi (USG) sonucunda karaciğer sol lob boyutlarında küçülme ve nodüler görünüm, evre 1 hepatosteatoz, FİB4 skoru 2,55 olan hastanın viral markerlarında sadece antiHbc IgG pozitif izlendi, HBV DNA negatif görüldü. ABH olması nedeniyle kontrastlı ileri tetkik yapılamamış olup transient elastografi yapıldı, fibrozis bulgusu izlenmedi. Hastanın takibine karar verildi. Takiplerde kreatinin artışı devam eden hastanın üriner USGde patoloji saptanmadı. Nefrotik düzeyde proteinürisi (albümin 5,1 g / 24 saat protein:7,3 g/24 saat) mevcut olan immünolojik markerları negatif gelen hastaya renal biyopsi yapıldı. Renal biyopsi; HIV assosiye renal hastalık grubunda ' HIV assosiye lupus benzeri glomerülonefrit' ile uyumlu sonuçlandı. Hastaya 1 mg/kg dozundan metilprednizolon ve takrolimus başlandı, diüretik tedavisi titre edildi. Mevcut tedaviler altında ABH gerilediği görüldü. Kreatinin bazal değerlere döndükten sonra hastanın steroid tedavisi doz azaltımı yapılarak kesildi.

Sonuç: HYB'lerde renal hasarın primer enfeksiyon, kullanılan ilaçlar, komorbiditeler ve koinfeksiyonlar gibi birçok sebebi bulunmaktadır. HIV enfeksiyonuna bağlı böbrek hastalıkları içerisinde HIV ilişkili immunkompleks böbrek hastalığı HIV ilişkili nefropati (HIVAN)den sonra en sık görülen tutulumdur. İleri evre ve yüksek viremi ile ilişkilendirilmekte olup HIVAN'a göre son dönem böbrek hastalığına gidiş riski daha düşüktür. Bu vakada olduğu gibi HYB'lerin eşlik eden komorbid durumlarında multidisipliner çalışma primer hastalığın da eşlik eden komorbiditelerin de daha iyi prognozu olmasında oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: komorbidite, multidisipliner yaklaşım, HIV ilişkili renal hastalık

PS-45

HIV İLE YAŞAYAN KİŞİLERDE RUBELLA, TOKSOPLAZMA VE SİTOMEGALOVİRÜS SEROPREVALANSININ DEĞERLENDİRİLMESİ

İdil Karaca¹, Tuğçe Şimşek Bozok¹, Elif Şahin Horasan¹, Ali Kaya¹

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Mersin

Amaç: HIV ile yaşayan kişilerde toksoplazma ve sitomegaloviruse (CMV) bağlı yaşamı tehdit eden fırsatçı enfeksiyonlar görülebilmektedir. Bağışıklığı olmayan HIV ile enfekte bireylerde geçirilen kızamık, kızamıkçık, kabakulak enfeksiyonları ciddi seyredebilmektedir. Bu çalışmada; HIV ile yaşayan kişilerde rubella, toksoplazma, CMV seroprevalansının belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem: XXX Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği'nde Ocak 2017- Ekim 2023 tarihleri arasında takip edilen 628 HIV ile yaşayan kişinin yaş, cinsiyet, kızamık, kabakulak, rubella, toksoplazma ve CMV IgG pozitiflikleri hastane bilgi sistemi aracılığıyla retrospektif olarak sorgulandı. Veriler istatistiksel olarak analiz edildi.

Bulgular: 628 HIV ile yaşayan kişinin 561'i (%89.3) erkek, 67'si (%10.7) kadındı. Ortalama yaş 40.46 ± 13.85 yılı. Erkeklerin yaş ortalaması, 40.04 ± 13.75 , kadınların yaş ortalaması 43.97 ± 14.25 yıl olarak bulundu. Çalışmaya dahil edilen hastalardan kabakulak IgG çalışılmamıştı, üç hastanın kızamık IgG sonucu vardı ve negatifti. Bu nedenle kızamık ve kabakulak seroprevalansı açısından değerlendirme yapılamadı. 86 hastadan rubella IgG bakılmış ve 77'si (%89.5) pozitif olarak sonuçlanmıştı. 237 hastaya (%37.8) toksoplazma IgG bakılmış ve 93'ü (%39.2) pozitif. 285 hastanın (%45.4) CMV IgG sonucu vardı ve 276'sı (%96.8) pozitif. 40 yaş ve altı ve 40 yaş üstü hasta grubunda rubella IgG ve CMV IgG pozitifliği açısından fark yoktu. Toksoplazma IgG ise 40 yaş üstünde anlamlı oranda daha yüksekti ($p < 0.0005$). Rubella IgG, toksoplazma IgG ve CMV IgG pozitifliği ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Tablo 1. Cinsiyete göre Rubella IgG, Toxoplasma IgG ve CMV IgG pozitiflik oranları

	Rubella IgG Pozitifliği n (%)	Toxoplasma IgG Pozitifliği n (%)	CMV IgG Pozitifliği n (%)
Erkek	63 (81.8)	81 (87.1)	247 (89.5)
Kadın	14 (18.2)	12 (12.9)	29 (10.5)
Toplam	77 (89.5)	93 (39.2)	276 (96.8)

Sonuç: Çalışmamızda rubella, toksoplazma ve CMV IgG seroprevalansı ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla uyumlu bulundu. Hastanemizde kit olmaması nedeniyle kızamık ve kabakulak seroprevalansı değerlendirilemedi. Kızamık, kızamıkçık, kabakulak akut enfeksiyonları ağır klinik tabloya neden olabilmesi nedeniyle bağışıklığı olmayan HIV ile yaşayan kişilerde CD4+ lenfosit sayısı 200'ün üzerinde ise kızamık, kızamıkçık ve kabakulak aşısının yapılması önerilmektedir. Genellikle latent enfeksiyon reaktivasyonu ciddi enfeksiyon tablosuna yol açabilen toksoplazma ve CMV'nin HIV ile yaşayan kişilerde mutlaka seropozitiflik durumlarına bakılması gerektiği ve 40 yaş üstünde toksoplazma seroprevalansının anlamlı oranda arttığı göz önüne alınınca HIV ile yaşayan kişilerin toksoplazma bulaşı ve korunma önlemleri açısından bilgilendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: CMV, HIV, rubella, seroprevalans, toksoplazma

PS-46

HIV İLE YAŞAYAN KİŞİLERDE TÜBERKÜLOZ OLGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: ÇOK MERKEZLİ RETROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA

Nuriye Taşdelen Fışgın¹, Adalet Altunsoy², Selda Sayın Kutlu³, Figen Kaptan⁴,
Esra Tanyel⁵, Selcan Arslan Özel⁶, Ayten Kadanalı⁷, Serpil Erol⁸, Arda Kaya⁹,
Süda Tekin¹⁰, Yasemin Heper¹¹, Deniz Gökengin⁹, Halis Akalın¹¹, Volkan Korten¹²

¹İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

²Ankara Şehir Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

³Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

⁴İzmir Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

⁵Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

⁶Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

⁷Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

⁸İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

⁹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

¹⁰Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

¹¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

¹²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

Amaç: Tüberküloz, HIV ile infekte bireylerde sık rastlanan fırsatçı bir enfeksiyondur. Hastalık yeni kazanılmış enfeksiyonun ilerlemesi veya latent enfeksiyonun aktivasyonu sonucunda ortaya çıkabilir. Tüberküloz, her ne kadar HIV enfeksiyonunun herhangi bir döneminde gelişebilse de, iki enfeksiyon aynı anda da saptanabilmektedir. Bu çalışmada HIV ile infekte bireylerde tüberküloz gelişen olgular incelenmiştir.

Yöntem: Çok merkezli retrospektif ön değerlendirme şeklinde yapılan bu çalışmada, Ocak 1997-Aralık 2022 tarihleri arasında takip edilen 16 yaş ve üstü HIV ile infekte bireyler arasında gelişen tüberküloz olguları irdelenmiştir.

Bulgular: Toplam altı merkezde takip edilen 55 tüberküloz olgusu değerlendirilmiştir. Tüberküloz gelişen olguların 48'i (%87) erkek ve yaş ortalaması tanı anında 42.78 olarak bulunmuştur. Tüberkülozun tutulum yeri değerlendirildiğinde; akciğerde, kaviter tutulum ve miliyer görünüm ön planda iken, akciğer dışı tutulumda lenfadenit en sık görülen klinik tablo olarak karşımıza çıkmıştır. Hastaların %37'sinde tüberkülozun, HIV tanısından altı ay sonra ortaya çıktığı görülmektedir. Hastaların %37'sinin tedavi devam ederken öldüğü saptanmıştır.

Sonuç: Sonuç olarak tüberküloz, HIV ile infekte bireylerde yüksek etkinlikli antiretroviral tedavi ile azalmış olmakla beraber halen ülkemiz için önemli bir enfeksiyon olduğunu görmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: HIV, Tüberküloz

PS-47

KAPOSİ SARKOMU İÇİN CD-4 T-LENFOSİT SAYISI ÖNEMLİ Mİ?

Melis Demirci¹, Hülya Özkan Özdemir¹, Yeliz Özdemir¹, Funda Balaylar², Selma Tosun¹

¹İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Erzurum Şehir Hastanesi

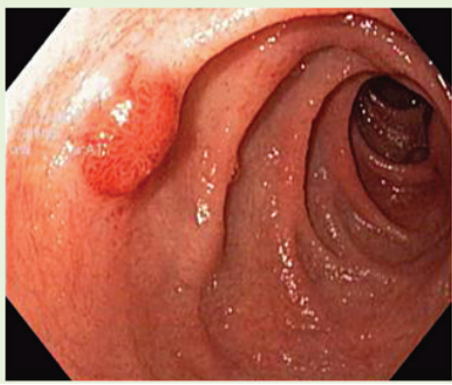
Amaç: Kaposi Sarkomu düşük dereceli vasküler yapıdan kaynaklanan yumuşak doku sarkomudur. Etkeni HHV-8 olup asemptomatik bile olabildiği gibi genelde kutanöz tutulum ile karşımıza çıkar. ART kullanımının tüm hasta gruplarında yaygınlaşması ile insidansında azalma olmakla birlikte halen HIV ile enfekte olgularda görülen kanserlerin %12'sini oluşturmaktadır. CD-4 T lenfosit sayısı 200 hücre/mm³ olan bireylerde sıklığı %18,9 olarak belirtilmiştir. Fakat bazı hastalarda ART tedavisi ile CD4 T-lenfosit sayısında artış olmasına ve immün yetmezliklerinde belirgin düzelme olmasına rağmen Kaposi Sarkomu görülebilir. Antiretroviral tedavi alan, viral suprese ve CD4 T-lenfosit sayısı yüksek hastalarda Kaposi sarkomu görülebilmekle birlikte daha az agresif seyretmekte ve rekürrens daha sık saptanabilmektedir. Bu durumun patofizyolojisi henüz bilinmemektedir. Bu çalışmada HIV ile yaşayan bireylerde CD4 T-lenfosit sayısından bağımsız olarak her evrede Kaposi Sarkomu görülebileceğine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: İzmir Bozyaka EAH'nde takip edilen üç olgunun hastane bilgi sisteminden elde edilen epikriz, laboratuvar ve görüntüleme sonuçları incelenerek irdelenmiştir.

Bulgular: Olgu-1 Edinsel immün yetmezlik tanısını 7 yıl önce alan 44 yaşında kadın hasta; ağız içinde, burun üzerinde, her iki bacak ve genital bölgede mavi-mor renkte lezyonlar olması nedeni ile başvurdu. CD-4 T lenfosit sayısı tanı aldığı dönemde tedavi alması için uygun olmadığından tedavisi başlanamamış. Hastanın gelişinde HIV RNA: 2.211.000 k/ml CD4-T lenfosit: 13 (%1) hücre/mm³ CD4/CD8: 0,01 saptandı. Dermatoloji tarafından değerlendirilen hastaya uyluk bölgesindeki lezyondan biyopsi yapıldı. Ek olarak; yapılan endoskopisinde mide ve duodenumda mukozadan kabarık polipoid lezyonlar görüldü ve biopsi materyalinde fragmanların birinde HHV8 antikoru ile nadir nükleer pozitiflik varlığı saptandı. Bu dönemde deri biyopsisi de Kaposi sarkomu ile uyumlu gelen hastaya TDF/FTC+DRVr ve profilaksi amacı ile TMP/SMX başlandı. Onkoloji tarafından 3 ay ART tedavisi sonrası kontrol önerildi. Üç ay sonra yapılan endoskopisinde eski lezyonlar izlenmeyen hastanın tedavisine devam edildi. Takibinin 5.yılında olup tüm vücut taramalarında herhangi bir patoloji saptanmamış olan hastanın HIV RNA: negatif CD4-T lenfosit: 548 (%27) hücre/mm³ CD4/CD8: 0,84 olarak sonuçlanmıştır. Olgu-258 yaşında erkek hasta ayak ve parmak uçlarında belirgin, çorap tarzında koyu kahverengi lekeler, ayaklarda kaşıntı, bacak ön yüz ve kulakta kırmızı-mor renkli döküntü ve plaklar nedeni ile Dermatoloji polikliniğine başvurmuş. Yapılan tetkiklerinde anti-HIV pozitif gelmiş. Tarafımıza yönlendirilen hastanın HIV RNA: 6.743.212 k/ml CD4 T-lenfosit: 168 (%14) hücre/mm³ saptandı. İleri evre olarak değerlendirilen hastanın sistemik taramaları yapıldı. Hastaya TDF/FTC+DTG tedavisi ve profilaksi amacı ile TMP/SMX başlandı. Tedavi uyumu iyi olan hastanın 1.yılda yapılan kontrollerinde BT'de şüpheli LAP olması üzerine çekilen ultrasonunda sağ aksillada arka aksiller hatta 26x18mm boyutlarda yağlı hilusu izlenmeyen patolojik görünümde lenf nodu gözlemlendi. Buradan alınan biyopsi HHV8 pozitif hücrelerden oluşan tümöral lezyon ve çevresinde yer yer cap şeklinde lenfositik hücre hattı izlenmiş olup metastatik lenf düğümü lehine değerlendirildi. Sistemik KT ile tedavi edilen hastanın tarafımızca takibi halen devam etmektedir. Olgu-350 yaşında erkek hasta tarama testi sonucu ile tanı almış. Fizik muayenesi olağan ve özgeçmiş/soygeçmişinde özellik olmayan hastanın bakılan HIV RNA: 268.000 k/mL CD4 T-lenfosit: 252 (%18) hücre/mm³ olarak geldi. TAF+FTC+BİK tedavisi başlandı. Tedavisinin 6.ayında boyunda eritemli papüler lezyonlar olması üzerine Dermatoloji polikliniğine başvuran hastaya 'Dermatit' tedavisi düzenlendi.

Fakat yakınması geçmeyen, bilateral inguinal bölge ve bacaklarda da vişne çürüğü renginde ele gelen papüler lezyonlar ortaya çıkması üzerine biyopsi planlandı. İnguinal bölgedeki lezyondan alınan biyopsi Kaposi Sarkomu ile uyumlu geldi. Bu esnada tedavisinin 1 yılı tamamlanmış olan hastanın HIV RNA: negatif CD4 T lenfosit: 953 (%32) hücre/mm³ idi. Sistemik taramalarında ek patoloji izlenmeyen hastaya Onkoloji tarafından 3 aylık takip önerildi.

Resim 1



Olgu 1

Resim 2



Olgu 2

Resim 3



Olgu 3

Sonuç: Kaposi Sarkomu ART'nin yaygınlaşmasına rağmen halen HIV ile yaşayan bireylerde en sık görülen maligniteler arasındadır. Tedavide kullanılacak ART seçenekleri literatürde tartışılmakla birlikte net bir ART önerisi mevcut değildir. CD-4 T lenfosit sayısının düşük olduğu hastaların yanı sıra CD4 T-lenfosit sayısı yüksek/ artmış olanlarda da karşımıza çıkabilmektedir. Bu nedenle özellikle Kaposi Sarkomu düşündürecek klinik bulgusu olan hastalarda CD-4 sayısından bağımsız her evrede tanı akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: kaposi, hiv, cd4

PS-48

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİNDE İZLENEN HIV İLE YAŞAYAN KİŞİLERİN BÖBREK FONKSİYON TESTLERİNİN İNCELENMESİ

Yagut Shamıstanlı¹, Meltem Seziş², Deniz Gökengin², Merve Mert², Gamze Şanlıdağ²

¹Medicana International İzmir Hastanesi

²Ege Ünivetsitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Amaç: Bu çalışmanın amacı, HIV ile yaşayan kişilerde böbrek fonksiyon testlerinin seyrini, böbreğe ilişkin yandaş hastalıkların sıklığını ve olası nedenlerini, ilaç toksisitesi sıklığını ve etkenlerini ve bu sonuçların zaman içindeki değişimini incelemektir.

Yöntem: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalında Ekim 1999-Mayıs 2021 tarihleri arasında takibe alınan olguların sonuçları retrospektif olarak incelenmiştir. İzlem sırasında kreatinin değerlerinin >%25 artması ve son kreatinin değerinin >1 mg/dL olması ve/veya izlemde yeni başlayan anlamlı proteinüri, böbrek fonksiyon bozukluğu olarak değerlendirilmiştir. Böbrek fonksiyon bozukluğu gelişen ve böbrek fonksiyonu normal olan grupların analizi ve karşılaştırılmasında parametrik değerler için bağımsız T testi, non parametrik testlerde "Chi-Square" test yöntemi kullanılmıştır. Böbrek fonksiyon bozukluğunu inceleyen parametreler için lojistik regresyon testi kullanılmıştır.

Bulgular: Toplam 314 olgunun yaş ortalaması $41,9 \pm 12,7$ yıldır (%86,3 erkek, %13,7 kadın); ortalama izlem süresi $58,2 \pm 43,9$ aydır. Olguların 11 (%3,5)'inde kardiyovasküler hastalık, 12 (%3,8)'inde diyabetes mellitus, 25 (%8)'inde hipertansiyon tespit edilmiştir; 268 olguda böbrek fonksiyonları izlem süresinde normal seyrederken, 46 olguda böbrek fonksiyonları bozulmuştur. Bu iki grubun demografik özellikler, eşlik eden hastalıklar ve laboratuvar sonuçları karşılaştırıldığında (tek değişkenli analiz) (Tablo 1) anlamlı bulunan bazal ilaç kullanımı, bazal glomerül filtrasyon hızı (GFH), yaş, cinsiyet ve eşlik eden hastalıklara ilişkin veriler birlikte analiz edilerek çok değişkenli lojistik regresyon modeli ile kıyaslanmıştır. (Tablo2)

Bazal demografik veriler	Böbrek Fonksiyon Testleri Normal (s=268)	Böbrek Fonksiyon Testleri Bozuk (s=46)	P değeri
Yaş (yıl)	41,4 ±12,6	45,4±13,0	0,046
Erkek	229 (%85,4)	42 (%91,3)	0,286
Hipertansiyon	%6,7	%15,2	0,04
Diyabetes mellitus	%3,4	%6,5	0,304
Sigara kullanımı	%63,2	%48,9	0,07
Kardiyovasküler hastalık	%3,4	%4,3	0,747
Sistolik kan basıncı (mmHg)	119,7±18,2	126±20,5	0,09
CD4+ T lenfosit (%)	21,4±10,6	19,3±11,3	0,233
CD4+T lenfosit sayısı (hücre/mm3)	425±247	385±235	0,308
HIV RNA (kopya/mL)	165459±6808186	575889±1664472	0,570
Albümin (g/dl)	4,0±1,5	3,7±1,6	0,321
C-Reaktif protein (mg/l)	1,6±4,3	4,2±9,5	0,09
Üre (mg/dL)	25,4±7,7	29,1±11,3	0,04
Kreatinin (mg/dL)	0,82±0,14	0,93±0,2	<0,00001
Glomerüler filtrasyon hızı (ml/dk/1,73m2)	112,2±15,3	102,4±19,8	0,002
Hemoglobin (g/dL)	14,2±1,8	14,2±1,9	0,961

Tablo 1. Bazal demografi, klinik ve laboratuvar verileri

Tablo 2. Çok değişkenli regresyon analizinde anlamlı bulunan parametreler.

	WALD*	OO= (%95 GA)	P değeri
Bazal glomerüler filtrasyon hızı (ml/dk/1,73m ²)	15,734	0,96 (0,94-0,98)	<0,001
Başlangıç tedavisi olarak tenofovir alafenamit (TAF) kullanmak	4,596	0,25 (0,07-0,89)	0,032
Başlangıç tedavisi olarak lopinavir/ritonavir kullanmak	5,247	2,54 (1,15-5,65)	0,022

GA, güven aralığı; OO, olasılıklar oranı. *WALD: iki veri arasındaki benzerliği araştırmada tekrarlar yöntemini kullanan uygulama

Sonuç: HIV ile yaşayan kişilerde başlangıçtaki GFH değerinin düşük olması ve nefrotoksisite riski yüksek olan antiretroviral ilaçların kümülatif kullanımı, böbrek fonksiyonlarındaki bozulma ile anlamlı bir ilişki sergilemiştir. Bu bağlamda, HIV ile yaşayanlarda böbrek fonksiyonlarının hem ilk ziyarette hem de düzenli aralıklarla takibi, gelişebilecek istenmeyen sonuçların önlenmesi ya da zamanında müdahale ile yavaşlatılması açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: HIV, Nefrotoksisite, Böbrek fonksiyonları

PS-49

HIV İLE YAŞAYAN KİŞİDE PROGRESİF MULTİFOKAL LÖKOENSEFALOPATİ

Ekrem Salduz¹, Sibel Altunışık Toplu¹, Mehmet Özden¹, Funda Memişoğlu¹, Ferhat Özer¹, Hülya Altun Ün¹

¹Inönü Üniversitesi

Amaç: GİRİŞ: Progresif multifokal lökoensefalopati (PML), merkezi sinir sisteminin ciddi bir enfeksiyöz demiyelinizan hastalığıdır. PML, latent JC virüsün uzun süreli immün süpresyon sonrasında reaktivasyonu sırasında oluşur. Genelde belirgin immünsüpresyona yol açandır. İlişkilidir ve klasik olarak da edinilmiş immün yetmezlik sendromu (AIDS) hastalarında görülür. Etkili antiretroviral tedavi (ART) nin yaygın kullanımından bu yana, HIV enfeksiyonu olan hastalarda PML insidansı azalsa da HIV enfeksiyonu PML ye neden olan durumların başında gelmektedir. Bu olguda AIDS tanısını alan hastada gelişen PML hastalığı sunulmaktadır.

Yöntem: Olgu: Kırk iki yaşında, erkek hasta öksürük balgam şikayeti ile başvurduğu dış merkezde pnömoni tanısı ile yatırılarak tedavisi sırasında yapılan ELISA testinde Anti-HIV pozitif gelmesi üzerine tarafımıza yönlendirildi.

Bulgular: Hastanın gelişinde yaklaşık 2 aydır olan baş dönmesi, unutkanlık, dizatri, ataksik yürüyüşü ve agresif davranış bozukluğunun olduğu öğrenildi. Fiziki muayenesinde sol kolda 3/5 ve sol elde 1/5 kas gücü kaybı mevcut olup, dört ekstremitede derin tendon refleksi alınamadı. Diğer nörolojik muayenesi normaldi. Hasta acil servisten pnömoni ön tanısı ile ileri tetkik ve tedavi amaçlı servisimize yatırıldı. Akciğer Bilgisayarlı Tomografide solda plevral efüzyon ve efüzyon komşuluğunda kaviter lezyon içeren konsolidasyon izlenmesi üzerine tüm kültürler ve balgam örneğinden tüberküloz için ARB, kültür ve PCR testleri alınarak ampirik olarak piperasilin-tazobactam ve linezolid tedavisi başlandı. CD4+T hücre sayısı 132 / μ L ve HIV RNA 629.000 kopya olarak saptandı. Hasta da olası santral sinir sistemi enfeksiyon açısından lomber ponksiyon (LP) yapıldı. Beyin omurilik sıvısında mm³ de 10 eritrosit görüldü, lökosit görülmedi. BOS glikoz 43 mg/dL, proteini 59mg/L, kloru 116 olduğu tespit edildi. Bakterial menenjit etkenleri, VDRL, CMV, EBV, HSV, tüberküloz PZR, ARB negatif, Toksoplazma PZR negatif olarak tespit edildi. BOS sitolojinde patolojik bulgu saptanmadı. Çekilen kontrastlı kranial MRG de Bilateral bazal ganglionlar da talamusta, frontoparietal subkortikal beyaz cevherde ve orta beyinde nispeten simetrik görünümde bir kısmı hafif kontrastlanan T2-FLAIR hiperintensiteler izlenmiş olup ön planda progresif multifokal lökoensefalopati ile uyumlu olduğu raporlandı. Merkezimizde BOS da JCV-PCR çalışmadığı için ve diğer olası enfeksiyöz sebepler ekarte edildiğinden hasta olası PML olarak düşünüldü. Pnömoni tedavisinin on ikinci gününde kriptokokal enfeksiyon ve tüberküloz dışlandığı için hastaya antiretroviral tedavi (emtrisitabin 50mg/gün, tenofovir 200mg /gün, biktgravir 25mg/gün) başlandı. ART tedavisinin on dördüncü gününde hastanın takiplerinde klinik düzelme olmakla beraber nörolojik bulgular devam ederken tüm uyarılara rağmen kendi isteği ile taburcu edildi.

Sonuç: Sonuç: Etkili ART 'in yaygın kullanımından bu yana, HIV enfeksiyonu olan hastalarda PML insidansı azalmış ve prognozu olumlu yönde etkilenmiştir. Bununla beraber PML HIV ile yaşayan hastalarda önemli bir sorun oluşturmaya devam etmektedir. ART tedavisinin geciktiği, AIDS basamağına gelmiş, nörolojik belirti ve bulguları olan hastalarda ayırıcı tanıda PML akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Nörolojik bulgular, HIV, PML, kişilik bozukluğu

PS-50

SEREBROVASKÜLER OLAY İLE TANI ALAN HIV İLE YAŞAYAN KİŞİ

Fulya Şen¹, Özge Özgen Top¹, Yeşim Yıldız¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Kronik HIV enfeksiyonu olan bazı hastalarda, HIV ile enfekte olmayan bireylerle karşılaştırıldığında daha genç yaşlarda komorbiditelerin (örneğin, kardiyovasküler hastalık, osteoporoz, bilişsel işlev bozukluğu ve bazı maligniteler) geliştiği bilinmektedir. Bunun kronik inflamasyon, immün aktivasyon veya immün yaşlanma ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Antiretroviral tedavi (ART) bu “erken yaşlanmayı” hafifletse de tamamen ortadan kaldırmamaktadır. Vasküler disfonksiyon ve hızlanmış ateroskleroz gelişiminde etkili ART’ye rağmen devam eden kronik inflamasyonun varlığı giderek artan sayıda kanıt ile desteklenmektedir.

Yöntem: Olgumuz da serebrovasküler olay (SVO) sonucu HIV ile enfekte olduğu öğrenilen bir bireydir.

Bulgular: Bilinen ek hastalığı olmayan 60 yaşında erkek hastanın 6 aydır her iki bacağının üst tarafında karıncalanması oluyormuş. Yaklaşık 2 ay önce başlayan sol gözde bulanık görme şikayeti olan hasta dış merkezde göz hastalıkları bölümüne başvurmuş. Göz dibi incelemesinde üveit olduğu söylenmiş. Takipte hasta aniden gelişen konuşmada peltekleşme, sağ kol ve bacakta karıncalanma ve his kaybı şikayetleri ile acil servise başvurmuş. Eşlik eden yürümede dengesizlik, görme bozukluğu, ekstremitelerde güçsüzlük, baş ağrısı şikayeti olmamış. Çekilen kranial BT’de akut patoloji izlenmemiş. Dış merkezde çekilen diffüzyon MR görüntülemesinde değerlendirilebildiği kadarıyla sol pons paramedian enfarkt izlenmiş. Hastanın trombositlerinde düşüklük olması nedeniyle enoksaparin 2x0.4cc başlanarak nöroloji servisine yatırılmış. Nöroloji bölümü tarafından SVO etyolojisine yönelik Kranial MRG, Beyin-Boyun BT Anjio ve EKO planlanmış. EKO’da vejetasyon saptanmamış, vaskülitler, malignite ve paraneoplastik durumlar, diğer enfektif patolojiler dışlanmış. Anti-HIV reaktif olması üzerine tarafımıza danışılan hastadan HIV doğrulama, HIV RNA ve CD4 testleri istenerek taburculuk sonrası hastanın polikliniğimize yönlendirilmesi önerilmiş. Polikliniğimizde değerlendirilen ve HIV doğrulama sonucu pozitif olarak sonuçlanan hastadan antiretroviral direnç testi ve ileri tetkikleri gönderildi. Çekilen DEXA’da femurda osteopeni saptandı. CD4 sayısı 129 ve HIV RNA’sı 1430000 Kopya/mL olan hastaya ART olarak tenofovir alafenamid-emtrisitabin-biktegravir ve profilaktik trimetoprim sulfametoksazol tedavisi başlandı. Göz dibi incelemesinde retinit? olarak değerlendirilen ve CMV IgG pozitif saptanan hastadan CMV PCR istendi. Göz hastalıklarına yönlendirildi. Aşı planı yapıldı. Poliklinik takibi devam ediyor.

Sonuç: Vasküler hastalığın gelişimine zemin hazırlayan potansiyel mekanizmalar arasında HIV’in arter duvarı üzerine doğrudan etkisi olduğu bilinmektedir. Aterosklerotik vasküler hastalık HIV enfeksiyonunun en önemli kardiyovasküler ve nörovasküler komplikasyonlarından biri haline gelmiş ve bununla birlikte HIV ile enfekte bireylerde iskemik inme insidansı da artmıştır.

Anahtar Kelimeler: HIV enfeksiyonu, HIV ilişkili komorbiditeler, serebrovasküler olay

PS-51

HIV İLE YAŞAYAN KİŞİLERDE EPİKARDİYAL YAĞ KALINLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bariş Manavlı¹, Petek Konya¹

¹Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Amaç: HIV enfeksiyonu, vücuttaki tüm sistemleri etkileyebilen kronik bir enfeksiyon hastalığıdır. Devam eden düşük düzeyde viral replikasyonun bir sonucu olarak bağışıklık sistemindeki disregülasyon, kalıcı inflamasyon ve endotel disfonksiyonu, HIV ile enfekte bireylerde artmış kardiyovasküler hastalık (KVH) riskine yol açmaktadır. Epikardiyal yağ dokusu (EYD); miyokard ile perikardın visceral yaprağı arasında yer alan, salgıladığı proaterojen ve proinflamatuvar sitokinler ile endokrin ve inflamatuvar bir organ olarak tanımlanmaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda epikardiyal yağ dokusu ile koroner arter hastalığı, diyabetes mellitus ve metabolik sendrom arasında yakın ilişki olduğu gösterilmiştir. Biz bu çalışmada HIV ile enfekte bireylerde EYD kalınlığını araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Kliniğimizde takip edilen ve HIV ile enfekte olan 30 birey ve kronik hastalığı olmayan 25 hasta (kontrol grubu) çalışmaya dahil edildi. HIV ile enfekte bireylerin antiretroviral tedavi (ART) öncesi istenen rutin hemogram, biyokimya, lipid paneli ve transtorasik ekokardiyografi (EKO) yöntemi ile ölçülen EYD kalınlıklarına ulaşıldı. HIV enfeksiyonu dışında kronik hastalığı olan hastalar ve daha öncesinde ART alan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Gruplar arası laboratuvar parametreleri ve EKO bulguları karşılaştırıldı. İstatiksel analiz SPSS 26 programı ile yapıldı.

Bulgular: HIV ile enfekte bireylerin %86 sı erkek olup ortalama yaş 38,48 olarak görüldü. Kontrol grubunda ise hastaların % 70 ' i erkek ve ortalama yaş 29,6 olduğu görüldü. EYD kalınlığı HIV ile enfekte bireylerde 0,59 mm , kontrol grubunda ise 0,41 mm olarak görüldü. HIV ile enfekte bireylerde EYD kalınlığının istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek saptandığı görüldü($p<0,001$). Hasta grupları arasında demografik, laboratuvar ve EKO verileri Tablo-1 de verilmiştir.

Tablo-1

	HIV ile enfekte bireyler (N:30)	Kontrol (N:25)	p
Yaş	38,48	29,6	0,62
Cinsiyet (E/K)	%86	%70	
Kreatinin	0,78	0,75	0,52
ALT	21,25	24,12	0,81
WBC	6457,24	7205,32	0,32
LDL	102,75	96,28	0,6
Hemoglobin	14,57	15,16	<0,001
PLT	222,41	312,28	0,48
EYD	0,59	0,41	<0,001

HIV ile Enfekte Bireylerin ve Kontrol Grubunun Demografik, Laboratuvar ve EKO Verilerinin Karşılaştırılması

Sonuç: Daha önce yapılan pek çok çalışmada HIV ile enfekte bireylerde; düşük dereceli inflamasyon başta olmak üzere pek çok mekanizma ile ateroskleroz ve KVH riskinin arttığı gösterilmiştir. Bu riski saptamak için karotis arter intima media kalınlığı, Framingham risk skoru (FRS) gibi pek çok parametre kullanılabilmektedir. Son yıllarda EYD kalınlığı da ateroskleroz ve kardiyovasküler hastalık riskini saptamada yaygın olarak kullanılmaktadır . HIV ile enfekte bireylerde EYD kalınlığı ile yapılan çalışmalar literatürde oldukça sınırlıdır ve yapılan çalışmalardaki bulgular bizim çalışmamızla benzer sonuçlara sahiptir. Bu konuda daha kapsamlı ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: HIV, epikardiyal yağ kalınlığı, kardiyovasküler hastalık

PS-52

HIV İLE YAŞAYAN BİREYLERDE KAPOSİ SARKOMU: OLGU SUNUMU

Cansu Tol², Meltem Tüğdür², Meltem Taşbakan², Hüsnü Pullukçu²

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

Amaç: GİRİŞ: Kaposi sarkomu HIV enfeksiyonu ile ilişkili en sık saptanan malignitedir. Herpes virüs-8 (HHV8) veya Kaposi sarkomuna eşlik eden virüs (KSHV) olarak isimlendirilen virüs neoplazilerin enfeksiyöz sebepleri arasında yer alır. Genellikle deriyi tutan sistemik vasküler bir tümördür. Bu yazıda elinde ve yüzünde mor renkli papüllerle başvuran, histopatolojik olarak Kaposi sarkomu tanısı aldıktan sonra HIV pozitif saptanan bir olgu sunulmuştur

Yöntem: Bu yazıda elinde ve yüzünde mor renkli papüllerle başvuran, histopatolojik olarak Kaposi sarkomu tanısı aldıktan sonra HIV pozitif saptanan bir olgu sunulmuştur.

Bulgular: 39 yaşında herhangi bir kronik hastalığı olmayan erkek hasta, sağ kasığında şişlik fark etmesi nedeniyle hekime başvurdu. Laboratuvar sonuçlarında WBC: 6100/mm³, nötrofil: 3760/mm³ (%61.6), lenfosit:1560/mm³ (%25.6), hemoglobin:14.4 g/dl, trombosit:197*103/m³, kreatin:0.98 mg/dl, AST:27 U/L, ALT:47 U/L saptandı. Genel cerrahi tarafından eksizyonel lenf nodu biyopsisi yapıldı. Patoloji sonucu kaposi sarkomu olarak raporlandı. İmmünohistokimyasal incelemede CD31: pozitif, CD34: pozitif, S-100: negatif, HMB45: negatif, HHV8: yaygın nükleer pozitif. Serolojik tetkiklerinde Anti-HIV pozitif saptandı. HIV RNA 8764 kopya/ml, CD4:171 olan hastaya biktgravir-emtrisitabin-tenofovir alafenamid antiretroviral tedavisi başlandı. Onkoloji tarafından değerlendirilen hastaya bölgesel radyoterapi planlandı. PET/BT'sinde boyun lenfatik zincirlerinde solda paraskapular, bilateral aksiller, inguinal ve pelviste gluteal bölgede kas planları arasına hipermetabolik lenf bezleri olduğu görüldü. Bir yıllık radyoterapiden sonra yaygın lezyonları devam eden hastanın kol ve bacağındaki lezyonlardan tekrar biyopsi alındı. Kaposi sarkomu şeklinde raporlandı. İzlemede viral yükü 20'nin altında, CD4 sayısı 200'ün üzerindeydi. Tekrar onkoloji tarafından değerlendirilen hastaya elektrokemoterapi ve bleomisin tedavisi planlandı. İzlemede kolonoskopi planlanan hastada gastrointestinal tutulumun olmadığı görüldü. Elektrokemoterapi sonrasında çekilen PET/BT'sinde lenf nodu tutulumunda %90 regresyon sağlanan ancak yeni gelişen akciğer tutulumu olduğu görülen hasta için tekrar radyoterapi önerildi. Halen rutin kontrolleri devam eden, HIV RNA saptanmayan ve güncel CD4 düzeyi 393 olan hastanın kaposi sarkomu açısından takibi sürmektedir.

Şekil 1



Hastanın sol elindeki lezyon

Şekil 2



Hastanın sol diz mediaindeki lezyon

Sonuç: SONUÇ: Kaposi sarkomunun kütanöz lezyonları sıklıkla alt ekstremitelerde, yüzde, genital bölgede ve oral mukozada görülmektedir. Lezyonlar genelde ağrılı, kaşıntılı değildir ve nekroz oluşturmazlar. HIV ile yaşayan bireylerde en sık görülen tümör olmakla birlikte AIDS tanımlayan hastalık olarak kabul edilmektedir. Anti retroviral tedavi(ART) kullanımı öncesi 20.000 kat daha yaygın iken ART sonrası görülme sıklığı önemli ölçüde azalmıştır. Kemoterapi endikasyonu olanlarda ART ile etkin ve güvenli bir şekilde kombine edilebilir. Tedavide sistemik veya intralezyoner kemoterapi ve radyoterapi uygulanabilmektedir. Endikatör hastalıkları tüm hekimler bilmeli ve bu hastalıklar ile karşılaştığında anti-HIV testi istemelidir.

Anahtar Kelimeler: Kaposi, sarkom, hiv, endikatör, antiretroviral

PS-54

TOKSOPLAZMA ENSEFALİTİ KLİNİĞİ İLE TANI ALAN HIV İLE YAŞAYAN BİREYDE GELİŞEN SANTRAL SİNİR SİSTEMİ LENFOMASI

Merve Aytekin¹, İsmail Talha Gönülalan¹, Habibe Tülin Elmaslar Mert¹, Gökhan Aytekin², Hüsnüye Figen Kuloğlu¹, Filiz Akata¹

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

²Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Edirne

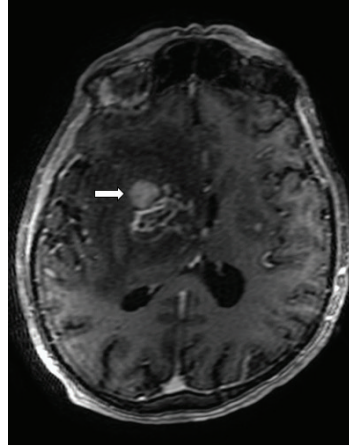
Amaç: Geç tanı alan HIV ile yaşayan bireylerde santral sinir sistemi (SSS) fırsatçı enfeksiyonlarının yanında SSS malignitelerinin de eşlik edebileceğini hatırlatmak.

Yöntem: Olgu sunumu

Bulgular: Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan 40 yaşında erkek hastaya Temmuz 2022'de akciğer tüberkülozu tanısı konularak tedavi başlanmış. Bu tarihten yaklaşık 6 ay sonra genel durum bozukluğu, halsizlik, bilinç durumunda bozulma olması nedeni acil servise başvurmuş. Acil serviste yapılan tetkiklerde hiponatremi saptanması üzerine tedavi ve ileri tetkik amaçlı hastanemiz nefroloji servisine yatırılı yapılmış. Burada yapılan tetkiklerden kranial magnetik rezonans görüntüleme (MRG) multipl lezyonlar saptanmış (Resim 1), toraks bilgisayarlı tomografide (BT) sağ akciğer üst lob bazalinde nodüler konsolidasyon-yumuşak doku alanları izlenmiş ve Anti-HIV tetkiki pozitif sonuçlanmış. Bunun üzerine hasta enfeksiyon hastalıkları kliniğimize Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu (AIDS) ön tanısı ile devir alındı. Hastanın öksürük ve halsizlik yakınmaları mevcuttu. Yapılan fizik muayenede, ağız içinde yaygın beyaz plaklar görüldü ve akciğer solunum sesleri bilateral bazallerde azalmış olarak duyuldu. Eşlik edebilecek fırsatçı enfeksiyonlar açısından tetkik edildi. Kan, idrar, balgam kültürü ve balgam örneğinden tüberküloz kültürü gönderildi. Tetkiklerde patoloji saptanmadı. Lomber ponksiyon yapıldı. Beyin omurilik sıvısının (BOS) mikroskopik incelemesinde 2 hücre/mm³ görüldü, üreme olmadı. BOS protein 70 mg/dL, BOS şeker 45 mg/dL (eş zamanlı kan şekeri 80 mg/dL), BOS'da bakılan HSV PCR negatif, JCV PCR negatif, PCR ile mikobakteri aranması negatif, adenoazin deaminaz (ADA) düzeyi normal sınırlarda saptandı. Hastanın CD4 sayısı 8 hücre/mm³, HIV RNA düzeyi 40300 IU/mL saptandı. Antiretroviral direnç saptanmadı ve kanda kriptokok antijen testi negatif sonuçlandı. Periferik yaymada malign hücre görülmedi. Bakteriyel pnömoni, toksoplazma ensefaliti ön tanıları düşünüldü. Flukonazol, seftriakson, klaritromisin, trimetoprim sulfametaksazol, deksametazon tedavileri başlandı. Hastanın serum örneğinde bakılan Toksoplazma Gondi Sabin Feldman Dye testi 1/64 titrede pozitif, BOS örneğinde bakılan Toksoplazma Gondi Sabin Feldman Dye testi 1/16 titrede pozitif ve Toksoplazma Gondi PCR negatif saptandı. Yatışının ikinci haftasında tüberküloz menenjit ve kriptokokkal menenjit düşünülmeyen hastaya tenofovir disoproksil fumarat, emtrisitabin ve dolutegravir başlandı. Akciğer tüberkülozu açısından verilen tüberküloz tedavisi 6 aya tamamlanarak kesildi. Kranial lezyonları ile nöroloji ve nöroşirurji bölümlerine danışılan hastaya antiepileptik önerildi, deksametazon dozu düzenlendi. Seftriakson ve klaritromisin tedavisi 10 gün, flukonazol tedavisi 14 gün verilerek kesildi. Azitromisin profilaksisi başlandı. Trimetoprim sulfametaksazol tedavisinin 20. gününde bakılan kontrol kranial MRG'de lezyonlar gerilemiş görüldü (Resim 2). Pnömoni kliniği devam eden hastaya çeşitli uygun kombine antibiyoterapiler verildi. Takibi sırasında kanlı ishal yakınması gelişen ve genel durumu bozulan hastada CMV PCR artışı da (80200 kopya/mL – 2870000 kopya/mL) görülmesi üzerine gansiklovir ve metranidazol tedaviye eklendi. Hasta yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) bir hafta takip edildi. Sonrasında sağ vücut yarımında miyoklonik nöbet gelişmesi ve sağ tarafta kas güçsüzlüğü

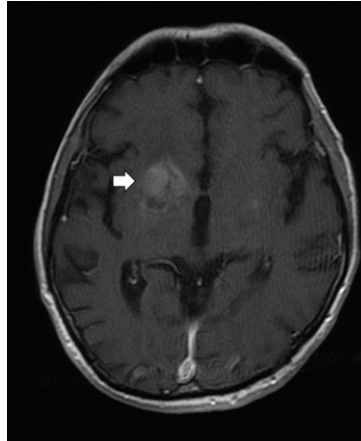
gelişmesi üzerine güncel kranial MRG yapıldı ve nöroradyoloji konseyinde değerlendirildi (Resim 3). Sol postsantral girus seviyesinde yer alan lezyonda belirgin boyutsal artış görüldü. Konsey sonucunda tüberküloz menenjit ve santral sinir sistemi lenfoması ön tanıları düşünüldü. Beyin biyopsisi önerildi. Fakat aile tarafından beyin biyopsi işlemi kabul edilmedi. Konsey kararı ile tekrar lomber ponksiyon yapıldı ve BOS biyokimyası ve mikrobiyolojisi önceki ile benzer sonuçlandı. SSS lenfoması tanısı için biyopsi yapılamadığından, tüberküloz menenjit de ekarte edilemediğinden ön planda SSS lenfoması düşünülse de konsey kararı doğrultusunda tüberküloz tedavisi başlandı. BOS patolojik incelemesi aselüler kontaminasyon olarak sonuçlandı. Bilinç durumu bozulan hasta tekrar YBÜ' de takibe alındı. Yapılan kontrol kranial MRG'de lezyon boyutunda belirgin artış görülmesi üzerine tüberküloz tedavisi 20. günde tarafımızca kesildi (Resim 4). Bu sırada aile tarafından beyin biyopsi işlemi kabul edildi. Fakat hemodinamisi belirgin bozulması üzerine hasta işlem yapılamadan vefat etti.

Resim 1



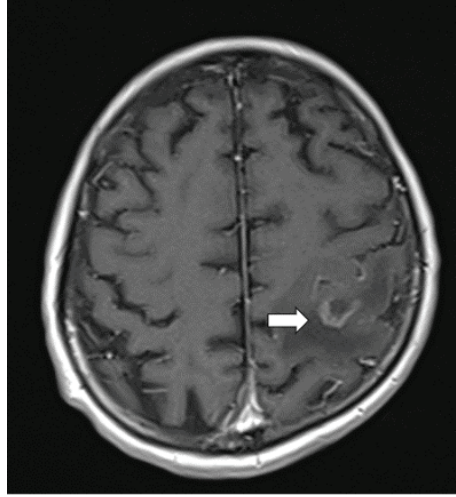
Aksiyal planda kontrastlı T1 ağırlıklı MRG de büyüğü sağda lentiform nükleus medialinde olmak üzere diğeri sol lentiform nükleus posteriorunda heterojen kontrastlanan lezyon alanları izlenmektedir.

Resim 2



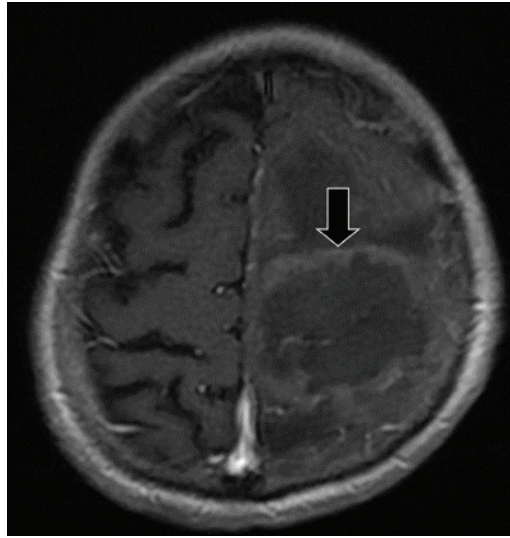
Takip görüntülemelerde lezyon boyutlarında anlamlı farklılık izlenmemekle birlikte özellikle sağ lentiform nükleusta izlenen lezyon alanında kontrastlanmada belirgin azalma dikkati çekmektedir.

Resim 3



Takipteki kontrol MRG'sinde bilateral bazal ganglion düzeyindeki lezyonlarda anlamlı farklılık izlenmeyen olguda sol postsantral gyrus düzeyinde 17x10 mm boyutunda periferik kontrastlanan heterojen morfolojide yeni lezyon mevcuttur.

Resim 4



Son incelemeden 20 gün sonraki MR tetkikinde bazal gangliyon düzeyindeki lezyonlar stabil olmakla birlikte sol postsantral gyrus düzeyindeki lezyon 50x30 mm boyutunda izlenmekte olup lezyon çevresinde izlenen parankimal ödem miktarında belirgin artış söz konusudur.

Sonuç: AIDS kliniğindeki hastalarda fırsatçı enfeksiyonların ve malignitelerin sık görüldüğü bilinmektedir. Santral sinir sistemi fırsatçı enfeksiyonlarından toksoplazma ensefaliti sık görülmektedir. Toksoplazma ensefaliti tanısı konulduğunda klinik düzelmenin gecikmesi ya da düzeliş tekrar kötüleşmesi halinde santral sinir sistemi lenfoması ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Toksoplazma ensefaliti ve SSS lenfomasının da birlikte görülebileceği akılda tutulmalıdır. Erken tanı açısından dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: AIDS, SSS lenfoma, Toksoplazma ensefaliti

PS-55

HIV İLE YAŞAYAN BİREYLERDE HPV İNFEKSİYONU

Firuze Soyak¹, Zeliha Karazeybek¹, Murat Kutlu¹, Selda Sayın Kutlu¹

¹Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

Amaç: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile yaşayan bireylerde insan papilloma virüsü (HPV) enfeksiyonu ve HPV ilişkili kanserler daha sık görülmektedir. Kadınlarda servikal kanserin seyri ve önlemek için tarama stratejileri çok iyi tanımlanmıştır, ancak erkeklerde anal HPV enfeksiyonları ve kanser gelişimi hakkında bilgiler kısıtlıdır. Çalışmada anal HPV enfeksiyonu araştırılan HIV ile yaşayan erkek bireylerin demografik ve klinik özelliklerin sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: HIV ile enfekte erkeklerde anal bölgeden alınan sürüntü örneğinde Polimeraz Zincir Reaksiyonu (PCR) ile HPV DNA araştırıldı. Bu bireylerin demografik ve laboratuvar bulguları retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Yirmi bir HIV ile enfekte bireyde anal bölgeden sürüntü örneği alındı. Hastaların yaş ortalaması 29,2'ydi (minimum:19 maksimum:50). Dört hasta (%19) heteroseksüel, 17 (%81)'si erkeklerle seks yapan erkekti (ESE). Tüm ESE'lerin öykülerinde korunmasız anal cinsel ilişki vardı. On sekiz hastanın (%85,7) çoklu partner ile cinsel temas öyküsü mevcuttu. Hastaların 16'sında (%76,1) sigara kullanımı, 11'inde (%52,3) alkol tüketimi, dört (%19) hastada keyif verici madde kullanım öyküsü mevcuttu. HIV tanısından sonra HPV PCR örneği alınma süresi ortalama 10 aydı. Örnek alındığı sırada hastaların ortalama CD4 sayısı 505/mm³ 'ti ve 10 (%47,6)'unda HIV RNA saptanabilir düzeyin altındaydı. Hastaların altısında latent evre sifiliz, ikisinde sekonder evre sifiliz, bir hastada MPox olmak üzere dokuzunda diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar saptandı. Hastalardan 17'sinde HPV DNA pozitif saptanırken, dördünde (%19) HPV DNA negatifti. Muayenede 10 hastada anal siğiller, birinde anal fistül ve bir hastada da anal pilide kanama odağı görüldü. Bir hastada HPV 18, iki hastada diğer alttiplerle birlikte HPV 18 ve üç hastada diğer alttiplerle birlikte HPV 16 saptandı. Kalan 11 hastada HPV 16 ve 18 dışındaki diğer alttipler tespit edildi. Dokuz hastaya genel cerrahi tarafından anoskopi, rektoskopi, rektosigmoideskopi veya kolonoskopi işlemleri yapıldı. Yedi hastada anal kondiloma akuminata, bir hastada perianal fistül, bir hastada düzensiz sınırlı lezyonlar saptandı. Patoloji örneği giden altı hastanın üçünde düşük dereceli skuamöz intraepitelyal neoplazi (AIN1), bir hastada yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal neoplazi (AIN3) saptandı. AIN1 gelişen 3 hastada HPV 16, HPV 18 ve diğer alt tipler, AIN3 olan hastada ise HPV 16 saptandı. Altı hastaya tedavi için kondilom ve verrüköz kitle koterizasyonu, eksizyonu ve kondilektomi yapıldı (Tablo 1). Toplamda yedi hastada (%33,3) HPV 'ye karşı aşılama yapıldı.

Tablo 1

	Saptanan HPV tipi	Muayene bulgusu	Anoskopi-kolonoskopi sonucu	Patoloji sonucu	Yapılan işlem
1	Diğer tipler	Anal siğil	Anal kondiloma akuminata, internal hemoroid	AIN 1	Kondilom koterizasyonu, Verüköz kitle eksizyonu
2	Diğer tipler	Anal siğil	-	-	-
3	Diğer tipler	-	-	-	-
4	Diğer tipler	Anal siğil	Anal kondiloma akuminata	-	-
5	HPV 18	Anal siğil	Anal kondiloma akuminata	AIN 1	Anal ve perineal lezyonların eksizyonu, Kondilektomi
6	Diğer tipler	Anal siğil	-	-	-
7	Diğer tipler	-	-	-	-
8	Diğer tipler	Perianal fistül	Perianal fistül	-	-
9	Diğer tipler	-	Anal kondiloma akuminata	-	Kondilom koterizasyonu
10	Diğer tipler	-	-	-	-
11	Diğer tipler	-	-	-	-
12	Diğer tipler	Anal siğil	-	-	-
13	HPV 16 ve diğer tipler	Anal siğil	Anal kondiloma akuminata	-	-
14	HPV 18 ve diğer tipler	Anal siğil	Anal kondiloma akuminata	-	Kondilom koterizasyonu
15	HPV 16 ve diğer tipler	Anal siğil	Anal kondiloma akuminata	AIN 3	Kondilom eksizyonu
16	HPV 16 ve diğer tipler	Pili ve kanama odağı	Düzensiz sınırlı yüzeyden kabarık lezyonlar	AIN 1	Kondilom eksizyonu
17	HPV 18 ve diğer tipler	Anal siğil	-	-	-

HPV PCR pozitif saptanan hastaların klinik ve histopatolojik bulguları

Sonuç: Örnek alınan hastaların dörtte üçünden fazlasında HPV pozitifliği ve %20'sine yakınında prekürsör lezyonların saptanması, HIV ile yaşayan bireylerde HPV enfeksiyonunun yüksek prevalansını göstermektedir. HPV enfeksiyonuna bağlı anal rektal kansinomun neden olduğu morbidite ve mortaliteyi azaltmak için tarama, ileri tanı yöntemleri ve aşılama stratejilerinin artırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: HIV, HPV, PCR, Kanser, Fırsatçı enfeksiyon

PS-56

HIV İLE YAŞAYAN KİŞİDE PROGRESİF MULTİFOKAL LÖKOENSEFALOPATİ

Ekrem Salduz¹, Sibel Altunışık Toplu¹, Ferhat Özer¹, Mehmet Özden¹, Funda Memişoğlu¹, Yasemin Ersoy¹, Adem Köse¹

¹Inönü Üniversitesi

Amaç: GİRİŞ: Progresif multifokal lökoensefalopati (PML), merkezi sinir sisteminin ciddi bir enfeksiyöz demiyelinizan hastalığıdır. PML, latent JC virüsün uzun süreli immünsüpresyon sonrasında reaktivasyonu sırasında oluşur. Genelde belirgin immünsüpresyona yol açan durumlar ile ilişkilidir ve klasik olarak da edinilmiş immün yetmezlik sendromu (AIDS) hastalarında görülür. Etkili antiretroviral tedavi (ART)'nin yaygın kullanımından bu yana, HIV enfeksiyonu olan hastalarda PML insidansı azalsa da HIV enfeksiyonu PML ye neden olan durumların başında gelmektedir. Bu olguda AIDS tanısını alan hastada gelişen PML hastalığı sunulmaktadır.

Yöntem: Olgu: Kırk iki yaşında, erkek hasta öksürük balgam şikayeti ile başvurduğu dış merkezde pnömoni tanısı ile yatırılarak tedavisi sırasında yapılan ELISA testinde Anti-HIV pozitif gelmesi üzerine tarafımıza yönlendirildi.

Bulgular: Hastanın gelişinde yaklaşık 2 aydır olan baş dönmesi, unutkanlık, dizartri, ataksik yürüyüşü ve agresif davranış bozukluğunun olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde sol kolda 3/5 ve sol elde 1/5 kas gücü kaybı mevcut olup, dört ekstremitede derin tendon refleksi alınmadı. Diğer nörolojik muayenesi normaldi. Hasta acil servisten pnömoni ön tanısı ile ileri tetkik ve tedavi amaçlı servisimize yatırıldı. Akciğer Bilgisayarlı Tomografide solda plevral efüzyon ve efüzyon komşuluğunda kaviter lezyon içeren konsolidasyon izlenmesi üzerine tüm kültürler ve balgam örneğinden tüberküloz için ARB, kültür ve PCR testleri alınarak ampirik olarak piperasilin-tazobactam ve linezolid tedavisi başlandı. CD4+T hücre sayısı 132 / μ L ve HIV RNA 629.000 kopya olarak saptandı. Hastada olası santral sinir sistemi enfeksiyon açısından lomber ponksiyon (LP) yapıldı. Beyin Omurilik sıvısında mm³ de 10 eritrosit görüldü, lökosit görülmedi. BOS glukoz 43 mg/dl, proteini 59 mg/L, kloru 116 olduğu tespit edildi. Bakterial menenjit etkenleri, vdrl, CMV, EBV, HSV, tüberküloz PZR, ARB negatif, Toksoplazma PCR negatif olarak tespit edildi. BOS sitolojinde patolojik bulgu saptanmadı. Çekilen kontrastlı kranial MRG de Bilateral bazal ganglionlarda talamusta, frontoparietal subkortikal beyaz cevherde ve orta beyinde nispeten simetrik görünümde bir kısmı hafif kontrastlanan T2-FLAIR hiperintensiteler izlenmiş olup ön planda progresif multifokal lökoensefalopati ile uyumlu olduğu raporlandı. Merkezimizde BOS da JCV-PCR çalışılmadığı için ve diğer olası enfeksiyöz sebepler ekarte edildiğinden hasta olası PML olarak düşünüldü. Pnömoni tedavisinin on ikinci gününde kriptokokal enfeksiyon ve tüberküloz dışlandıği için hastaya antiretroviral tedavi (emtrisitabin 50mg/gün, tenofovir 200mg /gün, biktgravir 25mg/gün) başlandı. ART tedavisinin on dördüncü gününde hastanın takiplerinde klinik düzelme olmakla beraber nörolojik bulgular devam ederken tüm uyarılara rağmen kendi isteği ile taburcu edildi.

Sonuç: Sonuç: Etkili ART'nin yaygın kullanımından bu yana, HIV enfeksiyonu olan hastalarda PML insidansı azalmış ve prognozu olumlu yönde etkilenmiştir. Bununla beraber PML HIV ile yaşayan hastalarda önemli bir sorun oluşturmaya devam etmektedir. ART tedavisinin geciktiği, AIDS basamağına gelmiş, nörolojik belirti ve bulguları olan hastalarda ayırıcı tanıda PML akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HIV hastalığı, pml, nörolojik semptom, kişilik bozukluğu

PS-57

ORDU'DA HIV/AIDS; DEĞİŞEN EPİDEMİYOLOJİK DİNAMİKLER

Hatun Öztürk Çerik¹, Arzu Altunçekiç Yıldırım¹, Celali Kurt¹

¹Ordu Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

Amaç: Dünya çapında milyonlarca insanı etkileyen insan immün yetmezlik virüsü (HIV), toplumun özellikle genç nüfusu olmak üzere tüm kesimlerini etkileyebilmesi, immün yetmezliğe, ciddi fırsatçı enfeksiyonlara, malignitelere neden olabilmesi, kişiden kişiye bulaşarak yayılmaya devam etmesi nedeniyle önemli bir halk sağlığı tehdididir. HIV enfeksiyonu ülkemizde ilk defa 1985 yılında saptanmış olup hasta sayısı yıllar içerisinde artmaya devam etmektedir. Ülkedeki artışa paralel olarak Ordu ilinde de HIV enfeksiyonu olan hasta sayısı son yıllarda hızla artmaktadır. Kliniğimizde yeni tanı alan ve takibimize giren hasta sayısı her geçen gün artmaya devam etmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde takibe alınan HIV ile enfekte bireylerin epidemiyolojik verileri irdelenmiştir.

Yöntem: Ordu'da HIV ile enfekte hasta takibi yapan tek merkez olan Ordu Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde takibe alınan HIV ile enfekte bireylerin epidemiyolojik verileri, tanı tarihleri, HIV bulaş yolları, yaşam tarzları, madde kullanımı, alkol ve sigara kullanımı, partner durumları, hastalık evreleri ve immün yetmezlik durumları, verilen tedaviler, güncel HIV RNA ve CD4 hücre sayıları, komorbiditeleri ve fırsatçı enfeksiyonları retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: 21 Kasım 2023 itibarı ile HIV enfeksiyonu nedeni ile kliniğimizde takip edilen hasta sayısı 80'dir. Hastaların %34'ü 35 yaş altında olup ortalama yaş 41,2 (18-70) olarak saptanmıştır. Hastaların büyük çoğunluğunu (%83,1) erkek hastalar oluşturmaktadır. Erkek hastalardan 4'ü mahkum, 3'ünde madde ve alkol bağımlılığı öyküsü mevcut olup, 5 hastanın anamnezinde homo/biseksüel yönelim bilgisi edinilmiştir. Takipte 12 enfekte kadın hastamız bulunmaktadır. Bu hastalardan 9'u eşi ile birlikte kliniğimizde takip edilmektedir. Madde veya alkol bağımlılığı olan kadın hastamız bulunmamaktadır. Kadın hastalardan biri maalesef 6 aylık gebe iken tanı almıştır, başka bir kadın hasta ise tanı aldıktan birkaç ay sonra gebe kalmıştır. 2 kadın hastamız da gebelik planı nedeni ile tetkik edilirken tanı almıştır. Yine bir kadın hastamız, nikah öncesi tetkiklerde eşinin HIV ile enfekte olduğunu öğrenmiş olmasına rağmen hastalık hakkında yeterli bilgisi ve eğitimi olmadığı için sonrasında kendi de enfekte olmuştur. Hastaların büyük çoğunluğu asemptomatik veya erken semptomatik dönemde tanı almıştı. Sadece 9 hastada AIDS tanımlayıcı hastalık bulunmaktaydı. Bu hastalıklar; serebral toxoplazmozis, CMV hastalığı, akciğer tüberkülozu, milier tüberküloz, HIV ilişkili ensefalopati ve Burkitt Lenfoma idi. Sekiz hastada sifiliz, 3 hastada da Hepatit B ko-enfeksiyonu mevcuttur. Hastaların tanı yıllarını değerlendirdiğimizde 22 hasta 2019 öncesi tanı almış olup, 2019 yılında 6 hasta, 2021 yılında 14, 2022'de ise 8 hasta saptanmıştır. 2020 yılında muhtemelen pandemi nedeni ile hastane başvuruları ertelenmiş olduğu için tanı alan hastamız bulunmamaktadır. 2023 yılında önceki yıllara göre ciddi vaka artışı görülmüş olup, 21 Kasım tarihine kadar 30 hastaya (%37) HIV enfeksiyonu tanısı konularak tedavisine başlanmıştır. Dokuz hasta daha önce tanı almış olmasına rağmen tedaviye başlamamış ve antiretroviral tedavileri bu yıl içinde kliniğimizde başlanmıştır. Böylelikle hastaların yaklaşık yarısını 2023 yılında takip ve tedavi alan hastalar oluşturmuştur. Takibe alınan hastalardan 5 hasta kontrole gelmemiş, kontrole gelen hastaların 44'ünde HIV RNA negatifliği sağlanmıştır. Diğer hastalarda da viremi düzeylerinde düşme saptanmıştır, ancak bu hastaların çoğunluğuna 2023 yılı içinde tedavi başlanmış olduğu için henüz tam virolojik yanıt alınamamıştır.

Yıllara göre tanı alan HIV ile enfekte hasta sayıları

Yıl	Tanı Alan Hasta Sayısı
2015 ve öncesi	11
2016	6
2017	2
2018	5
2019	6
2020	0
2021	14
2022	7
2023	29

Sonuç: Dünyada ve Türkiye’de artan HIV prevalansının ilimize ve kliniğimize de yansımaları olarak takibe alınan HIV ile enfekte birey sayıları hızla artmaktadır. HIV enfeksiyonu açısından çoğunlukla genç-erişkin yaş grubu daha fazla risk altındadır. Kliniğimizdeki verilerle paralel olarak hastalığın farkındalığının olmaması, gençlerin bu konuda eğitimsiz olması virüsün yayılmasına neden olmaktadır. Ayrıca üreme çağındaki kadınlarda erken tanı ve tedavi sağlanamazsa bu hastalık anneden bebeğe de bulaşabilmektedir. Güncel antiretroviral ilaçların düzenli kullanımı ile hastaların uzun ve kaliteli bir yaşam sürmesi ve hastalığın bulaşının önlenmesi mümkündür. Tedavideki gelişmelere rağmen; riskli davranışların yoğun olduğu popülasyonların artması, bulaş konusunda yeterli eğitimin olmaması ve önlemlerin alınmaması hastalığın yayılmasına neden olmaktadır. HIV enfeksiyonunun farkındalığının artırılması, hastalık oluşmadan önlemlerin alınması, bulaş ve korunma yöntemleri ile ilgili eğitimlerin planlanması gerekmektedir. Ayrıca enfekte hastaların hastalık ilerlemeden erken evrede saptanarak vakit kaybetmeden tedavilerinin başlanması önemli noktalardır.

Anahtar Kelimeler: HIV, Kazanılmış İmmün yetmezlik, AIDS, Epidemiyoloji

PS-58

ATİPİK CİLT LEZYONLARI İLE MAYMUN ÇİÇEĞİ VE HIV ENFEKSİYONU TANISI ALAN BİR OLGU

**Damla Akdağ¹, Meliha Meriç Koç¹, Özlem Gökçe¹, Büşra Özcan¹, Alper Gündüz¹,
Özlem Altuntaş Aydın¹**

¹Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Amaç: Maymun çiçeği (MPX) virüsü hastalığı, Mayıs 2022 itibarıyla 50'den fazla ülkeden 5.000'den fazla vakanın resmi olarak rapor edilmesinin ardından, Dünya Sağlık Örgütü tarafından "Uluslararası Önem Arz Eden Halk Sağlığı Acil Durumu" olarak ilan edildi. İnsan bağışıklık yetmezliği virüsü (HIV) enfeksiyonunun MPX hastalığına yakalanma riskini etkileyip etkilemediği hala net olmasa da 2022 salgınından elde edilen kohort verileri, enfekte olanlar arasında HIV ile yaşayanların %36-%42 arasında değiştiğini göstermektedir. Bu raporda da komplike deri-yumuşak doku enfeksiyonu (KDYDE) kliniği ile başvurup hem MPX hem de HIV enfeksiyonu tanısı alan bir olgu özetlenmiştir.

Yöntem: Olgu Sunumu

Bulgular: Kırk altı yaşında, kronik hastalığı olmayan, öz/soy geçmişinde özellik bulunmayan hasta, bir buçuk ay önce ortaya çıkıp giderek büyüyen cilt lezyonları ile gittiği dış merkezde yapılan anti-HIV testinin reaktif saptanması üzerine, Mart 2023'te kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede; saçlı deride, sol bukkal bölgede, sağ nazolabial olukta ve anogenital bölgede, maküler zeminde ülser, ağrılı lezyonlar gözlemlendi. Ayrıca sol el 4.parmakta, tırnak yapısını bozan ağrılı ve pürülan akıntılı ülser lezyonu mevcuttu. Sifiliz, kütanöz tüberküloz, malignite, kütanöz layşmanyoz, dermatofitoz ve sarkoidoz ayırıcı tanıları ile danışıldığı Dermatoloji tarafından herpes zemininde süperenfeksiyon düşünüldü, cilt biyopsisi yapıldı. Valasiklovir ve KDYDE ön tanısı ile ampisilin-sülbaktam başlandı. HIV RNA: 204 000 kp/mL, CD4+ T lenfosit: 83 hücre/mm³, CRP: 24 mg/L; HbsAg, anti-HCV, kriptokok antijeni, TPHA, VDRL, VZV IgM/IgG, HSV 1/2 IgM ve Quantiferon negatif; HSV 1/2 IgG pozitif sonuçlandı. Biktegravir/tenofovir alafenamid/emtristabin ve profilaktik ko-trimaksazol tedaviye eklendi. Öksürük yakınması üzerine görülen akciğer tomografisinde buzlu cam sahaları vardı; balgamda tüberküloz polimeraz zincir reaksiyon (PZR) ve Pneumocystis carinii PZR testleri negatif olarak sonuçlandı, asidorezistan basile rastlanmadı. Antibiyoterapi ile lezyonlarda ve ağrısında kısmi gerileme olan hastanın doku biyopsisinin histopatolojik incelemesinde bulguların viral enfeksiyon açısından şüphe uyandırdığı ancak immünohistokimyasal HSV boyası ile doğrulama sağlanamadığı öğrenildi. Erüpsiyonlardan ve orofarengeal bölgeden alınan sürüntü örnekleri ve serum, MPX PZR çalışılmak üzere referans laboratuvara gönderildi, pozitif olarak sonuçlandı. İzolasyonu tamamlanan ve lezyonlarında gerileme olan hasta şifa ile taburcu edildi.

Cilt lezyonları



Sonuç: MPX, sıklıkla papül, vezikül, püstül gibi cilt lezyonlarına evrilen döküntü ile karakterizedir. Yine de bu olguda görüldüğü gibi atipik cilt bulgularıyla veya bakteriyel süperenfeksiyon ile prezente olabilir. Özellikle HIV ile yaşayan kişilerde akla gelen bir hastalık olsa da, henüz tanı almamış vakaların saptanmasına öncülük edebileceği göz ardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Maymun çiçeği, HIV

PS-59

HIV İLE YAŞAYAN KİŞİDE EBV POZİTİF NONHODGKİN LENFOMA OLGUSU

Rymejsa Gurmani¹, Nurgül Andıç¹, Bülent Durdu¹, Yasemin Akkoyunlu¹, Gülay Okay¹, Turan Aslan¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi

Amaç: HIV ile yaşayan kişilerde en sık görülen malignitelerin başında Kaposi Sarkomu ve Lenfomalar gelmektedir. Aynı zamanda HIV ile yaşayan kişilerde en önemli mortalite ve morbite nedenlerinden biridir. Tedavisiz izlenmekte olan HIV olgularında, Kaposi Sarkomu ve Lenfoma başta olmak üzere birçok kanserin görülme riski artmıştır.

Yöntem: Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları polikliniğine 12 Nisan tarihinde başvuran hasta değerlendirildi

Bulgular: İki yıldır HIV ile yaşayan fakat tedavi başlamamış olan, otuz beş yaş erkek hasta; üşüme-titre ile yükselen ateş, terleme, makat bölgesinde şişkinlik yakınmasıyla başvurdu. Fizik muayenede ateş: 38.3 °C, TA: 119/78 mmHg, nabız 127/ dk. Bilinç açık, oryante-koopere, bilateral aksiller LAP, inguinal LAP ve perianal bölgede fluktuasyon veren kitle saptandı. Tüm kültürleri alınarak Piperasilin/Tazobaktam ve Trimetoprim/Sulfametaksazol profilaksisi başlandı. Yapılan tetkiklerde Lökosit - 4,50 10³/uL, Nötrofil mutlak sayısı - 3,25 10³/uL, CRP - 110,27 mg/L, Total CD4 Sayısı - 69 /mm³, HIV RNA - 281372 kopya/ml, EBV VCA IgG - 1,59 AU/ml, EBV VCA IgM - 0.05 Negatif AU/ml, EBV EBNA IgM - 0.359 Negatif olarak bulundu . Yapılan tüm vücut bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde; her iki aksiller bölgede, mediastinal ve hiler alanda, paraaortokaval ve inguinal LAP, hepatosplenomegali, rektumda duvar kalınlık artışı tespit edildi. Onkolojik PET: “Rektumda yoğun düzeyde artmış FDG tutulumu gösteren hipermetabolik kitlesel lezyon, bilateral iliak ve inguinal bölgelerde yoğun FDG tutan hipermetabolik lenfadenopatiler” olarak yorumlandı. Alınan kan kültürlerinde Salmonella Enterica üremesi olan hastaya Seftriakson tedavisi, perianal apse için Metronidazol tedavisi ve Dolutegravir+Emtrisitabin+Tenofovir Disoproksil antiretroviral (ART) tedavisi başlandı. Hastanın takiplerinde ateş dönemlerinin tekrarlaması, hipotansif seyri ve akut faz reaktanlarının yüksekliği nedeni ile Meropenem+Vankomisin tedavisine geçildi. Yapılan inguinal lenf nodu eksizyonel biyopsi sonucu; Parsiyel T hücre immünofenotipi gözlenen, EBV Pozitif Lenfoma infiltrasyonu gözlenildi. Hastaya kemoterapi başlanması için Hematoloji bölümüne sevk edildi, tarafımızca takibine devam edildi. Kliniği düzelen, akut faz reaktan değerleri gerileyen hastanın Meropenem+Vankomisin tedavisi kesilip, Metronidazol tedavisi devam edildi. ART başlanmasıyla 1. ayında Total CD4 Sayısı - 41 /mm³ idi. Kemoterapi tedavisinin birinci kürünün, yirmi ikinci gününde, genel durum kötüleşmesi nedeni ile tarafımızca Meropenem başlandı. Solunum sıkıntısı gelişmesi, hipotansiyon derinleşmesi nedeni ile yoğun bakım ünitesine sevk edilen hasta, birkaç gün sonra vefat etmiştir.

Sonuç: Özellikle AIDS evresindeki hastalarda malignite eşlik edebileceği unutulmamalıdır. Antiretroviral tedavinin (ART) mortalite ve morbitiyi azaltmasında katkı sağladığından dolayı, toplum farkındalığı ve erken dönem tedavi başlanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: HIV/AIDS, malignite

PS-59

HIV İLE YAŞAYAN KİŞİLERİN BÖBREK FONKSİYONLARI DEĞİŞİMLERİNİN RETROSPEKTİF İNCELENMESİ: ULUDAĞ KOHORTU

Mete Yaşar¹, Uğur Önal¹, Abdulmecit Yıldız¹, Esra Kazak¹, Yasemin Heper¹, Emel Yılmaz¹, Halis Akalın¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Amaç: HIV ile yaşayan kişilerde böbrek fonksiyonları hastalığının seyri ve antiretroviral tedaviyle (ART) ilişkili farklılıklar gösterebilmektedir. HIV ile ilişkili böbrek hastalıkları doğrudan HIV enfeksiyonu ile ilişkili nefropati (HIVAN) veya antiretroviral tedavide kullanılan ilaçların nefrotoksik etkileriyle ortaya çıkabilmektedir. HIV ile ilişkili nefropati glomerül, tübül ve interstisyumu içeren tüm kompartmanları etkilemekle birlikte tipik klinik tablo Fokal Segmental Glomeruloskleroz (FSGS) şeklinde olmaktadır. Siyah ırkta HIVAN görülme oranı beyaz ırka göre daha yüksektir. Bu durum genetik olarak Apolipoprotein L1 proteinini kodlayan APOL1 genindeki varyantlara bağlanmaktadır. HIV ile ilişkili böbrek fonksiyonları değişikliği HIVAN tanısı dışında antiretroviral tedavi ile böbrek hasarı, trombotik mikroanjiyopati, tübüler ve interstisyel böbrek hasarını içeren akut böbrek yetmezliği, nefrotik sendrom ve fırsatçı enfeksiyonların direkt böbrek toksisitesi ile ilişkilendirilebilir. HIV enfeksiyonu tedavisinde son 20 yılda farklı kombinasyonlar kullanılmıştır. Bu çalışmamızda tek tablet tedavilerinin böbrek fonksiyonları üzerine etkilerini ve nefropati ile başvuran tedavi naif hastaların klinik özelliklerini gözden geçirdik.

Yöntem: Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde 2010-2022 yılları arasında HIV enfeksiyonu tanısı ile izlenen 408 hastanın ilk 1 yıllık verileri retrospektif olarak değerlendirilerek kayıt altına alınmıştır. Hastaların demografik verileri, kullandığı antiretroviral tedavileri, tanıdaki nefropati varlığı ve nefropati ile ilişkili olan laboratuvar verileri dosyalarından elde edilmiştir. Tek tablet rejimi ile tedavi edilen hastaların tanı anı, 6 ve 12. ay üre, kreatinin, GFR değerleriyle tanı anı CD4 Sayısı ve HIV RNA düzeyleri incelenmiştir. Tanıda nefropati olan ve olmayan gruplar komorbiditeleri, demografik ve laboratuvar verileriyle kıyaslanmıştır. İstatistiksel analizde IBM SPSS Statistics 25.0 kullanılmıştır.

Bulgular: 2010-2022 yılları arasında HIV enfeksiyonu tanısı alan olgularda tek tablet rejimiyle tedavi olan 408 hastanın ilk 1 yıllık verileri incelendi. Aynı zamanda tanı anında nefropatisi olan 14 hasta ile olmayan 394 hasta karşılaştırıldı. Tek tablet tedavisi olarak 75 hasta Emtrisitabin, Biktegravir ve Tenofovir Adefenamid (TAF) kombinasyonu; 118 hasta Elvitegravir, Kobisistat, Emtrisitabin, TAF kombinasyonu; 67 hasta Abakavir, Lamivudin, Dolutegravir ve 63 hasta Elvitegravir, Kobisistat, Emtrisitabin, Tenofovir Disoproksil Fumarat (TDF) tedavisi almıştı. 4 farklı kombinasyonun tanı anı, 6 ve 12. ayda ortalama üre, kreatinin ve Glomerüler Filtrasyon Hızı (GFR) değeri ile tanı anı CD4 sayısı ve HIV RNA düzeyi Tablo 1'de sunulmuştur. Tüm kombinasyonlarda tanı anı ile 6. ay ve tanı anı ile 12. ay karşılaştırması yapıldığında kreatinin değerlerinde artış ve GFR değerlerinde düşüş mevcut olup anlamlı farklılık saptanırken ($p < 0,001$) üre değerlerinde anlamlı farklılık yoktu (Tablo 1). Tedavi naif 14 hastada tanı anında nefropati saptandı (14/393: %3). Bu hastaların demografik özellikleri, tedavileri, ortalama CD4 Sayısı ve HIV RNA düzeyleri ile tanı anı ve 12. aydaki ortalama kreatinin ve GFR değerleri Tablo 2'de sunulmuştur. 3 hastanın ölümü sebebiyle 12. ay verileri elde edilemedi. Klinik ve laboratuvar olarak hastalarımızda trombotik mikroanjiyopati saptanmadı. Akut böbrek yetmezliği tanısı olan hastaların 5'i 12. ayda bazal kreatinin ve GFR değerlerine dönerken, 4'ü kronik böbrek yetmezliği

ile komplike oldu. Tanı sırasında nefropatisi olan hastaların (Grup 1) ortalama yaşı 57; nefropatisi olmayanların ise (Grup 2) 41 idi ($p < 0,001$). Grup 1'de CD4 sayısı ortalama 221 (hücre/ μ l); Grup 2'de 412 (hücre/ μ l) olup anlamlı farklılık mevcuttu ($p = 0,005$).

Tablo 1. Tek tablet rejimlerinin laboratuvar verileri

Tedavi	Takip	Üre (mg/dL)	Kreatinin (mg/dL)	GFR (CKD-EPI)	Ortalama CD4 Sayısı HIV RNA düzeyi
1. Emtricitabin	Tanı	26,1±0,7 (n=75)	0,8±0,01 (n=75)	112±1,5 (n=75)	356 (hücre/ μ l) 717485 (Kopya/ml)
	6. ay	27,9±1,1 (n=51)	0,91±0,01 (n=60)	101±2,1 (n=60)	
	12. ay	28±0,9 (n=63)	0,9±0,02 (n=64)	101±2,2 (n=64)	
	P1	0,278	<0,001	<0,001	
	P2	0,097	<0,001	<0,001	
	6. ay	29,1±1,5 (n=115)	0,83±0,01 (n=116)	110±1,5 (n=114)	
2. Elvitegravir	Tanı	28,8±0,8 (n=97)	0,87±0,01 (n=101)	105±1,6 (n=98)	431 (hücre/ μ l) 950067 (Kopya/ml)
	6. ay	27±0,6 (n=104)	0,85±0,01 (n=104)	105±1,7 (n=104)	
	12. ay	0,443	<0,001	<0,001	
	P1	0,978	<0,001	<0,001	
	P2	0,978	<0,001	<0,001	
	6. ay	26,4±1,5 (n=63)	0,83±0,01 (n=65)	114±2 (n=65)	
3. Abakavir	Tanı	28,5±1,2 (n=59)	0,9±0,01 (n=60)	107±1,9 (n=60)	435 (hücre/ μ l) 1113647 (Kopya/ml)
	6. ay	25,8±0,92 (n=59)	0,91±0,01 (n=60)	106±2 (n=60)	
	12. ay	0,060	<0,001	<0,001	
	P1	0,451	<0,001	<0,001	
	P2	0,451	<0,001	<0,001	
	6. ay	26,8±0,8 (n=62)	0,81±0,01 (n=61)	110±1,4 (n=61)	
4. Elvitegravir	Tanı	28,1±0,9 (n=52)	0,91±0,02 (n=52)	102±2,3 (n=51)	447 (hücre/ μ l) 595464 (Kopya/ml)
	6. ay	28,4±0,9 (n=57)	0,9±0,01 (n=57)	103±1,9 (n=57)	
	12. ay	0,485	<0,001	<0,001	
	P1	0,463	<0,001	<0,001	
	P2	0,463	<0,001	<0,001	
	6. ay	28,4±0,9 (n=52)	0,9±0,01 (n=52)	103±1,9 (n=51)	

P1: Tanı anı ve 6. ay karşılaştırması, P2: Tanı anı ve 12. ay karşılaştırması

Tablo 2. Tedavi naif ve tanı sırasında nefropatisi olan hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri

Klinik Tablo	Kreatinin/GFR		CD4 Sayısı /	Tedavi
	(mg/dL) / (CKD-EPI)		HIV RNA Düzeyi	
	TANI	12. AY	(hücre/ μ l) / (Kopya/ml)	
1.HIVAN (72 y, e)	1,37 / 52	-	102 / 8436540	Emtrisitabin + Efavirenz
2.Nefrotik S. (58 y, e)	0,8 / 100	0,79 / 103	448 / 217350	TDF Lamivudin + Zidovudine
• Proteinüri	2100 mg/24h	540 mg/24h		
3.ABY (40 y, e)	1,5 / 60	1,00 / 98	458 / -	Lamivudin + Abakavir + Zidovudine
4.ABY (57 y, e)	6,42 / 8,7	0,78 / 104	130 / 33570	Emtrisitabin + Efavirenz
5.ABY (77 y, k)	1,93 / 26	0,91 / 65	22 / 2298636	TDF Lopinavir + Ritonavir
6.KBY on ABY (70 y, e)	2,32 / 29	2,5 / 27	- / 87,7	Lamivudin + Zidovudine İndinavir + Lamivudin
7.ABY (45 y, e)	1,25 / 70	-	58 / 228859	Zidovudine Elvitegravir + Kobiciclovir + Tenofovir + Emtrisitabin + TDF
8.ABY (53 y, e)	1,14 / 58	1,10 / 78	595 / 64139	Elvitegravir + Kobiciclovir + Tenofovir + Emtrisitabin + TDF
9.ABY (57 y, e)	1,24 / 66	1,14 / 73	193 / 392479	Abakavir + Lamivudin + Zidovudine Dolutegravir
10.ABY (54 y, e)	1,02 / 87	0,85 / 103	35 / 52788	Emtrisitabin + Efavirenz
11.ABY (77 y, e)	1,17 / 64	0,89 / 88	376 / 1270045	TDF Emtrisitabin + Efavirenz
12.ABY (60 y, e)	1,63 / 47	1,19 / 68	72 / 2892425	TDF Elvitegravir + Kobiciclovir + Tenofovir + Emtrisitabin + TDF
13.ABY (31 y, e)	1,16 / 86	1,31 / 74	378 / 66292	Abakavir + Lamivudin + Zidovudine Dolutegravir
14.ABY (47 y, e)	1,98 / 40	-	9 / 420111	Elvitegravir + Kobiciclovir + Tenofovir + Emtrisitabin + TDF

Y:yaş, E:Erkek, K:Kadın, ABY:Akut Böbrek Yetmezliği, KBY:Kronik Böbrek Yetmezliği

Tablo 3. Nefropatisi olan (Grup 1) ve olmayan (Grup 2) hastaların karşılaştırması

Parametreler	Grup 1	Grup 2	P değeri
	(n=14)	(n=394)	
Yaş	57 $\pm$ 3,6	41 $\pm$ 0,6	<0,001
CD4 Sayısı	221 $\pm$ 55	412 $\pm$ 12	0,005
(hücre/ μ l)	(n=13)	(n=392)	
HIV RNA düzeyi	675417	827113	0,834
(kopya/ml)	(n=13)	(n=394)	
HIV Öncesi Böbrek Hastalığı	1 Hasta	6 Hasta	0,205
Tanı	1,78 $\pm$ 0,3	0,83 $\pm$ 0,02	0,026
(n=14)	(n=383)		
Kreatinin	1,03 $\pm$ 0,06	0,93 $\pm$ 0,03	0,608
6. ay	(n=10)	(n=330)	
(mg/dl)	1,1 $\pm$ 0,1	0,9 $\pm$ 0,02	0,215
12. ay	(n=10)	(n=350)	
Tanı	57 $\pm$ 6,9	111 $\pm$ 0,8	<0,001
(n=14)	(n=381)		
GFR	82 $\pm$ 6,2	104 $\pm$ 1	<0,001
6. ay	(n=10)	(n=326)	
(CKD-EPI)	81 $\pm$ 7,5	104 $\pm$ 0,95	0,215
12. ay	(n=10)	(n=350)	
Tanı	72 $\pm$ 15	26 $\pm$ 0,5	0,011
(n=14)	(n=382)		

Üre (mg/dl)	6. ay	27±3,5 (n=11)	28±0,7 (n=316)	0,796
	12. ay	25±4,2 (n=10)	27±0,7 (n=347)	0,620
Lipid Paneli	Trigliserit	219±39,6 (n=13)	144±4,3 (n=389)	0,003
	(mg/dl)			
	HDL	37±4,2 (n=13)	38±0,6 (n=388)	0,850
	(mg/dl)			
	LDL	112±12 (n=7)	99±1,8 (n=351)	0,322
	(mg/dl)			
Komorbidite	Total Kolesterol	184±9,6 (n=13)	167±2,1 (n=389)	0,146
	(mg/dl)			
	Hipertansiyon	4 Hasta	32 Hasta	0,027
	Diyabetes M.	3 Hasta	16 Hasta	0,023
	Koroner Arter H.	3 Hasta	24 Hasta	0,058
	Malignite	1 Hasta	10 Hasta	0,322

Not: Yaş, CD4 sayısı, HIV RNA düzeyi ve Lipid paneli tanı anı değerleridir.

Sonuç: Çalışmaya aldığımız 4 farklı tek tablet rejimi alan hastaların takibinde 6. ve 12. ayda kreatinin değerlerinde anlamlı yükseliş saptandı. Ayrıca GFR düzeylerinde de anlamlı azalma mevcuttu. Bu durumun uzun dönem sonuçlarıyla değerlendirilmesinin daha uygun olacağı kanaatine varıldı. Nefropatisi olan hasta grubunun (%3) Afro-Amerikan hasta popülasyona (%10) göre oransal olarak azlığı muhtemelen siyah ırkta mevcut olan APOL1 geni varyantının ülkemizde daha az görülmesiyle ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz. Trombotik mikroanjiyopatinin görülmemesi de bununla ilişkili olarak düşünülebilir. Riskli hasta grubunda APOL1 geninin tespit edilmesi bu açıdan önemlidir. Histopatolojik verifikasyon yapılamaması özellikle akut böbrek yetmezliği olan hasta grubunda HIV ile ilişkili nefropatinin saptanmasına engel olmaktadır. Grup 1'in Grup 2'ye göre ortalama yaş ve trigliserit düzeylerinin yüksek olması ile oluşan ateroskleroz zeminine ek olarak diyabetes mellitus ve hipertansiyon gibi komorbiditelerin de görülme oranlarının fazla olması nefropati gelişimine zemin hazırlayabilir. HIV ile yaşayan kişilerin giderek yaşlanması ve komorbiditelerinin daha fazla olması nedeniyle böbrek fonksiyonlarının daha yakından takip edilmesi büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Nefropati, tek tablet, HIVAN, uludağ, HIV



İLETİŞİM BİLGİLERİ

BİLİMSEL SEKRETARYA

Doç. Dr. Ahmet Çağkan İNKAYA
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara
E-posta: inkaya@hacettepe.edu.tr

ORGANİZASYON SEKRETARYASI



Fişekhane Cad. Türkçü Sokak Kayalı Apt. A-Blok No:6/7
Bakırköy, İstanbul
Telefon: 0212 543 10 00
Fks: 0212 543 36 36
GSM: 0532 232 56 15
E-posta: cihan@suerturizm.com
www.suerturizm.com