

# HIV/AIDS 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel,  
ANTALYA

[hivaidskongresi.com](http://hivaidskongresi.com)

**ÖZET KİTABI**

## ÇAĞRI

Değerli Meslektaşlarımız,

HIV enfeksiyonu ile ilgili ülkemizde önemli faaliyetler gösteren beş derneğin ortak kararıyla kurulan Türkiye HIV/AIDS Platformu tarafından düzenlenen HIV/AIDS Kongresi'nin dokuzuncusunu 4-7 Aralık 2025 tarihleri arasında sizlerle birlikte gerçekleştirecek olmanın heyecanı ve mutluluğu içindeyiz.

Dünya genelinde HIV enfeksiyonuyla mücadelede önemli adımlar atılmış olsa da, Orta Doğu ve Doğu Avrupa dahil olmak üzere bölgemizde enfeksiyon sıklığında artış devam etmektedir. Ülkemizde ise hem yeni tanı alan olgu sayılarındaki yükseliş hem de HIV ile uzun süredir yaşayan bireylerin karşı karşıya kaldığı yeni sağlık ihtiyaçları, bu alandaki disiplinler arası iş birliğini ve güncel bilimsel bilgiye erişimi her zamankinden daha önemli hale getirmiştir.

Günümüzde HIV yönetimi yalnızca antiretroviral tedaviyle sınırlı değildir; izlem süreci, yaşam kalitesini artırma hedefiyle birlikte farklı tıbbi ve sosyal boyutları içeren bütüncül bir yaklaşım gerektirmektedir. Bu nedenle kongremiz, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanlarını, farklı disiplinlerden hekimleri, sivil toplum temsilcilerini ve sağlık alanında eğitim gören genç meslektaşlarımızı aynı çatı altında buluşturmayı amaçlamaktadır.

Kongremizde, HIV enfeksiyonuna dair bilimsel gelişmeler, epidemiyolojik veriler, klinik uygulamalar ve toplumsal etkiler alanında güncel bilgiler paylaşılacak; deneyimli uzmanlar, genç meslektaşlarımız ve tüm paydaşlar arasında bilgi alışverişi sağlanacaktır.

Her yıl büyüyen, güçlenen ve alanında referans bir etkinlik haline gelen HIV/AIDS Kongresi'nde sizleri de aramızda görmekten büyük onur duyacağız.

Bilimin, dayanışmanın ve ortak aklın ışığında buluşmak dileğiyle...

**Sevgi ve Saygılarımızla,**

**Türkiye HIV/AIDS Platformu adına**

**Prof. Dr. Serhat ÜNAL**  
Kongre Başkanı

**Prof. Dr. Behice KURTARAN**  
Kongre Başkan Yardımcısı

**Prof. Dr. Özlem ALTUNTAŞ AYDIN**  
Kongre Genel Sekreter

## 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

Prof. Dr. Serhat ÜNAL

### KONGRE BAŞKAN YARDIMCISI

Prof. Dr. Behice KURTARAN

### KONGRE SEKRETERİ

Prof. Dr. Özlem ALTUNTAŞ-AYDIN

### ÜYELER

Prof. Dr. Halis AKALIN  
Prof. Dr. Aliye BAŞTUĞ  
Prof. Dr. Deniz GÖKENGİN  
Doç. Dr. Asuman İNAN  
Doç. Dr. Ahmet Çağkan İNKAYA  
Prof. Dr. Volkan KORTEN  
Prof. Dr. Hüsnü PULLUKÇU  
Prof. Dr. Fehmi TABAK  
Prof. Dr. Yeşim TAŞOVA

### 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. Aliye BAŞTUĞ  
Prof. Dr. Atahan ÇAĞATAY  
Prof. Dr. Mustafa Kemal ÇELEN  
Sn. Rojda ÇELİK  
Doç. Dr. Aydın DEVECİ  
Prof. Dr. Deniz GÖKENGİN  
Doç. Dr. Asuman İNAN  
Prof. Dr. Dilara İNAN  
Doç. Dr. Ahmet Çağkan İNKAYA  
Prof. Dr. İlkey 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. Hüsnü PULLUKÇU  
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 YILDIZ SEVGİ



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

4-7 ARALIK 2025

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



## KURS PROGRAMI

### 4 ARALIK 2025, PERŞEMBE

|                | SALON B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SALON C                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09.00<br>13.15 | <b>TEMEL BİLİM METODOLOJİ KURSU</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>SOSYAL YÖNÜYLE HIV ARAŞTIRMALARI KURSU</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                | Kurs Koordinatörü: <b>Ahmet Çağkan İNKAYA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Kurs Koordinatörü: <b>Bülent TURAN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 09.00<br>09.45 | İnflamasyon Nedir Nasıl Çalışılır?<br><b>İsmail YAZ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Kırılgan Gruplar: Nasıl İncelenir?<br><b>Özge KARADAĞ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 09.45<br>10.30 | Hücreyel Fonksiyonel Çalışmalar<br><b>Ulukan SİLİ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Niteliksel - Mixed Method Çalışmalar<br><b>Janet Molzan TURAN, Bülent TURAN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 10.30<br>11.00 | Güncel Literatürden Örnekler<br><b>Veysel AKÇA</b><br><br><b>SS-01</b> HIV ile Yaşayan Bireylerde İmmün Tükenme ve Kanser Riskinin Değerlendirilmesinde ELAY ve EDA Oranları<br><b>Veysel AKÇA</b><br><br><b>SS-02</b> HIV ile Yaşayan Kişilerde Vitamin B12/CRP Oranı: Biyoinflamasyon ile İlişkili Yeni Bir Göstergenin Değerlendirilmesi<br><b>Selma İlkay ŞAHİN</b> | Güncel Literatürden Örnekler<br><b>Orçun BARKAY</b><br><br><b>SS-03</b> Türkiye'de HIV ile Yaşayan Kişilerde Damgalama Deneyimlerinin İncelenmesi<br><b>Zeynep CESUR</b><br><br><b>SS-04</b> HIV ile Yaşayan Bireylerde Umutsuzluk Durumunun Değerlendirilmesi<br><b>Sevgi SÖKÜLMEZ-YILDIRIM</b>                                                                                                                                |
| 11.00<br>11.15 | <b>KAHVE ARASI</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 11.15<br>12.00 | Transkriptomik Analizler<br><b>Ertuğrul Çağrı BÖLEK</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Damgalama ve Ayrımcılık<br><b>Bülent TURAN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 12.00<br>12.45 | Metabolomik Çalışmalar<br><b>Emirhan NEMUTLU</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | İmplementasyon/Uygulama Çalışmaları<br><b>Janet Molzan TURAN, Bülent TURAN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 12.45<br>13.15 | Güncel Literatürden Örnekler<br><b>Mertcan UZUN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Güncel Literatürden Örnekler<br><b>Zeynep Cansu ÇALIŞKAN</b><br><br><b>SS-05</b> HIV ile Yaşayan Bireylerde Dayanıklılık ve Travma Sonrası Büyümenin Psikolojik ve Biyolojik Göstergelerle İlişkisi<br><b>Mehmet CEYLAN</b><br><br><b>SS-06</b> Yatan Hastalarda HIV Enfeksiyonu Açısından Riskli Hastaların Taranmasını Nasıl Arttırabiliriz? Bir Farkındalık ve Davranış Değişikliği Oluşturma Çalışması<br><b>Derya KAYA</b> |
| 13.15<br>13.20 | Kurs Değerlendirme ve Kapanış                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Kurs Değerlendirme ve Kapanış                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 13.20<br>14.00 | <b>ÖĞLE YEMEĞİ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

4-7 ARALIK 2025

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



## BİLİMSEL PROGRAM

### 4 ARALIK 2025, PERŞEMBE

#### SALON A

14.00  
14.20

#### Açılış Töreni

14.20  
15.00

#### Açılış Konferansı

Oturum Başkanı: **Serhat ÜNAL**

My Journey to The Cure, **Adam CASTILLEJO**

15.00  
16.00

#### Panel I

#### Türkiye'de HIV Enfeksiyonu

Oturum Başkanları: **Halis AKALIN, Fehmi TABAK**

Hekim Yönüyle, **Aygen TÜMER**

Bakanlık Yönü, **Esra YÜKSEKKAYA, Taliha KARAKÖK**

Özne Dernek Temsilcisi, **Çiğdem ŞİMŞEK**

**SS-07: Türkiye'de HIV Enfeksiyonu: Güncel Zorluklar ve Stratejik Çözüm Önerileri**  
**Tuğçe BAŞARI-OMAK**

16.00  
16.30

#### KAHVE ARASI



#### Uydu Sempozyumu - I



#### Geleceği Şekillendirmek: HIV Epidemisinin Sonlandırılmasına Yönelik Adımlar

Moderatör: **Serhat ÜNAL**

Açılış Oturumu: HIV Epidemisini Sonlandırma Yolunda Gilead Türkiye'nin Misyonu  
**Deepshikka KIYAWAT**

**Panel Tartışması: HIV Epidemisini Sona Erdirme Yolculuğunda Türkiye'nin Durumu**

Panelistler

**Deniz GÖKENGİN, Fehmi TABAK, Serhat ÜNAL, Volkan KORTEN**

16.30  
17.15

#### Panel II

#### Test, Test, Test: Geç Tanı Sorunsalımız

Oturum Başkanları: **Özlem ALTUNTAŞ-AYDIN, Asuman İNAN**

Semptom'dan Teşhise: Klinisyenin Rolü, **Çiğdem ATAMAN-HATİPOĞLU**

Gönüllü Test Danışmanlık Merkezlerinin Deneyimi, **Ahmet Soner EMRE**

Testi Yaygınlaştırmada STK'ların Rolü, **Nesrin SAĞ**

17.15  
18.30



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

4-7 ARALIK 2025

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



### 5 ARALIK 2025, CUMA

#### SALON B

##### SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 1

Oturum Başkanları: ?, ?

08:00  
08:45

- SS-08** Acil Servise Başvuran ve Risk Grubunda Olduğu Düşünülen Hastalarda Hızlı Test ile HIV Taraması  
**Oğuzhan Acet**
- SS-09** HIV Gösterge Tanılar Konulduğunda Hastane Otomasyon Sisteminde Anti-HIV Testi İsteminin Hatırlatılmasının HIV Test ve Tanı Oranları Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi: İki Fazlı Çok Merkezli Retrospektif Çalışma, **Çiğdem Ataman Hatipoğlu**
- SS-10** Yüksek Sayıda Anti-HIV Testleri, Düşük Tanı Başarısı: Hangi Kliniklerin Protokolleri Gözden Geçirilmeli?  
**Selva Ala Selek**
- SS-11** HIV Bakımında Merkez Göçü: Bireysel ve Merkez İlişkili Faktörler, **Aysu Zafer**
- SS-12** Yeni Tanı Alan HIV Enfeksiyonu Hastalarında İlk Başvuru Zamanı ve Takip Uyumu: 5 Yıllık Veri Analizi  
**Fırat Servan Fidan**
- SS-13** Zona Hastaları Özelinde HIV Tanısında Kaçırılan Fırsatlar: Retrospektif Analiz, **Ramazan Korkusuz**
- SS-14** Yeni Tanı HIV Olgularında İndikatör Hastalıkların Tanınması ve Rutin Test İsteminin Rolü, **Eda Alp**
- SS-15** Türkiye'de HIV Takibi Yapan Merkezlerin İzlem ve Hizmet Özellikleri, **Oğuzhan Acet**

#### SALON A

##### Panel III

Ön Koşul: Temel Bilim

08.45  
10.00

Oturum Başkanları: **Uluhan SİLİ, Yeşim TAŞOVA**

HIV Viroloji Güncelleme, **Mert Ahmet KUŞKUCU**

HIV Rezervuar Güncelleme, **Hüsrev DİKTAŞ**

Geniş Nötralizan Antikor Çalışmaları Ne Vaad Ediyor?, **Bilgül METE**

##### Konferans I

10.00  
10.30

Oturum Başkanı: **Volkan KORTEN**

Antiretroviral Direnç ve Etkileri, **Annemarie WENSING**

10.30  
10.45

#### KAHVE ARASI



##### Uydu Sempozyumu - II



**Biktarvy: Bugün, Yarın ve Gelecek Günler İçin**

Moderatör: **Hayat KUMBASAR-KARAOSMANOĞLU**

Bugün: Biktarvy ile HIV Tedavisinde Hızlı Başlangıç & Sürdürülebilir Etkililik, **Hülya ÖZKAN-ÖZDEMİR**

Yarın: HIV Tedavisinde Direnç, Bağışlayıcılık ve Tedavi Uyumu Çerçevesinde Biktarvy'nin Rolü  
**Özlem ALTUNTAŞ-AYDIN**

Gelecek Günler: Biktarvy'nin Güvenliliği, Yönetim Kolaylığı & Hasta Memnuniyeti, **Aliye BAŞTUĞ**

10.45  
11.30



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

4-7 ARALIK 2025

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



### 5 ARALIK 2025, CUMA

#### SALON A

##### Panel IV

##### Gecikmenin Bedeli

Oturum Başkanları: **Sabri ATALAY, Alper GÜNDÜZ**

Tüberküloz Dışı Mikobakteri Enfeksiyonları  
**Padmasayee PAPINENI** (Londra)

Kriptokok Enfeksiyonu  
**Zuhal YEŞİLBAĞ**

11.30  
12.30

#### ÖĞLE YEMEĞİ

##### POSTER TARTIŞMASI - 1

Oturum Başkanları: ?, ?

P-001 - P-071

12.30  
13.30

**GSK**

##### Uydu Sempozyumu - III

**GSK**

##### HIV Tedavisinde Gelecek İçin Şimdi DOVİPSA

Moderatörler: **Serhat ÜNAL, Deniz GÖKENGİN**

Konuşmacılar  
**Hüsnü PULLUKÇU, Elif TÜKENMEZ-TİGEN, Meliha Çağla SÖNMEZER**

13.30  
14.15

##### Panel V

##### Antiretroviral Tedavi Takibinde Güncel Sorunlar

Oturum Başkanları: **Gönül ÇİÇEK-ŞENTÜRK, Handan ALAY**

**SS-16:** HIV ile Yaşayan Bireylerde Düşük Düzeyli Vireminin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi  
**Uğur Önal**

Düşük Düzey Viremi, **Dilara İNAN**

Dirençli Olgu Yönetimi, **Aliye BAŞTUĞ**

Kilo Alım Problemi, **Aslıhan CANDEVİR**

14.15  
15.30

#### KAHVE ARASI

##### Panel VI

##### Psikiyatrik Sorunlar

Oturum Başkanları: **İlkay KARAOĞLAN, Serhat BİRENGEL**

Keyif Verici Madde Kullanımı / CHEMSEX, **Harun TULUNAY**

Cinsel İşlev Bozuklukları, **İrem YILDIZ**

16.00  
17.00







# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

4-7 ARALIK 2025

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



### 5 ARALIK 2025, CUMA

#### SALON B

##### SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 2

Oturum Başkanları: ?, ?

16:00  
17:00

- SS-17** Türkiye’de HIV ile Enfekte Kadınlar: Retrospektif Çok Merkezli Çalışma, **Gönül Çiçek Şentürk**
- SS-18** 50 Yaş Üstü HIV ile Yaşayan Bireylerde İlaç-İlaç Etkileşimlerinin, Eksik Reçetelemenin ve Uygunsuz İlaç Kullanımının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi, **Abdulkadir Sonkaya**
- SS-19** Yeni Tanı HIV ile Yaşayan Bireylerde Kan Parametrelerinin ve Sistemik İnflamasyonun Zaman İçindeki Değişimi: Retrospektif Bir İzlem Çalışması, **Didem Çelik**
- SS-20** Etkin Antiretroviral Tedavi Döneminde Yeni HIV Enfeksiyonu Tanısı Alan Olgularda Bir Yıllık Mortalitenin Değerlendirilmesi, **Hayriye Ahsen Güler Türker**
- SS-21** HIV ile Yaşayan Bireylerde Antiretroviral Tedavinin Erken Dönem Virolojik, İmmünolojik ve İnflamatuvar Yanıtlara Etkisi, **Didar Elaltunlerin**
- SS-22** HIV ile Yaşayan Kişilerde Deprem Sonrası Antiretroviral Tedavi Uyumunu ve Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörlerin Araştırılması, **Necat Şahin**
- SS-23** HIV Enfeksiyonunda Klinik ve Epidemiyolojik Özelliklerin 20 Yıllık Retrospektif Analizi: Tek Merkez Deneyimi, **Hatice Çolak**
- SS-24** HIV Enfeksiyonunda Geç Tanının Klinik Seyir, Bağışıklık Yanıtı ve Virolojik Başarı Üzerine Etkisi **Nadide Ergün**
- SS-25** 3. Basamak Sağlık Kuruluşunda Takip Edilen HIV ile Yaşayan Mahkûm Bireylerin Demografik ve Klinik Özellikleri, Komorbiditeleri ve Tedavi Sonuçları: Tek Merkez Deneyimi, **Semanur Kuzi**
- SS-26** Kronik İnflamasyonun Yeni Göstergeleri: HIV Enfeksiyonunda CD4/CD8 Oranı ile SII ve NLR Arasındaki Negatif Korelasyon ve HDL’nin Koruyucu Rolü, **Yeliz Özdemir**

#### SALON A

##### Konferans II

##### Geri Bildirim Temelli Değerlendirme (PRO)

Oturum Başkanı: **Meliha MERİÇ-KOÇ**

**SS-27:** HIV ile Yaşayan Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Belirleyicileri: Türkiye’den Tek Merkez Deneyimi  
**Merve Nur Filiz**

Danışanlarımızı Yeterince Duyuyor muyuz?, **İlkay AKBULUT**

17.00  
17.30

##### Asistan - Mentör Buluşmaları

**Deniz GÖKENGİN-Annemarie WENSING, Padmasayee PAPINENI-Volkan KORTEN,**  
**Fehmi TABAK-Roger BEDIMO**

17.30  
18.30





# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

4-7 ARALIK 2025

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



### 6 ARALIK 2025, CUMARTESİ

#### SALON B

##### SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 3

Oturum Başkanları: ?, ?

08:30  
09:30

- SS-28** HIV ile Yaşayan Kişilerde Sifilis Koinfeksiyonu: Cerrahpaşa Deneyimi, **Betül Elmacı**
- SS-29** HIV Takibinde Gözden Kaçan Tehdit: Sifiliz Koinfeksiyonu ve Serolojik Yanıt, **Dilek Bulut**
- SS-30** HIV ile Yaşayan Bireylerde İnterferon Gamma Salınım Testi (IGST) ile Latent Tüberküloz Enfeksiyonunun Değerlendirilmesi, **Cansu Tol**
- SS-31** HIV ile Yaşayan Bireylerde Kriptokok Menenjitli Olgularında Mortalitenin Değerlendirilmesi: Çok Merkezli Retrospektif Analiz, **Arzu Nazlı**
- SS-32** İstanbul Tıp Fakültesi'nde Takip Edilen HIV ile Yaşayan Bireylerde Pulmoner Hipertansiyon Sıklığının Araştırılması ve Anti-Retroviral Tedavinin Buna Etkisi, **Birsen Aygör**
- SS-33** Yüksek Başlangıç Viral Yüküne Sahip HIV Enfeksiyonlu Hastalarda Üç Farklı İlk Basamak Rejiminin Karşılaştırılması: Gerçek Yaşam Verileri, **Özgür Ogün Sayın**
- SS-34** Elit Kontrolörler – Çok Merkezli Veri Seti (EC-MUD), **Veysel Akca**
- SS-35** Geç Tanı Alan HIV ile Yaşayanlarda Bakıma Bağlanmada Gecikme: Belirleyiciler ve Klinik Sonuçlar **Banu Çiçek Aktaş**
- SS-36** HIV ile İlişkili Kaposi Sarkomu: 21 Olgunun Klinik ve İmmünolojik Bulgularının Değerlendirilmesi **Başak Yıldız**
- SS-37** HIV ile Yaşayan Kişilerde Kaposi Sarkomu Saptanan Vakaların Demografik ve Klinik Özellikleri: Cerrahpaşa Deneyimi, **Meryem Billur Miroğlu**

#### SALON A

##### Konferans III

09.00  
09.30

Oturum Başkanı: **Figen KAPTAN-AYDOĞMUŞ**

Türkiye'de HIV ile İlgili Davalar ve Sonuçları, **Ahmet Rodi POLAT**

##### Panel VII

##### CYBE'nin Engellenmesine Yönelik Multi-Modal Yaklaşımlar

09.30  
11.00

Oturum Başkanları: **Deniz GÖKENGİN, Selçuk KAYA**

Biyomedikal, **Damla VERENDAĞ**

Yapısal/Kurumsal, **Dilek YILDIZ-SEVGİ**

Davranışsal, **Asuman İNAN**

11.00  
11.30

KAHVE ARASI





# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



### 6 ARALIK 2025, CUMARTESİ

#### SALON A

**GSK**

**Uydu Sempozyumu - IV**

**GSK**

11.30  
12.15

**Gelecek için Şimdi DOVİPSA: HIV Tedavisine Global Bakış**

Moderatör: **Fehmi TABAK**

Konuşmacılar: **Ahmet Çağkan İNKAYA, Roger BEDIMO**

12.15  
13.30

#### ÖĞLE YEMEĞİ

12.30  
13.30

#### POSTER TARTIŞMASI - 2

Oturum Başkanları: **?, ?**

**P-072 - P-142**

**GILEAD**

**Uydu Sempozyumu - V**

**GILEAD**

13.30  
14.15

**B/F/TAF ile Parmak İzimizde Gerçekler ve Yaşam Var**

Moderatör: **Yeşim TAŞOVA**

KLİMİK HIV TR Kohort: B/F/TAF Türkiye Gerçek Yaşam Verileri, **Asuman İNAN**

HIVEND Kohort: B/F/TAF Türkiye Gerçek Yaşam Verileri, **Bilgöl METE**

Dünya ve Türkiye'de Odaklı HIV Tarama, **Hüsnü PULLUKÇU**

HIV-IC Çalışması: İndikatör Durumlarda HIV testinde neredeyiz?, **Çiğdem ATAMAN-HATİPOĞLU**

Soru-Cevap & Kapanış, **Yeşim TAŞOVA**

14.15  
15.45

#### Panel VIII

**Geriatrik Problemler ve Sağlıklı Yaş Alma**

Oturum Başkanları: **Meltem TAŞBAKAN, Adalet ALTUNSOY**

**SS-38: HIV ile Yaşayan Bireylerde ASCVD ve SCORE2 Skorlarıyla Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi ve Statin Kullanım Oranlarının Karşılaştırılması, Merve Köylü**

HIV ile Yaş Alma, **Elif TÜKENMEZ-TİGEN**

Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme, **Meltem Gülhan HALİL**

Sağlıklı Yaş Alma İçin Aşı Önerileri, **Meliha Çağla SÖNMEZER**

15.45  
16.00

#### KAHVE ARASI



# HIV/AIDS 2025 KONGRESİ

4-7 ARALIK 2025

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



## 6 ARALIK 2025, CUMARTESİ

### SALON B

#### SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 4

Oturum Başkanları: ?, ?

16:00  
17:00

- SS-39** Dijital Çağda Sağlık Bilgisinin Etkileşimi ve Güvenilirliği: YouTube™'da HIV/AIDS Videolarının Nicel ve Nitel Analizi, **Adile Sevdı DEMİR**
- SS-40** HIV ile Yaşayanların 2024 Yılında Maruz Bırakıldıkları Hak İhlalleri Raporu, **Çiğdem Şimşek**
- SS-41** HIV ile Yaşayan Bireylerde Aşılanma Durumu ve Serolojik Yanıtların Değerlendirilmesi: 26 Yıllık Tek Merkez Deneyimi, **Aslıhan Candevir**
- SS-42** HIV ile Yaşayan Bireylerde Zona ve Zona Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi, Farkındalık ve Davranışların Belirlenmesi, **Funda Balaylar**
- SS-43** Türkiye'de HIV/AIDS(PLWHA) ile Yaşayan Kişilerde Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS-HIV) Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliğinin Araştırılması, **Merve Bozdağ**
- SS-44** Tenofovir Disoproksil Fumarat/Emtrisitabin Tabanlı Oral Temas Öncesi Profilaksinin Türkiye'deki Erkeklerle Seks Yapan Erkeklerdeki Potansiyelinin Epidemiyolojik Değerlendirmesi: Bir Matematiksel Modelleme Çalışması, **Nazife Duygu Demirbaş**
- SS-45** Türk Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarının Uzun Etkili Enjeksiyonlu ART'ye Bakış Açıları: Ulusal Anket Sonuçlarına Göre Hekim Yaklaşımları, Tedaviye Hazırlık Durumu ve Uygulama Zorlukları **Ercan Yenilmez**
- SS-46** HIV ile Yaşayan Bireylerde MOS-HIV Anketi'nin Türkçe Sürümünün Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi, **Recep Balık**
- SS-47** HIV ile Yaşayan Kişilerde Bağışıklama İhtiyacı ve Uygulama Oranlarının Değerlendirilmesi, **Fatma Eser**
- SS-48** Antiretroviral Tedavi-Naif HIV Enfekte Hastalarda Osteoporoz Sıklığının ve İlişkili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi, **Zeynep Burçin Yılmaz**

### SALON A

#### Büyük Vizit I

##### Metabolik Problemler

16.00  
17.00

Oturum Başkanları: **Ayhan AKBULUT, Demir SERTER**

Tartışmacılar: **Nursel ÇALIK-BAŞARAN, Mustafa Kemal ÇELEN**

Hipertansiyon ve Diyabetli Olgu, **Süheyla KÖMÜR**

MASH ile Gelen Olgu, **Çiğdem MERMUTLUOĞLU**



#### Uydu Sempozyumu - VI



17.00  
17.45

##### HIV Tedavisinde Kapsamlı Yönetim

Konuşmacılar: **Özgür GÜNAL, Sabri ATALAY**



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



### 6 ARALIK 2025, CUMARTESİ

#### SALON A

##### Münazara

HIV ile 40 Yıl

Oturum Başkanı: **Hüsnü PULLUKÇU**

Başarıyoruz, **Hayat KUMBASAR-KARAOSMANOĞLU**

Geride Kaldık, **Arda KARAPINAR**

17.45  
18.45

##### Asistan Meclisi

Oturum Başkanı: **Ahmet Çağkan İNKAYA**

18.45  
19.15

### 7 ARALIK 2025, PAZAR

#### SALON A

##### Konferans IV

Oturum Başkanı: **Gürdal YILMAZ**

Olgularla Akılcı Antiretroviral Tedavi  
**Arzu NAZLI**

09.00  
09.30

##### Büyük Vizit II

Enfeksiyöz Sorunlar

Oturum Başkanı: **Halis AKALIN**

Tartışmacılar: **Yeşim TAŞOVA, Bircan KAYAASLAN**

PML Olgusu  
**Seniha ŞENBAYRAK**

Akciğer Enfeksiyonuyla Gelen Olgu  
**Zehra KARACAER**

09.30  
10.30

##### KAHVE ARASI

10.30  
10.45

##### Konferans V

Oturum Başkanı: **Behice KURTARAN**

Yenilikçi ART Yaklaşımları  
**Ş. Barçın ÖZTÜRK**

10.45  
11.15

##### Kapanış Töreni

11.15  
11.45



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



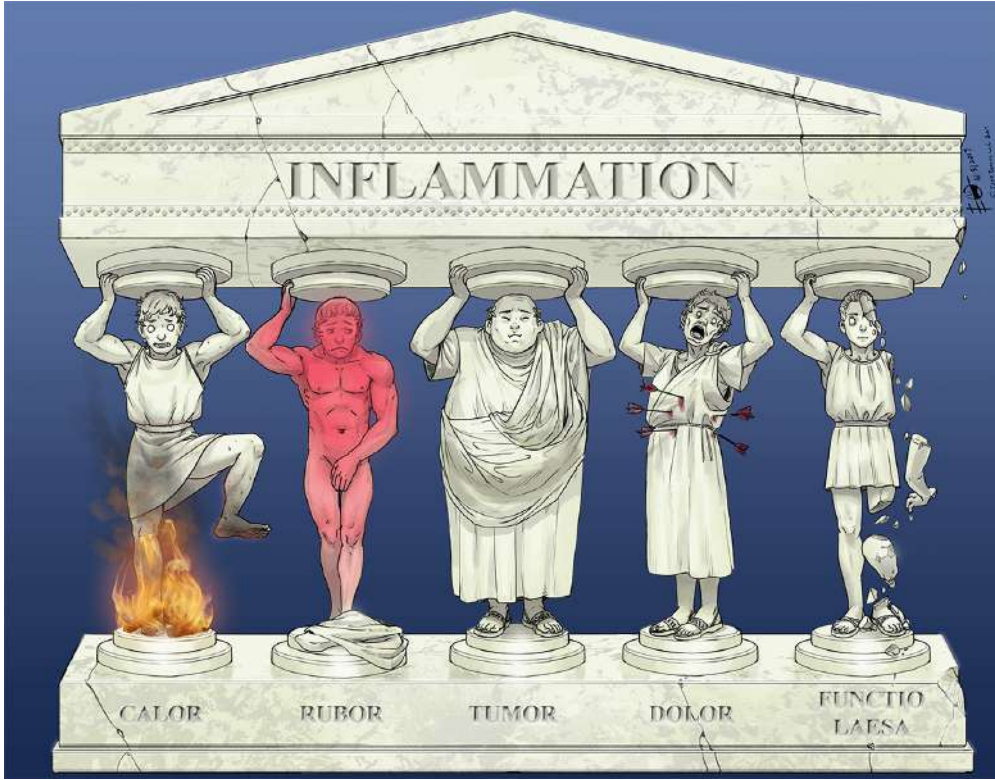
## KONUŞMA ÖZETLERİ

## İnflamasyon Nedir? Nasıl Çalışılır?

**Arş. Gör. Dr. İsmail YAZ**

*Hacettepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü Pediatrik Temel Bilimler Anabilim Dalı İmmünoloji Bilim Dalı, Ankara*

İnflamasyon; patojenler, hasarlı hücreler, toksik bileşikler veya irradasyon dâhil olmak üzere çeşitli faktörler tarafından tetiklenebilen immün sistemin biyolojik bir tepkisidir. Bu mekanizma özgül değildir ve aslında sağlık için hayati önem taşıyan bir savunma mekanizmasıdır. İnflamasyonun sıcaklık (*calor*), kızarıklık (*rubor*), şişlik (*tumor*), ağrı (*dolor*) ve fonksiyon kaybı (*functio laesa*) olmak üzere beş temel belirtisi vardır (Şekil 1). Temel amacı homeostazisi yeniden sağlamak olan bu süreç; tetikleyiciler (patojenler veya hasarlı hücrelere ait moleküler paternler), reseptörler, mediatörler (sitokinler, kemokinler) ve efektör hücreler arasındaki karmaşık etkileşimlerle yürütülür.



Şekil 1. İnflamasyonun beş temel belirtisi: sıcaklık (*calor*), kızarıklık (*rubor*), şişlik (*tumor*), ağrı (*dolor*) ve fonksiyon kaybı (*functio laesa*).

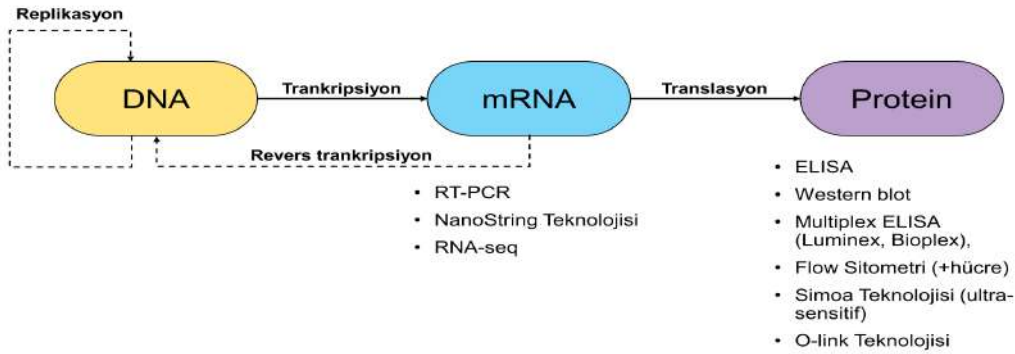
Enfeksiyonlara ve doku hasarına verilen ilk ve hızlı yanıt akut inflamasyon denir. Tipik olarak dakikalar veya saatler içinde gelişir ve kısa süreli olup birkaç saat veya birkaç gün sürer. Akut inflamasyon, sitokinler, akut faz proteinleri ve kemokinler gibi çözünür mediatörlerin, nötrofillerin ve makrofajların inflamasyon alanına göçünü teşvik etmesine neden olacak spesifik bir zedelenmeden sonra başlar. Akut inflamasyon, zararlı veya istenmeyen maddeleri ortadan kaldırdığında, reaksiyon gerileme gösterir ve hasar onarılır. Ancak ilk yanıt uyarını elimine edemezse reaksiyon kronik inflamasyon adı verilen uzun süreli bir inflamasyon tipine dönüşür. Kronik inflamasyon, akut inflamasyonu takiben oluşabilir veya de novo olarak ortaya çıkabilir. Daha uzun sürelidir ve daha fazla doku zedelenmesine neden olur. Böylece hücresel infiltrasyonun devam etmesi ile fibrozis ve doku yıkımıyla sonuçlanır.

İnflamatuar yanıtın temel sinyal yolları arasında NF-κB, JAK/STAT ve PI3K/Akt/mTOR yolları yer alır. Bu



yolakların aktivasyonu sonucunda IL-1 $\beta$ , IL-6, TNF- $\alpha$ , IFN- $\gamma$ , IL-10 ve TGF- $\beta$  gibi pro- ve anti-inflamatuar sitokinler salınır. Kronik inflamasyon; ateroskleroz, kanser, otoimmün hastalıklar ve nörodejeneratif bozukluklar gibi birçok kompleks hastalığın patogeneğinde rol oynayan kritik bir faktördür.

Günümüzde inflamasyonun bu moleküler bileşenleri, RT-qPCR, NanoString nCounter, RNA-seq gibi transkriptomik yaklaşımlar ve ELISA, Western blot, multiplex bead-based ELISA (Luminex, Bio-Plex), Simoa ve Olink Proximity Extension Assay gibi yüksek duyarlılıklı protein analiz yöntemleri ile değerlendirilebilmektedir (Şekil 2). Ayrıca flow sitometri, hem hücre yüzey belirteçlerinin hem de hücre-içi sinyallerin eşzamanlı analizine olanak tanır. Bu teknolojiyle CD38<sup>+</sup>HLA-DR<sup>+</sup> T hücre aktivasyonu, monosit ve makrofaj alt grupları (CD14 CD16 ), regülatör T hücre oranları, STAT/mTOR/Akt fosforilasyonu gibi parametreler ayrıntılı biçimde incelenebilmektedir. Bu yöntemler HIV enfeksiyonu gibi kronik inflamatuvar durumlarda persistan immün aktivasyonun, T hücre disfonksiyonu ve yorulmasının moleküler temellerini anlamada güçlü araçlar sunmaktadır.



Şekil 2. Gen ifadesinin analizinde kullanılan modern transkriptomik ve proteomik yaklaşımlar.

Sonuç olarak inflamasyon, yalnızca patolojik değil, aynı zamanda biyolojik olarak düzenleyici bir süreçtir. Güncel çoklu analitik platformların entegrasyonu, inflamasyonun dinamik yapısını çok boyutlu olarak çözümlemeyi ve hedefe yönelik terapötik yaklaşımların geliştirilmesini imkân sağlamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** İnflamasyon, NF- $\kappa$ B, JAK/STAT, Flow Sitometri, ELISA, NanoString, Simoa, Olink, T hücre aktivasyonu

#### Kaynaklar:

- Akkız H, Şimşek H, Balcı D, et al. Inflammation and cancer: molecular mechanisms and clinical consequences. *Front Oncol.* 2025;15:1564572. Published 2025 Mar 17. doi:10.3389/fonc.2025.1564572
- Hu X, Li J, Fu M, Zhao X, Wang W. The JAK/STAT signaling pathway: from bench to clinic. *Signal Transduct Target Ther.* 2021;6(1):402. Published 2021 Nov 26. doi:10.1038/s41392-021-00791-1
- Kim ME, Lee JS. Molecular Foundations of Inflammatory Diseases: Insights into Inflammation and Inflammasomes. *Curr Issues Mol Biol.* 2024 Jan 3;46(1):469-484. doi: 10.3390/cimb46010030. PMID: 38248332; PMCID: PMC10813887.
- Tylutka A, Walas Ł, Zembron-Lacny A. Level of IL-6, TNF, and IL-1 $\beta$  and age-related diseases: a systematic review and meta-analysis. *Front Immunol.* 2024;15:1330386. Published 2024 Mar 1. doi:10.3389/fimmu.2024.1330386
- Zhang T, Ma C, Zhang Z, Zhang H, Hu H. NF- $\kappa$ B signaling in inflammation and cancer. *MedComm* (2020). 2021 Dec 16;2(4):618-653. doi: 10.1002/mco2.104. PMID: 34977871; PMCID: PMC8706767.



## Hücresel Fonksiyonel Çalışmalar

### Prof. Dr. Uluhan SİLİ

Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

Hücresel fonksiyonel çalışmalar, immünoloji araştırmalarının temelini oluşturur. Örneğin, T lenfositlerin efektör ya da hafıza alt grubuna ait olup olmadıkları CD45 RA ve CCR7 gibi belirteçler ile belirlenebilir. Ancak fenotipik analiz tek başına yeterli değildir. Fenotipin fonksiyon ile olan ilişkisinin gösterilmesi gerekir. Örneğin, hafıza fenotipindeki hücrelerin çoğalma kapasitesinin, efektör fenotipindeki hücrelerin ise öldürme veya sitokin salgılama kapasitesinin gösterilmesi gerekir.

Bu sunumda, hem doktora tezimde hem de post-doktora çalışmalarımda üzerinde yoğunlaştığım, “favori” hücre tipim olan insan sitotoksik T lenfositleri (STL) ile yapılan fonksiyonel çalışmaların üzerine odaklanacağım. Elbette immünoloji yalnızca STL’lerle sınırlı değil. Metodolojik açıdan, immünolojik deneylerde yol gösterici ve güvenilir bir kaynak olarak *Current Protocols in Immunology* önerilebilir [1]. Bu kaynak, deneysel protokolleri ve kritik teknik ayrıntıları adım adım açıklayarak araştırmacıya kapsamlı bir rehber sunar. Bununla birlikte, bir hücresel yöntemi gerçekten öğrenmenin en etkili yolu, o konuda deneyimli bir laboratuvarında yerinde gözlemlemektir. Her laboratuvar kendi koşullarına ve ekipmanına göre metotlarını optimize eder; bu optimizasyonlar çoğu zaman yayınların “Methods” bölümünde tam olarak yer almaz. Dolayısıyla, yöntemi doğrudan gözlemlemek, mümkünse uygulayarak tekrarlamak ve benzer sonuçları elde etmek hem öğrenme sürecini hızlandırır hem de zaman kazandırır.

İnsan STL fonksiyonel çalışmalarına geçmeden önce, deneysel süreçte tecrübeyle kazanılmış bazı genel ilkeleri hatırlatmakta yarar vardır. Bu ilkeler, yalnızca teknik doğruluk açısından değil, aynı zamanda verilerin güvenilirliği ve tekrarlanabilirliği açısından da kritik önem taşır [2].

- Hücre dondurma ve çözme işlemleri:** Hücrelerin canlılığını ve fonksiyonel bütünlüğünü koruyabilmek için dondurma ve çözme işlemleri titizlikle yürütülmelidir. Dondurma işlemi kademeli soğutarak yapılmalı ve hücre içi buz kristali oluşumu önlenmelidir. Çözme işlemi 37°C su banyosunda hızlı bir şekilde yapılmalıdır. Hücreler çözüldükten sonra, özellikle fonksiyonel analizler planlanıyorsa, hücrelerin metabolik olarak toparlanabilmesi için gece boyunca uygun kültür koşullarında dinlendirilmesi önerilir.
- Hücre kültüründe biyogüvenlik ve iyi laboratuvar uygulamaları:** Hücre kültürü çalışmaları, Sınıf II biyogüvenlik kabinlerinde (biosafety cabinet, BSC-II) yürütülmelidir. Bu alan, bir nevi “ameliyat masası” gibi düşünülebilir; işlem öncesinde ve sonrasında %70 etanol veya uygun dezenfektanlarla yüzey temizliği yapılmalıdır. Adoptif immünoterapi ile çalışan laboratuvarlarda genellikle kültür ortamına antibiyotik eklenmez. Bunun nedeni, uygun aseptik teknikler uygulandığında kontaminasyonun görülmemesidir.
- Besiyerlerinin hazırlanması ve tampon dengesi:** Hücre kültüründe kullanılan besiyerler asit-baz dengesini koruyucu tamponlar içerir. En sık kullanılan besiyerlerden biri olan RPMI-1640, tampon sistemine bağlı olarak normalde kırmızı renkte görünür. Ortamın pH dengesi bozulduğunda, yani tampon kapasitesi azaldığında rengi pembeye veya turuncuya döner. Eğer besiyer rengi kırmızı haricinde ise hücrelerin sağlığı açısından besiyeri kullanılmadan önce uygun sıcaklık ve pH’a getirilmelidir.
- Hücre yoğunluğu ve sitokin yönetimi:** Hücre kültürlerinde, aşırı hücre yoğunluğu hücrelerin proliferasyonunu olumsuz etkiler. Hücreler kalabalıklaştığında besin ve oksijen sınırlanır, metabolik atıklar birikir ve çoğalma durur. Bu nedenle kültürlerin zamanında pasajlanması hücre sağlığı ve fonksiyonel kapasitenin korunması açısından kritik önemdedir. Ayrıca, kültür ortamına eklenen sitokinlerin düzenli olarak yenilenmesi gerekir. Sitokinler (örneğin IL-2, IL-7, IL-15 gibi) zamanla bozulur ve biyolojik aktivitelerini kaybederler. Sitokin stokları küçük miktarlarda (aliquot) dondurularak saklanır. Her çözmede aktiviteleri azalır. Genel kural



# HIV/AIDS 2025 KONGRESİ

4-7 ARALIK 2025

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



olarak beşten fazla donma-çözme döngüsüne maruz bırakılmamalıdır.

5. **Akış Sitometrisi:** Akış sitometrisi (flow cytometry) immünolojik çalışmaların temel aracıdır. Hücrelerin yüzey ve intraselüler belirteçlerinin çok parametreliliği şekilde analiz edilmesine olanak sağlar ve hücre alt popülasyonlarının fenotipik ve fonksiyonel özellikleri hakkında derinlemesine bilgi sağlar. Ancak deneylerin doğru tasarlanması gerekir. Özellikle, floresan kanalların birbiriyle karışmasına neden olan spektral örtüşme (spillover) fenomeni mutlaka dikkate alınmalıdır. Bu etkiyi düzeltmek için yapılan işlem, kompanzasyon (compensation) olarak adlandırılır ve doğru sonuçlar elde edebilmek için çok iyi anlaşılması gereken kritik bir kavramdır. Yanlış veya eksik kompanzasyon, özellikle çok renkli panellerde, yanıltıcı pozitifliklere veya yanlış popülasyon ayrımlarına yol açabilir. Bu nedenle her deneyde uygun tekli, *fluorescence minus one* ve izotip kontrollerin kullanılması esastır.
6. **Kendi Hücrelerinizle Çalışmaktan Kaçının:** Hücre kültürü veya immünolojik deneylerde kendi kan veya hücre örneklerinizle çalışmak kesinlikle önerilmez. Bunun temel nedeni, olası bir perkütan yaralanma veya laboratuvar kazası durumunda oluşabilecek immün yanıt farkıdır. Yabancı (non-self) hücrelerle temas halinde organizma güçlü bir alloreaktif immün yanıt geliştirir ve bu hücreleri hızla ortadan kaldırır. Ancak kendi (self) hücreleriniz için böyle bir immün eliminasyon mekanizması bulunmadığından, bu tür bir maruziyet potansiyel olarak enfeksiyon riski veya immünolojik komplikasyon oluşturabilir. Dolayısıyla, etik ve biyogüvenlik standartları çerçevesinde her zaman anonim veya onaylı donörlerden elde edilen hücrelerle çalışılmalı, kendi örneklerinizi kullanmaktan kesinlikle kaçınılmalıdır.
7. **Serum Kaynağı ve İmmünojenitesine Dikkat:** Hücre kültürü çalışmalarında sıklıkla kullanılan fetal bovine serum (FBS) veya fetal calf serum (FCS), büyüme faktörleri ve besleyici proteinler açısından zengindir; ancak insan hücreleriyle yapılan çalışmalarda immünojenik olabilir. FBS içeriğindeki yabancı proteinler, özellikle adoptif hücre tedavisi gibi translaşyonel uygulamalarda, hücrelerin vücuda geri verilmesi planlanıyorsa istenmeyen immün yanıtların tetiklenmesine yol açabilir. Bu nedenle, deney tasarlanırken bu faktör mutlaka dikkate alınmalıdır. Eğer immünojenite endişesi varsa, alternatif olarak insan AB serumu kullanılabilir. Bununla birlikte, serumsuz (serum-free) kültür ortamları da bir seçenektir; ancak çoğu primer T hücre kültüründe bu ortamlar genellikle suboptimal sonuçlar verir. Hücre canlılığı, proliferasyon hızı ve fonksiyonel yanıtlar serum içeren ortamlara kıyasla düşük olabilir.
8. **Deneysel Planlama ve Zaman Yönetimi:** Bir deney, yalnızca tek bir uygulamadan ibaret değildir; bütünsel bir süreç olarak planlanmalıdır. Deneyin her aşaması —hücre hazırlığı, stimülasyon süresi, inkübasyon koşulları, analiz zamanlaması— önceden net biçimde belirlenmelidir. Planlama yapılmadan başlanan deneylerde, özellikle fonksiyonel analizler (örneğin sitotoksite, proliferasyon veya sitokin ölçümleri) suboptimal sonuçlar verebilir. Ayrıca, kültürlerin izlenmesi veya analizlerin tamamlanması için hafta sonu veya tatil günlerinde laboratuvarında bulunma gerekliliği olabileceğinden, bu durumlar önceden göz önüne alınmalı ve plan dahilinde organize edilmelidir.
9. **Uygun Kontrollerin Kullanımı ve Deneysel Gerçeklik:** Her deneyin güvenilirliği, kullanılan kontrollerin kalitesi ile doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle, her çalışmada mutlaka bir negatif kontrol (örneğin *unstimulated* veya *irrelevant antigen* kontrolü) ve mümkünse bir pozitif kontrol (örneğin *phorbol myristate acetate* (PMA)/ *ionomycin* veya *staphylococcal enterotoxin B* (SEB) stimülasyonu gibi) bulunmalıdır. Bununla birlikte, deneyin ilk aşamalarında aşırı büyük veya karmaşık deney setlerinden kaçınılmalıdır. En iyi yaklaşım, önce pozitif yanıtı gözlemlemek, ardından bu yanıtın özgünlüğünü ve güvenilirliğini negatif kontrollerle sonraki deneylerde doğrulamaktır. Bu sistematik yaklaşım, hem kaynak israfını önler hem de elde edilen sonuçların bilimsel geçerliliğini artırır.
10. **Hücre Sayımının Önemi ve Yöntemleri:** Deney ne kadar karmaşık veya çok parametreliliği olursa olsun, doğru hücre sayımı hâlâ güvenilir sonuçların temelini oluşturur. Bu basit gibi görünen adım, hücre yoğunluğunun

standardizasyonu, fonksiyonel testlerin karşılaştırılabilirliği ve tekrarlanabilirlik açısından en kritik unsurlardan biridir. Son yıllarda geliştirilen floresan tabanlı otomatik hücre sayım sistemleri hücre sayısını ve canlılık oranını eş zamanlı olarak belirleyebilmektedir. Bu cihazlar, özellikle periferik kan mononükleer hücreler (PBMC) veya STL gibi primer hücrelerle çalışırken hız ve doğruluk açısından önemli kolaylık sağlar. Ancak bu tür sistemlerin bulunmadığı laboratuvarlarda, klasik yöntem hâlâ geçerliliğini korumaktadır. Tripan mavisi kullanarak boyanan hücrelerin Thoma lamı (hemocytometer) ile mikroskop altında manuel olarak sayılması, basit ama güvenilir bir alternatiftir. Bu yöntemde dikkat edilmesi gereken en önemli nokta, homojen hücre süspansiyonu elde edilmesi ve sayımın teknik olarak tutarlı biçimde yapılmasıdır.

### Sitotoksik T Lenfosit Aktivasyonunun İmmünolojik Esasları

STL'ler, hedef hücrelerini spesifik peptid-MHC sınıf I kompleksi aracılığıyla tanırlar. Bu tanıma süreci, T hücre reseptörü (TCR) ile peptid-MHC etkileşimi yoluyla gerçekleşir ve STL aktivasyonunun ilk basamağını oluşturur. Naif CD8<sup>+</sup> T hücrelerinin aktivasyonu yalnızca profesyonel antijen sunucu hücreler (APC) tarafından sağlanabilir. Bu hücreler arasında dendritik hücreler (DC), B lenfositler ve bazı makrofaj alt tipleri yer alır. Profesyonel APC'ler, antijen sunumuna ek olarak ko-stimülatör moleküller (örneğin CD80, CD86) ve sitokin sinyalleri (örneğin IL-12, type I interferonlar) ile naif T hücreleri tam aktivasyona yönlendirir. Bu sinyaller sonucunda naif T hücreleri, yoğun bir klonal genişleme geçirir ve yüksek sayıda efektör hücreye dönüşür. Effektör CD8<sup>+</sup> T hücreleri hedef hücreleri ortadan kaldırdıktan sonra, bu popülasyonun büyük kısmı apoptoz ile elimine olurken, küçük bir kısmı uzun ömürlü hafıza T hücrelerine farklılaşır. Hafıza hücrelerinin yeniden aktivasyonu için profesyonel APC gerekliliği daha azdır; ancak bu hücrelerle sunum yapıldığında çok güçlü proliferatif yanıtlar elde edilir. Bu nedenle, adoptif immünoterapi protokollerinin çoğu, immün bireylerden izole edilen antijen-spesifik hafıza T hücrelerinin aktivasyonu ve genişletilmesi esasına dayanır. Son yıllarda peptid array teknolojilerinin gelişmesiyle, belirli antijenik epitopların tanımlanması ve bu epitoplarla naif T hücrelerinin in vitro aktivasyonu da mümkün hale gelmiştir. Bu yaklaşım, özellikle *de novo* T hücre yanıtlarının oluşturulması ve yönlendirilmesi açısından önemli bir yenilik sunmaktadır.

### Virüse Karşı Sitotoksik T Hücre Soylarının *Ex Vivo* Ortamda Aktivasyonu ve Çoğaltılması [3-5]

Virüs-spesifik STL soylarının *ex vivo* aktivasyonu ve çoğaltılması, PBMC izolasyonu ile başlar. PBMC'ler, tam kandan veya lökopak'lardan density gradient centrifugation (örneğin Ficoll-Paque) yöntemiyle izole edilir. Ortalama olarak 1 mL kandan yaklaşık  $1 \times 10^6$  PBMC elde edilir. Bu hücre popülasyonu, T lenfositler (CD4<sup>+</sup>, CD8<sup>+</sup>), B lenfositler, NK hücreleri ve monositleri içerir. Eğer T hücrelerinin aktivasyonu için DC'ler kullanılacaksa, en yaygın yöntem tutunma (adherence) yöntemidir. Bu yöntemde PBMC'lerdeki monositler, *tissue culture flask* yüzeyine tutunarak ayrılır. Alternatif olarak, CD14 mikrobead'leri kullanılarak manyetik hücre ayırma yöntemi de uygulanabilir. Non-adherent fraksiyon (çoğunlukla T hücreleri) toplanır ve ileride "responder" hücre olarak kullanılmak üzere dondurulur. Adherent hücreler, uygun sitokin kombinasyonları (örneğin GM-CSF ve IL-4) ile *immature* DC'lere farklılaştırılır. Ardından, *maturation* sinyalleri (örneğin TNF- $\alpha$ , IL-1 $\beta$ , IL-6, PGE<sub>2</sub>) verilerek olgun DC'lerin gelişimi sağlanır. Bu olgun DC'ler antijen sunumu için hazırlanır. Antijen yükleme, adenoviral vektörler veya daha pratik fakat maliyetli olan *peptid array*'ler aracılığıyla yapılabilir. Antijenle "pulse" edilmiş olgun DC'ler, proliferasyon sürecinde kendilerinin çoğalmasını engellemek için irradiye edilir ve ardından stimülatör hücre olarak kullanılır. İlk stimülasyon genellikle eksojen sitokin eklenmeden yapılır; ikinci stimülasyon 8-10 gün sonra uygulanır ve bu aşamadan itibaren sitokin desteğiyle hücre genişletme süreci başlar. Kültür boyunca hedef, genellikle 50-100 milyon hücre düzeyine ulaşmaktadır. Önceleri antijen sunumu için EBV ile immortalize edilmiş B hücreleri (LCL) kullanılırken, son yıllarda daha fizyolojik sistemler olan *phytohemagglutinin* (PHA)-blastlar veya peptid-pulse edilmiş DC'ler tercih edilmektedir.

T hücre proliferasyonunun desteklenmesi amacıyla genellikle IL-2, IL-7 ve IL-15 gibi sitokinler kullanılır. Bu sitokinlerin dozları dikkatli ayarlanmalıdır: yüksek konsantrasyonlar hızlı proliferasyon sağlasa da, non-spesifik

aktivasyona ve fonksiyonel kayba yol açabilir. *In vitro* genişletme süreci, antijen-spesifik proliferasyon ile aktivasyon-indüklenmiş hücre ölümü arasında hassas bir dengeyle ilerler.

İki veya daha fazla stimülasyon basamağı sonunda elde edilen hücre ürünü, fenotipik (örneğin akış sitometresi) ve fonksiyonel (örneğin kromium salınım testi, sitokin salınım testi) analizlerle değerlendirilir.

### Akış Sitometresi ile Fenotipik ve Fonksiyonel Analiz

Bir STL soyunun elde edilmesinden sonra, ürünün hücresel bileşiminin ve fonksiyonel kapasitesinin akış sitometresi ile doğrulanması gereklidir. Adoptif immünoterapide kullanılan hücre ürünlerinin genellikle karışık CD4<sup>+</sup> ve CD8<sup>+</sup> popülasyonlarından oluşması tercih edilir; çünkü yardımcı T hücreleri (CD4<sup>+</sup>), CD8<sup>+</sup> STL'lerin persistansı ve fonksiyonel stabilitesi için gereklidir.

Temel fenotipik analiz için genellikle CD3, CD4, CD8, CD56 ve TCRαβ markerları kullanılır. Bu panel, kültür ürününde doğal öldürücü hücrelerin (NK; CD3<sup>-</sup>CD56<sup>+</sup>) veya γδ T hücrelerinin (TCRγδ<sup>+</sup>) bulunmadığını teyit etmek açısından önemlidir. Bu hücreler doğuştan gelen (innate) immün yanıtın bir parçasıdır ve antijen-spesifik adaptif yanıt sergilemezler.

Flow sitometri ile yapılan fonksiyonel analizlerin en klasik örneği intraselüler sitokin boyaması (intracellular cytokine staining, ICCS)'dir. Bu yöntemde hücre soyu, spesifik antijen veya APC ile in vitro olarak stimule edilir. Stimülasyon sırasında Golgi inhibitörleri eklenir; böylece üretilen sitokinlerin dışarı salınması engellenir ve hücre içinde birikmeleri sağlanır. Yaklaşık 4 saatlik inkübasyonun ardından hücreler önce yüzey markerlarıyla boyanır, daha sonra fiksasyon ve permeabilizasyon aşamalarını takiben hücre içi (örneğin IFN-γ, TNF-α) sitokinler için boyanır. Degranülasyon kapasitesini gösteren CD107a veya granzim B ekspresyonu gibi markerlar da boyanabilir. Bu yöntem, özellikle yardımcı T hücre aktivasyonunun (CD4<sup>+</sup> T) ve sitotoksik efektör fonksiyonların (CD8<sup>+</sup> T) değerlendirilmesi açısından en güvenilir yaklaşımlardan biridir.

Fonksiyonel analizlerde bir diğer önemli parametre hücre proliferasyonudur. Bunun ölçülmesi için *carboxyfluorescein succinimidyl ester* (CFSE) boyası kullanılır. CFSE, hücre içine difüze olur ve hücre bölündükçe eşit şekilde iki yavru hücreye dağıldığından, her bölünmede floresan yoğunluğu yarıya düşer. Böylece flow sitometriyle bölünme sayısı ve proliferasyon oranı kantitatif olarak belirlenebilir. Bu yöntem, STL'lerin antijen-spesifik çoğalma kapasitesini objektif olarak göstermede yaygın şekilde kullanılmaktadır.

Akış sitometresi ile yapılabilen daha pek çok fonksiyonel analiz vardır [6].

### ELISPOT (Enzyme-Linked ImmunoSpot Assay)

ELISPOT, yıllar içinde immünoloji laboratuvarlarında antijen spesifik yanıtı belirlemek için sıklıkla kullanılan metotlar içerisinde yer almıştır. Temel esas olarak intraselüler sitokin boyama testine benzer; her iki yöntem de antijen-spesifik T hücre yanıtlarını sitokin üretimi üzerinden ölçer. Ancak aralarında bazı önemli farklar bulunmaktadır.

ELISPOT testinde hücreler, antijenle uzun süre (genellikle gece boyunca) inkübe edilir. Bu uzun inkübasyon süresi, zayıf veya geç yanıt veren hücrelerin de tespit edilmesini sağlar; bu yönüyle duyarlılığı ICCS'ye göre daha yüksektir. Buna karşın ELISPOT, fenotipik ayırım yapma imkânı sunmaz. Örneğin CD4<sup>+</sup> ve CD8<sup>+</sup> T hücrelerinden hangisinin yanıt verdiği, hücreler önceden ayrılmadığı sürece belirlenemez. Bu açıdan ICCS, fenotipik bilgi sağlama ve çok parametrelili analiz imkânı açısından ELISPOT'a üstündür.

Testin esası kısaca şöyledir: Hücreler, tabanı sitokin-spesifik antikorlarla (örneğin anti-IFN-γ, anti-IL-2) kaplanmış 96 kuyucuklu plakalara eklenir. Hücreler antijenle stimüle edildiğinde salgıladıkları sitokinler, doğrudan bu antikorlar tarafından yakalanır. Ardından biyotin konjugatlı sekonder antikor ve enzim-substrat reaksiyonu ile sitokin salgılayan hücreler nokta (spot) olarak görünür hale gelir. Her spot, tek bir sitokin üreten hücreyi temsil eder.



ve sonuçlar spot-forming units (SFU) per  $10^6$  hücre şeklinde raporlanır.

ELISPOT, epitop haritalama çalışmalarında da yaygın olarak kullanılır. Özellikle 96 kuyucuklu formatı, farklı peptid setleriyle yüksek verimli tarama (high-throughput screening) yapmaya olanak sağlar. Ayrıca ICCS'ye kıyasla daha düşük maliyetli ve teknik olarak daha basit bir yöntemdir.

### Kromiyum Salınım Testi

Kromiyum salınım testi ( $^{51}\text{Cr}$ -Release Assay), hücrel sitotoksiteyi doğrudan ölçen en klasik ve tarihsel olarak en köklü yöntemlerden biridir. Testin esası, hedef (target) hücrelerin radyoaktif  $^{51}\text{Cr}$  (sodyum kromat) ile işaretlenmesine dayanır. Bu hücreler, sitotoksik efektör hücrelerle (örneğin  $\text{CD8}^+$  T hücreleri veya NK hücreleri) birlikte inkübe edilir. Eğer hedef hücreler lizise uğrarsa, hücre içindeki radyoaktif kromiyum ortama salınır. Süpernatanttaki  $^{51}\text{Cr}$  miktarı ölçülerek, spesifik lizis yüzdesi hesaplanır.

Bu yöntem, STL'lerin antijen-spesifik öldürme kapasitesini doğrudan gösterdiği için, en güçlü fonksiyonel doğrulama testlerinden biridir. Özellikle alloreaktiviteyi dışlamak veya hedef-spesifik tanımanın doğruluğunu göstermek açısından önemlidir. Ancak en önemli dezavantajı, radyoaktif materyal kullanımındır.

### CAR-T Hücre Üretimi ve Test edilmesi [7-9]

Kimerik antijen reseptörlü T (CAR-T) hücreler, son yıllarda adoptif immünoterapinin en çığır açıcı uygulamalarından biri haline gelmiştir. İlginç biçimde, CAR-T konsepti ilk olarak HIV enfeksiyonunda latent enfekte hücrelerin hedeflenmesi amacıyla geliştirilmiş, ancak klinik başarı hematolojik malignitelerde (özellikle  $\text{CD19}$ -pozitif B hücreli lösemiler ve lenfomalar) elde edilmiştir. Günümüzde CAR-T teknolojisi, bu başarı üzerine yeniden HIV ve diğer viral rezervuarların hedeflenmesi yönünde araştırılmaktadır.

CAR-T hücrelerinin temel esası, hedef tanımanın doğal T hücre reseptörü (TCR) yerine, genetik olarak eklenmiş bir tek zincirli antikor fragmanı (single-chain variable fragment, scFv) aracılığıyla sağlanmasıdır. Bu tasarım sayesinde, tanıma artık MHC kısıtlamasına bağlı değildir; dolayısıyla T hücreleri, yüzeyinde özgün bir protein veya antijen bulunan herhangi bir hücreye yönlendirilebilir.

Üretim genellikle PBMC izolasyonu ile başlar. PBMC'lerdeki T hücreleri, anti- $\text{CD3}/\text{CD28}$  antikorları ve IL-2 gibi büyüme faktörleriyle aktive edilir. Bu aktivasyon, hem proliferasyonu başlatır hem de retroviral veya lentiviral transdüksiyon için uygun hücrel ortamı oluşturur. Bu aşamada, T hücrelerine antijen-tanıyıcı kimerik reseptör viral vektör aracılığıyla genetik olarak aktarılır. Transdüksiyonu takiben hücreler kültürde çoğaltılır ve belirli fenotipik özellikler (örneğin  $\text{CD4}/\text{CD8}$  oranı, ekspresyon stabilitesi, viabilite) izlenir. Üretilen CAR-T hücrelerinin etkinliği, genellikle otolog hedef hücreler, antijen-pozitif tümör hücreleri ve alloreaktif kontrol hücreleri üzerinde test edilerek doğrulanır. Bu testlerde sitotoksite (ör. kromiyum salınım testi), sitokin salınımı ( $\text{IFN-}\gamma$ ,  $\text{TNF-}\alpha$ ) ve proliferasyon parametreleri değerlendirilir.

### Tek Hücre Transkriptomik ve Proteomik Analizler [10, 11]

Son yıllarda, hücrel fonksiyonelliği tek hücre düzeyinde anlamaya yönelik teknolojiler büyük bir ivme kazanmıştır. Tek hücre transkriptomik (scRNA-seq) ve tek hücre proteomik analizler, özellikle immün hücrelerin heterojenitesini, aktivasyon durumlarını ve klonal farklılıklarını çözümlemede güçlü araçlar haline gelmiştir. Bu yöntemler, klasik toplu (bulk) analizlerin aksine, her bir hücrenin gen ekspresyon profilini veya salgıladığı proteinleri ayrı ayrı değerlendirir. Böylece, aynı kültür içindeki farklı alt popülasyonların fonksiyonel özellikleri, aktivasyon düzeyleri ve sitokin üretim kapasitesi yüksek çözünürlükle ortaya konabilir.

### ***In Vivo* Deneyler [12]**

*Ex vivo* olarak çoğaltılmış ve *in vitro* koşullarda fonksiyonelliği gösterilmiş T hücre ürünlerinin, özellikle CAR-T hücrelerinin, klinik uygulamaya geçmeden önce hayvan modellerinde etkinlik ve güvenlik açısından test edilmesi gereklidir. Bu aşama, hem yayınlanabilirlik hem de klinik deneme onayı açısından zorunlu bir translasyonel basamaktır. *In vivo* modeller, CAR-T hücrelerinin persistansı, trafik paterni, tümör veya enfekte hücre eliminasyonu ve toksisite profili hakkında doğrudan veri sağlar. En sık kullanılan modeller, immün yetmezlikli fare sistemleridir.

HIV çalışmaları için tipik yaklaşım şöyledir: otolog CD4<sup>+</sup> T hücreleri, insan hücrelerinin kabulünü mümkün kılacak şekilde hazırlanmış SCID farelere aktarılır. Bu hücreler farede engraft olduktan sonra, belirli bir HIV suşu ile enfeksiyon oluşturulur. Ardından, *ex vivo* üretilmiş CAR-T hücreleri bu farelere infüze edilir. Böylece CAR-T hücrelerinin *in vivo* antiviral aktivitesi, HIV yükü, CD4<sup>+</sup> T hücre sayısı ve dokulardaki viral rezervuarlar üzerindeki etkisi değerlendirilebilir. Bu tür modeller, yalnızca etkinliği değil, aynı zamanda *off-target* etkileri, alloreaktivite riskini, ve *in vivo* yaşam sürelerini (persistence) değerlendirmek için de kullanılır. Bu sonuçlar, klinik uygulamalara geçmeden önce güvenli doz aralıklarının ve biyolojik mekanizmaların anlaşılmasına olanak tanır.

### **Kaynaklar:**

1. Current Protocols in Immunology, online book, <https://currentprotocols.onlinelibrary.wiley.com/journal/1934368x>.
2. Baker M. Reproducibility: Respect your cells! Nature **2016**; 537(7620): 433–5.
3. Leen AM, Myers GD, Sili U, et al. Monoculture-derived T lymphocytes specific for multiple viruses expand and produce clinically relevant effects in immunocompromised individuals. Nat Med **2006**; 12(10): 1160–6.
4. Sili U, Huls MH, Davis AR, et al. Large-scale expansion of dendritic cell-primed polyclonal human cytotoxic T-lymphocyte lines using lymphoblastoid cell lines for adoptive immunotherapy. J Immunother **2003**; 26(3): 241–56.
5. Sili U, Leen AM, Vera JF, et al. Production of good manufacturing practice-grade cytotoxic T lymphocytes specific for Epstein-Barr virus, cytomegalovirus and adenovirus to prevent or treat viral infections post-allogeneic hematopoietic stem cell transplant. Cytotherapy **2012**; 14(1): 7–11.
6. Robinson JP, Ostafe R, Iyengar SN, Rajwa B, Fischer R. Flow Cytometry: The Next Revolution. Cells **2023**; 12(14).
7. Maldini CR, Ellis GI, Riley JL. CAR T cells for infection, autoimmunity and allotransplantation. Nat Rev Immunol **2018**; 18(10): 605–16.
8. Ramos CA, Heslop HE, Brenner MK. CAR-T Cell Therapy for Lymphoma. Annu Rev Med **2016**; 67: 165–83.
9. June CH, O'Connor RS, Kawalekar OU, Ghassemi S, Milone MC. CAR T cell immunotherapy for human cancer. Science **2018**; 359(6382): 1361–5.
10. Mansuri MS, Williams K, Nairn AC. Uncovering biology by single-cell proteomics. Commun Biol **2023**; 6(1): 381.
11. Papalexi E, Satija R. Single-cell RNA sequencing to explore immune cell heterogeneity. Nat Rev Immunol **2018**; 18(1): 35–45.
12. Anthony-Gonda K, Ray A, Su H, et al. In vivo killing of primary HIV-infected cells by peripheral-injected early memory-enriched anti-HIV duoCAR T cells. JCI Insight **2022**; 7(21).

## Kronik İnflamasyon ve Yeni Hücresel Tedavi Yaklaşımlarında Güncel Literatür

**Uzm. Dr. Veysel AKCA**

Sandıklı Devlet Hastanesi, Afyonkarahisar

Antiretroviral tedavi (ART) ile viral yük saptanamaz düzeye inse bile HIV ile yaşayan bireylerde (PWH) persistan inflamasyon ve immün aktivasyonun sürdüğü artık iyi bilinmektedir. Güncel literatür, bu sessiz inflamatuvar aktivitenin kardiyovasküler hastalık (KVH), yaşlanma, malignite ve immün yorgunluk gibi uzun dönem komplikasyonlarda belirleyici rol oynadığını göstermektedir. 2018 tarihli *Scientific Reports* çalışmasında Višković ve ark. HIV enfeksiyonu baskılanmış bireylerde klasik lipid profili (LDL, HDL, trigliserid) ile inflamatuvar biyobelirteçler (hsCRP, IL-6, sVCAM-1, sICAM-1, D-dimer) arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Viral baskılanma sağlanmasına rağmen inflamatuvar markerlerin yüksek seyrettiği, dolayısıyla subklinik kardiyovasküler riskin devam ettiği saptanmıştır [1].

2024 yılında *Circulation Research* dergisinde yayımlanan derleme, HIV enfeksiyonundaki inflamasyonun aterosklerotik kardiyovasküler hastalık (ASCVD) gelişiminde merkezi rol oynadığını vurgulamıştır. Bu çalışma, IL-6 ve TNF- $\alpha$  gibi sitokinlerin makrofaj/monosit aracılığıyla damar duvarında aterom oluşumuna katkıda bulunduğunu ve mikrobiyal translokasyon ile Toll-like reseptör (TLR) aktivasyonunun bu süreci tetiklediğini göstermiştir [2]. 2023'te yayımlanan *AIDS* dergisindeki çok merkezli POPPY analizi, 31 farklı inflamatuvar biyobelirteçten oluşturulan üç inflamasyon profili tanımlamıştır: “gut/immune activation”, “neurovascular” ve “reference” kümeleri. “Gut/immune activation” profiline sahip HIV pozitif bireylerde kardiyovasküler risk skorlarının anlamlı biçimde daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu bulgu, intestinal geçirgenliğin artışı ve mikrobiyal translokasyonun sistemik inflamasyonda önemli rol oynadığını desteklemektedir [3].

2025 tarihli *Journal of Infectious Diseases* UPBEAT alt analizi, bağırsak mikrobiyotasındaki dengenin (örneğin *Prevotella* artışı ve *Bacteroides* azalması) IL-6 ve sCD14 düzeyleriyle korele olduğunu ortaya koymuştur. Çalışmada HIV pozitif bireylerde mikrobiyal çeşitlilik azalmış, bu durumun subklinik kardiyak inflamasyon ve arteriyel sertlik ile ilişkili olduğu saptanmıştır [4]. Hücresel düzeyde, 2021 yılında yayımlanan *Cellular Immunology* makalesinde HIV-1 Vif proteininin, cGAS–STING–TBK1–IRF3 yolunu hedefleyerek konak antiviral bağışıklığını baskıladığı gösterilmiştir. Vif'in, FRK aracılığıyla STING'in tirozin fosforilasyonunu azaltarak tip I interferon üretimini baskıladığı, bu etkinin FRK inhibitörü D-65495 ile geri çevrilebildiği saptanmıştır [5].

Son olarak, *Nature Microbiology* 2025 tarihli çalışmada HIV-1 kapsidinin nükleer gözenek kompleksi (NPC) ile etkileşimini ve çekirdek girişinde elastisite–adaptabilite dengesinin rolünü tanımlamıştır. Bu mekanizma, virüsün genetik materyalini nükleusa taşıyabilme yeteneğini belirleyen yeni bir hedef olarak gösterilmektedir [6]. Tüm bu veriler, HIV enfeksiyonunda inflamasyonun yalnızca viral replikasyondan bağımsız olarak süren bir bağışıklık aktivasyonu süreci olduğunu; mikrobiyota dengesizliği, endotel disfonksiyonu ve hücresel kaçış mekanizmalarının birlikte hastalık progresyonunda rol oynadığını göstermektedir. Bu nedenle hem sistemik inflamasyonun hem de hücresel hedeflerin modülasyonu, HIV'de “fonksiyonel kür” ve sağlıklı yaşlanma stratejilerinin merkezinde yer almaktadır.

Bir başka çalışmada, klasik CAR-T sistemlerinin sınırlılıklarını aşmak amacıyla aynı hücre içinde iki farklı HIV hedefini tanıyabilen çift reseptörlü (mD1.22 ve m36.4) *duoCAR T* hücreleri geliştirilmiştir. mD1.22 reseptörü HIV Env'in CD4 bağlanma bölgesini, m36.4 ise farklı bir epitopu hedefleyerek virüs varyantlarına karşı geniş koruma sağlamıştır. Klinik üretim düzeyinde (GMP) hazırlanan bu hücrelerin çoğunluğu CCR7<sup>+</sup> TSCM ve TCM fenotipindedir; yani uzun ömürlü, lenfoid dokulara göç edebilen ve self-renewal kapasitesi yüksek hücrelerdir. İn vitro deneylerde *duoCAR T* hücreleri HIV-enfekte CD4<sup>+</sup> hücreleri ve monositleri %85–95 oranında baskılamış, tekrarlayan “challenge” testlerinde bile >%90 öldürme kapasitesini korumuştur. İn vivo insanlaştırılmış fare modellerinde, dalakta viral yükü



%97 oranında düşürmüş ve HIV DNA'sı 4/5 faredede saptanamamıştır. Ürün biyodağılım analizlerinde karaciğer, akciğer ve dalakta lokalize olmuş; toksisite, kilo kaybı veya organ hasarı gözlenmemiştir. Ayrıca, ART altında viral yükü baskılanmış HIV pozitif bireylerin kendi T hücrelerinden elde edilen duoCAR T ürünlerinin güvenli ve işlevsel biçimde üretilebildiği gösterilmiştir. Bu veriler, düşük toksisite ve yüksek etkinlik profiliyle faz I/IIa klinik deneme (NCT04648046) için doğrudan öncül oluşturmuştur [7].

Bu ilk insan çalışmasında HIV antijenleriyle genişletilmiş T hücreleri (HXTC, HIV-expanded T cells) ve epigenetik bir "latency-reversing agent" olan vorinostat kombinasyonu test edilmiştir. Faz 1, açık etiketli, tek kollu bu çalışmaya ART ile viremi baskılanmış 16 HIV pozitif birey dahil edilmiştir. Katılımcılardan izole edilen T hücreleri laboratuvarında HIV antijenleriyle (gag, pol, nef, env) uyarılmış, ardından vorinostat ile birlikte infüze edilmiştir. Tedavi iyi tolere edilmiş, ciddi advers olay veya sitokin fırtınası gözlenmemiştir. İmmünolojik analizlerde HIV-spesifik CD8<sup>+</sup> T hücre yanıtı artmış, ancak HIV DNA (proviral yük) ve indüklenebilir RNA düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı azalma saptanamamıştır. Vorinostat uygulamasını takiben hücre içi HIV RNA geçici olarak artmış (yaklaşık 24–48 saat), latent hücrelerin kısmen "uyandırıldığı" gösterilmiştir. Bu sonuçlar, kombine yaklaşımın güvenli olduğunu ancak tek başına rezervuarı anlamlı biçimde azaltmadığını ortaya koymuştur. Bu çalışma, "shock and kill" konseptinin insanlar üzerinde uygulanabilirliğini doğrulamış fakat daha güçlü latency reverser'lar (romidepsin, bryostatin vb.) veya duoCAR-T gibi gelişmiş immünoterapilerle tekrarlayan kombinasyonların gerekliliğini vurgulamıştır [8].

**Bildiri No: 2810**

### **HIV ile Yaşayan Bireylerde İmmün Tükenme ve Kanser Riskinin Değerlendirilmesinde ELAY ve EDA Oranları**

**Veysel AKCA<sup>1</sup>, Burak Ekrem Çitil<sup>2</sup>, Turhan TOGAN<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Sandıklı Devlet Hastanesi

<sup>2</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi

**Giriş ve Amaç:** HIV ile yaşayan bireylerde (PLWH) immün tükenmenin izlenmesine yönelik birçok belirteç araştırılmış olsa da, halen standart bir biyobelirteç bulunmamaktadır. Bu eksiklik, kronik inflamasyonun ve klinik sonuçların doğru değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır. Bu çalışmada, antiretroviral tedavi (ART) durumu da dikkate alınarak kronik immün tükenme ve hücre fonksiyon değerlendirildi. CD4<sup>+</sup> ve CD8<sup>+</sup> T hücrelerinde PD-1, CTLA-4, CD25 ve CD27 ekspresyonları incelenmiş; bu temelde ELAY (CD4<sup>+</sup>CD27<sup>+</sup>/CD4<sup>+</sup>PD-1<sup>+</sup>) ve EDA (CD8<sup>+</sup>CD27<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>PD-1<sup>+</sup>) oranları oluşturulmuştur. Çalışma, bu belirteçlerin klinik değerini ortaya koyarak HIV'e bağlı komplikasyonların erken tanı ve izlemine desteklemeyi amaçlamıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışma, gözlemsel prospektif bir araştırma olarak tasarlanmıştır. Çalışmaya 18–90 yaş aralığında toplam 205 kişi dahil edilmiştir. İki farklı grupta değerlendirilmiştir. Yüzey reseptör analizleri hastanemizde BD FACSCANTO IITM akım sitometri cihazı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. CD4<sup>+</sup>CD27<sup>+</sup>/CD4<sup>+</sup>PD-1<sup>+</sup> oranı ELAY, CD8<sup>+</sup>CD27<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>PD-1<sup>+</sup> oranı ise EDA olarak adlandırılmıştır.

**Bulgular:** 199 katılımcının %12,1'i kadın (n=24) ve %87,9'u erkektir (n=175). Gruplar arasında sosyodemografik özellikler açısından anlamlı fark saptanamamıştır. ELAY ve EDA oranları karşılaştırıldığında, en yüksek değerler DTG-3TC grubunda, en düşük değerler ise tedavi-naif grupta bulunmuştur (p=0,009). ELAY (p=0,035) ve EDA (p < 0,001) oranları 40 yaş altı bireylerde daha yüksek, EDA oranı kadınlarda daha yüksek saptanmıştır (p=0,012). Malignite öyküsü bulunan bireylerde her iki oran da düşük bulunmuştur (ELAY: p=0,009; EDA: p=0,042). Tanı anında CDC evre 2 ile evre 3 arasında ELAY (p=0,001) ve EDA (p=0,003) açısından anlamlı fark saptanmıştır. CD27 ekspresyonu,

yeni tanı almış bireylerde en yüksek, ART deneyimi olanlarda daha düşük ve ART'ye rağmen viremi saptananlarda en düşük düzeydedir. Yaş, CD8<sup>+</sup> T hücre oranı ile pozitif; CD27 ekspresyonu ile negatif korelasyon göstermiştir. Bu bulgular, özellikle CD8<sup>+</sup> hücrelerde CD27'nin immün tükenme ile ilişkisini desteklemektedir. CD8<sup>+</sup>CD27<sup>+</sup> hücre oranı ile CD8<sup>+</sup>PD-1<sup>+</sup> oranı arasında negatif korelasyon gözlenmiştir. Ayrıca, ELAY ile yaş ( $r=-0,176$ ;  $p=0,013$ ), tanı gecikmesi ( $r=-0,182$ ;  $p=0,010$ ) ve başlangıç HIV RNA düzeyi ( $r=-0,286$ ;  $p < 0,001$ ) arasında; EDA ile yaş ( $r=-0,291$ ;  $p < 0,001$ ), tanı gecikmesi ( $r=-0,266$ ;  $p < 0,001$ ) ve başlangıç HIV RNA düzeyi ( $r=-0,307$ ;  $p < 0,001$ ) arasında negatif korelasyon saptanmıştır. ELAY ( $r=0,241$ ;  $p < 0,001$ ) ve EDA ( $r=0,195$ ;  $p=0,011$ ) oranları, başlangıç CD4/CD8 oranı ile pozitif korelasyon göstermiştir.

**Sonuç:** ELAY oranı, maligniteyi öngörmede umut verici bir gösterge olarak ortaya çıkmıştır. EDA oranı ise immün tükenmenin değerlendirilmesinde anlamlı bir parametre olarak saptanmıştır. Bulgular HIV ile yaşayan bireylerde yüzey reseptörlerine dayalı immün değişimlerin takibine yönelik yeni içgörüler sağlamıştır. İmmün tükenme ile malignite riskinin izlenmesine katkı sunabilecek yeni oranlar ortaya koymuştur.

### Kaynakça

1. Višković K, Židovec Lepej S, Gorenec A, et al. *Cardiovascular markers of inflammation and serum lipid levels in HIV-infected patients with undetectable viremia*. Sci Rep. 2018;8:6113.
2. Okeke NL, Temu T, Mwangala S, et al. *Inflammation in HIV and its impact on atherosclerotic cardiovascular disease*. Circ Res. 2024;134(11):1155-1165.
3. Solomon L, Kunisaki K, Phillips A, et al. *Association between inflammatory biomarker profiles and cardiovascular risk in individuals with and without HIV*. AIDS. 2023;37(15):695-703.
4. Crane HM, et al. *Associations between the gut microbiome, inflammation, and cardiovascular profiles in people with HIV*. J Infect Dis. 2025;231(5):987-998.
5. Wang L, Zhao M, et al. *HIV-1 Vif suppresses antiviral immunity by targeting STING*. Cell Immunol. 2021;370:104498.
6. He W, Shen H, Aiken C, et al. *HIV-1 nuclear import is selective and depends on both capsid elasticity and nuclear pore adaptability*. Nat Microbiol. 2025;10(8):1868-1885.
7. Anthony-Gonda K, Deeks SG, Dropulic B, et al. *In vivo killing of primary HIV-infected cells by peripheral-injected early memory-enriched anti-HIV duoCAR T cells*. JCI Insight. 2022;7(21):e160126.
8. Gay CL, Sili U, Bollard CM, Margolis DM. *The effects of HIV-1 antigen-expanded specific T-cell therapy and vorinostat on persistent HIV-1 infection in people with HIV on antiretroviral therapy*. J Infect Dis. 2024;230(7):1154-1165.

## Nitel ve Karma Yöntem Araştırmalarına Giriş

**Prof. Dr. Janet Molzan TURAN**

*Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul*

Nitel araştırmanın amacı, insanların deneyimlerini ve bakış açılarını anlamaktır. Bu yöntem, değerler, normlar, cinsiyet rolleri, dini inanışlar ve damgalama gibi soyut konuların derinlemesine anlaşılması için kullanılır. Temel felsefesi, “Nasıl?”, “Neden?” ve “Hangi koşullarda?” gibi sorulara yanıt arayarak anlam derinliği kazanmaktır. Nitel araştırmalarda katılımcı, bir denek olarak değil, sürecin aktif bir katılımcısı olarak yer alır. Araştırmacı ise sürecin bir parçasıdır ve bir araç olarak görev yapar. Nicel araştırmalar önceden belirlenmiş cevaplarla ölçüm yaparken, nitel araştırmalar katılımcının duygularını ve düşüncelerini kendi ifadeleriyle anlatmasına olanak tanır. Nitel araştırma sorusuna örnek olarak “İnsanlar HIV testi yaptırmaya karar verirken yaşadıkları süreç nedir?” gibi sorular verilebilir. Bu araştırma türünün yaklaşımlarını fenomenoloji, temellendirilmiş teori, etnografya, anlatı araştırması, vaka çalışması ve çerçeve yaklaşımları oluşturur.

Nitel araştırmada doğru örnekleme seçmek önemlidir. Bu tür araştırmalarda örnekleme yöntemleri amaçlı veya teorik, kota, kartopu ve yanıtlayan odaklı örnekleme şeklinde olabilir. Doğunluk (saturation) ulaşmak önemli, ve doğunluk kullanılan yöntem ve araştırma sorusuna bağlı olarak değişir. Nitel veri analizinde ilk olarak veriler okunur, ardından parçalara ayrılır ve kodlama yapılır. Daha sonra kodlar azaltılarak gruplandırılır ve son aşamada temalar oluşturulur. Verilerin kalitesi güvenilirlik, tutarlılık, doğrulanabilirlik ve aktarılabilirlik ölçütleriyle değerlendirilir.

“Karma yöntem araştırması” hem nitel hem de nicel yöntemleri bir arada kullanan bir yaklaşımdır. Bu yöntem, her iki veri türünü toplayıp analiz ederek daha kapsamlı sonuçlar elde etmeyi amaçlar. Karma yöntem araştırmalarında araştırmacı, nitel ve nicel verileri dikkatli ve sistematik biçimde toplar ve bu verileri eş zamanlı, sıralı ya da iç içe geçmiş şekilde birleştirir. Araştırmanın amacına göre verilerden birine öncelik verilebilir veya her ikisine eşit önem tanınabilir. Yöntemsel titizliğe, iki veri türünün etkili biçimde birleştirilmesi, uygun karma yöntem tasarımının kullanılması ve karma yöntem terimlerinin doğru şekilde tanımlanmasına dikkat edilir.

Temel karma yöntemleri yakınsak, eş zamanlı (concurrent), açıklayıcı sıralı (explanatory sequential), ve keşfedici sıralı (exploratory sequential), şeklindedir. Bu tasarımların örnekleri arasında Tayland’daki ergenlerde cinsel eğitim ihtiyaçları (Vuttanont et al., 2006), Peru’da gıda güvencesizliği ölçümü (Vargas & Penny, 2009) ve Kenya’da kadınların evde doğum yapma nedenleri (Turan et al., 2012) üzerine yapılan çalışmalar sayılabilir. Karma yöntem araştırmalarında verilerin entegrasyonu, hem nitel hem nicel bulguların birbirini tamamlamasıyla gerçekleştirilir. Bulgular, birbirini destekleyebilir, farklılaşabilir veya yeni içgörüler sunabilir.

Sonuç olarak, nitel ve karma yöntemlerle çalışmak tatmin edici ve ilgi çekici olsa da uygulanması zahmetli. Ancak, bu yöntemlerle insan deneyimlerinin karmaşık yapısını anlamaya yönelik daha tatminkar veri toplanabilir. Bu çalışmalarla birlikte bireylerin gerçek ihtiyaçları daha iyi tespit edilebilir, tanımlanabilir ve müdahale edilebilir.

## REFERANS

- Turan, J. M., Hatcher, A. H., Medema-Wijnveen, J., Onono, M., Miller, S., Bukusi, E. A., ... & Cohen, C. R. (2012). The role of HIV-related stigma in utilization of skilled childbirth services in rural Kenya: a prospective mixed-methods study.
- Vargas, S., & Penny, M. E. (2010). Measuring food insecurity and hunger in Peru: a qualitative and quantitative analysis of an adapted version of the USDA’s Food Insecurity and Hunger Module. Public health nutrition, 13(10), 1488-1497.



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



Vuttanont, U., Greenhalgh, T., Griffin, M., & Boynton, P. (2006). “Smart boys” and “sweet girls”—sex education needs in Thai teenagers: a mixed-method study. *The Lancet*, 368(9552), 2068-2080.

## Uygulama Araştırması Nedir ve Nasıl Yapılır?

**Prof. Dr. Janet Molzan TURAN**

*Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul*

Uygulama araştırması (UA), sağlık müdahalelerinin ve uygulamalarının toplumlar ve sağlık sistemleri tarafından etkili, sürdürülebilir ve kalıcı biçimde benimsenmesini sağlamayı hedefleyen bir araştırma türüdür (Allotey ve ark., 2008). Uygulama **bilimi** ise, uygulama araştırmalarını da kapsayan, kanıta dayalı uygulamaların ve politikaların rutin sağlık hizmetleri tarafından benimsenmesini ve bütünleştirilmesini inceleyen bilimsel bir alandır (NIH-NCI).

Uygulama araştırması, uygulamada ortaya çıkan sorunları, sorun çözme perspektifinden ele alarak sorunları tanımlarken uygulamanın yapıldığı bağlamın ve uygulamada kullanılan stratejilerin geliştirilmesini sağlar. Ardından, müdahalenin etkinliğini uygulama çıktılarına bakarak değerlendirir. Bu doğrultuda odak noktası, müdahalelerde sık görülen sorunların tespiti, sağlık müdahalelerine ulaşımı engelleyen veya sağlayan faktörlerin araştırılması, kanıta dayalı etkili çözümlerin üretilmesi ve bu çözümlerin sağlık sistemine uzun vadeli ve sürdürülebilir biçimde entegre edilmesini hedefler (Peters ve ark., 2013).

Bir müdahalenin başarılı olup olmadığını değerlendirme sürecinde uygulamanın çıktılarının birçok açıdan değerlendirilmesi gerekir. Müdahalenin etkinliği ara çıktılar ile tespit edilebilir, farklı sosyo-ekonomik düzeylerde ne gibi farklılıklar olduğu araştırılabilir (Proctor ve ark., 2011). Örneğin, bir uygulama pratiğinin hem uygulayıcılar hem de uygulanan bireyler tarafından kabul edilebilirliği gibi değişkenler uygulamanın başarılı olup olmayacağını belirleyebilir. Uygulama sonucuna etki edebilecek diğer değişkenler ise benimsenebilirlik, müdahalenin durum ve kişiler için uygunluğu, uygulanabilirlik seviyesi, müdahalenin uygulanmasında gerekli protokolün sağlanıp sağlanmadığına dair sadakat, uygulamanın maliyeti, sisteme entegre edilebilirlik oranı ve sürdürülebilirlik derecesi gibi faktörlerdir (Peters ve ark., 2013; Sekhon ve ark., 2017).

Kanıta dayalı müdahalelerin uygulama çıktılarını geliştirmek için çeşitli metotlar geliştirilir. Bu metotlar, uygulama stratejileri olarak adlandırılır. Örneğin, kanser teşhisinde kullanılan kanser taramaları, kanıta dayalı müdahaleler olarak tanımlanırken, müdahalelerin uygulanmasını sağlayacak, örneğin toplumda farkındalık yaratmak adına erken teşhis etkinlikleri, hasta eğitim materyalleri gibi çeşitli stratejiler geliştirilir. Bu stratejiler müdahale programı ile birlikte paketlenir ve finansal olarak desteklenebilir. Uygulamanın yer aldığı çevre ise çoğunlukla bir kurumsal/örgütsel bir bağlamda gerçekleşir. Bu örgüt içerisinde birçok sektör uygulama sorunlarını çözmek için ortak paydada ve işbirlik içinde çalışır (Damschroder ve ark., 2009). Organizasyon içerisinde bulunan kurumlardaki örgüt kültürü, örneğin kurum içi hiyerarşi, roller, çalışanların iyilik hali ve kurumun bulunduğu dış ortamdaki politik, ekonomik veya sosyal çevre gibi faktörler müdahale programlarının oluşturulma sürecinde önemli etkenlerdir.

Örnek olarak, bir uygulama araştırması projesinde Kenya'da perinatal ruh sağlığı ve HIV üzerine geliştirdiğimiz, işbirlikçi bakım modeli (Collaborative Care Model/CCM, Tunawari model) stratejileri ile kanıtlanmış ruh sağlığı hizmetlerini entegre etmeye çalışıyoruz. Kenya'da perinatal dönemdeki kadınların %20'si yaygın ruh sağlığı bozuklukları yaşamaktadır. Perinatal depresyonun %20 ile %40 arasında görülmesine genellikle HIV eşlik etmektedir. Her yıl yaklaşık 12.000 anneden yenidoğana aktarılan HIV enfeksiyon vakası görülmektedir. HIV taşıyıcısı annelerin birçoğunun gebelik öncesi bakım hizmetlerine geç başvurduğu, antiretroviral tedaviye uyum sağlamakta güçlük çektiği, HIV'e ilişkin klinik durumlarında kötüleşmelere sebep olduğu görülmüştür. Tedavi edilmeyen ruh sağlığı bozuklukları ise anne ve bebekler için ciddi sorunlara yol açmaktadır. İşbirlikçi bakım modelinin, depresyon ve anksiyete belirtilerini iyileştirmede etkili olduğu gösterilmiştir. Bu etki, kırsal veya kentsel bölgelerde yaşayan bireylerden, etnik azınlıkta olan bireylere kadar çeşitli gruplarda gözlenmiştir. Bu bağlamda, oluşturduğumuz



müdahale programının hedefleri perinatal ruh sağlığı bozukluklarının tespiti, tedavisi ve yönetiminin sağlanması, anne-çocuk HIV bulaşımının azaltılması, anne ve bebeklerin sağlık durumlarının geliştirilmesidir.

Hastayı merkeze alan işbirlikçi bakım modeline göre düzenlenen uygulama çerçevesine göre, HIV ile yaşayan hamile ve doğum sonrası kadınlar için düzenlenen rutin doğum öncesi HIV hizmetleri ile ruh sağlığı taraması ve tedavisinin birincil basamak sağlık hizmetlerinin entegre edilmesi sağlanır. Bu bağlamda geliştirdiğimiz uygulama araştırmasının tasarımı üç basamaktan oluşmaktadır: (1) CCM (işbirlikçi bakım modeli) entegrasyonuna yönelik engelleri ve kolaylaştırıcı etmenleri belirlemek, (2) HIV ile yaşayan hamile ve doğum sonrası kadınlar için ANC/ HIV kliniklerinde (HIV ile yaşayan kadınlar için “antenatal care” - doğum öncesi bakım) işbirlikçi bakım modelini test etmek, (3) Maliyet etkinliğini incelemek, sürdürülebilirliği araştırmak ve yaygınlaştırma stratejilerini inceleyerek uygulama stratejilerini iyileştirmek ve geliştirmek. Buna göre, müdahale programının sonucunda HIV ile yaşayan perinatal kadınlarda ruh sağlığı sorunlarının tespiti, tedavisi ve yönetiminin gelişmesi ile birlikte HIV tedavisinin sürdürülmesinin sağlanması, bu modelin etkinliğini, maliyetini ve sürdürülebilirliğini ortaya koyarak diğer ülkelere yayılması ve modelin etkinliğine dair bilimsel kanıt oluşturmaya beklenmektedir.

Sonuç olarak, uygulama araştırmaları, müdahalelerin uygulamaya geçirilmesinde önemli rol oynayan araştırmalardır. Neyin, nasıl ve niçin uygulamaya geçirileceğine dair yanıtlar arar ve disiplinlerarası çeşitli yöntemlerden yararlanır. Uygulamaların etkinliğine dair çıktılar, gerçekleştirildiği çevre ya da bağlamsal faktörler ve kullanılan yöntemler uygulama araştırmalarında göz önünde bulundurulana ana unsurlardır.

## REFERANS

- Allotey, P., Reidpath, D. D., Ghalib, H., Pagnoni, F., & Skelly, W. C. (2008). Efficacious, effective, and embedded interventions: implementation research in infectious disease control. *BMC Public Health*, 8(1), 343.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation science*, 4(1), 50.
- Lomas, J. (1993). Diffusion, dissemination, and implementation: who should do what?. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 703, 226-35.
- Peters & Alonge (2022). Health Policy, Systems Research, and Analysis Tools: Role of Implementation Research. *Making Health Systems Work in LMIC*
- Peters, D. H., Adam, T., Alonge, O., Agyepong, I. A., & Tran, N. (2013). Implementation research: what it is and how to do it. *Bmj*, 347.
- Proctor, E. K., Landsverk, J., Aarons, G., Chambers, D., Glisson, C., & Mittman, B. (2009). Implementation research in mental health services: An emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 36(1), 24–34.
- Sekhon, M., Cartwright, M., & Francis, J. J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Services Research*, 17(1), <http://dx.doi.org/88.10.1186/s12913-017-2031-8>



## HIV ve Damgalanma

**Prof. Dr. Bülent TURAN**

*Koç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul*

Bireylerin, sahip oldukları kimlik özellikleri veya davranışları neticesinde toplum tarafından etiketlenmesi ve sosyal açıdan değerlerinin ya da itibarlarının azalması sürecine *damgalanma* denir. Buna göre, bireyler “normal/sıradan” bir bireyden, kusurlu veya diğerlerinden aşağıda bireyler olmaya indirgenir (Goffman, 1963). Damgalama süreçleri, ayrımcılık, ötekileştirme, dışlama, stereotipler ve önyargılardan oluşur. Damgalamanın en sık görüldüğü alanlardan bir tanesi de HIV’e (Human Immunodeficiency Virus) ilişkin damgalamadır. HIV’in bulaşma nedenine dair toplum içerisinde yaygın görülen inançların, damgalamanın oluşmasında rol oynadığı düşünülmektedir (Herek & Capitanio, 1999; Pryor, 1999). Türkiye bağlamında HIV ile ilişkili en sık görülen damgalama ya da ayrımcılık türlerinden birisi de kişiler hakkında dedikodu yapılmasıdır (Gökengin et al., 2017). Son 20 yılda ABD’de HIV tedavisindeki gelişmeler korku ve tehdit algısını zayıflatarak damgalamanın azalmasına katkıda bulunmuştur (General Social Survey, 1987; 2007). Yine de damgalama hala HIV teşhisinin, önleminin ve tedavisinin önünde bir engel oluşturur (Katz et al., 2012; Simbayi et al., 2007).

Damgalanma çok boyutlu bir süreçtir. Bu süreçte farklı damgalanma türleri birbiriyle ilişkili biçimde ortaya çıkar. Beklenen ya da öngörülen damgalanma, kişinin HIV tanısı nedeniyle dışlanma, eleştirilme veya ayrımcılığa uğrama ihtimaline dair duyduğu korku ve kaygıları ifade eder. Algılanan damgalanma ise toplumda HIV ile yaşayan bireylere yönelik olumsuz tutum, inanç ve davranışların var olduğuna dair bireysel algıyı temsil eder. Deneyimlenen damgalanma, bireyin doğrudan yaşadığı ayrımcılık ya da dışlanma biçimlerini kapsar. İçselleştirilmiş damgalanma (kendini damgalama) ise bireyin toplumdaki damgalayıcı inançları kabul etmesi ve kendi benliğine yöneltmesi, kendini suçlu veya değersiz hissetmesi ile karakterizedir. Ayrıca, mikroagresyonlar da damgalanmanın daha örtük biçimlerini oluşturur; bu durumlar açık bir ayrımcılık içermese de dolaylı olarak bireyi dışlayan veya küçümseyen tutum ve davranışlarla kendini gösterir. Örneğin “HIV ile yaşadığına inanamıyorum, sen çok sorumlu bir insansın” ifadesi, bu enfeksiyona sahip kişilerin genellikle sorumsuz olduğuna dair örtük bir mesaj taşır.

Dahası, bir birey bazen birden fazla damgalanan kimliğe sahip olabilir. Bu duruma kesişimsel damgalanma denir. Örneğin, bir kişi hem eşcinsel olduğu hem de HIV ile yaşadığı için damgalama süreçlerine maruz kalabilir. İki damgalanma türü de depresyon semptomlarına etki etmektedir ve birbirlerinin etkilerini arttırabilir. HIV ile yaşayan kişilerin kesişen kimliklerinin göz önünde bulundurulması bütüncül bir yaklaşım sağlayabilir.

HIV’e ilişkin damgalanmanın sağlık kuruluşlarına başvurmada bir bariyer oluşturduğu bilinmektedir. Örneğin, Kenya’da yapılan bir çalışmada, HIV ile yaşayan kadınların HIV’e ilişkin deneyimlenen damgalanma ve damgalanma korkusu sebebiyle, doğum yapmak için sağlık kurumları yerine, evde doğumu seçmeye yöneldikleri ve bir sağlık kuruluşuna başvurma oranlarının yarıya indiği bulunmuştur (Turan et al., 2012). Bireylerin sağlık çalışanları tarafından ayrımcılığa uğramaktan korkması ve hasta gizliliğinin ihlal edilebilmesi gibi durumlar, HIV ile yaşayan bireylerde içselleştirilmiş damgalamayı arttırmakta ve bireyleri olumsuz yönde etkilemektedir. Üstelik bu etkiler, HIV testi için rıza göstermemek, antiretroviral tedaviye daha az uyum, HIV tedavisini sürdürmemek gibi davranışlara neden olur veya depresyon gibi mental rahatsızlıkların oluşumunda rol oynar (Rueda et al., 2016; Turan et al., 2016). Türkiye’de bulunan sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda ise, örneğin cerrahların HIV taşıyan bireyleri, ameliyat etmemek istememe oranlarının %48 olduğu bulunmuş ve tıp öğrencileri arasında yapılan bir başka çalışma ise bu bulguları desteklemiş, HIV’e ilişkin negatif tutumlar ve HIV ile yaşayan bireylere sosyal mesafe koyma tutumu arasında pozitif yönde ilişki olduğunu bulmuştur (Nemli et al., 2025).

Buna göre, damgalanmanın bireyin yalnızca çevresinde maruz kaldığı ve deneyimlediği bir sosyal baskı olmaktan çıkıp aynı zamanda yapısal olarak daha geniş çevreye yayılarak bireyi daha derinden etkilediği görülmektedir.

Bu bağlamda sağlık çalışanları arasında HIV damgalamasına ve negatif tutumlara yönelik müdahaleleri artırmak, HIV veya damgalanan diğer enfeksiyon hastalıklardan etkilenen bireylerin eşit şekilde hizmet almalarını, yaşam ve sağlık koşullarını iyileştirmelerini sağlayabilir.

#### REFERANSLAR

- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon Schuster.
- Gökengin, D., Çalık, Ş., & Öktem, P. (2017). Türkiye’de HIV’le ilgili damgalama ve ayrımcılığın analizi: HIV’le yaşayan kişiler için damgalanma göstergesi sonuçları. *Klimik Dergisi*, 30(1), 15-21.
- Herek, G. M., & Capitanio, J. P. (1999). AIDS stigma and sexual prejudice. *American behavioral scientist*, 42(7), 1130-1147. <https://doi.org/10.1177/0002764299042007006>
- Katz, I. T., Ryu, A. E., Onuegbu, A. G., Psaros, C., Weiser, S. D., Bangsberg, D. R., & Tsai, A. C. (2013). Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *Journal of the international AIDS Society*, 16, 18640.
- National Opinion Research Center. (2021). General Social Survey (GSS) [Data set]. NORC at the University of Chicago. <https://gssdataexplorer.norc.org>
- Nemli, S. A., Abdollahpour Ranjbar, H., & Turan, B. (2025). Political conservatism and social distancing from people living with HIV among Medical students: mediating roles of negative stereotypes and negative Intergroup emotions. *BMC Medical Education*, 25(1), 220.
- Pryor, J. (1999). Immunity to error through misidentification. *Philosophical Topics*, 26(1/2), 271-304.
- Rueda, S., Mitra, S., Chen, S., Gogolishvili, D., Globberman, J., Chambers, L., ... & Rourke, S. B. (2016). Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. *BMJ open*, 6(7), e011453.
- Simbayi, L. C., Kalichman, S., Strebel, A., Cloete, A., Henda, N., & Mqeketo, A. (2007). Internalized stigma, discrimination, and depression among men and women living with HIV/AIDS in Cape Town, South Africa. *Social science & medicine*, 64(9), 1823-1831.
- Stringer, K. L., Turan, B., McCormick, L., Durojaiye, M., Nyblade, L., Kempf, M. C., ... & Turan, J. M. (2015). HIV-related stigma among healthcare providers in the deep south. *AIDS and Behavior*, 20(1), 115-125.
- Turan, B., Crockett, K. B., Buyukcan-Tetik, A., Kempf, M. C., Konkle-Parker, D., Wilson, T. E., ... & Turan, J. M. (2019). Buffering internalization of HIV stigma: implications for treatment adherence and depression. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 80(3), 284-291.
- Turan, J. M., Hatcher, A. H., Medema-Wijnveen, J., Onono, M., Miller, S., Bukusi, E. A., ... & Cohen, C. R. (2012). The role of HIV-related stigma in utilization of skilled childbirth services in rural Kenya: a prospective mixed-methods study.
- Turan, B., Hatcher, A. M., Weiser, S. D., Johnson, M. O., Rice, W. S., & Turan, J. M. (2017). Framing mechanisms linking HIV-related stigma, adherence to treatment, and health outcomes. *American journal of public health*, 107(6), 863-869.
- Turan, B., Smith, W., Cohen, M. H., Wilson, T. E., Adimora, A. A., Merenstein, D., ... & Turan, J. M. (2016). Mechanisms for the negative effects of internalized HIV-related stigma on antiretroviral therapy adherence in women: the mediating roles of social isolation and depression. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 72(2), 198-205.

## Türkiye’de HIV Enfeksiyonu

**Uzm. Dr. Taliha KARAKÖK**

*Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara*

Türkiye’de HIV/AIDS enfeksiyonu, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar listesinde yer almakta olup, ilk vaka bildirimini yapıldığı 1985 yılından bu yana düzenli surveyans çalışmaları yürütülmektedir. HIV enfeksiyonuna ilişkin bildirim sürecinde, bireylerin damgalanma ve ayrımcılığa maruz kalmalarını önlemek amacıyla hasta mahremiyetinin korunması ve kişisel hakların gözetilmesi temel ilke olarak benimsenmiştir.

Bu çerçevede, HIV/AIDS nedeniyle sağlık hizmetine başvuran, test ve tedavi süreçlerine dâhil olan veya yeni tanı alan kişilere ait bildirimler, kimlik bilgileri kodlanarak yapılmakta; ad, soyad ve T.C. kimlik numarası gibi doğrudan tanımlayıcı veriler sistemde kaydedilmemektedir. Vakalar, doğrulama testinin uygulandığı tarihe göre değerlendirilmekte; vaka sayıları, doğrulama testi pozitif olarak tespit edilip bildirilen olgular üzerinden hesaplanmaktadır. Bu nedenle, önceki yıllarda doğrulama testi yapılan vakaların bildirimi sonraki yıllarda da gerçekleştirilebilmekte ve yıllık vaka sayılarında değişiklikler meydana gelebilmektedir.

Ülke genelinde HIV/AIDS ile yaşayan bireyler, sosyal damgalanma ve ayrımcılık endişesi nedeniyle, özellikle küçük illerde tanı ve tedavi hizmetlerine başvurmaktan kaçınabilmektedir. Büyük illerde sağlık hizmeti alan bireylerin ise beyan ettikleri adresler ile fiili ikamet adreslerinin farklılık göstermesi, coğrafi bölge veya il düzeyinde yapılan dağılım analizlerinin gerçeği tam olarak yansıtmamasına yol açmaktadır. Bu nedenle, değerlendirmeler ülke geneli verileri üzerinden yapılmaktadır.

Türkiye’de 1985 yılından 15 Ağustos 2025 tarihine kadar doğrulama testi pozitif olarak saptanıp bildirilen toplam 51.469 HIV pozitif kişi ve 2.577 AIDS vakası bulunmaktadır. HIV ve AIDS olgularının %82,0’si erkek, %18,0’i kadın, ve %15,6’sı yabancı uyruklu bireylerden oluşmaktadır. Vakaların en yüksek oranda görüldüğü yaş grupları 25-29 ve 30-34 yaş aralıklarıdır.

Bulaş yoluna göre dağılım incelendiğinde, 1985 yılından itibaren bildirimi yapılan vakaların %60,3’ünde bulaş yolu belirtilmemiştir. Bulaş yolu bildirilen vakalar arasında cinsel yolla bulaşma %94,4, damar içi madde kullanımı %1,2, anneden bebeğe geçiş %1,1, ve çoklu bulaş yolu bildirimi %2,3 oranında saptanmıştır.

Ayrıca, 2024 yılı içerisinde aktif olarak hizmet veren Gönüllü Danışmanlık ve Test Merkezi (GDTM) sayısı altı iken, 2025 yılı içinde yedi yeni merkezin açılmasıyla bu sayı artmış ve merkezler faaliyete başlamıştır.

## Türkiye’de HIV Enfeksiyonu: Sivil Toplum Gözüyle...

**Çiğdem ŞİMŞEK**

*Pozitif-iz Derneği İstanbul*

### Pozitif-iz Derneği Kimdir?

Pozitif-iz, HIV ile yaşayan kişiler ve yakınlarını fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden güçlendirmeyi amaçlayan bir sivil toplum kuruluşudur. Dernek, danışmanlık süreçlerinden psikolojik desteğe, akran dayanışmasından hukuki yönlendirmeye ve hak temelli savunuculuğa kadar geniş bir yelpazede hizmet sunar. Bu hizmetler yalnızca bireylerin yaşam kalitesini yükseltmekle kalmaz; toplum sağlığını güçlendirir, insan hakları perspektifini yaygınlaştırır ve sağlık okuryazarlığına katkı sağlar.

Derneğin kurucuları ve gönüllüleri, 20 yıla yakın süre boyunca HIV alanında sahada çalışma, politika sürecini takip etme, eğitim faaliyetleri yürütme ve pandemi dönemindeki kırılğanlıkları analiz etme deneyimine sahip. Bu yıllara dayalı bilgi birikimi; pozitif kişilerin maruz bırakıldığı ayrımcılığın kaynaklarını, sağlık sisteminde karşılaşılan yapısal engelleri ve çözüm odaklı yaklaşımları bütüncül bir çerçevede değerlendirebilmeyi mümkün kılar.

Üyeleri arasında sağlık çalışanları ve akademisyenler de dâhil olmak üzere çok çeşitli meslek gruplarından kişiler bulunuyor. Bu çeşitlilik, çok-disiplinli bir yaklaşımı güçlendirir ve kapsayıcı bir dilin benimsenmesini sağlar. İhtiyaç odaklı hizmet modeli, bu heterojen uzmanlık dağılımının doğal bir sonucudur.

Her yıl düzenli olarak hazırlanan “Hak İhlalleri Raporu” ise sağlık hizmetlerinde yaşanan ayrımcılık örüntülerini, tanı sonrası karşılaşılan sosyal dışlanmayı, istihdam alanındaki zorlukları, eğitim kurumlarında ortaya çıkan ayrımcı tutumları ve hukuksal hak ihlallerini görünür kılar. Bu raporlar; karar alıcılara, akademisyenlere ve sağlık sektörü profesyonellerine yönelik önemli bir referans kaynağı niteliği taşır.

### Neden “Sivil Toplum Gözüyle”?

HIV ile yaşayan kişilerin karşılaştıkları zorluklar yalnızca tıbbi boyutta ortaya çıkmaz. Günlük hayatın içinde, aile ilişkilerinde, sosyal çevrede ve iş yaşamında görünmeyen pek çok engel var. Bu nedenle sahadaki gerçeklik, laboratuvar sonuçlarından çok daha fazla. Sivil toplum, toplumdaki algıları, günlük yaşam pratiklerini, sağlık hizmetine erişimdeki korkuları, yanlış bilgilendirme kaynaklarını ve sosyal psikolojiyi doğrudan gözlemleme imkânına sahip.

Sağlık kuruluşlarında sıra beklerken kişinin yüz ifadesinde beliren endişeyi, tanı aldıktan sonra yaşanan şoku, aile içinde ortaya çıkan çatışmaları, mahremiyet konusundaki çekinceleri ve iş yerindeki ayrımcı uygulamaları duyan, kaydeden ve raporlayan yapı yine sivil toplum. Bu gözlemler yalnızca sorun tespiti için değil; çözüm üretme süreçleri için de değerli.

Bu nedenle sahaya en yakın aktör, politikaya en gerçekçi katkıyı sunan yapı ve damgalamayı en net gözlemleyebilen mekanizma sivil toplumdur. **Pozitif-iz’in amacı eleştirmek değil; birlikte iyileştirmek**, kamu, akademi ve sağlık sisteminin temas noktalarını güçlendirmek. Çünkü HIV alanında çözüm, tüm aktörlerin işbirliğiyle mümkün.

### Veriler Ne Söylüyor?

1985–Ağustos 2025 arasında Türkiye’de bildirilen HIV tanısı 54 binin üzerine çıktı. Vakaların %82’sinin erkek, %18’inin

kadın olması epidemiyolojik açıdan önemli bir dengesizliğe işaret ediyor. Bu dağılım, risk algısı, test davranışları ve sağlık hizmetine başvuru eğilimlerinin cinsiyete göre farklılaştığını gösteriyor. Kadınların görünürlüğünün düşük olması, onların gerçekten daha az risk altında olmasından değil; test davranışının sosyal normlar, utanç duygusu, aile baskısı ve bilgi eksikliği nedeniyle sınırlandırılmasından kaynaklanıyor.

Bu tablo, kadınlara yönelik hedefli farkındalık çalışmaları ve toplumsal cinsiyet odaklı test stratejilerinin yetersiz olduğunu ortaya koyuyor. Damgalama, ayrımcılık, deşifre olma korkusu ve yeterli sayıda anonim/ücretsiz merkezin yaygın olmayışı, erken tanının önündeki en büyük engeller arasında bulunmaya devam ediyor.

Tanı alan kişi sayısının, alanda yapılan matematiksel hesaplamalara göre halen düşük seyretmesi, test farkındalığının beklenen düzeyde olmadığını gösteriyor. Tanısız yaşayan kişilerin önemli bir kısmı, testin kendileriyle ilgili olmadığına dair yanlış bir güven duygusuna sahip. Toplumda “bana olmaz” algısı, gecikmiş tanı vakalarının temel nedenlerinden biri olmaya devam ediyor.

Gençler, kadınlar, göçmenler, seks işçileri ve LGBTİ+ topluluğu gibi yüksek risk altındaki gruplara özel hazırlanmış test stratejileri ve iletişim kampanyalarının yaygın olmaması, test davranışını baskılıyor. Bu eksiklik, buzdağının yalnızca görünen kısmını izlediğimiz anlamına geliyor. Tanı almamış kişiler, epideminin görünmeyen, ancak kritik boyutunu oluşturuyor.

*“Artan vaka sayısı sadece enfeksiyonun değil, farkındalık ve test farkındalığının düşük olduğunun da göstergesi”*

*“Erken tanıyı engelleyen şey HIV değil, damgalama.”*

### Sahada Gördüklerimiz

HIV, tanıdan ve ‘bir reçete’den çok fazlası.

Dernek olarak tanı alan kişilerin yaşadığı deneyimlerin istatistiklerde görünmeyen yönlerine işaret ediyoruz. Birçok kişi için HIV yalnızca tıbbi bir tanı değil; aynı zamanda yoğun bir belirsizlik, kaygı ve geleceğe dair soru işaretleriyle dolu bir dönüm noktası.

Pozitif-iz'e başvuran kişilerin önemli bir kısmı tanı sürecini yalnız, ürkmüş ve damgalanmış hissederek yaşıyor. Sağlık çalışanlarının ayrımcı tutumları, çalışma hayatında işe alınmama, işten çıkarılma ya da mobbing, partner veya aile tarafından dışlanma ve HIV statüsünün izinsiz ifşa edilmesi, sahada en sık karşılaştığımız hak ihlalleri arasında yer alıyor.

Tanı sonrası yaşanan psikolojik yük de göz ardı edilemez. **HIV damgası**, tanı alan kişilerin eğitim planlarını ertelemesine, sosyal ilişkilerini sınırlandırmasına, iş hayatında motivasyon kaybına ve içsel izolasyona sürüklenmesine neden olabilir. Bazı kişiler, değer görme ve kabul edilme ihtiyacını karşılayamadığı için psikolojik dayanıklılıklarını sessizce tüketir. Bu nedenle tanı sonrası dönemde akran danışmanlığı, psiko-sosyal destek ve kapsayıcı hizmetlerin önemi daha da artar.

Pozitif-iz olarak sahadan öğrendiklerimiz, erken tanıyı engelleyen temel faktörün çoğu zaman HIV'in kendisi olmadığını, **damgalanma korkusu, etiketlenme endişesi ve gizlilik ihtiyacı** olduğunu gösterdi. Tanı alan pek çok kişi, tıbbi bilgiye erişmekten çok “nasıl yaşayacağı” ve “kimsenin bilmeyeceği bir şekilde nasıl devam edeceği” sorularına yanıt aradı. Bu nedenle çalışmalarımız yalnızca farkındalık ve test odağında değil; tanı sonrası destek, hak bilgisi, danışmanlık ve dayanışma süreçlerini de kapsayacak şekilde bütüncül olarak şekilleniyor.

Pozitif-iz, sahadan elde ettiği deneyimleri politika önerilerine, kapasite geliştirme süreçlerine ve dayanışma ağlarına



aktarmaya devam ederek tanı alan kişilerin yaşam kalitesini güçlendirmeyi amaçlıyor.

### Hizmetlere Erişimde Eşitsizlik

Gönüllü Danışmanlık ve Test Merkezleri (GDTM), Türkiye’de damgalamadan uzak, gizlilik odaklı hizmetleriyle önemli bir ihtiyacı karşılıyor. Bu merkezler risk danışmanlığı, test öncesi ve sonrası yönlendirme, koruyucu yöntemler hakkında bilgilendirme gibi kapsamlı bir destek sunuyor. Ancak coğrafi dağılımın yetersiz olması, kırsal bölgelerde erişimin düşük kalması ve genç nüfusun (özellikle de anahtar grubun) bilgiye ulaşma kanallarının farklılaşması hâlâ ciddi bir sorun.

GDTM’lerin yaygınlaşması erken tanıyı güçlendiriyor, sağlık sistemine girişte güven oluşturuyor ve koruyucu tedbirlerin kullanım oranını artırıyor. Bu merkezler aynı zamanda sağlık sistemine güvenli temas alanı sunuyor; ilk adımın güvenli olması tedaviye bağlılığı güçlendiriyor.

### HIV Dostu Sağlık Hizmeti

“HIV dostu sağlık ortamı”, yalnızca tıbbi bilgiyle değil; etik ilkelere bağlılık, mahremiyetin eksiksiz korunması, güncel tıp bilgisine dayalı yaklaşım, ayrımcı ve sorgulayıcı dilin kullanılmaması, kişinin yaşam kalitesine bütüncül bakılması gibi pek çok unsuru içeriyor. Tedavi süreçlerinde kişiye yönlendirici değil güçlendirici bir dil kullanılması, tedaviye bağlılığı doğrudan etkiliyor. Bu nedenle kapsayıcı, damgalama karşıtı tutum, tıbbi tedavinin ayrılmaz bir parçası.

### Sivil Toplumun Rolü

HIV alanında çalışan öz örgütlenmelerin, özellikle tanı alan kişilerde etkisi çok katmanlı bir yapıdadır. Akran danışmanlığı tanı sonrası süreçte kişinin kendini yalnız hissetmeden bağ kurmasını sağlar; psikolojik destek kaygı yönetimini güçlendirir; hukuki danışmanlık ayrımcı uygulamalar karşısında kişinin haklarını korur; savunuculuk faaliyetleri politika yapımcılarla temas kurarak yapısal değişim yaratır; farkındalık eğitimleri toplumsal damgalanmanın azalmasına katkı sunar. Bu çalışmalar, HIV’i bireysel bir sorun olmaktan çıkarır ve toplumsal bir halk sağlığı meselesi olarak ele alınmasını mümkün kılar.

### Psiko-Sosyal Boyut: Tıbbi Tedavi Yetmez, Destek Gerekli

HIV’in biyomedikal yönetimi günümüzde oldukça başarılı; ancak sosyal boyut görmezden gelindiğinde tedaviye bağlılık azalır, viral baskılanma sürdürülemez ve kişinin yaşam kalitesi düşer. Tanı aldıktan sonra bireyin aklına gelen ilk sorular genellikle biyolojik değil sosyal temellidir: “Beni kim destekleyecek?”, “İşimi kaybeder miyim?”, “İlişki kurabilir miyim?”, “Aileme nasıl söyleyeceğim?” Kendisini yalnız hissetmeyen kişi tedaviye tutunur; destek, ilacın yanına eklenen görünmez bir koruyucudur.

### Politika ve Uygulama Önerileri

Ulusal HIV stratejisinin güçlenmesi için toplumsal damgalanmanın azaltılması, gizlilik uygulamalarının netleştirilmesi, sağlık çalışanlarına düzenli eğitim verilmesi, alternatif test merkezlerinin yaygınlaştırılması, kilit gruplara yönelik dijital kampanyaların güçlendirilmesi ve medya için dil kılavuzlarının oluşturulması oldukça kritik. Unutulmamalıdır ki HIV politikası laboratuvarı değil; toplumun içinde şekillenir.

### HIV ile Yaşayan Kişilerin Karar Süreçlerine Dâhil Edilmesi

Politika üretim süreçlerinde danışma kurullarının kurulması, temsil mekanizmalarının oluşturulması ve geri bildirim kanallarının açık tutulması gerekli. HIV ile yaşayan kişiler hedef grup değil; eş aktördür. Haklarına ilişkin kararlar alınırken onların sesinin masada bulunması demokratik katılımın temel koşuludur.

### Sağlık-STK-Devlet Üçgeni

Sağlık sektörü, sivil toplum ve devlet kurumları arasındaki iş birliği; ortak eğitim müfredatlarının geliştirilmesini, vaka yönlendirme standartlarının oluşturulmasını, veri paylaşım protokollerinin tanımlanmasını, ulusal kampanyalarda iş birliğinde hareket edilmesini ve saha geri bildirim raporlarının değerlendirilmesini mümkün kılar. Ayrı kurumlar olsalar da ortak amaç aynı: HIV'siz, ayrımcılığın olmadığı bir gelecek.

### Birlikte Mümkün

*“Tedavide umut, işbirliğinde güç var.”*

## Semptomdan Teşhise: Klinisyenin Rolü

### Prof. Dr. Çiğdem ATAMAN-HATİPOĞLU

SBÜ, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Ortak Programı'nın (UNAIDS) 95/95/95 hedefleri, HIV ile yaşayan kişilerin %95'ine tanı konulmasını, tanı konulan kişilerin %95'ine tedavi verilmesini ve tedavi verilen kişilerin %95'inde viral baskılama sağlanmasını öngörmektedir. Bu hedeflere ulaşarak 2030 yılına kadar AIDS'in bir halk sağlığı tehdidi olmaktan çıkması, 2010 yılına kıyasla yeni enfeksiyonların ve AIDS'e bağlı ölümlerin %90 oranında azaltılması ve 2030 yılından sonra da kazanımların sürdürülmesi amaçlanmaktadır (1).

UNAIDS'in 95/95/95 hedefleri açısından ülkemize bakıldığında, HIV tanısı konulanlarda tedavi başlama ve tedavi başlananlarda viral supresyon oranlarının oldukça yüksek (sırasıyla %86 ve %85) olmasına rağmen, HIV tanısı koyma oranının ancak %50'lere ulaşabildiği belirtilmektedir (2). Tanı ile ilgili diğer bir sorun ise HIV ile yaşayan kişilerin yarısına geç dönemde, CD4 sayısı  $\leq 350$  hücre/mm<sup>3</sup> iken tanı konulmasıdır. Oysa hastalara erken dönemde tanı konulması hem hızla tedaviye başlanmasını sağlamakta hem de diğer kişilere HIV bulaş riskini azaltmaktadır.

HIV enfeksiyonu tanısını koymak için kime, ne zaman test istenmesi gerektiğini bilmek gereklidir. Bazı hastalar riskli bir cinsel temas sonrasında veya çeşitli belirti ve bulgular nedeniyle hastalıktan şüphelendikleri için HIV testi yaptırmak isteği ile sağlık kurumuna başvurabilirler. Bazen de hekimler bazı gruplarda tarama yapmak amacıyla, bazı semptomlar ve hastalıklar varlığında ise HIV enfeksiyonunu araştırmak amacıyla anti-HIV testi isteyebilirler. Bu aşamada gereksiz test istemekten kaçınmak, ancak olası hastalarda tanı koyma fırsatını da kaçırmamak gereklidir. Kişilerin HIV durumunu belirlemek ve tanı koymak için HIV testi yapmak, HIV ile mücadelenin en önemli basamaklarından biridir.

HIV'in erişkin popülasyondaki global prevalansı %0,7 olarak bildirilmektedir (3). HIV prevalansı bazı popülasyonlarda global ortalamadan daha yüksektir, bunlara kilit gruplar adı verilmektedir. Erkeklerle seks yapan erkekler (HIV prevalansı %7,6), seks işçileri (%2,7), damar içi uyuşturucu kullananlar (%7,1), trans bireyler (%8,5) ve hapishanelerdeki kişiler (%1,4) kilit gruplar arasında yer almaktadır (3). HIV ile ilgili rehberlerin tümünde bu kilit gruplara odaklanılmakta ve bu gruplarda yer alan kişilere HIV testi yapılması gerektiği bildirilmektedir. Ancak ülkemizde bu gruplarda sistematik bir HIV tarama programı bulunmamaktadır.

Ülkemizde kan ve organ donörlerinde ve kayıtlı seks işçilerinde HIV testi yapılması zorunludur. Sağlık Bakanlığı'nın 2011 yılında yayınladığı genelge ile tüberkülozlu hastalarda HIV testi yapılması önerilmiştir. Gebelere, cerrahi uygulanacak kişilere, evlilik öncesi danışmanlık nedeniyle başvuran kişilere ve riskli davranış sonrası kendi isteği ile sağlık kuruluşlarına başvuran kişilere test yapılmaktadır. Ayrıca gönüllü danışmanlık ve test merkezlerine başvuran kişilere de kimliğini açıklama zorunluluğu olmadan ve ücretsiz olarak test yapılabilir (4).

Hastaların bazı semptom ve bulguları ve bazı durumların ve hastalıkların bulunması tanıya götüren ipuçları olabilir. HIV, vücuda alındıktan sonra 1-6 hafta içerisinde ilk çoğalma döneminde akut enfeksiyona neden olur. Bu dönemde klinik bulgular, HIV enfeksiyonuna özgü değildir ve değişkendir. Ateş, lenfadenopati, farenjit, deri döküntüleri, kas veya eklem ağrısı, ishal, baş ağrısı, bulantı ve kusma, karaciğer ve dalak büyümesi, oral kandidiyaz ve az sayıda hastada menenjit, ensefalit gibi sinir sistemi bulguları ortaya çıkabilir. Bütün bu bulgular 2-4 hafta içerisinde tedavi gerektirmeden geçer. Bu bulgularla hastaneye başvuran hastalarda HIV tanısı mutlaka akla gelmeli ve anti-HIV testi istenmelidir. Serokonversiyon döneminden sonra enfekte kişiler asemptomatik döneme girerler. Bu dönemde kişilerde hiçbir belirti ve bulgu yoktur. Olguların %40-50'sinde fizik muayenede yaygın lenfadenopati saptanabilir. Asemptomatik dönem ortalama 8-10 yıl sürer. Erken semptomatik dönem, hastaların genelde ilk kez doktora başvurmalarına neden olan belirtilerin başladığı dönemdir. Halsizlik, baş ağrısı, kilo kaybı, nedeni bulunamayan ateş, bir aydan daha uzun süren ishal, seboreik dermatit, yaygın ve sık herpes virüs enfeksiyonları, oral kandidiyaz bu

dönemde en sık karşılaşılan belirti ve bulgulardır. Geç semptomatik dönem ve ileri evrede bağışıklık eksikliği iyice belirgin bir hale gelir. Hastalar fırsatçı enfeksiyon veya kanserlerle sağlık kuruluşlarına başvururlar. Özellikle ileri dönem HIV hastalarında sık görülen enfeksiyonların ve kanserlerin bilinmesi, HIV tanısının konulmasına yardımcı olacaktır.

Gerek ortak bulaşma yolları olması gerekse de HIV enfeksiyonunun yol açtığı bağışıklık yetmezliğine bağlı olarak ortaya çıkabilmeleri nedeniyle bazı durumlar ve hastalıklar HIV enfekte kişilerde daha sık görülebilirler. Bunlara indikatör veya gösterge durumlar ve hastalıklar adı verilmektedir. HIV bulaşı açısından herhangi bir risk faktörü var olup olmadığına bakılmaksızın indikatör hastalıklarla başvuran her hastaya HIV testi istenmesi gereklidir. Bu yöntem, tanı konulamamış hasta oranını azaltmak ve hastalara erken dönemde tanı koymak açısından etkili bir stratejidir. Avrupada yapılan çok merkezli HİDES I ve HİDES II çalışmalarının verilerine dayanarak Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (ECDC) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Avrupa ofisinin katkılarıyla hazırlanan rehberde, HIV indikatör durumlar ve hastalıklar tanımlanmış ve bu durumların varlığında HIV testi istemenin önemi vurgulanmıştır (5, 6). HIV indikatör durumlar ve hastalıklar Tablo 1’de gösterilmiştir. HIV durumunu bilmenin hastanın yönetiminde önemli bir basamak olduğu, HIV indikatör hastalıklar varlığında HIV testi istemenin etkili bir yaklaşım olduğu ve HIV prevalansının  $>0.1$  olduğu durumlarda maliyet etkin olduğu bildirilmiştir (7). HIV indikatör hastalıklar listesinin bir kısmını, CD4 sayısı  $<200$  hücre/mm<sup>3</sup> olan hastalarda sıklıkla gördüğümüz HIV tanımlayıcı hastalıklar oluşturmaktadır.

Listedeki diğer hastalıklar incelendiğinde, listede Enfeksiyon Hastalıkları dışında çok sayıda disiplini de ilgilendiren hastalıkların yer aldığı, bu nedenle hastaların pek çok kliniğe başvurabileceği görülmektedir. Dolayısı ile sağlık personelinin HIV indikatör durumlar ve hastalıkların neler olduğu ve bu durumların varlığında HIV enfeksiyonu tanısının düşünülüp test istenmesi gerektiği konusunda farkındalığının artırılması gereklidir. Sonuç olarak HIV enfeksiyonu tanısının artırılabilmesi ve hastalara erken dönemde tanı konulabilmesi için multidisipliner yaklaşım önemlidir.

### Kaynaklar

1. UNAIDS, Recommended 2030 targets for HIV. <https://www.unaids.org/en/recommended-2030-targets-for-hiv> (Erişim tarihi: 06.11.2025).
2. Gokengin D, Tabak F, Korten V, Lazarus JV, Unal S. Türkiye’de HIV Tedavi Basamağı. HepHIV 2019 Bükreş Konferansı: Zamanında ve Entegre Test ve Bakım Zorlukları. 2019. s. P04/09.
3. 2UNAIDS, Global HIV & AIDS statistics - Fact sheet. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet> (Erişim tarihi: 06.11.2025).
4. TC Sağlık Bakanlığı HIV/AIDS Tanı Tedavi Rehberi 2019 (Erişim tarihi: 06.11.2025).
5. Sullivan AK, Raben D, Reekie J, Rayment M, Mocroft A, Esser S, et al. Feasibility and effectiveness of indicator condition-guided testing for HIV: results from HİDES I (HIV indicator diseases across Europe study). PLoS One. 2013;8(1):e52845.
6. Raben D, Sullivan AK, Mocroft A, Kutsyna G, Hadžiosmanović V, Vassilenko A, et al. Improving the evidence for indicator condition guided HIV testing in Europe: Results from the HİDES II Study - 2012-2015. PLoS One. 2019;14(8):e0220108.
7. Bull L, Rayment M. HIV-indicator-condition-driven HIV testing: clinically effective but still rarely implemented. Clin Med (Lond). 2016;16(2):175-9.



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



**Tablo 1.** HIV indikatör durumlar ve hastalıklar

| Kategoriler                      | HIV indikötör durumlar ve hastalıklar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | HIV testi önerisi              |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| AIDS tanımlayıcı hastalıklar (1) | <b>Maligniteler</b><br>Kaposi sarkoma<br>Serviks kanseri<br>Lenfoma, non-Hodgkin<br><b>Bakteriyel infeksiyonlar</b><br>Tüberküloz, pulmoner veya ekstrapulmoner<br>MAC veya M. kansasii, disemine veya ekstrapulmoner<br>Pnömoni, rekürren (yılda $\geq 2$ atak)<br>Salmonella septisemisi, rekürren<br><b>Viral infeksiyonlar</b><br>CMV retiniti<br>CMV (dalak, KC, gland dışında)<br>HSV >1 ay ülser/bronşit/pnömoni<br>Progresif multifokal lökoensefalopati (PML)<br>Parazitik infeksiyonlar<br>Serebral toksoplazmoz<br>Kriptosporidiyoz diyare, >1 ay<br>Isosporiyaz, >1 ay<br>Atipik disemine layşmanyaz<br>Amerikan trypanosomiasis reaktivasyonu (meningoensefalit veya miyokardit)<br><b>Fungal infeksiyonlar</b><br>PCP<br>Kandidiyaz, özefageal<br>Kandidiyaz bronş/trakea/akciğer<br>Kriptokok, ekstrapulmoner<br>Histoplazmoz, disemine/ekstrapulmoner<br>Koksidiyodomikoz disemine/ekstrapulmoner<br>Penisilliyoz, disemine | HIV testi mutlaka istenmelidir |





# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Tanı konulmamış HIV prevalansının >%0,1 olduğu durumlar (2a)                                                                                                                                        | Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar<br>Malign lenfoma<br>Anal kanser/ displazi<br>Servikal displazi<br>Herpes zoster<br>Hepatit B veya C (akut veya kronik)<br>Mononükleoz benzeri hastalık<br>Açıklanamayan lökopeni/ trombositopeni, 4 haftadan uzun<br>Seboreik dermatit/eksantem<br>İnvaziv pnömokokal hastalık<br>Açıklanamayan ateş<br>Kandidemi<br>Visseral layşmanyaz<br>Gebelik                                                      | HIV testi mutlaka istenmelidir |
| Tanı konulmamış HIV prevalansının %0,1'den fazla olması muhtemel olduğu düşünülen diğer durumlar (2b)                                                                                               | Primer akciğer kanseri<br>Lenfositik menenjit<br>Oral hairy lökoplaki<br>Ciddi veya atipik psöriazis<br>Guillain-Barré sendromu<br>Mononörit<br>Subkortikal demans<br>Multiple skleroz benzeri hastalık<br>Periferik nöropati<br>Açıklanamayan kilo kaybı<br>Açıklanamayan lenfadenopati<br>Oral kandidiyaz<br>Açıklanamayan kronik diyare<br>Açıklanamayan kronik renal bozukluk<br>Hepatit A<br>Toplumdan kazanılmış pnömoni<br>Kandidiyaz | HIV testi istenmesi önerilir   |
| HIV enfeksiyonu varlığının tespit edilememesinin, tahmini HIV prevalansının %0,1'den düşük olmasına rağmen, bireyin klinik yönetimi açısından önemli olumsuz sonuçlara yol açabileceği durumlar (3) | Agresif immünsüpresif tedavi gerektiren durumlar<br>Kanser<br>Transplantasyon<br>Agresif immünsüpresif tedavi verilen otoimmün hastalıklar<br>Beyinde yer kaplayan lezyon<br>İdiyopatik/Trombotik trombositopenik purpura                                                                                                                                                                                                                    | HIV testi istenmesi önerilir   |

## Dirençli Olgu Yönetimi

### Prof. Dr. Aliye BAŞTUĞ

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

HIV tedavisinde virolojik başarısızlık, tedaviye rağmen HIV RNA düzeyinin saptanabilir seviyede kalması veya yeniden yükselmesi durumudur. Tam olmayan virolojik yanıt, virolojik geri tepme (rebound) ve düşük düzeyli viremi bu kapsamda değerlendirilir. Bu durumlar genellikle hasta uyumsuzluğu, ilaç etkileşimleri, yetersiz ilaç konsantrasyonu veya ilaç direncinden kaynaklanabilmektedir. HIV'in genetik çeşitliliği, yüksek mutasyon hızı, hızlı replikasyon ve rekombinasyon kapasitesi ile ilişkilidir. HIV virüsü bu nedenlerle direnç gelişimine yatkındır. Revers transkriptaz enzimindeki hata oranı, direnç mutasyonlarının sık görülmesine yol açar. Antiretroviral tedavi (ART) süresince uzun süreli tedaviye bağlı olarak hasta uyumunun azalması, virolojik süpresyonun bozulması ve dirençli virüslerin seçilmesi mümkündür. Tedavi başlangıcında aktarılmış direnç nedeni ile de tedavi başarısızlığı görülebilmektedir. Tedavi başlangıcında yüksek bazal viral yük, düşük CD4 sayısı ve komorbiditelerin varlığı virolojik başarısızlık riskini artırır. Virolojik süpresyon, HIV RNA düzeyinin 50 kopya/mL'nin altında olması olarak tanımlanır. Ancak bazı hastalarda düşük düzeyde viremi (<200 kopya/mL) uzun süre devam edebilir. Bu durum genellikle direnç gelişimiyle ilişkili değildir, ancak yakın izlem gerektirir. Bazı olgularda, düşük düzey viremi yıllarca devam edebilir; bu durumda hasta uyumunun pekiştirilmesi, ilaç düzeylerinin izlenmesi ve rejim değişikliğinin gerekliliği değerlendirilmelidir. Virolojik başarısızlık durumunda genotipik direnç testi yapılması önerilir. HIV RNA >200 kopya/mL olduğunda testin yapılması uygun olup, daha düşük düzeylerde test başarısız olabilir. Eğer düşük viral yük nedeni direnç testi yapılamıyorsa, proviral DNA analizi düşünülebilir. Test, ART kesilmeden yapılmalı eğer kesildiyse en geç 4 hafta içinde yapılmalıdır. Direnç mutasyonları major veya minor mutasyon şeklinde olabilir. Major mutasyonlar erken dönemde ortaya çıkar ve tedavi başarısızlığının temel nedenidir. Minor mutasyonlar ise direnç artışına katkı sağlar veya virüsün replikasyon kapasitesini korumasına yardımcı olur. Tedavi stratejisinin yeniden düzenlenmesi, direnç tipine ve hastanın tedavi öyküsüne bağlıdır. En az iki, tercihen üç tam aktif ilaç içeren bir rejim önerilir. INSTI (integraz inhibitörleri) veya PI/b (booster proteaz inhibitörleri) sınıfından yüksek direnç bariyerine sahip ilaçlar (örneğin dolutegravir, bictegravir veya darunavir) tercih edilir. Aynı ilaç sınıfında direnç gelişmiş olsa dahi, daha yüksek genetik bariyere sahip yeni nesil ajanlar kullanılabilir. İkinci basamak tedavi planlanırken önceki rejimlerin ve direnç sonuçlarının titizlikle değerlendirilmesi gerekir. Özellikle M184V/I gibi mutasyonlar lamivudin veya emtrisitabin direncine neden olsa da tenofovir duyarlılığını artırabileceğinden bu ajanların devamı yararlı olabilir. Monoterapi ya da tedaviye ara verilmesi kesinlikle önerilmez. Yeni etki mekanizmalarına sahip ilaçlar da dirençli olguların yönetiminde önem kazanmıştır. Bunlar arasında bağlanma sonrası inhibitör ibalizumab, gp120 inhibitörü fostemsavir, kapsid inhibitörü lenacapavir ve füzyon inhibitörü enfuvirtid yer almaktadır. Bu ilaçlar, klasik ART'ye yanıtız vakalarda umut verici seçenekler sunmaktadır. Virolojik başarısızlığın yönetiminde yalnızca farmakolojik yaklaşımlar değil, aynı zamanda psikososyal faktörlerin de ele alınması gerekir. Hastanın yaşam tarzına uygun bir rejim seçimi, uyumun artırılması, ilaç-gıda etkileşimlerinin ve tolerabilitenin gözden geçirilmesi tedavi başarısını doğrudan etkiler. Psikiyatrik sorunların çözümü, sosyal destek sağlanması ve damgalanmayla mücadele edilmesi, uyumun sürdürülebilirliği açısından kritik öneme sahiptir. Sonuç olarak, virolojik başarısızlığın yönetimi bütüncül bir yaklaşım gerektirir.

### Kaynaklar

1-Adherence, Virological Failure and Second Line ART. Clumeck, N., Pozniak, A., Raffi, F., & EACS Executive Committee. (2025). European AIDS Clinical Society (EACS) guidelines for the clinical management and treatment of HIV-infected adults. Last updated 3 Oct 2025



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



2- Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents With HIV. Department of Health and Human Services. Available at <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-arv/whats-new> Accessed (insert date) [insert page number, table number, etc., if applicable].

3- Wensing, A. M., Calvez, V., Ceccherini-Silberstein, F., Paredes, R., Shafer, R. W., & Richman, D. D. (2025). 2025 Update of the drug resistance mutations in HIV-1. *Top Antivir Med.*

## Türkiye’de Chemsex (Yüksek/High Fun) ve Buna Yönelik Destek Mekanizmaları: Pratikler, Maddeler, Riskler ve Yanıt Stratejileri

**Harun TULUNAY (he/him)**

*Positively UK, London, UK*

Bu sunum, Türkiye’de son yıllarda artan görünürlüğüyle halk sağlığı, HIV hizmetleri, ruh sağlığı ve toplumsal cinsiyet alanlarının kesişiminde önemli bir konu hâline gelen *chemsex* (yüksek / high fun) olgusunu kapsamlı bir şekilde değerlendirmektedir. Chemsex, psikoaktif maddelerin cinsel etkinlik sırasında veya amacıyla kullanıldığı, uzun süreli, yüksek yoğunluklu ve çoklu partnerli cinsel ortamların oluşturulduğu bir pratik olarak tanımlanmaktadır. Sunum, ulusal ve uluslararası literatürden yararlanarak; Türkiye’deki kullanıcı pratiklerini, kullanılan maddelerin farmakolojik etkilerini, bireysel ve toplumsal riskleri, mevcut hizmetleri ve geliştirilmesi gereken yanıt mekanizmalarını ortaya koymaktadır.

### Chemsex ve Kullanılan Maddeler

Chemsex pratiği çoğunlukla birden fazla psikoaktif maddenin aynı seansta veya kısa aralıklarla kullanımını içermektedir. Türkiye’de yapılan anketler ve saha gözlemleri, aşağıdaki maddelerin en sık kullanılanlar olduğunu göstermektedir:

#### 1. Uyarıcılar (Stimulants)

- **Metamfetamin:** Uzun süreli uyanıklık, yüksek enerji, cinsel uyarılmada artış ve empati hissini güçlendiren etkileri nedeniyle chemsex sahnesinde en baskın maddelerden biridir. Ancak bağımlılık potansiyeli, psikotik belirtiler, ajitasyon ve kardiyovasküler riskleri oldukça yüksektir.
- **Mefedron ve diğer katinon türevleri:** Kısa etkili ancak hızlı “craving” oluşturan sentetik uyarıcılardır. Enerji, libido ve temas isteğini artırırken, yüksek tolerans gelişimi ve depresyon sonrası çökkünlük yaygındır.
- **Kokain:** Türkiye’de metamfetamin ve mefedrona kıyasla daha az dominant olsa da belirli kullanıcı gruplarında halen tercih edilmektedir.

#### 2. Depresanlar

- **GHB/GBL:** Hem gevşeme hem de “euphoria” sağlayan bu maddeler, özellikle cinsel temasın “ritmini” belirlemek için kullanılır. Ancak doz farkının mililitre ölçeğinde olması nedeniyle aşırı doz, bilinç kaybı ve solunum depresyonu açısından son derece risklidir. Rıza ihlali vakaları çoğunlukla GHB/GBL ile ilişkilendirilir.

#### 3. Dissosiyatifler ve Psychedelics

- **Ketamin:** Türkiye’de partilerde ve özel ev buluşmalarında artan bir kullanım eğilimi göstermektedir. Ağrı hissini azaltması, bedensel sınırlılıkların algısını değiştirmesi ve uzun cinsel seanslara olanak tanınması nedeniyle chemsex bağlamında görülmektedir. Fakat idrar yolu toksisitesi, düşme ve yaralanma riskleri sık karşılaşılan sorunlardır.
- **Psychedelics (LSD, 2CB gibi)** bazı kullanıcılar tarafından tercih edilse de Türkiye’de uyarıcılar kadar yaygın değildir.

#### 4. Destekleyici Maddeler

- **Poppers (amil nitrit):** Kas gevşeticiliği ve anlık yoğun uyarılma etkisi nedeniyle neredeyse tüm chemsex ortamlarında görülür.
- **Erektile disfonksiyon ilaçları:** Sildenafil, tadalafil gibi ilaçlar özellikle uyarıcı maddelerle birlikte ereksiyon

devamlılığını sağlamak amacıyla yaygındır.

Bu maddelerin bir arada kullanılması, hem etkilerini artırmakta hem de birbirlerinin toksisite riskini yükseltmektedir. Sunumda bu polidrog kullanımının yarattığı etkileşimsel riskler üzerinde ayrıca durulmaktadır.

### **Türkiye’de Chemsex’in Görünürlüğü ve Sosyokültürel Dinamikler**

Anket çalışmasında katılımcılara yaşadıkları bölgede chemsex’in nasıl adlandırıldığı sorulduğunda “yüksek”, “hnh”, “party”, “yüksek eğlence” gibi lokal terimler öne çıkmıştır. Bu terminoloji, chemsex’in Türkiye’de kendi kültürel karşılıklarını üretmeye başladığını göstermektedir.

Katılımcılar chemsex yapan kişilerin çoğunlukla:

- MSM topluluğu içinde,
- anonim çevrimiçi uygulamalar üzerinden partner bulan,
- maddelere kolay erişimi olan,
- çoğu zaman ruh sağlığı yükü taşıyan kişiler olduğunu belirtmiştir.

Chemsex’in motivasyonları arasında:

- toplumsal baskılar nedeniyle cinsel kimliği güvenli şekilde deneyimleme isteği,
- içselleştirilmiş homofobi veya utangaçlığın maddelerle azalması,
- performans beklentileri,
- yalnızlaşma ve bağlantı arayışı,
- travma sonrası kaçınma veya baş etme çabası,
- anksiyete ve depresyon gibi ruh sağlığı yükleri yer almaktadır.

### **Katılımcıların Bildirdiği Faydalar ve Zararlar**

#### **Faydalar (Algılanan)**

- Cinsel özgüvenin artması
- Sosyal kaygının azalması
- Uzun süreli cinsel performans
- Bağ kurma hissi ve aidiyet
- Kısa vadeli kaçış ve gevşeme

Bu faydaların çoğu **kısa süreli** olup, sıklıkla maddeler arası etkileşimin geçici etkileridir.

#### **Zararlar**

Katılımcıların belirttiği başlıca olumsuzluklar şunlardır:

- Madde bağımlılığı ve tolerans gelişimi
- HIV, HCV ve diğer STI risklerinde artış
- Uygunsuz enjeksiyonla (“slamming”) ciddi damar içi komplikasyonlar
- GHB/GBL kaynaklı overdose, bilinç kaybı, rıza problemleri
- Psikotik ataklar, paranoya, panik bozukluk ve depresif çökkünlük



- Sosyal izolasyon, iş ve finansal sorunlar
- Travmatik cinsel deneyimler

Bu zararlar Türkiye’de henüz sağlık hizmetlerinde sistematik biçimde ele alınmamaktadır.

### Türkiye’de Destek Hizmetleri ve Boşluklar

Araştırma bulgularına göre Türkiye’de chemsex’e özgü destek mekanizmaları sınırlıdır. Mevcut hizmet türleri:

- HIV ve cinsel sağlık kliniklerinde temel danışmanlık
- Sivil toplum kuruluşlarında (Pozitif-İz gibi) akran desteği
- Bazı psikoterapistler tarafından verilen bireysel terapi hizmetleri
- Online destek toplulukları

Bununla birlikte hâlen büyük boşluklar bulunmaktadır:

- Chemsex’e özgü harm reduction malzemelerinin eksikliği
- Eğitilmiş chemsex danışmanlarının yetersizliği
- GHB/GBL overdosesi için standartlaştırılmış acil müdahale protokollerinin eksikliği
- Sağlık çalışanları arasında bilgi ve farkındalık eksikliği
- Damgalanma ve yasal korkular nedeniyle yardım arayışının düşük olması
- Slamming ile ilgili sterilizasyon, enjeksiyon güvenliği ve HIV/HCV önleme konularında bilgi eksikliği

Sunum, bu eksikliklerin giderilmesi için **entegre, çok disiplinli, akran destekli ve damgalayıcı olmayan yeni modellerin** gerekliliğini vurgulamaktadır.

### Sonuç ve Öneriler

Çalışma, Türkiye’de chemsex kullanımının hem sağlık hem de toplumsal boyutlarıyla kapsamlı biçimde ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Yanıt stratejileri için öneriler şunlardır:

- Akran liderliğinde chemsex danışmanlığı programlarının oluşturulması
- Sağlık çalışanlarına yönelik eğitimlerin yaygınlaştırılması
- STI testlerinin erişilebilirliğinin artırılması
- GHB/GBL aşırı dozlarına yönelik eğitim ve bilgilendirme
- Madde kullanımını damgalamadan uzak harm reduction yaklaşımının yaygınlaştırılması
- MSM topluluğu içinde güvenli alanların ve psikososyal desteklerin artırılması
- Chemsex’e özel ulusal rehber veya klinik protokol geliştirilmesi

Bu sunum, Türkiye’de chemsex olgusunun yalnızca bir “madde kullanımı” meselesi olmadığını; kimlik, mahremiyet, ruh sağlığı, toplumsal baskılar ve sağlık hizmetlerine erişim gibi çok boyutlu faktörlerin kesişiminde şekillendiğini göstermektedir. Amaç, bireyleri suçlamadan, damgalamadan, ihtiyaçlarına uygun erişilebilir hizmetler sunulmasını sağlamaktır.

## HIV ile Yaşayan Kişilerde Cinsel İşlev Bozuklukları

**Doç. Dr. M. İrem YILDIZ**

*Hacettepe Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara*

Yüksek derecede etkili antiretroviral tedavilerin (ART) sağladığı olanak sayesinde, HIV ile yaşayan kişiler daha uzun, daha sağlıklı ve daha az eşlik eden hastalıkla yaşamlarını sürdürmekte ve çoğu, uzun yıllar boyunca cinsel olarak aktif kalmaktadır. Uzun yıllar cinsel sağlıkla ilişkili akademik ve klinik etkinlikler, cinselliğin güvenliği ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ile ilgili yönlerine odaklanmış, HIV ile yaşayan kişilerin ve partnerlerinin doyum verici cinsellik yaşama hakları ve ilişkili gereksinimleri görmezden gelinmiştir. Zamanla HIV ile yaşayan kişilerin biyopsikososyal yaklaşımla değerlendirilmesi ile cinsel işlevlere de yaşam kalitesinin korunması gereken bir bileşeni olarak hem kişilerce hem de sağlık çalışanları tarafından hakettiği önem verilmeye başlanmıştır. Yapılan araştırmalar ve klinik gözlemler genel toplumda olduğu gibi HIV ile yaşayan kişilerin de hiç de azımsanmayacak oranda cinsel işlev bozuklukları yaşadığını göstermiştir. Toplumdaki HIV ile ilişkili damgalanma ve kişilerin deneyimlediği içselleştirilmiş damgalanma HIV ile yaşayan kişilerin doyum verici bir cinsellik yaşamasının önüne geçmekte, güvenlikle ilgili endişeler cinselliğin istek, uyarılma ve orgazm aşamalarında önemli bir ketlenmeye yol açmaktadır. HIV ile yaşayan kadınlarda ve erkeklerde cinsel yönelime göre fark etmeksizin istek ve uyarılma azlığı yaygın olarak görülmektedir. Erkeklerde ek olarak prematür ejakülasyon da görülmekte ve cinsellik sırasında bulaşmayla ilgili endişelerin önemli bir etken olduğu bildirilmektedir. HIV pozitiflik durumu bilindiğinde olası cinsel partnerler tarafından arzulanabilirliğinin kaybıyla ilgili endişeler de cinselliğin tüm aşamalarında bir engel olarak ortaya çıkmaktadır. Psikolojik etkenler dışında HIV ile yaşayan kişilerde cinsel işlevlerde sorunlara yol açan biyolojik etkenler de gerektiği gibi araştırılmamış, yapılan az sayıda çalışma hipogonadizm, periferik ve otonomik nöropatiler, enfeksiyonun aktif döneminde yaşanan bitkinlik, isteksizlik, enerji kaybı gibi nedenler, ART ve depresyon belirtileri için düzenlenen tedavilerin yan etkilerinin olası istek, uyarılma ve orgazm ile ilgili sorunlara yol açan etkenler olduğunu düşündürmektedir. HIV ile yaşayan kişilerin cinsel işlevlerle ilgili yakınmalarının tedavi ekibine kendiliklerinden bildirmelerinin çok nadir olduğu bu nedenle tedavi ekibinin mutlaka tedavinin her aşamasında sorgulaması, güvenli olduğu kadar doyum verici cinselliğin nasıl sağlanabileceği konusunda da danışmanlık vermesi gerekmektedir. Cinsel işlev bozuklukları gerektiği gibi ele alınmadığında, HIV ile yaşayan kişilerin yaşam kalitesini, partnerleriyle ilişkilerini ve ruh sağlıklarını olumsuz yönde etkileyerek tedaviye uyum ve kendine bakım konusunda önemli zorluklara ve genel sağlık parametrelerinin de olumsuz etkilenmesine yol açacaktır. Klinik uygulamalar ve izlem sırasında cinsel işlevlerle ilgili yakınmaların uygun bir biçimde alınması, olası kaynaklarının gözden geçirilmesi, ilişkili psikolojik ve biyolojik etmenlerin giderilmesine yönelik psikoeğitim ve gerektiğinde cinsel sağlıkla ilgili diğer branşlardan hekimlere ve cinsel terapiye yönlendirme HIV ile yaşayan kişilerin tedavi süreçlerinin ihmal edilmemesi gereken bir parçası olmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** HIV, cinsellik, cinsel işlev

### Kaynaklar

1. Mutamba, B. B., Rukundo, G. Z., Sembajjwe, W., Nakasujja, N., Birabwa-Oketch, H., Mpango, R. S., & Kinyanda, E. (2024). A 'hidden problem': Nature, prevalence and factors associated with sexual dysfunction in persons living with HIV/AIDS in Uganda. *PloS one*, 19(3), e0295224.
2. Bonaventura, I., Hasenmajer, V., D'Addario, N. F., Pozza, C., Ceccarelli, G., d'Ettorre, G., Mastroianni, C. M., Jannini, E. A., & Gianfrilli, D. (2025). Gonadal and sexual function in men living with HIV: insights from a single-centre study. *Journal of endocrinological investigation*, 10.1007/s40618-025-02683-5.



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



3. Agaba, P. A., Meloni, S. T., Sule, H. M., Agaba, E. I., Idoko, J. A., & Kanki, P. J. (2017). Sexual dysfunction and its determinants among women infected with HIV. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 137(3), 301–308.

## Danışanlarımızı Yeterince Duyuyor muyuz? HIV Bakımında Geri Bildirim Temelli Değerlendirme (PRO Yaklaşımı)

**Doç. Dr. İlkay AKBULUT**

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

### Giriş

HIV enfeksiyonu artık akut ölümcül bir hastalık olmaktan çıkmış, kronik yönetimi mümkün bir enfeksiyon haline gelmiştir. Bu dönüşüm, antiretroviral tedaviler (ART) ile virolojik baskılanmanın sağlanması kadar, bireyin yaşam kalitesi, tedaviye uyumu ve memnuniyetini kapsayan çok boyutlu bir bakış açısını da beraberinde getirmiştir. Günümüzde HIV bakımının başarısı yalnızca ölçülebilir RNA düzeyleriyle değil, danışanın yaşam deneyimini yansıtan göstergelerle de değerlendirilmektedir.

Bu yaklaşımın merkezinde hasta-raporlu sonuç ölçütleri (Patient-Reported Outcome Measures, PRO) yer alır. PRO, bireyin kendi sağlığına, tedaviye ve yaşam kalitesine ilişkin doğrudan geri bildirimini yansıtan ölçütlerdir. Avrupa AIDS Klinik Derneği'nin (EACS) 2025'te güncellenen rehberinde PRO uygulamaları, HIV bakımının ayrılmaz bir bileşeni olarak tanımlanmış ve multidisipliner HIV bakım ekiplerine "rutin izlemde uygulanması gereken kalite göstergesi" olarak eklenmiştir (1).

### PRO Kavramı ve Klinik Önemi

PRO, hastanın kendi deneyimini —örneğin yorgunluk, kaygı, stigma, tedavi memnuniyeti veya yaşam kalitesi— doğrudan yansıtır. Bu ölçütler klinisyen yorumuna bağlı olmayan, hastanın sesiyle şekillenen göstergelerdir. Literatürde PRO, özellikle bulaşıcı hastalıklar alanında geç ortaya çıkmış olsa da, son yıllarda enfeksiyon hastalıklarında ölçülmesi gereken yeni bir "dördüncü parametre" olarak konumlandırılmıştır (2). Powers ve O'Connell (3) PRO ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (HRQoL) kavramlarını, hasta merkezli bakımın ölçülebilir göstergeleri olarak tanımlamış ve klinik araştırmalarda doğrudan hasta faydasını yansıtan sonlanım ölçütlerinin önemini vurgulamıştır. Bu doğrultuda PRO, yalnızca araştırmalarda değil, günlük klinik pratikte de tedavi etkinliğinin en doğrudan göstergesi olarak kabul edilmektedir.

Klinik gözlemler, hekimin değerlendirmesiyle hastanın kendi deneyimi arasında çoğu zaman farklar olduğunu göstermektedir. Özellikle HIV ile yaşayan bireylerde, yorgunluk, depresif duygudurum, uyku bozuklukları veya stigma hissi çoğu zaman klinisyen tarafından fark edilmemekte ya da yeterince değerlendirilememektedir. PRO araçları, bu farkı kapatmayı ve bakımın gerçekten birey merkezli olmasını sağlar.

### HIV Bakımında PRO Uygulamaları

EACS rehberine göre, HIV bakımında önerilen PRO araçları üç ana başlıkta toplanır:

1. Yaşam kalitesi (HRQoL) ölçekleri: PozQoL, WHOQOL-HIV-BREF gibi.
2. Tedavi memnuniyeti ölçekleri: HIVTSQ-12 (HIV Treatment Satisfaction Questionnaire).
3. Ruhsal durum, stigma ve sosyal destek anketleri: PHQ-9, HIV Stigma Scale gibi.

PRO yaklaşımları, yalnızca akademik araştırmalarda değil, klinik izlemde de uygulanmalıdır. EACS (1) rehberi, rutin bakımda yılda en az bir kez PRO ölçümünün yapılmasını önermekte ve elde edilen sonuçların klinik karar süreçlerinde kullanılmasını vurgulamaktadır.

Türkiye'de bu alanda son yıllarda dikkat çekici ilerlemeler sağlanmıştır. Atalay ve arkadaşları (4) tarafından yapılan çalışmada, HIV ile yaşayan bireylerde yaşam kalitesini ölçen PozQoL ölçeği Türkçe'ye uyarlanmış ve geçerliliği

kanıtlanmıştır. Benzer şekilde, Akbulut ve arkadaşlarının (5) çok merkezli çalışmasında, HIVTSQ-12 aracılığıyla Türkiye’de HIV tedavi memnuniyetinin boyutsal yapısı analiz edilmiştir. Ayrıca Akbulut ve ekibinin (6) BMC Public Health dergisinde yayımlanan çalışmasında, diş hekimlerinin HIV konusundaki bilgi ve tutum düzeyleri değerlendirilmiş; sağlık profesyonellerinin HIV’e yönelik algılarının, toplumdaki stigma ve danışan memnuniyetini dolaylı olarak etkileyebileceği belirtilmiştir.

### **Türkiye’den Verilerle PRO Yaklaşımının Katkısı**

Türkiye’de HIV bakımının temel hedefi, U=U (undetectable = untransmittable) prensibiyle virolojik baskılanma sağlamak olsa da, klinik başarıyı sürdürülebilir kılmak için bireyin yaşam kalitesi ve memnuniyetinin de izlenmesi gerekir. PozQoL ve HIVTSQ-12 gibi ölçeklerin Türkçe geçerliliği, bu yönde atılmış önemli adımlardır. PRO ölçümlerinin entegrasyonu sayesinde danışanların stigma, izolasyon ve psikolojik yükleri erken fark edilir; tedaviye uyum düşüklüğü öngörülebilir hale gelir; klinik izlem yalnızca laboratuvar sonuçları üzerinden değil, yaşam kalitesi skorları üzerinden de değerlendirilir. Multidisipliner ekip çalışması güçlenir; psikolog, sosyal hizmet uzmanı, enfeksiyon hekimi ve hemşirenin işbirliği artar.

### **Geleceğe Yönelik Perspektif**

Küresel eğilimler, HIV bakımında “Beyond Viral Load” (Viral Yük Ötesi) dönemine geçildiğini göstermektedir. 2025 EACS rehberi (1), PRO uygulamalarını artık öneri değil, bakım standardı düzeyinde tanımlamaktadır. Gelecekte PRO uygulamaları yalnızca anket formlarından ibaret olmayacak; dijital platformlar, mobil uygulamalar ve yapay zekâ destekli algoritmalar sayesinde danışan geri bildirimleri anlık olarak analiz edilerek klinisyenlere iletilecektir.

### **Sonuç**

Danışan geri bildirimleri, HIV bakımının geleceğini şekillendiren en güçlü araçlardan biridir. Virolojik baskılanma kadar bireyin yaşam kalitesi, tedaviye duyduğu güven ve sosyal destek hissi de HIV yönetiminin başarısını belirler. Türkiye’de yapılan çalışmalar, PRO uygulamalarının kültürel uyarlamalarının mümkün olduğunu ve elde edilen verilerin hem bilimsel hem de klinik fayda sağladığını göstermektedir. Uluslararası rehberler (1–3) ile uyumlu biçimde PRO’ların rutin HIV bakımına entegrasyonu, birey merkezli sağlık hizmeti anlayışını güçlendirecektir.

### **Kaynaklar**

1. European AIDS Clinical Society (EACS). Patient-Reported Outcome Measures in HIV Care. In: EACS Guidelines v13.0, Section 9. 2025.
2. Powers JH III, Nambiar S. Patient-Reported Outcomes and Health-Related Quality-of-Life Measures in Infectious Diseases Studies and Clinical Practice. Clin Infect Dis. 2025;81(S1):S1–3.
3. Powers JH III, O’Connell RJ. Developing, Analyzing, and Interpreting Outcome Assessments to Improve Endpoints in Infectious Diseases Clinical Research. Clin Infect Dis. 2025;81(S1):S4–10.
4. Atalay S, Varol ZS, Singil S, Sönmez U. Validation of PozQoL scale in Turkish population living with HIV: a cross-cultural adaptation study. PeerJ. 2024;12:e17873.
5. Akbulut İ, Varol ZS, Ödemiş İ, et al. HIV treatment satisfaction: HIVTSQ-12 factor analysis and associated factors in Türkiye. BMC Infect Dis. 2024;24:1349.
6. Akbulut İ, et al. Attitudes, Knowledge, and Practices of Turkish Dentists Regarding HIV/AIDS: A Cross-Sectional Study. BMC Public Health. 2025;25(1):221.



## Türkiye’de HIV ile İlgili Davalar ve Sonuçları

**Ahmet Rodi POLAT**

Türkiye’de HIV ile yaşayan kişilerin hukuki konumu, yalnızca tıp ve epidemiyolojinin meselesi değil; anayasal haklar, idare hukuku, iş hukuku, sosyal güvenlik hukuku ve kişisel verilerin korunması hukukunun kesişiminde yer alan, katmanlı ve dinamik bir alandır. Güncel bilimsel bilgi HIV’i kronik ve yönetilebilir bir enfeksiyon düzlemine yerleştirirken, hukukun temel görevi bu bilgiyi somut hak güvencelerine tercüme etmektir. Bu tercümenin mihverleri; (i) ayrımcılık yasağı ile özel hayat/kişisel sağlık verilerinin korunması, (ii) hasta güvenliği ve kamu hizmetinin özen borcu (doğrulama, hemovijilans ve izlenebilirlik), (iii) meslekî maruziyet-illiyet-sosyal sigorta koruması ve (iv) sosyal güvenlik ile ilaca/tedaviye kesintisiz erişim (yabancılar dahil) olarak belirginleşmektedir. Yargısal yaklaşım, “soyut tehlike” retoriğinden uzaklaşıp bireyselleştirilmiş tıbbî değerlendirme, ölçülülük ve en az müdahale ilkeleriyle kurulduğunda hem bireyin onuru hem de kamu sağlığı daha güvenli bir çerçevede korunur. Aşağıda, içtihadın bu eksenlerdeki güncel görünümü özetlenmekte ve eleştirel bir değerlendirmeyeyle normatif bir standart önerisi geliştirilmektedir.

Hukukun “ayrımcılık yasağı-özel hayatın gizliliği” ekseninde attığı en belirgin adım, Anayasa Mahkemesi’nin T.A.A. kararında somutlaşmıştır. Mahkeme, işverenin “diğer çalışanları koruma” gerekçesine yaslanarak HIV’le yaşayan işçiyi fiilen işten dışlamasını; somut, bireyselleştirilmiş ve güncel tıbbî gerekçelerle temellendirilmediği ölçüde özel hayata saygı ve eşitlik haklarının ihlali saymış; ayrıca yargılamada mahremiyet talebinin gerekçesiz reddini de ihlal olarak tespit etmiştir. Böylece, HIV statüsünün tek başına “işe elverişsizlik” ve dışlama gerekçesi yapılamayacağı; risk değerlendirmesinin en dar müdahale-bireyselleştirme parametreleriyle yürütülmesi gerektiği anayasal düzeyde teyit edilmiştir. Bu yaklaşım, klinik ve idari kararların kategorik kabullerle değil, güncel tıbbî verilerle desteklenmesi zorunluluğunu da hukukileştirir.

Hasta güvenliği ve kamu hizmetinin özen borcu bakımından, kan ve kan bileşenleri süreçlerinde doğrulama algoritmaları ile hemovijilans/izlenebilirlik zincirinin kırılması doğrudan kusur rejimiyle ilişkilendirilmektedir. Yargıtay 4. Hukuk Dairesi, HIV pozitif kan transfüzyonu nedeniyle açılan bir davada (istinaf kararını esasen yerinde görerek) organizasyonel özen borcuna dayalı tazmin sorumluluğunu doğrulamış; teknik süreçlerin eksiksiz işletilmesi ve delillendirilebilir biçimde belgelenmesi gereğini açık şekilde vurgulamıştır. Bu çizgi, salt “tehlike” söylemiyle değil, doğrulama protokolleri, izlenebilirlik ve kalite güvencesi üzerinden sorumluluk kurulması gerektiğini teyit eder. Tamamlayıcı hatta, Danıştay 15. Daire yanlış pozitif bildirim/erken tebliğ gibi doğrulama dışı uygulamaları kişilik hakları bağlamında hukuka aykırı bulmuş ve tam yargı sorumluluğunun kapısını aralamıştır. Böylece laboratuvar ve transfüzyon odaklı süreçler sadece klinik değil; aynı zamanda kişilik haklarını ve insan onurunu koruyan bir hukukî özen rejimi altında görülmektedir.

Meslekî maruziyet-illiyet-sosyal sigorta ekseninde Yargıtay 10. Hukuk Dairesi, ameliyata katılan sağlık çalışanında kısa sürede saptanan serokonversiyon olayında tanık anlatımları ve tıbbî zamanlamayı birlikte değerlendirerek “iş kazası” tespitini onamıştır. Bu yaklaşım, maruziyet olasılığının makul ve belgelenebilir olduğu dosyalarda sosyal sigorta korumasının devreye girmesini sağlar; öte yandan “vazife malullüğü” bakımından kamu görevlilerinde illiyetin tıbbî ve objektif verilerle kurulamaması hâlinde onama yönünde karar verilmesi, maruziyet kayıtları-kurul raporları-işyeri hekimliği tutanaklarının belirleyiciliğini gösterir. Tıp-hukuk kesişiminde PEP’in zamanında başlanması, serolojik izlem ve olay kayıt disiplininin usulüne uygun yürütülmesi, yalnız klinik prognozu değil, hukuki koruma rejimini de doğrudan etkiler.

Kamu sağlığı tedbirleri ile çalışma hakkı arasındaki gerilimde Danıştay 4. Daire, seks işçisine ilişkin dosyada, kategorik

yasaklara kapıyı kapatarak güncel tıbbî durumun tam teşekküllü hastane sağlık kurulu raporuyla bireyselleştirilmesini zorunlu kılmış; viral baskılanma ve tedaviye uyum gibi parametrelerin idari kararların merkezinde yer alması gerektiğini belirtmiştir. Bu, ölçülülük testini somutlaştırmakta ve “baskılanmış viral yük = bulaş yok” (B=B) bilgisinin hukukî bağlama taşınmasına alan açmaktadır. Kümülatif etki, kamu yararı gerekçeli sınırlamaların dahi bilimsel güncellik ve kişiye özgü değerlendirme eşiklerini geçmesini zorunlu kılar.

Kişisel sağlık verilerinin korunması, HIV ile yaşayanlar açısından damgalanma riskinin en yüksek olduğu düzlemidir. Medula erişiminin sınırlandırılması/gizlenmesi taleplerine ilişkin görevli yargı yolu Uyuşmazlık Mahkemesi tarafından idari yargı olarak belirlenmiş; böylece HIV’e ilişkin verilerde “asgarî veri”, rol tabanlı erişim ve ölçülülük ilkelerinin idari süreçte hukukî dayanağı netleşmiştir. Bu belirleme, yalnız yargılamada değil, sağlık bilişim altyapılarında da mahremiyetin gerekçeli ve etkili güvence altına alınmasını gerektirir; “bilmesi gerekenle sınırlı erişim” ilkesini teknik ve örgütsel tedbirlerle bağlayıcı hale getirir.

Sosyal güvenlik-ilaç/tedaviye erişim hattında, özellikle yabancılar bakımından ortaya çıkan kırılğanlık, yakın tarihli bir istinaf içtihadıyla daha görünür hale gelmiştir. İzmir BAM 10. Hukuk Dairesi, sigortalılık tescilinden sonra HIV tanısı alan bir yabancı başvurusunun antiretroviral ilacına (Biktarvy) ilişkin ihtiyati tedbirin devamına karar vererek; 5510 sayılı Kanun’un 64/1-c bendindeki “sigortalılıktan önce mevcut kronik hastalık” istisnasının olayda otomatik bir dışlama aracı gibi işletilemeyeceğini vurgulamıştır. Daire; önceki çekişmesiz ödeme pratiği, kesintinin doğuracağı telafisi güç zarar riski ve HMK 389-390/3 kapsamında “yaklaşık ispat” standardını birlikte değerlendirerek SGK’nın istinafını esastan reddetmiştir. Bu içtihat, ARV tedavisine kesintisiz erişimin yabancılar için de bireyselleştirilmiş tıbbî gereklilik ve kamu sağlığı gerekçeleriyle yargısal koruma altında olduğunu ortaya koyar. Anayasa Mahkemesi’nin T.A.A. kararındaki yaşam-onur odaklı perspektifle birlikte okunduğunda; ilaca erişimin sürekliliğinin yalnız bireysel değil, toplumsal yarar bakımından da zorunlu bir asgarî çekirdek hak olduğu görülür.

Aile ve özel hukuk bağlamında ise, HIV statüsünün kusur retoriğiyle araçsallaştırılmasına karşı temkinli bir yargısal dil gelişmektedir. Boşanma uyuşmazlıklarında “HIV ile yaşıyor olmak” tek başına kusur veya evliliğin temelinden sarsılması için belirleyici kabul edilmemekte; mahremiyet ihlali, ifşa ve damgalama içeren iddialar sıkı delil denetimine tâbi tutulmaktadır. Bu çizgi, tıbbî gerçekliğin (tedavi ile bulaştırıcılığın ortadan kalkması gibi) hukuki değerlendirmeye nüfuz etmesinin bir uzantısıdır. (Yerel ve bölge adliye yansımaları yanında Yargıtay 2. HD’nin yaklaşımı, damgalamayı hukuk tekniği ile bertaraf eden yönelimi gösterir.)

HIV’in ceza hukuku ile kesişiminde Yargıtay 1. Ceza Dairesi’nin 2014 tarihli kararında yaklaşımı, “kast”ın saptanmasına ilişkin isabetli bir metodolojik uyarı içerir: Sanığın HIV statüsünü suç tarihinden önce bildiğine ve bulaştırma kastına dair kamu kayıtlarıyla “şüpheye yer vermeyecek” açıklığın aranması, damgalayıcı varsayımlara dayalı mahkûmiyetin önünü keser. Bununla birlikte, dosyanın çerçevelenişinde HIV’in “öldürme” hukuki tipine uygun bir tehlike olarak varsayılmasına kapı açık kalır; güncel tıbbî bilgi (viral baskılanma, bulaş koşulları) bağlamsallaştırılmadığında, “öldürmeye teşebbüs” tipinin sınırları normatif olarak genişleyebilir. Eleştirel açıdan bakıldığında, Daire’nin bozma gerekçesi (manevi unsurun sıkı ispatı) yerindedir; fakat maddi unsur ve tehlike değerlendirmesinin tıbbî gerçeklikle daha açık irtibatlandırılması, ileride benzer dosyalar için damgalamayı azaltıcı bir denge sağlayacaktır.

İdare hukuku-sosyal güvenlik ve Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu kesişiminde Konya 1. İdare Mahkemesi’nin kararı, uluslararası koruma reddi kesinleşmiş olsa dahi Anayasa Mahkemesi tedbiriyle sınır dışının durduğu dönemde “yaşam hakkı” eksenli tedavi/GSS erişimini güvence altına alması bakımından önemlidir. Mahkeme, kararın özellikle 3. sayfasında AİHS m.2 ve Anayasa m.17 ile 90/5’i birlikte anarak, başvurusunun ülkede kaldığı ve tedavinin hayati olduğu sürece sağlık hizmetine erişim sağlanması gerektiğini açıkça kuruyor; bu gerekçelendirme, statüden bağımsız asgarî çekirdek hak anlayışını sahaya indiriyor. Eleştirel noktada ise standart, tedbir şartına oldukça bağımlı görünüyor; oysa ilaca erişimin sürekliliğine dair daha genel bir “orantılılık ve kırılğanlık” testi kurumsallaştırılmadığı sürece, benzer dosyalarda koruma keyfi olarak daralabilir. Bu nedenle karar, yön gösterici olmakla birlikte iç genelgeler ve

rol-tabanlı uygulama protokolleriyle desteklenmeye muhtaçtır.

Elimizdeki içtihatlar birlikte okunduğunda, Türkiye’de HIV’e ilişkin yargısal standardın üç ana ekseninde hak merkezli bir çizgiye yaklaştığı görülür. Birincisi, ayrımcılık yasağı ve özel hayatın gizliliği: sağlık bilgisine dayalı dışlama ancak somut ve güncel tıbbî gerekçelerle ve “en dar müdahale” ilkesiyle meşrulaştırılabilir; yargılamada mahremiyetin etkin güvencelerle sağlanması gerekir. Anayasa Mahkemesi’nin T.A.A. kararındaki değerlendirme, çalışanın HIV statüsünün işten dışlamaya otomatik gerekçe olamayacağını ve gizlilik taleplerinin gerekçesiz reddinin kişisel verilerin korunması hakkını ihlal edeceğini açık biçimde ortaya koyar; Mahkeme bu dosyada, çalışanın bir süre ücreti ödenerek işyeri dışında tutulması ve sonrasında istifaya zorlanması gibi dolaylı dışlama biçimlerini de tespit etmiş; ayrıca gizlilik talebinin gerekçesiz reddi nedeniyle özel hayat yönünden ihlal kararı vermiştir.

İkincisi, hasta güvenliği ve sosyal sigorta–hemovijilans/doğrulama/izlenebilirlik zinciri: kan ve kan ürünü süreçleri ile laboratuvar algoritmalarında doğrulama ve kayıt yükümlülükleri, kişilik hakları ve kamu hizmetinin kusursuz yürütülmesi ilkeleriyle birlikte tazmin sorumluluğuna bağlanır; meslekî maruziyet olaylarında ise makul olasılık ve usulüne uygun belgelendirme standardı korunarak iş kazası rejimi işletilir. Bu teknik eksen, sağlık bilişim altyapısında (Medula vb.) HIV verilerine erişimin rol-tabanlı yetkilendirme ve “asgarî veri” ilkesiyle sınırlandırılmasını ve erişim günlüklerinin zorunlu tutulmasını da gerektirir; zira Medula/KVKK çizgisi, bu alandaki işlemlerin açık bir idarî nitelik taşıdığını ve buna ilişkin hukuka uygunluk denetiminin idarî yargıda yapılacağını teyit etmiştir.

Üçüncüsü, sosyal güvenlik/ilaç erişimi ve yabancılar: antiretroviral (ARV) tedaviye kesintisiz erişim, 5510’daki istisnaların “otomatik dışlama” aracına dönüşmesine izin verilmeden; sigortalılık tescili-idarenin yerleşik uygulaması-tıbbî gereklilik üçgeni içinde güvence altına alınmalıdır. Bu bağlamda, uygulamaya dönük olarak iki somut öneri hak temelli standardı güçlendirir: (i) Medula ve benzeri altyapılarda HIV verilerine erişim rol tabanlı yetkilendirme ve “asgarî veri” ilkesiyle sınırlandırılmalı; erişim günlükleri zorunlu tutulmalı; laboratuvar doğrulama algoritmaları, hemovijilans kayıtları ve olay raporları yargısal denetime elverişli bütünlüklü dosya paketleri hâlinde saklanmalıdır. Bu, hem mahremiyet ihlallerini önler hem de hizmet kusuru/kişilik hakkı davalarında ispat rejimini rasyonelleştirir. (ii) Yabancılar ARV erişimi için kurumsal bir uygulama rehberi yayımlanmalı; 5510/64’teki “önceden mevcut kronik hastalık” istisnasının otomatik dışlama olarak yorumlanması engellenmeli; sigortalılık tescili sonrası konulan tanı, idarenin önceki çekişmesiz ödeme pratiği ve tedavi kesintisinin telafisi güç sonuçları birlikte aranmalıdır. Geçici hukuki koruma taleplerinde HMK 389–390/3 çerçevesinde SGK-sağlık sunucusu-yargı arasında hızlı koordinasyon protokolü öngörülmelidir. Bu kurumsal çerçeve, Konya 1. İdare Mahkemesi’nin (E.2019/583, K.2019/1094) GSS erişimine ilişkin yaklaşımıyla uyumlu bir şekilde, süreklilik gösteren tedavinin yaşam hakkı ve kamu sağlığı bakımından zorunlu niteliğini idareye hatırlatır; aynı zamanda HIV statüsünün ceza alanında “soyut tehlike”ye indirgenmesini engelleyen ceza yargısı standardıyla da bütünleşir. Nitekim Yargıtay 1. Ceza Dairesi’nin 17.12.2014 tarihli kararında, HIV’in bulaştırılması isnadında failin bilgi ve irade durumunun (ne zaman öğrendiği, bildiği, kastın yönelimi) tıbbî ve idarî kayıtlarla kuşkuyla yer vermeyecek şekilde belirlenmesi gerektiği vurgulanmış; eksik soruşturma bozma nedeni sayılmıştır. Bu yaklaşım, tedaviye erişimin engellenmesinin yalnızca sağlık hakkı değil, aynı zamanda ceza sorumluluğunun adil değerlendirilmesiyle de bağlantılı olduğunu gösterir.

Bu bütüncül tablo, veri koruma mimarisinde rol tabanlı yetkilendirme-asgarî vererişim günlüğü üçlüsünün norm hâline getirilmesini; klinik/laboratuvar tarafında doğrulama-izlenebilirlik-olay bildirimi üçlüsünün denetime elverişli paket olarak tutulmasını; sosyal güvenlik ise ARV tedavisine erişimde yabancı statüsü dahil hiçbir grubun fiilen dışlanmamasını gerektirir. Konya 1. İdare Mahkemesi’nin GSS erişimini güçlendiren çizgisi ile Yargıtay 1. Ceza Dairesi’nin kast/illiyet incelemesini derinleştiren bozma standardı birlikte düşünüldüğünde, idare ve yargı için hedef, HIV’i “soyut kamu sağlığı tehdidi” değil, bireyselleştirilmiş tıbbî verilerle yönetilen bir sağlık durumu olarak ele almak; gizliliği varsayılan kılmak; tedaviyi kesintisiz güvenceye almak; ceza ve özel hukuk sorumluluğunu ise ancak kanıta dayalı, ölçülü ve güncel tıp bilgisiyle temellendirmektir. Bu revize çerçeve, hem mahremiyet ihlallerini ve damgalamayı azaltacak hem de hizmet kusuru/kişilik hakkı ve ceza yargılamalarında isabet oranını artıracaktır.



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



(T.A.A.; Medula/KVKK; Konya 1. İdare; Yargıtay 1. CD.)

### Kaynakça (Makam, Tarih, Esas/Karar No)

- Anayasa Mahkemesi, 01.02.2017, B. No: 2014/19081 (T.A.A.)
- Yargıtay 4. Hukuk Dairesi, 15.01.2024, E.: 2023/9204, K.: 2024/382
- Yargıtay 10. Hukuk Dairesi, 15.06.2023, E.: 2022/7018, K.: 2023/6896
- Yargıtay 10. Hukuk Dairesi, 01.04.2024, E.: 2024/474, K.: 2024/3509
- Danıştay 4. Daire, 13.02.2025, E.: 2024/2618, K.: 2025/1014
- Danıştay 15. Daire, 22.04.2016, E.: 2013/4226, K.: 2016/2798
- Uyuşmazlık Mahkemesi (Hukuk Bölümü), 05.05.2025, E.: 2025/173, K.: 2025/357
- Yargıtay 1. Ceza Dairesi, 17.12.2014, E.2013/4455, K.2014/6303.
- **İzmir Bölge Adliye Mahkemesi 10. Hukuk Dairesi**, 10.09.2025, E.: 2025/3015, K.:
- Konya 1. İdare Mahkemesi, E: 2019/583, K: 2019/1094
- 2025/3076 (İlk derece referansı: **İzmir 1. İş Mahkemesi**, 28.03.2025, ihtiyati tedbir; 02.07.2025- tedbirin devamı)



## Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Önlenmesinde Biyomedikal Yaklaşım

**Dr. Damla VERENDAĞ**

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

**Giriş ve Amaç** İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) prevalansı dünya genelinde değişkenlik göstermekle birlikte, halk sağlığı açısından kritik bir sorun olmaya devam etmektedir. Küresel ölçekte yeni HIV enfeksiyonlarında düşüş eğilimi gözlenirken, Türkiye'nin de içinde bulunduğu orta ve Doğu Avrupa bölgesinde insidansın arttığı bir “epidemiolojik paradoks” yaşanmaktadır. UNAIDS verilerine göre bölgemizdeki bu artış, mevcut korunma stratejilerinin yetersiz kaldığını ve sadece davranışsal önlemlerin salgını durdurmakta tek başına yeterli olmadığını göstermektedir. Bu bağlamda, enfeksiyon zincirini kırmak için davranışsal, yapısal ve biyomedikal yöntemlerin bir arada kullanıldığı “multi-modal” (çok yönlü) bir yaklaşım zorunluluk haline gelmiştir. Bu derlemenin amacı, CYBE ve HIV'in önlenmesinde güncel biyomedikal yaklaşımları, etkinlik kanıtlarını ve klinik uygulamadaki yerlerini irdelemektir.

**HIV Önlenmesinde Biyomedikal Stratejiler** HIV bulaşının önlenmesinde biyomedikal yaklaşımlar; tedavi ile önleme (Belirlenemeyen = Bulaştırmayan), Temas Öncesi Profilaksi (TÖP), Temas Sonrası Profilaksi (TSP), sünnnet ve mikrobisidler gibi geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır.

Günümüzde en etkili biyomedikal araçlardan biri olan **Temas Öncesi Profilaksi (TÖP)**, yüksek risk grubundaki bireylerin HIV ile karşılaşmadan önce antiretroviral ilaç kullanması prensibine dayanır. Günlük oral TDF/FTC kullanımının cinsel yolla bulaşı %90, damar içi madde kullanımına bağlı bulaşı ise %70 oranında azalttığı kanıtlanmıştır. Ancak günlük hap kullanımına uyumda yaşanan zorluklar, “uzun etkili enjekte edilebilir” ajanların geliştirilmesini hızlandırmıştır. Cabotegravir (CAB-LA) ile yapılan HPTN 083 ve 084 çalışmaları, 2 ayda bir uygulanan enjeksiyonların, günlük oral tedaviye kıyasla HIV riskini %66 ila %88 oranında daha fazla azalttığını göstermiştir.

Daha güncel bir molekül olan **Lenacapavir** (kapsid inhibitörü) ise 6 ayda bir subkutan enjeksiyon avantajı ile dikkat çekmektedir. PURPOSE-1 çalışmasında, Lenacapavir kolundaki 2134 katılımcıda “sıfır” enfeksiyon görülmüş ve %100 etkinlik bildirilmiştir. Bu sonuçlar, uyum sorununu ortadan kaldıran uzun etkili ajanların, epideminin kontrol altına alınmasında oyun değiştirici bir rol oynayacağını göstermektedir.

**Bakteriyel CYBE'lerde Biyomedikal Korunma: Doxy-PEP ve Aşılar** Bakteriyel CYBE'lerin (sifiliz, klamidy, gonore) insidansındaki artış, **Doxy-PEP** (Temas Sonrası Doksisisiklin Profilaksisi) kavramını gündeme getirmiştir. Korunmasız cinsel ilişkiden sonraki 72 saat içinde tek doz 200 mg doksisisiklin kullanımının, bakteriyel CYBE riskini genel olarak %65, sifiliz ve klamidyada ise %70-80 bandında azalttığı saptanmıştır. Ancak gonoredeki etkinlik, yerel direnç oranlarına göre değişkenlik göstermektedir. Doxy-PEP uygulamasının en büyük kısıtlılığı, uzun vadede antimikrobiyal direnç gelişimi ve mikrobiyota üzerindeki olası olumsuz etkileridir.

Ayrıca, Meningokok B aşısının (4CMenB), *Neisseria gonorrhoeae* ile *Neisseria meningitidis* arasındaki genetik benzerlik (%80-90) nedeniyle gonoreye karşı çapraz koruma sağladığı (%30-40 risk azalması) DOXYVAC gibi çalışmalarla gösterilmiştir.

**Sonuç** HIV ve CYBE epidemisiyle mücadelede biyomedikal yöntemler (TÖP, Doxy-PEP, aşılar) güçlü ve kanıta dayalı araçlardır. Özellikle uzun etkili antiretroviraller (Cabotegravir, Lenacapavir), uyum sorunlarını aşarak “sıfır yeni enfeksiyon” hedefine ulaşmada kritik öneme sahiptir. Ancak bu araçların etkinliği; erişilebilirlik, maliyet, damgalanma korkusu ve sağlık sistemine entegrasyon gibi engellerin aşılmasına bağlıdır. Türkiye'de artan vaka sayıları göz önüne alındığında, biyomedikal korunma yöntemlerinin ulusal eylem planlarında daha geniş yer bulması, risk altındaki grupların farkındalığının artırılması ve jenerik ilaçlara erişimin sağlanması elzemdir.



### KAYNAKLAR

1. UNAIDS. Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections. UNAIDS Discussion Paper.
2. Carter A, et al. Global, regional, and national burden of HIV/AIDS, 1990–2021, and forecasts to 2050. *The Lancet HIV*, 2024; 11(12): e807-e822.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. HIV-AIDS İstatistikleri (Son Güncelleme: 25 Kasım 2025).
4. WHO Regional Office for Europe, ECDC. HIV/AIDS surveillance in Europe 2024 – 2023 data.
5. US Public Health Service. Preexposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection in the United States – 2021 Update.
6. Molina JM, et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *N Engl J Med*. 2015.
7. Landovitz RJ, et al. Cabotegravir for HIV Prevention in Cisgender Men and Transgender Women (HPTN 083). *N Engl J Med* 2021.
8. Delany-Moretlwe S, et al. Cabotegravir for the prevention of HIV-1 in women: results from HPTN 084. *Lancet* 2022.
9. Bekker LG, et al. Twice-yearly lenacapavir or daily F/TAF for HIV prevention in cisgender women (PURPOSE 1). *N Engl J Med* 2024;391:1179–92.
10. Kelley CF, et al. Twice-yearly lenacapavir for HIV prevention in men and gender-diverse persons (PURPOSE 2). *N Engl J Med* 2025.
11. Luetkemeyer AF, et al. Doxycycline Postexposure Prophylaxis for STI Prevention (DoxyPEP). *N Engl J Med* 2023.
12. Molina JM, et al. Doxycycline prophylaxis and meningococcal group B vaccine to prevent bacterial sexually transmitted infections in France (ANRS 174 DOXYVAC). *Lancet Infect Dis*. 2024.
13. Oliver SE, et al. Doxy-PEP efficacy in a real-world setting: SF City Clinic Cohort. *Clin Infect Dis (CID)* 2024.
14. Jogiraju V, et al. Pharmacokinetics and safety of once-yearly lenacapavir: a phase 1, open-label study. *The Lancet*, 2025.
15. Türkiye HIV/AIDS Platformu. Temas Öncesi Profilaksi Kılavuzu, Haziran 2022.

## HIV ile Yaşayan Bireylerde Sağlıklı Yaş Alma İçin Aşılama Önerileri

**Doç. Dr. Meliha Çağla SÖNMEZER**

*Hacettepe Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı*

Kombine antiretroviral tedavilerin (ART) yaygınlaşmasıyla birlikte HIV ile yaşayan bireylerin yaşam süresi belirgin biçimde uzamış, buna bağlı olarak ileri yaş grubundaki HIV popülasyonu giderek artmıştır. Günümüzde 50 yaş üzeri bireyler, HIV ile yaşayan tüm bireylerin yarısından fazlasını oluşturmaktadır. Bu demografik değişim, HIV bakımında “sağlıklı yaş alma” kavramını ön plana çıkarmaktadır. Ancak bu süreçte, kronik inflamasyon, immünoosenans, komorbid hastalık yükü ve polifarmasi gibi faktörler yaşlı HIV popülasyonunda ek zorluklar yaratmaktadır.

HIV ile yaşayan bireylerde aşılama, hem enfeksiyonların önlenmesi hem de komorbidite yükünün azaltılması açısından büyük önem taşımaktadır. HIV enfeksiyonunda bağışıklık yanıtı CD4 sayısı ve viral baskılanma ile yakından ilişkilidir. Bu nedenle aşılama programı bireyselleştirilmeli, bağışıklık durumu göz önünde bulundurularak planlanmalıdır. Canlı aşılar (örneğin MMR, varisella) yalnızca CD4  $\geq 200$  hücre/mm<sup>3</sup> olan ve gebelikte olmayan bireylere uygulanmalıdır. Bağışıklık yanıtının zayıf olduğu durumlarda ise inaktif veya rekombinant aşılar tercih edilmelidir.

CDC/ACIP 2025 ve Avrupa HIV rehberlerine göre HIV ile yaşayan erişkinlerde önerilen başlıca aşılar şunlardır:

- Yıllık influenza aşısı (inaktif veya rekombinant)
- COVID-19 aşısı (güncel varyantları kapsayan monovalan formülasyonlar)
- Hepatit A ve B aşıları (gerekirse kombine formda, serokonversiyon izlenerek)
- HPV aşısı (9-valan, 3 doz; 26 yaşına kadar rutin, 45 yaşına kadar bireysel karar ile)
- Pnömonokok aşısı (PCV15, PCV20 veya PCV21 takiben PPSV23)
- Meningokok ACWY ve B serogrup aşıları
- Tdap (10 yılda bir rapel)
- Zona (rekombinant RZV, 2 doz)
- RSV aşısı ( $\geq 60$  yaş veya ek hastalığı olanlarda)

Bu aşılar HIV ile yaşayan bireylerde güvenli kabul edilmekte olup, bağışıklık yanıtı zayıf bireylerde rapel dozlar veya antikör düzeylerinin izlenimi önerilmektedir. Özellikle hepatit B ve A aşılarında serokonversiyon oranı CD4  $< 200$  hücre/mm<sup>3</sup> olanlarda düşüktür; bu nedenle serolojik yanıt 1-2 ay içinde kontrol edilmeli, gerekirse yeniden aşılama yapılmalıdır.

Yaşlanma sürecinde HIV ile yaşayan bireylerde bağışıklık sistemi, immünoosenans ve kronik inflamasyonun etkisiyle enfeksiyonlara daha duyarlı hale gelir. Ayrıca diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık ve malignite gibi komorbiditeler de bu dönemde artış gösterir. Dolayısıyla aşılama stratejileri, bu çoklu hastalık yükü ve olası ilaç etkileşimleri dikkate alınarak planlanmalıdır. Polifarmasiye bağlı ilaç-aşı etkileşimleri açısından dikkatli olunmalı, aşılama öncesinde kapsamlı bir ilaç değerlendirmesi yapılmalıdır.

Sonuç olarak, HIV ile yaşayan bireylerde sağlıklı yaş alma hedefi, yalnızca viral baskılanmanın sürdürülmesiyle değil, koruyucu sağlık hizmetlerinin etkin biçimde uygulanmasıyla mümkündür. Güncel rehberlere uygun, bireyselleştirilmiş ve bağışıklık durumu izlenerek sürdürülen aşılama programları, mortalite ve morbiditenin azaltılmasında temel bir



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



basamaktır. HIV bakımının ayrılmaz bir parçası olarak aşılama, yaşlanma sürecinde yaşam kalitesini korumanın ve sağlıklı yaş almanın anahtarıdır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, aşılama, sağlıklı yaş alma, bağışıklık, yaşlı HIV popülasyonu, ACIP 2025, immün senesans

## Büyük Vizit 1: Mash ile Gelen Olgu

**Doç. Dr. Çiğdem MERMUTLUOĞLU**

*Dicle Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır*

HIV ile yaşayan bireylerde (PLWH) yaşam süresinin uzamasıyla birlikte, klasik AIDS tanımlı hastalıklardan çok, metabolik ve kardiyovasküler komorbiditelerin klinik tabloyu belirlediği bir döneme girilmiştir. Güncel veriler, yetişkin genel popülasyonda MASLD prevalansının yaklaşık %38'e ulaştığını, PLWH'de ise metabolik sendrom sıklığının HIV negatif bireylere kıyasla yaklaşık 1,6 kat arttığını göstermektedir. Bu grupta kronik inflamasyon, antiretroviral tedavi (özellikle INSTI ve TAF içeren rejimler) ile ilişkili kilo alımı ve abdominal obezite, dislipidemi, insülin direnci gibi klasik metabolik risk faktörleri bir araya gelerek belirgin bir hepatik ve kardiyometabolik yük oluşturmaktadır.

Eski NAFLD terminolojisinin aksine, MASLD kavramı karaciğer steatozuna eşlik eden metabolik disfonksiyonu merkeze alarak, hem hastalığın etiyopatogenezi ile daha uyumlu bir çerçeve sunmakta hem de PLWH gibi çoklu risk faktörüne sahip popülasyonlarda klinik yaklaşımı daha rasyonel hale getirmektedir. Buna karşın, özellikle yeni tanı almış PLWH'de tanı anından itibaren metabolik risklerin, karaciğer sağlığı ile birlikte sistematik olarak değerlendirilmesine yönelik gerçek yaşam verileri sınırlıdır. Bu olgu sunumunda, başlangıçta belirgin komorbiditesi olmayan bir PLWH'de ART başlanmasını takiben kısa sürede gelişen MASLD'nin klinik seyri, tanısal yaklaşımı ve kılavuz temelli yönetimi ayrıntılı olarak ele alınmıştır. Kırk yedi yaşında, erkek, MSM hasta 2022 Şubat'ında HIV pozitif tanı almıştır (CD4: 167 hücre/ $\mu$ L; HIV-RNA: 435.690 kopya/mL). Başlangıç değerlendirmesinde BKİ 25,1 kg/m<sup>2</sup>, bel çevresi 89 cm; açlık plazma glukozu, HbA1c, HOMA-IR, lipid profili ve karaciğer enzimleri sınırdan-normal bulunmuştur. Hepatobilier ultrasonografi doğal olup steatoz veya hepatomegali saptanmamıştır. Hastaya B/F/TAF içeren ART rejimi başlanmıştır. İzlemede, 2023 Ekim ayında vücut ağırlığı 79,6 kg'a (BKİ 27,5 kg/m<sup>2</sup>), bel çevresi 96 cm'ye yükselmiş; trigliserid 217 mg/dL, HDL 34 mg/dL, AST 53 U/L ve ALT 111 U/L olarak saptanmıştır. Hepatobilier ultrasonografide karaciğer boyutlarında artış ile uyumlu hepatomegali ve diffüz ekojenite artışı izlenmiş, Grade II hepatosteatoz ile uyumlu bulgular raporlanmıştır. FIB-4 skoru 1,26 olup ileri fibrozis açısından düşük riskli kabul edilmiştir. Metabolik risk faktörleri (artmış BKİ, abdominal obezite, aterosjenik dislipidemi) ile birlikte görüntüleme bulguları MASLD tanısını desteklemiştir.

Bu olgu, PLWH'de MASLD'nin kısa sürede gelişebileceğini ve HIV ilişkili kronik inflamasyon, INSTI/TAF temelli rejimlere bağlı kilo alımı ve klasik metabolik risk faktörlerinin etkileşimini somut olarak ortaya koymaktadır. Yönetimde ilk basamakta yaşam tarzı değişiklikleri, kilo kaybı, beslenme ve fiziksel aktivite düzenlemeleri ile kardiyometabolik riskin azaltılması hedeflenmiştir. Eşlik eden dislipidemi ve 40 yaş üzerindeki PLWH için güncel DHHS, EACS ve BHIVA önerileri doğrultusunda birincil koruma amacıyla statin tedavisi planlanmış; ilaç etkileşimleri göz önünde bulundurularak uygun ajan ve doz seçilmiştir. Ayrıca metabolik açıdan daha nötr bir yaklaşım amacıyla TAF içeren rejimden TDF/FTC+DTG kombinasyonuna geçilmiştir. PLWH'de abdominal obezite, açıklanamayan transaminaz yüksekliği veya radyolojik steatoz varlığında MASLD açısından **sistematik taramanın** zorunlu olduğunu ve ART seçiminin yalnızca virolojik etkinlik temelinde değil, karaciğer ve metabolik sağlık ekseninde bütüncül olarak değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. HIV polikliniğinde rutin izlemede karaciğer sağlığının, klasik parametreler (CD4, HIV-RNA) kadar görünür ve izlenebilir hale getirilmesi, MASLD ilişkili uzun dönem komplikasyonların azaltılması açısından kritik öneme sahiptir.

### Anahtar Kelimeler

HIV, MASLD, MASH, antiretroviral tedavi, metabolik sendrom, steatotik karaciğer hastalığı, olgu sunumu



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



### KAYNAKLAR

1. Rinella, M. E., Lazarus, J. V., Ratziu, V., Francque, S. M., Sanyal, A. J., Kanwal, F., Newsome, P. N. (2023). A multisociety Delphi consensus statement on new fatty liver disease nomenclature. *Journal of Hepatology*, 79(6), 1542–1556. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2023.06.003>
2. Bischoff, J., Gu, W., Schwarze-Zander, C., Boesecke, C., Wasmuth, J. C., van Bremen, K., Dold, L., Rockstroh, J. K., & Trebicka, J. (2021). Stratifying the risk of NAFLD in patients with HIV under combination antiretroviral therapy (cART). *EClinicalMedicine*, 40, 101116. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101116>
3. Zicari, S., Sessa, L., Cotugno, N., Ruggiero, A., Morrocchi, E., Concato, C., Rocca, S., Zangari, P., Manno, E. C., & Palma, P. (2019). Immune activation, inflammation, and non-AIDS co-morbidities in HIV-infected patients under long-term ART. *Viruses*, 11(3), 200. <https://doi.org/10.3390/v11030200>
4. Trachunthong, D., Tipayamongkhogul, M., Chumseng, S., Darasawang, W., & Bundhamcharoen, K. (2024). Burden of metabolic syndrome in the global adult HIV-infected population: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 24(1), 2657. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20118-3>
5. Byonanebye, D. M., Bonnet, F., Grint, D., Sharma, S., Hegazi, A., Hua, T., Touloumi, G., Ryom, L., Sabin, C., Lundgren, J., Phillips, A., & Reekie, J. (2024). Associations between change in BMI and the risk of hypertension and dyslipidaemia in people receiving integrase strand-transfer inhibitors, tenofovir alafenamide, or both compared with other contemporary regimens: A multinational cohort study. *The Lancet HIV*, 11(4), e259–e272. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(23\)00328-4](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(23)00328-4)
6. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. (2025). *Guidelines for the use of antiretroviral agents in adults and adolescents with HIV*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-arv>
7. European AIDS Clinical Society. (2025). *EACS Guidelines, version 13.0*. European AIDS Clinical Society. <https://eacs.sanfordguide.com>
8. Gandhi, R. T., Landovitz, R. J., Sax, P. E., Smith, D. M., Springer, S. A., Günthard, H. F., et al. (2025). Antiretroviral drugs for treatment and prevention of HIV in adults: 2024 recommendations of the International Antiviral Society–USA Panel. *JAMA*, 333(7), 609–628. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.24543>



## Olgularla Akılcı Antiretroviral Kullanımı: Güncel Kılavuzlar Işığında Klinik Yaklaşımlar

**Doç. Dr. Arzu NAZLI**

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

### Giriş

Antiretroviral tedavi (ART), HIV enfeksiyonunun prognozunu kökten değiştirmiş, mortalite ve morbiditeyi dramatik biçimde azaltarak HIV'i kronik bir hastalık haline getirmiştir. Tedavinin temel hedefi, kalıcı virolojik supresyonun sağlanması, immün sistemin güçlendirilmesi, HIV bulaşının önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Bununla birlikte, ART'nin uzun dönem başarısı yalnızca etkin rejim seçimiyle değil, aynı zamanda akılcı kullanım ilkelerinin klinik kararlara entegre edilmesiyle mümkündür.

Akılcı antiretroviral kullanım; etkinliği yüksek, toksisitesi düşük, ilaç etkileşimi riski minimal ve hastaya uygun tedavi kombinasyonunun seçilmesini ifade eder. Günümüzde tedavi seçeneklerinin çeşitlenmesi, uzun etkili formların kullanıma girmesi, ileri yaş, komorbid hastalıklar ve polifarmasi gibi faktörler, ilaç seçiminde çok boyutlu bir değerlendirmeyi gerektirmektedir (EACS, 2025; BHIVA, 2024).

### Akılcı Antiretroviral Kullanımın Temel İlkeleri

1. Etkinlik ve Genetik Bariyer: Yüksek genetik bariyere sahip ajanlar (dolutegravir, bictegravir, darunavir/r gibi) tedavi başarısızlığı riskini azaltır ve direnç gelişimine karşı koruma sağlar. Bu nedenle, kılavuzlar ilk basamakta bu ajanların yer aldığı rejimleri önermektedir.
2. Güvenlilik ve Tolerabilite: Tedavi seçiminde metabolik, renal, kemik ve kardiyovasküler yan etkiler göz önüne alınmalıdır. Örneğin, TDF renal ve kemik toksisitesi açısından dikkatle izlenmeli; TAF veya abakavir uygun alternatifler olarak değerlendirilmelidir.
3. İlaç Etkileşimleri: Polifarmasi sıklığı giderek artan HIV popülasyonunda, antiretrovirallerin diğer ilaçlarla etkileşim potansiyeli klinik kararları belirleyen temel unsurlardan biridir. Özellikle rifamisinler, proton pompa inhibitörleri, antiepileptikler ve statinlerle olası etkileşimler tedavi planlamasında dikkate alınmalıdır.
4. Kişiselleştirilmiş Yaklaşım: Her bireyin komorbiditesi, sosyal koşulları, tedaviye uyumu ve laboratuvar parametreleri farklıdır. Bu nedenle ART seçimi standart bir şema değil, bireyselleştirilmiş bir strateji olmalıdır. Gebelik, HBV/HCV koinfeksiyonu, ileri yaş veya renal yetmezlik gibi özel durumlarda rejim seçimi kılavuzlara uygun olarak uyarlanmalıdır.
5. Tedaviye Uyum ve Yaşam Kalitesi: ART başarısının en önemli belirleyicisi tedaviye uyumdur. Tek tablet rejimler, düşük yan etki profili ve kolay temin edilebilirlik, tedaviye devam oranlarını artırır. Hastayla ortak karar verme süreci, tedaviye katılımı güçlendirir ve uzun dönem sonuçları iyileştirir.

### Kılavuzlara Göre Güncel Yaklaşımlar

Avrupa AIDS Klinik Derneği (EACS) 2025, British HIV Association (BHIVA) 2024 ve ABD Sağlık Bakanlığı (DHHS) 2024 kılavuzları, ART başlangıcında üçlü ya da ikili kombinasyonları temel alır:

- Nükleozid revers transkriptaz inhibitörü (NRTI) tabanı: TAF/FTC veya TDF/FTC
- Üçüncü ajan olarak integrase inhibitörü (INSTI): DTG veya BIC

İkili rejimlerden DTG/3TC ise uygun hastalarda (HBV koinfeksiyonu veya direnç öyküsü olmayan, başlangıç viral

yükü <500.000 kopya/mL olan bireyler) güvenle kullanılabilir.

Uzun etkili parenteral tedavi (ör. kabotegravir/rilpivirin IM) adherans sorunu yaşayan, ancak virolojik olarak suprese hastalar için önemli bir yenilik olarak değerlendirilmektedir. Ancak bu tedavi öncesinde HIV RNA'nın negatif olması ve direnç bulunmaması gereklidir.

Tedavi değişikliği ("switch") kararı, virolojik baskılanma altında yeni yan etkiler, ilaç etkileşimleri veya yaşam tarzı değişiklikleri nedeniyle gündeme gelebilir. Her değişiklik öncesinde HBV serolojisi, direnç öyküsü ve ilaç geçmişi mutlaka gözden geçirilmelidir.

### Tartışma

Akılcı ART seçimi, yalnızca ilaç kombinasyonuna değil; tedavi sürecinin bütününe odaklanır. Başlangıç tedavisinden, olası başarısızlık yönetimine kadar her aşamada multidisipliner bir yaklaşım gereklidir.

INSTI ve TAF içeren rejimlerle ilişkili kilo artışı ve metabolik değişiklikler, son yıllarda önemli bir tartışma alanı haline gelmiştir (Venter et al., Lancet HIV, 2019). Bu bulgular, ART planlamasında metabolik risk faktörlerinin değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır.

Ayrıca, HIV ile yaşayan bireylerin yaşlanmasıyla birlikte diyabet, hipertansiyon, MASLD gibi komorbiditelerin tedavisi sırasında antiretroviral ilaç etkileşimlerinin dikkatle yönetilmesi gerekir. Bu noktada ilaç etkileşim veri tabanlarının (örneğin Liverpool HIV Interactions Database) klinik pratiğe entegrasyonu önem kazanmaktadır.

Akılcı ilaç kullanımı, aynı zamanda kaynakların verimli kullanımı anlamına gelir. Gereksiz ilaç değişiklikleri, yüksek maliyetli rejimlerin indisriminant kullanımı veya kılavuz dışı kombinasyonlar hem sağlık sistemi hem de hasta açısından risk taşır. Bu nedenle klinisyenlerin güncel kılavuzları yakından izlemesi ve farmakoekonomik farkındalığa sahip olması gerekir.

### Sonuç

HIV tedavisinde kalıcı başarı, yalnızca virolojik baskılanma değil; aynı zamanda toksisite yönetimi, ilaç etkileşimlerinin önlenmesi, komorbiditelerin kontrolü ve yaşam kalitesinin korunmasıyla mümkündür.

Akılcı antiretroviral ilaç kullanımı, kişiselleştirilmiş, kanıta dayalı ve kılavuz uyumlu bir yaklaşımın bütünüdür. Klinik karar süreçlerinde olgu temelli düşünme, hasta katılımını artırır, tedaviye uyumu güçlendirir ve uzun dönem sürdürülebilir başarı sağlar.

HIV tedavisinde amaç artık yalnızca yaşam süresini uzatmak değil, sağlıklı yaşlanmayı desteklemektir. Bu da akılcı, bilinçli ve bütüncül bir ART yaklaşımıyla mümkündür.

### Kaynaklar

1. European AIDS Clinical Society (EACS) Guidelines. Version 12.0, 2025.
2. British HIV Association (BHIVA) Guidelines for the treatment of HIV-1-positive adults. 2024.
3. Department of Health and Human Services (DHHS). Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV. 2024.
4. Venter WDF, et al. Weight gain and metabolic complications in people with HIV treated with dolutegravir or efavirenz-based ART. Lancet HIV. 2019;6(7):e367–e376.
5. Saag MS, et al. Antiretroviral drugs for treatment and prevention of HIV infection in adults: 2023 update. JAMA. 2023;330(10):905–920.
6. World Health Organization (WHO). Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring. Geneva: WHO, 2023.

## Büyük Vizit II: Enfeksiyöz Sorunlar - PML Olgusu

### Prof. Dr. Seniha ŞENBAYRAK

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul*

Progresif multifokal lökoensefalopati (PML), John Cunningham virüsü (JCV) tarafından oluşturulan ve merkezi sinir sisteminde (MSS) multifokal demiyelinizasyonla karakterize, nadir ancak ciddi bir fırsatçı enfeksiyondur. Çoğunlukla HIV-1 enfeksiyonu gibi bağışıklık sistemini baskılayan hastalıklar veya immünsüpresif tedaviler sırasında reaktif olan JCV, oligodendrositlerde litik enfeksiyona yol açarak miyelin kaybına neden olur. Spesifik bir antiviral tedavisi bulunmayan PML'nin insidansı antiretroviral tedavi (ART) öncesi dönemde %3-7 arasında olup mortalitesi oldukça yüksekti. ART'nin yaygın kullanımıyla birlikte PML insidansında azalma sağlanmış olsa da, hastalık hâlâ kötü prognozlu olup genellikle hızlı seyirlidir; olguların önemli bir kısmında ölüm, tanıdan sonraki ilk 6 ay içinde gerçekleşmektedir. HIV ile ilişkili PML olgularında, ART tedavisi başlansa dahi hastaların çoğunda kalıcı nörolojik sekeller gelişmektedir. Klinik bulgular, beyin lezyonlarının lokalizasyonuna göre değişkenlik gösterdiğinden, PML diğer nörolojik hastalıklarla kolaylıkla karıştırılabilir ve özellikle akut serebrovasküler olay veya demiyelinizan hastalık tablosunu taklit edebilir.

Bu yazıda, akut inme benzeri nörolojik bulgularla başvuran, hızlı klinik progresyon gösteren ve tanıdan sonraki üçüncü ayda kaybedilen bir HIV ilişkili PML olgusu sunulmuştur.

### OLGU

Kırk iki yaşında erkek hasta, üç gündür devam eden konuşma bozukluğu nedeniyle acil servise başvurdu. Difüzyon ağırlıklı manyetik rezonans görüntüleme (MRG) solda belirgin olmak üzere korpus kallozumu da tutan, difüzyon kısıtlılığı gösteren asimetrik frontal ak madde lezyonu saptanması üzerine akut serebrovasküler olay ön tanısıyla nöroloji servisine yatırıldı. Kontrastlı kranial MRG'de korpus kallozum korpusunda ve bilateral perikallosal alanlarda, lateral ventriküllere dik seyirli, T2/FLAIR sekanslarında hiperintens nodüler-ovoid lezyonlar izlendi. Bu bulgular doğrultusunda hasta multipl skleroz (MS) ön tanısıyla değerlendirildi. Ancak anti-HIV antikorunun pozitif bulunması üzerine hasta, progresif multifokal lökoensefalopati (PML) ön tanısıyla enfeksiyon hastalıkları kliniğine sevk edildi.

Hastanın yaklaşık on gündür devam eden konuşma bozukluğuna zamanla görme bulanıklığı ve işitmede azalması eklendi. Fizik muayenede genel durumu orta-iyi, bilinci açık, vücut ısı 36 °C idi. Konuşması dizartrikti ve sol nazolabial sulkus silikti. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar incelemelerinde HIV-RNA düzeyi 69.577 IU/mL, CD4+ T lenfosit sayısı 122 hücre/mm<sup>3</sup> (%8) olarak saptandı. Beyin-omurilik sıvısı (BOS) analizinde hücre sayısı 5/mm<sup>3</sup>, protein 54 mg/dL, BOS/serum glukozu 55/115 mg/dL ve BOS JCV-PCR 40.400 kopya/mL bulundu. Bu bulgularla hastaya HIV enfeksiyonu zemininde gelişen PML tanısı konuldu. Yatışının 8. gününde hastaya tenofovir disoproksil/emtrisitabin ve dolutegravir kombinasyonundan oluşan antiretroviral tedavi (ART) ile trimetoprim-sülfametoksazol profilaksisi başlandı. ART'nin 7. gününde yürüme güçlüğü, 9. gününde disfaji ve dispne gelişen hastada immün rekonstrüksiyon inflamatuvar sendromu (IRIS) ön tanısıyla metilprednizolon tedavisi başlandı ve ART'ye devam edildi. ART'nin 12. gününde kusma sonrası aspirasyona sekonder solunum arresti gelişen hasta entübe edilerek yoğun bakım ünitesine alındı.

ART'nin birinci ayında yapılan nörolojik muayenede deserebre postür, beyinsapı reflekslerinde kayıp ve bilateral Babinski pozitifliği saptandı. Kontrol laboratuvarlarında HIV-RNA negatif, CD4+ T lenfosit sayısı 49 hücre/mm<sup>3</sup> (%7.2) bulundu. BOS incelemesinde JCV-PCR 117.400 kopya/mL saptandı. Kranial MRG'de lezyonların boyut ve dağılım açısından progresyon gösterdiği, FLAIR/T2 sekanslarında patolojik hiperintens sinyal değişikliklerinin devam

ettiği, her iki fronto-parieto-okspito-temporal lobda difüzyon kısıtlılığı izlendiği, ancak kontrast tutulumu veya kitle etkisi olmadığı belirlendi. Bu bulgular doğrultusunda IRIS tanısından uzaklaşarak steroid tedavisi kademeli olarak kesildi. Yoğun bakımdaki takibinin ikinci ayında nörolojik bulgularında progresyon gelişen hasta kaybedildi.

Olgumuzda düşük CD4+ T lenfosit düzeyi, karakteristik MRG bulguları ve BOS'ta saptanan JCV-PCR pozitifliği, PML tanısını desteklemektedir. Günümüzde PML için spesifik bir antiviral tedavi bulunmamaktadır. Bu nedenle, bağışıklık fonksiyonunun yeniden sağlanması, immünsüpresyonun ortadan kaldırılması ve etkin ART uygulanması, sağkalım açısından temel belirleyicilerdir. CD4+ T lenfosit sayısı, PML'de sağkalımı öngören en önemli prognostik göstergedir; özellikle 100 hücre/mm<sup>3</sup>'ün altındaki olgularda mortalite belirgin biçimde artmaktadır. Bizim olgumuzda da erken dönemde virolojik süpresyon sağlanmış olmasına karşın, ileri derecede immün yetmezlik nedeniyle klinik iyileşme görülmemiştir.

Sonuç olarak, HIV/AIDS hastalarında PML, seyri ve klinik sonuçları bireyler arasında farklılık gösterebilen, ciddi ve yaşamı tehdit eden bir nörolojik komplikasyondur. Erken tanı, zamanında başlanan ART ve yakın klinik izlem, hem sağkalım süresini uzatmak hem de yaşam kalitesini artırmak açısından kritik öneme sahiptir.

### Kaynaklar

1. Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in Adults and Adolescents with HIV: PML/JC Virus Disease Section. Department of Health and Human Services; updated February 2025. Accessed November 11, 2025. [ProgressiveMultifocalLeukoencephalopathy/JC Virus: Adult and Adolescent OIs | NIH](#) Accessed November 11, 2025.
2. European AIDS Clinical Society guidelines *EACS Guidelines: Version 13.0 – October 2025*. PML Section. Available at: [EACS: ProgressiveMultifocalLeukoencephalopathy \(PML\)](#) Accessed November 11, 2025.
3. Schweitzer F, Laurent S, Cortese I, Fink GR, Silling S, Skripuletz T, Metz I, Wattjes MP, Warnke C. Progressive Multifocal Leukoencephalopathy: Pathogenesis, Diagnostic Tools, and Potential Biomarkers of Response to Therapy. *Neurology*. 2023 Oct 17;101(16):700-713. doi: 10.1212/WNL.0000000000207622. Epub 2023 Jul 24. PMID: 37487750; PMCID: PMC10585672.
4. Aye SL, Trivedi Y, Bolgarina Z, Desai HN, Senaratne M, Swami SS, Mohammed L. The Prognosis of Progressive Multifocal Leukoencephalopathy in HIV/AIDS Patients Undergoing Highly Active Antiretroviral Treatment: A Systematic Review. *Cureus*. 2023 Sep 13;15(9):e45155. doi: 10.7759/cureus.45155. PMID: 37842471; PMCID: PMC10575567.

## Akciğer Enfeksiyonu İle Gelen Olgu

**Doç. Dr. Zehra KARACAER**

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

### OLGU:

Altmışiki yaşında erkek hasta 29 Eylül 2024'de nefes darlığı, öksürük, balgam çıkarma şikayetleri nedeniyle başka bir sağlık merkezine başvuruyor. Hastanın 13 Ağustos 2024'de anemi etiyolojisi araştırılırken Anti-HIV pozitifliği saptandığı, tetkik ve tedaviler için hastaneye başvurmamış olduğu öğreniliyor. Pnömoni tanısı ile yatırılan hastaya piperasilin-tazobaktam+ trimetoprim-sulfametoksazol (TMP-SMX)+ Oseltamivir tedavisi uygulanıyor. HIV enfeksiyonu tedavi ve takibi yapılması için hasta 15.10.2024'de hastanemize nakil ediliyor.

Hastanemize kabul edildiğinde genel durumu düşkün olan hastanın TA :148/95 mm/hg, NB:89/dk, nazal 2-3 lt oksijen desteğinde SPO2:98 ölçülüyor. Dilde kandida plakları, akciğer seslerinde azalma saptanıyor. *Pneumocystis jirovecii* pnömonisi (PCP) olası tanısı ile diğer merkezde başlanan tedavisine devam ediliyor. Yutma güçlüğü olan hastada kandida özafajiti de düşünülerek flukonazol fk ekleniyor. Antiretroviral tedavi (BIC/FTC/TAF) başlanıyor. Trombositopeni nedeniyle bronkoskopi, endoskopi yapılamıyor. Pansitopeni nedeniyle periferik yayma ve kemik iliği biyopsisi planlanıyor.

Önceki hastanede IGRA: negatif, balgam kültüründe *C.albicans* ürediği, tüberküloz kültürünün sonuçlanmadığı öğreniliyor, bizim hastanemizde CMV PCR (serum): negatif, CMV IgM: non-reaktif, CMV IgG: reaktif, Toxoplasma IgM: non-reaktif, Toxoplasma IgG: non-reaktif saptanıyor.

Takibimizin 7.gününde oksijen ihtiyacı düşük düzeyde devam ederken TMP-SMX (21.gün) tedavi dozundan profilaksi dozuna geçiliyor. Bu sürede HIV RNA: 32500 kopya/ml CD4 T lenf: %4,47 (31,3) CD8 T lenf:%88,36 (618,5) olarak sonuçlan hastanın periferik yayma ve kemik iliği biyopsisi reaktif lenfositoz ve plazmasitoz olarak raporlanıyor, malign hücre gözlenmiyor. Pansitopeninin ilaca bağlı kemik iliği supresyonu nedeniyle oluştuğu düşünülen hastanın TMP-SMX tedavisi kesilerek, profilaksisine atovaquan tb ile devam ediliyor.

Hastanın oksijen ihtiyacı, yutma güçlüğü ve oral kandidiyazis lezyonları takibimizin 15.gününde gerileyen hastada zamanla pansitopeni düzeliyor. Diğer tıbbi ve sosyal sorunlar da çözüldükten sonra hasta taburcu ediliyor.

### Hastanın laboratuvar izlemi:

|                          |            | WBC  | HB   | PLT    | CRP | KRE  | LDH | K   | HIV RNA    | CD4 T lenf sayısı |
|--------------------------|------------|------|------|--------|-----|------|-----|-----|------------|-------------------|
| Hastaneye yatış,         |            |      |      |        |     |      |     |     |            |                   |
| TMP-SMX başlandı         | 29.09.2024 | 6000 | 10,3 | 198000 | 69  | 2,45 | 564 | 3,5 |            |                   |
| Hastanemize nakil        | 15.10.2024 | 1810 | 7,7  | 13000  | 9   | 2,17 | 271 | 4,5 | 32500      | 31                |
| TMP-SMX kesildi          | 22.10.2024 | 640  | 6,8  | 12000  | 1   | 2,34 | 259 | 6,8 |            |                   |
| Taburcu edildi           | 22.11.2024 | 3380 | 9,5  | 244000 | 8   | 1,8  |     | 3,9 | 298        | 43                |
| PCP profilaksisi kesildi | 17.02.2025 | 5510 | 12,6 | 257000 |     | 1,65 |     | 4,7 | saptanmadı | 168               |
|                          | 22.05.2025 | 7340 | 14,4 | 257000 |     | 1,57 |     | 4,1 | saptanmadı | 176               |



### HIV ENFEKSİYONU ve PNÖMONİ

HIV ile yaşayan birey (HİYB)'lerde alt solunum yolu enfeksiyonları genel topluma kıyasla 25 kat daha fazla görülmektedir. Bu oran CD4+ T hücre sayısı, antiretroviral tedavi (ART) kullanımı ve sigara içme gibi faktörlere bağlı olarak değişebilir. Yüksek etkili ART ve profilaktik tedaviler sayesinde fırsatçı etkenlere bağlı akciğer enfeksiyonları günümüzde oldukça azalmıştır.

ART alan hastalarda sırasıyla en sık bakteriyel pnömoni (%60), PCP (%20) ve akciğer tüberkülozu (%18) görülmektedir. Virüslerin etken olduğu (CMV, influenza, parainfluenza virüs, respiratory sinsityal virus) pnömoni oranı ise ancak %5 kadardır.

PCP bölgelere göre değişen sıklıkta görülmeye devam etmektedir. Sahra-altı Afrika'da 1995-2015 yılları arasında %15,4 iken, Etiyopya'da 2000-2021 yılları arasında %5,65 saptanmıştır. ABD'de 2002-2014 yılları arasında %5, ülkemizde ise 2022 yılına kadar tanı alan HİYB arasında %2,1 sıklıkta görülmektedir.

Hava yolu ile bulaşan PCP'de primer enfeksiyonun çocukluk döneminde yaşandığı, immunsupresyon ile reaktif olduğu düşünülmektedir. Kesin tanı için etkenin gösterilmesi gerekmektedir. Uygun klinik ve radyolojik bulguları olan, CD4 + T lenf sayısı < 200 hücre/mm<sup>3</sup> saptanan, bakteriyel pnömoni kanıtı olmayan ve PCP tedavisine yanıt alınan hastalarda "olası PCP" tanısı konulmaktadır.

Tanıda indirekt test olarak laktat dehidrogenaz **yüksekliği ve beta-glukan pozitifliği** kullanılırken, direkt tanı için solunum yolu örneklerinden çeşitli boyama yöntemleri veya moleküler yöntemlerle kist veya trofozitlerin **gösterilmesi gerekmektedir**.

Primer PCP tedavisi TMP-SMX ve hipoksik hastalarda prednizolon ile birlikte 21 gün uygulanmaktadır. Alternatif olarak primakin+klindamisin veya pentamidin kullanılabilir. Primer ve sekonder profilakside öncelikle TMP-SMX kullanılsa da pentamidin, dapson veya atovakuon alternatif olabilir. Profilaksi CD4+ T lenfosit sayısı > 100 hücre/mm<sup>3</sup> ve HIV-RNA 3 aydan fazla saptanamaz olunca sonlandırılır.

HİYB'lerde pnömoni prognozu hasta grubuna göre değişmektedir. Çoğunluğu ileri evre ve ART'siz bireylerin %52'sinde yoğun bakım ünitesi (YBÜ) ve mekanik ventilasyon ihtiyacı geliştiği, %40,1'nin mortalite ile sonuçlandığı tespit edilmiştir. Bu grup HİYB'lerde tüberküloz veya PCP varlığında hastaların yaklaşık yarısı kaybedilmiştir. CURB-65 skoru çoğunlukla sıfır olan bakteriyel toplum kaynaklı pnömoni tanılı HİYB'lerde ise YBÜ yatışı sıklığı %12, pnömoni ile ilişkili mortalite oranı %5 saptanmıştır. Ayrıca mortalitenin HIV durumundan bağımsız olarak pnömoni ciddiyeti ile ilişkili olduğunu belirlemişlerdir. Dolayısıyla hem pnömoni etkeni hem de kliniğin ciddiyetine göre prognoz değişmektedir.

Sonuç olarak, HİYB'lerde akciğer enfeksiyonları çoğunlukla ileri evre, ART'siz ya da ART'ye yeni başlamış hastalarda olmak üzere sık görülmektedir. Tanımlayıcı bir hastalık olduğu için akciğer enfeksiyonlarında HIV tarama testlerinin göz ardı edilmemesi önerilmektedir.

### KAYNAKLAR

1. Benito N et al. Pulmonary infections in HIV-infected patients: An update in the 21st century. *Eur Respir J*. 2012;39(3):730–745.
2. Gelaw YM et al. The burden of *Pneumocystis* pneumonia infection among HIV patients in Ethiopia: a systematic review. *Trop Med Infect Dis*. 2023;8(1):18.
3. Elango K et al. Trends in the epidemiology and outcomes of *Pneumocystis* pneumonia among human immunodeficiency virus (HIV) hospitalizations. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Feb 27;19(5):2828.
4. Gingo MR, Morris A. Pathogenesis of HIV and the lung. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2013;10(1):42–50.
5. Onal U, Akalin H. Opportunistic infections among human immunodeficiency virus (HIV) infected patients in Turkey: a systematic review. *Infect Dis Clin Microbiol*. 2023 Jun 23;5(2):82–93.



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



6. EACS Guidelines 2023, v12.0, Primary Prophylaxis, Treatment and Secondary Prophylaxis/Maintenance Treatment of Individual O1s p:137-138
7. McDonald EG et al. *Pneumocystis jirovecii* pneumonia in people living with HIV: a review. Clinical Microbiology Reviews 2024;37:1



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



## SÖZEL BİLDİRİLER

### SS-01

## HIV ile Yaşayan Bireylerde İmmün Tükenme ve Kanser Riskinin Değerlendirilmesinde ELAY ve EDA Oranları

Yessel Akca<sup>1</sup>, Burak Ekrem Çitil<sup>2</sup>, Turhan Togan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sandıklı Devlet Hastanesi

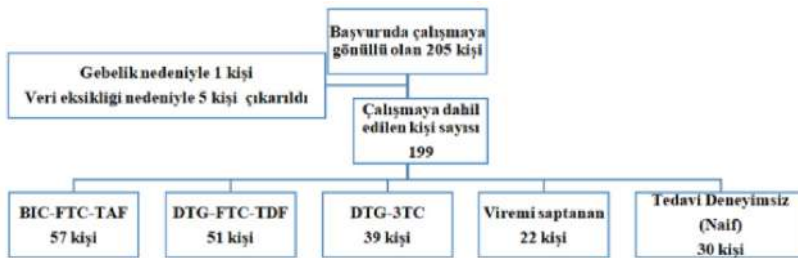
<sup>2</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi

**Giriş ve Amaç:** HIV ile yaşayan bireylerde (PLWH) immün tükenmenin izlenmesine yönelik birçok belirteç araştırılmış olsa da, halen standart bir biyobelirteç bulunmamaktadır. Bu eksiklik, kronik inflamasyonun ve klinik sonuçların doğru değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır. Bu çalışmada, antiretroviral tedavi (ART) durumu da dikkate alınarak kronik immün tükenme ve hücresel fonksiyon değerlendirildi. CD4<sup>+</sup> ve CD8<sup>+</sup> T hücrelerinde PD-1, CTLA-4, CD25 ve CD27 ekspresyonları incelenmiş; bu temelde ELAY (CD4<sup>+</sup> CD27<sup>+</sup> /CD4<sup>+</sup> PD-1<sup>+</sup>) ve EDA (CD8<sup>+</sup> CD27<sup>+</sup> /CD8<sup>+</sup> PD-1<sup>+</sup>) oranları oluşturulmuştur. Çalışma, bu belirteçlerin klinik değerini ortaya koyarak HIV'e bağlı komplikasyonların erken tanı ve izlemine desteklemeyi amaçlamıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışma, gözlemsel prospektif bir araştırma olarak tasarlanmıştır. Çalışmaya 18-90 yaş aralığında toplam 205 kişi dahil edilmiştir. İki farklı gruplandırma yapılmış olup, bu gruplar görsellerle gösterilmiştir. Yüzey reseptör analizleri hastanemizde BD FACSCANTO IITM akım sitometri cihazı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. CD4<sup>+</sup> CD27<sup>+</sup> /CD4<sup>+</sup> PD-1<sup>+</sup> oranı ELAY, CD8<sup>+</sup> CD27<sup>+</sup> /CD8<sup>+</sup> PD-1<sup>+</sup> oranı ise EDA olarak adlandırılmıştır.

**Bulgular:** 199 katılımcının %12,1'i kadın (n=24) ve %87,9'u erkektir (n=175). Gruplar arasında sosyodemografik özellikler açısından anlamlı fark saptanmamıştır. ELAY ve EDA oranları karşılaştırıldığında, en yüksek değerler DTG-3TC grubunda, en düşük değerler ise tedavi-naif grupta bulunmuştur (p=0,009). ELAY (p=0,035) ve EDA (p < 0,001) oranları 40 yaş altı bireylerde daha yüksek, EDA oranı kadınlarda daha yüksek saptanmıştır (p=0,012). Malignite öyküsü bulunan bireylerde her iki oran da düşük bulunmuştur (ELAY: p=0,009; EDA: p=0,042). Tanı anında CDC evre 2 ile evre 3 arasında ELAY (p=0,001) ve EDA (p=0,003) açısından anlamlı fark saptanmıştır. CD27 ekspresyonu, yeni tanı almış bireylerde en yüksek, ART deneyimi olanlarda daha düşük ve ART'ye rağmen viremi saptananlarda en düşük düzeydedir. Yaş, CD8<sup>+</sup> T hücre oranı ile pozitif; CD27 ekspresyonu ile negatif korelasyon göstermiştir. Bu bulgular, özellikle CD8<sup>+</sup> hücrelerde CD27'nin immün tükenme ile ilişkisini desteklemektedir. CD8<sup>+</sup> CD27<sup>+</sup> hücre oranı ile CD8<sup>+</sup> PD-1<sup>+</sup> oranı arasında negatif korelasyon gözlenmiştir. Ayrıca, ELAY ile yaş (r=-0,176; p=0,013), tanı gecikmesi (r=-0,182; p=0,010) ve başlangıç HIV RNA düzeyi (r=-0,286; p < 0,001) arasında; EDA ile yaş (r=-0,291; p < 0,001), tanı gecikmesi (r=-0,266; p < 0,001) ve başlangıç HIV RNA düzeyi (r=-0,307; p < 0,001) arasında negatif korelasyon saptanmıştır. ELAY (r=0,241; p < 0,001) ve EDA (r=0,195; p=0,011) oranları, başlangıç CD4/CD8 oranı ile pozitif korelasyon göstermiştir.

Çalışma grupları akış şeması



### Çalışma gruplarının sosyodemografik ve diğer verilerinin dağılımı

|                                                                | BIC/FTC/TAF<br>(n/%) n=57     | DTG/TDF/<br>FTC (n/%)<br>n=51 | DTG/3TC<br>(n/%) n=39           | Viremi (n/%)<br>n=22                   | Naif (n/%)<br>n=30                  | P        |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <b>Yaş (Ortalama ± SS)</b>                                     | 41,29 (±12,67)                | 39 (±11,37)                   | 37,84 (±13,16)                  | 43,72 (±9,75)                          | 37,4 (±11,10)                       | 0,222*   |
| <b>Cinsiyet</b>                                                |                               |                               |                                 |                                        |                                     |          |
| Erkek                                                          | 48 (84,2)                     | 46 (90,8)                     | 33 (84,6)                       | 19 (86,4)                              | 29 (96,7)                           | 0,462**  |
| Kadın                                                          | 9 (15,8)                      | 5 (9,2)                       | 6 (15,4)                        | 3 (13,6)                               | 1 (3,3)                             |          |
| <b>Malignite öyküsü</b>                                        | 55(96,5)                      | 51(0)                         | 39(0)                           | 22(0)                                  | 28(93,3)                            | 0,181**  |
| Hayır                                                          |                               |                               |                                 |                                        |                                     |          |
| Evet                                                           | 2 (3,5)                       | 0(100)                        | 0(100)                          | 0(100)                                 | 2 (6,7)                             |          |
| <b>Tahmini tanı gecikmesi (gün)</b>                            | 240 (30-2163)                 | 80 (30-5110)                  | 90 (30-1861)                    | 144 (30-1202)                          | 218 (30-1129)                       | 0,070**  |
| <b>Tahmini bulaşma ile çalışma testi arasındaki süre (gün)</b> | 1182 (313-4566)               | 883 (228-6996)                | 931 (115-4920)                  | 835 (313-2826)                         |                                     | 0,060*** |
| <b>İlk ART başlangıcı ile test arasındaki süre (gün)</b>       | 756 <sup>a</sup> (168-3486)   | 500 (122-3949)                | 355 <sup>b</sup> (70-4493)      | 539 (81-2496)                          |                                     | 0,006*** |
| <b>Son ART başlangıcı ile test arasındaki süre (gün)</b>       | 722,52 <sup>a</sup> (±406,01) | 461 (122-3271)                | 242 <sup>b</sup> (70-1551)      | 408 (81-1617)                          |                                     | 0,007*** |
| <b>Viremi öyküsü</b>                                           | 36a(63,2)                     | 28ab (54,9)                   | 29a (74,4)                      | 6b (27,3)                              |                                     | 0.003**  |
| Hayır                                                          |                               |                               |                                 |                                        |                                     |          |
| Evet                                                           | 21a(36,8)                     | 23ab (45,1)                   | 10a (25,6)                      | 16b (72,7)                             |                                     |          |
| <b>Tanı anındaki CDC evrelemesi</b>                            | 10 (17,5)                     | 10 (19,6)                     | 7 (17,9)                        | 1 (4,5)                                | 5 (16,7)                            |          |
| Evre 1                                                         | 23 (40,4)                     | 20 (39,2)                     | 25 (64,2)                       | 12 (54,5)                              | 13 (43,3)                           | 0,205**  |
| Evre 2                                                         |                               |                               |                                 |                                        |                                     |          |
| Evre 3 (AIDS)                                                  | 24 (42,1)                     | 21 (41,2)                     | 7 (17,9)                        | 9 (40)                                 | 12 (40)                             |          |
| <b>Tanı anındaki HIV RNA değeri (Min, Maks)</b>                | 173.115 (0-20.800.000)        | 81.577 (0-11.800.000)         | 32.550 <sup>b</sup> (0-640.251) | 473.422 <sup>a</sup> (4668-14.158.673) | 376.794 <sup>a</sup> (0-28.002.288) | <0,001** |
| IU/ml                                                          |                               |                               |                                 |                                        |                                     |          |

\*One Way ANOVA \*\*Pearson chi-square test, \*\*\* Kruskal-Wallis Test, xa;xb=Mann-Whitney U

### Çalışma kapsamında analiz edilen CD25, CD27, CTLA-4 ve PD-1 sonuçları

|                                                  | BIC/FTC/TAF<br>(n/%) n=57 | DTG/TDF/<br>FTC (n/%)<br>n=51 | DTG/3TC<br>(n/%) n=39  | Viremi<br>(n/%) n=22 | Naif (n/%)<br>n=30        | P        |
|--------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------|------------------------|----------------------|---------------------------|----------|
| <b>CD4<sup>+</sup>/CD25<sup>+</sup> % b&gt;a</b> | 21,64 <sup>a</sup> (2-42) | 24 (12-62)                    | 23,38 ±6,96            | 25,36 ±9,88          | 28,5 <sup>b</sup> (10-67) | 0,026*** |
| <b>CD4<sup>+</sup>/CD27<sup>+</sup> %</b>        | 83 (0-95)                 | 86 (37-96)                    | 85 (44-97)             | 85 (61-97)           | 81,5 (33-95)              | 0,220*** |
| <b>CD4<sup>+</sup>/CTLA4<sup>+</sup> %</b>       | 7 (1-84)                  | 9 (1-96)                      | 9 (0-64)               | 6 (1-47)             | 6,5 (2-86)                | 0,733*** |
| <b>CD4<sup>+</sup>/PD1<sup>+</sup> % b&gt;a</b>  | 12 (4-44)                 | 13 (5-47)                     | 10 <sup>a</sup> (3-50) | 13,54 ±5,61          | 19 <sup>b</sup> (3-97)    | 0,022*** |
| <b>CD8<sup>+</sup>/CD25<sup>+</sup> %</b>        | 2 (1-20)                  | 3 (1-17)                      | 2 (0-15)               | 2 (1-17)             | 2 (1-13)                  | 0,255*** |





# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



|                                                                                     |                                |                              |                             |                               |                                |                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| CD8 <sup>+</sup> /CD27 <sup>+</sup> % b>a                                           | 49,89 <sup>a</sup> ±15,69      | 58 ±15,22                    | 55,66 ±17,67                | 48,45 <sup>a</sup> ±12,96     | 61,30 <sup>b</sup> ±17,74      | <b>0,004<sup>***</sup></b> |
| CD8 <sup>+</sup> /CTLA4 <sup>+</sup> %                                              | 4 (0-20)                       | 3 (1-17)                     | 4 (0-36)                    | 3 (1-51)                      | 3,5 (0-25)                     | 0,972 <sup>***</sup>       |
| CD8 <sup>+</sup> /PD1 <sup>+</sup> % a>b                                            | 10 <sup>b</sup> (2-29)         | 13 (2-36)                    | 10 <sup>b</sup> (2-29)      | 13,04 ±6,62                   | 20,66 <sup>a</sup> ±11,68      | <b>0,001<sup>***</sup></b> |
| Tanı anındaki CD4/8 oranı                                                           | 0,31 (0,04-2,2)                | 0,4 (0,1-1,4)                | 0,48 (0,06-2,19)            | 0,35 (±0,20)                  |                                | 0,054 <sup>***</sup>       |
| Çalışma kapsamında alınan testteki CD4/8 oranı; a,b,c>e, c>d                        | 0,7 <sup>a</sup> (0,09-2,05)   | 0,79 <sup>b</sup> (0,2-2,05) | 0,92 <sup>c</sup> ±0,47     | 0,51 <sup>d</sup> (0,07-1,32) | 0,29 <sup>e</sup> (0,02-2,31)  | <0,001 <sup>***</sup>      |
| CD4 <sup>+</sup> CD27 <sup>+</sup> /CD4 <sup>+</sup> PD1 <sup>+</sup> (ELAY) b>a    | 6,55 (0,00-20,25)              | 6,64 (0,79-19)               | 9,11 <sup>b</sup> (0,88-27) | 6,25 (3-46)                   | 4,51 <sup>a</sup> (0,48-31,33) | 0,019 <sup>***</sup>       |
| CD8 <sup>+</sup> CD27 <sup>+</sup> /CD8 <sup>+</sup> PD1 <sup>+</sup> (EDA) b>a c>a | 4,77 <sup>c</sup> (0,05-16,50) | 4,38 (1,36-37,50)            | 6 <sup>b</sup> (1,55-24)    | 3,89 (1,63-19)                | 3,16 <sup>a</sup> (1,29-24,33) | 0,010 <sup>***</sup>       |

Kruskal-Wallis Test, xa;xb=Mann-Whitney U

### Korelasyon analizi

|                              | ELAY r/p        | EDA r/p         |
|------------------------------|-----------------|-----------------|
| Yaş                          | -0,176/0,013    | -0,291/p<0,001  |
| Tanıda gecikme süresi        | -0,182/0,010    | -0,266/ p<0,001 |
| Tanı anındaki HIV RNA değeri | -0,286/ p<0,001 | -0,307/ p<0,001 |
| Tanı anındaki CD4/8 oranı    | 0,241/0,002     | 0,195/0,011     |

**Sonuç:** ELAY oranı, maligniteyi öngörmede umut verici bir gösterge olarak ortaya çıkmıştır. EDA oranı ise immün tükenmenin değerlendirilmesinde anlamlı bir parametre olarak saptanmıştır. Bulgular HIV ile yaşayan bireylerde yüzey reseptörlerine dayalı immün değişimlerin takibine yönelik yeni içgörüler sağlamıştır. İmmün tükenme ile malignite riskinin izlenmesine katkı sunabilecek yeni oranlar ortaya koymuştur.

**Anahtar Kelimeler:** akım sitometrisi, ELAY oranı, EDA oranı, immün yorgunluk, kronik inflamasyon

### SS-02

## HIV ile Yaşayan Kişilerde Vitamin B12/CRP Oranı: Biyoinflamasyon ile İlişkili Yeni Bir Göstergenin Değerlendirilmesi

**Selma İlkay Şahin<sup>1</sup>, Burçak Varol<sup>1</sup>, Merve Yıldız<sup>1</sup>, Zuhal Yeşilbağ<sup>1</sup>, Hayat Kumbasar Karaosmanoğlu<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** HIV ile yaşayan kişiler (HİYK)'de kronik inflamasyonun biyobelirteç temelli değerlendirilmesi, tedavi izlemi ve komorbidite yönetimi açısından önemlidir. Çalışmalarda vitamin B12 düzeyleri ve C-reaktif protein (CRP)'nin inflamatuvar süreçlerde karşıt yönlü etkileşimler gösterebildiği saptanmıştır. HIV ile yaşayan kişilerde vitamin B12 eksikliği ve yüksek CRP düzeyleri raporlanmıştır ancak bu iki parametrenin oranı (B12/CRP) biyoinflamasyon göstergesi olarak yeterince incelenmemiştir. Bu çalışmanın amacı, HİYK'deki B12/CRP oranını HIV enfeksiyonu olmayan kişilerle karşılaştırmak ve bu oranın inflamasyon durumuyla ilişkisini değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntemler:** Ocak 2020-Ekim 2025 yılları arasında hastanemize başvuran 69 anti-HIV testi negatif kişi ve 44 HİYK çalışmaya dahil edildi. Hastaların laboratuvar sonuçları dosyalarından geriye dönük tarandı. Vitamin B12/CRP oranı (BCR) için pg/mL biriminde raporlanan B12 sonuçları pmol/L'ye dönüştürülerek oran hesaplandı. İstatistiksel analiz için SPSS Version 23.0 kullanıldı.

**Bulgular:** Toplam 113 hasta çalışmaya dahil edildi. HİYK'in yaş ortalaması 36.4±10.03, 39'u (%88.6) erkekti. HIV-negatif grubun yaş ortalaması 39.3± 13.04 olup 65'i (%94.2) erkekti. İnflamasyon belirteçlerinden CRP; HİYK grubunda HIV enfeksiyonu olmayan gruba göre daha yüksekti. Buna karşın ferritin, Vitamin B12 ve nötrofil lenfosit oranı (NLR)' de gruplar arasında istatistiksel fark bulunamadı (p > 0.05). Ancak biyoinflamasyon belirteci olarak BCR; HİYK grubunda HIV enfeksiyonu olmayan gruba göre anlamlı düzeyde düşük bulundu (p < 0.001). Çalışmamızdaki HİYK grubu, HIV RNA pozitif olanlar ile HIV RNA saptanamayacak düzeyde olanlar şeklinde iki alt gruba ayrıldığında; HIV-negatif grup ile HIV RNA pozitif saptanan HİYK arasında BCR, ferritin ve CRP'de anlamlı istatistiksel fark varken (p < 0.001), NLR oranında istatistiksel fark bulunamadı (p > 0.05). HIV-negatif grup ile HIV RNA saptanamayan HİYK arasında inflamasyon belirteçlerinin hiçbirinde istatistiksel fark bulunamadı (p > 0.05). Son olarak HIV RNA saptanamayan ve pozitif saptanan gruplar arasında BCR, ferritin ve CRP için anlamlı bir fark bulundu (p < 0.001). Biyoinflamasyonun yeni bir belirteci olarak önerilen BCR oranı HIV RNA pozitif olan grup en düşük olacak şekilde çalışma grupları arasında dereceli bir inflamasyon varlığını işaret etmektedir.

**Sonuç:** HIV ile yaşayan kişilerde HIV RNA düzeyinin artışıyla B12/CRP oranının anlamlı düşüklüğü, bu popülasyonda biyoinflamatuvar yükün arttığını ve antioksidan/anti-inflamatuvar savunmanın azaldığına işaret edebilir. B12/CRP oranı, HIV enfeksiyonunda inflamasyonun biyokimyasal göstergesi olarak değerlendirilebilecek basit, maliyet etkin ve laboratuvar düzeyinde uygulanabilir bir parametre olabilir. Bulgular, B12/CRP oranının ileride prognostik ya da tedavi yanıtı izleme aracı olarak kullanılabilme olasılığını desteklemektedir. Daha geniş örneklemle, uzunlamasına tasarımlı çalışmalar bu ilişkinin nedenselliğini ortaya koymak için gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, Vitamin B12, C-reaktif protein, B12/CRP oranı, Biyoinflamasyon

SS-04

### HIV ile Yaşayan Bireylerde Umutsuzluk Durumunun Değerlendirilmesi

Sevgi Sökülmez Yıldırım<sup>1</sup>, Zehra Karacaer<sup>1</sup>, Tunahan Ayaz<sup>2</sup>, Aysun Yalçı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

<sup>2</sup>Cizre Dr. Selahattin Cizrelioğlu Devlet Hastanesi, Şırnak

**Giriş ve Amaç:** Amaç: Bu araştırmada HIV ile yaşayan birey (HİYB)'lerin geleceğe dair bakış açısını değerlendirmek amaçlanmıştır.

**Olgu:** Yöntem: Bu araştırma tanımlayıcı tipte, kesitsel, anket çalışması şeklinde planlanmıştır. Kliniğimizde takip edilen, 18 yaş ve üzerindeki HİYB'ler çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcılara sosyodemografik bilgiler ve HIV enfeksiyonu ile ilgili sorular içeren genel bilgi anketi ile "Beck Umutsuzluk Ölçeği" uygulanmıştır. Beck umutsuzluk ölçeği bireylerin geleceği dair olumsuz bakış açılarının skorlandığı bir ölçektir. Test 20 sorudan oluşmakta, her bir soru evet veya hayır olarak cevaplanmaktadır. Ölçekten alınan puan ne kadar yüksekse kişinin umutsuzluk düzeyi o kadar yüksek kabul edilir. Bireyler umutsuzluk ölçeği puanlarına göre iki gruba ayrılarak karşılaştırılmıştır: Grup 1; puanı 0-8 arası bireyler umutsuzluk düzeyi düşük, Grup 2; puanı 9-20 arası bireyler umutsuzluk düzeyi yüksek olarak yorumlanmıştır. Grup 2'de yer alan bireylerden psikiyatrik değerlendirme yapılması planlanmıştır. Sayımla belirtilen veriler frekans dağılımı ve yüzdelere olarak, ölçümle belirlenen verilerin ise ortanca (minimum-maksimum) olarak ifade edilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda  $p < 0,05$  anlamlı kabul edilmiştir. Bulgular: Araştırmaya 46 birey katılmıştır. Yaş ortanca (min-maks) değeri 33,5 (18-70) yıl olup katılımcıların 39 (%84,8)'u erkektir. HIV tanı süresi 12 (1-180) aydır. Anketin yapıldığı dönemde HIV RNA düzeyi 0 (0-235000) kopya/ml, CD4 T lenfosit düzeyi 562 (17-1693) hc/ml, CD8 T lenfosit düzeyi 882,5 (97-1920) hc/ml saptanmıştır. Anket puanları 3 (0-19) bulunmuştur. Grup 1'de 36 (%78,3), grup 2'de 10 (%21,7) birey yer almıştır. Puan ortanca değerleri Grup 1'de 2 (0-8), grup 2'de ise 13,5 (9-19) olarak hesaplanmıştır. Sosyodemografik ve HIV ile ilgili değişkenler açısından gruplar arasında önemli fark saptanmamıştır (Tablo 1). Grup 2 de yer alan bireyler ruhsal değerlendirmeye yönlendirilmiş, ilgili uzman tarafından üç HİYB'e (%30) tedavi başlanmıştır. Tedavi başlanan bu bireylerin özellikleri Tablo 2' de yer almaktadır.

Tablo 1. Çalışma gruplarının karşılaştırılması

|                       |            | Grup 1 (n=36) | Grup 2 (n=10) | P değeri |
|-----------------------|------------|---------------|---------------|----------|
| Cinsiyet (n/%)        | Kadın      | 30(83,3)      | 9 (90)        | 0,60     |
|                       | Erkek      | 6 (16,7)      | 1 (10)        |          |
| Medeni durum (n/%)    | Evli       | 14 (38,9)     | 5 (50)        | 0,74     |
|                       | Bekar      | 21 (58,3)     | 5 (50)        |          |
|                       | Boşanmış   | 1 (2,8)       | -             |          |
| Eğitim düzeyi (n/%)   | İlkokul    | 6 (16,7)      | -             | 0,23     |
|                       | Ortaokul   | 4 (11,1)      | 4 (40)        |          |
|                       | Lise       | 9 (25)        | 3 (30)        |          |
|                       | Üniversite | 15 (41,7)     | 3 (30)        |          |
|                       | Doktora    | 2 (5,5)       | -             |          |
| Kronik hastalık (n/%) |            |               |               |          |

|                                          |     |                 |                  |      |
|------------------------------------------|-----|-----------------|------------------|------|
| Alkol/madde bağımlılığı (n/%)            | Var | 6 (16,7)        | 3 (30)           | 0,34 |
|                                          | Yok | 30 (83,3)       | 7 (70)           |      |
|                                          | Var |                 |                  | 0,21 |
|                                          | Yok |                 |                  |      |
| Yaş (yıl) (Median(min-maks)              |     | 31 (18-70)      | 37 (28-68)       | 0,12 |
| HIV tanı zamanı (ay) (Median(min-maks)   |     | 12 (1-108)      | 16 (1-72)        | 0,79 |
| HIV RNA (kopya/ml) (Median(min-maks)     |     | 0 (0-1270000)   | 0 (0-2350000)    | 0,85 |
| CD4 T lenfosit (hc/ml) (Median(min-maks) |     | 543,5 (17-1693) | 739,5 (87-1054)  | 0,36 |
| CD8 T lenfosit (hc/ml) (Median(min-maks) |     | 882,5 (97-1554) | 888,5 (585-1920) | 0,45 |

Tablo 2. Antidepresan tedavi başlanan olguların özellikleri

|                         | Olgu 1   | Olgu 2     | Olgu 3     |
|-------------------------|----------|------------|------------|
| Anket Puanı             | 14       | 9          | 17         |
| Cinsiyet                | Erkek    | Erkek      | Erkek      |
| Medeni durum            | Bekar    | Bekar      | Bekar      |
| Eğitim düzeyi           | Ortaokul | Üniversite | Üniversite |
| Kronik hastalık         | Yok      | Yok        | Yok        |
| Alkol/madde bağımlılığı | Yok      | Yok        | Yok        |
| Yaş (yıl)               | 33       | 35         | 34         |
| HIV tanı zamanı (ay)    | 5        | 72         | 24         |
| HIV RNA (kopya/ml)      | 6020     | 0          | 0          |
| CD4 T lenfosit (hc/ml)  | 999      | 1050       | 774        |
| CD8 T lenfosit (hc/ml)  | 1920     | 1550       | 612        |

**Sonuç:** Sonuç: Bu araştırmada HİVB'lerin HIV ile ilişkili faktörlerden bağımsız olarak umutsuzluk düzeylerinin yüksek olabileceği ve bu konuda desteğe ihtiyaç duyabileceği tespit edilmiştir. Umutsuzluk düzeyi açısından öngörücü faktörler belirlenememiştir. Ancak bu araştırma devam etmektedir. Burada elde edilen ilk sonuçlar paylaşılmıştır. HİVB'lerin geleceğe yönelik bakış açılarının tanı anında ve sonraki dönemlerde umutsuzluk ölçeği ile değerlendirilmesinin yararlı olabileceği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** umutsuzluk, anket çalışması

SS-05

### HIV ile Yaşayan Bireylerde Dayanıklılık ve Travma Sonrası Büyümenin Psikolojik ve Biyolojik Göstergelerle İlişkisi

**Mehmet Ceylan<sup>1</sup>, Aybüke Aydın<sup>1</sup>, Sare İrem Uzan<sup>1</sup>, Güneş Şenol<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** HIV ile yaşayan bireyler fiziksel ve psikolojik düzeyde çok boyutlu stresörlerle karşılaşmaktadır. Damgalanma, ayrımcılık ve sosyal dışlanma bu stresörlerin başlıcalarıdır. Bu çalışmada, HIV ile yaşayan bireylerde dayanıklılık ve travma sonrası büyüme düzeylerinin HIV'e ilişkin damgalanma, depresyon, anksiyete, CD4 sayısı ve viral yük gibi psikolojik ve biyolojik göstergelerle ilişkisi incelenmiştir.

**Gereç ve Yöntemler:** Araştırma, Temmuz-Ekim 2025 tarihleri arasında hastanemiz Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'ne başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden HIV pozitif bireyler ile yapılmıştır. Psikotik bozukluk veya demans tanısı olan bireyler dışlanmıştır. Katılımcılar Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve HIV/AIDS Damgalama Ölçeği'nin Türkçe formlarını doldurmuştur. Yaş, CD4 T lenfosit sayısı ve viral yük düzeyi kaydedilmiştir. Klinik ve psikososyal değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman sıra korelasyon analizi ile değerlendirilmiş, anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmamıza 54 erkek, 6 kadın olmak üzere 60 olgu alınmıştır. Katılımcıların damgalanma toplam puanı ve alt boyutları, anksiyete ve depresyon düzeyleriyle anlamlı pozitif korelasyon göstermiştir ( $p < 0.001$ ). Damgalamanın olumsuz benlik algısı, bulaşma korkusu ve sosyal izolasyon alt boyutları depresyon ve anksiyeteye en güçlü ilişkileri ortaya koymuştur. Anksiyete düzeyi, dayanıklılığın sosyal kaynaklar alt boyutuyla negatif yönde ilişkili bulunmuştur ( $p = 0.007$ ). Yaş, damgalanmanın bulaşma korkusu alt boyutuyla pozitif ilişki göstermiştir ( $p = 0.013$ ). CD4 T lenfosit sayısı ve viral yük düzeyi ile psikolojik ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır. Travma sonrası büyüme puanları ile depresyon, anksiyete, dayanıklılık ve damgalama arasında da anlamlı ilişki bulunmamıştır.

**Sonuç:** Damgalanmanın anksiyete ve depresyonla pozitif ilişkisi, HIV ile yaşayan bireylerde psikolojik iyilik halinin damgalanmadan güçlü biçimde etkilendiğini göstermektedir. Sosyal izolasyon boyutundaki yüksek ilişki, sosyal destek ağlarının zayıflamasıyla anksiyetenin artabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgular, dayanıklılığın sosyal bileşenini güçlendiren psikososyal müdahalelerin anksiyeteyi azaltmada etkili olabileceğini desteklemektedir. Yaşla birlikte bulaşma korkusunun artması, ileri yaşta HIV'e dair bilgi eksiklikleri, kültürel inançlar ve sağlık hizmetlerine erişim zorluklarıyla ilişkili olabilir. Çalışmamızda biyolojik göstergeler (CD4 sayısı, viral yük) ile psikolojik değişkenler arasında ilişki saptanmamış olsa da bazı araştırmalar bu değişkenler arasında anlamlı bağlantılar bildirmektedir. Travma sonrası büyümenin depresyon, anksiyete, damgalanma ve dayanıklılıkla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bulgularımız, HIV ile yaşayan bireylerde psikososyal süreçlerin karmaşıklığını ortaya koymakta ve daha geniş örneklemelerle yapılacak ileri araştırmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, Damgalanma, Dayanıklılık, Anksiyete, Depresyon, Travma Sonrası Büyüme



SS-06

### Yatan Hastalarda HIV Enfeksiyonu Açısından Riskli Hastaların Taranmasını Nasıl Arttırabiliriz? Bir Farkındalık ve Davranış Değişikliği Oluşturma Çalışması

**Derya Kaya<sup>1</sup>, Hüsnü Pullukçu<sup>1</sup>, Oğuzhan Acet<sup>1</sup>, Mehmet Buğra Özkara<sup>1</sup>, Cansu Tol<sup>1</sup>, Meltem Ceylan<sup>1</sup>, Damla Verendağ<sup>1</sup>, Meltem Işıkgöz Taşbakan<sup>1</sup>, Deniz Gökengin<sup>1</sup>**

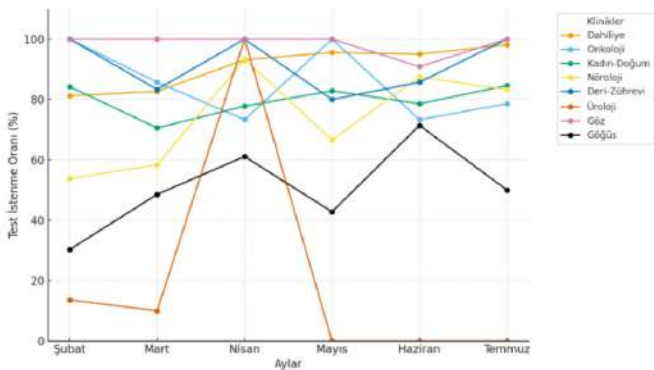
<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Doğu Avrupa, Orta Doğu, Kuzey Afrika ve Orta Asya'da olduğu gibi, ülkemizde de HIV enfeksiyonu tanılarında artış gözlenmektedir. Epideminin kontrolünde UNAIDS'in 95-95-95 hedefi önemlidir. Bu hedefe ulaşmak için HIV açısından belirteç bulguları olan hastalardan test istenmelidir. Çalışmamız, hastanemizde yatan hastalardan uygun endikasyonlarla Anti-HIV testi istemini teşvik etmeyi, hekim farkındalığını artırmayı ve davranış değişikliği oluşturmayı amaçlamaktadır.

**Gereç ve Yöntemler:** Şubat–Temmuz 2025 arasında, sekiz klinikte (iç hastalıkları, onkoloji, nöroloji, göz hastalıkları, göğüs hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, üroloji, dermatoloji) yatan, ≥18 yaş, Ulusal HIV/AIDS Tanı ve Tedavi El Kitabı (2024) ile EACS 12.0 kılavuzlarında tanımlanan endikatör hastalıklardan en az birine sahip ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar dahil edilmiştir. Kriterleri karşılayıp Anti-HIV testi istenmeyen olgularda test tarafımızca istenmiştir. Her ay nokta prevalans çalışmaları sonrası hekimlere bireysel geri bildirim verilmiştir. Veriler SPSS ile analiz edilmiş, oransal değişkenler ki-kare veya Fisher'in kesin testiyle değerlendirilmiş;  $p < 0,05$  anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Toplamda 1819 hasta taranmış olup 797 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların 431'i (%54,07) kadın, 366'sı (%45,92) erkektir. Hastaların yaş ortalaması  $55,13 \pm 18,65$  olup, kadınlarda  $49,89 \pm 18,44$ , erkeklerde  $61,29 \pm 16,94$  olarak saptanmıştır. Şubat ayı referans ay olarak kabul edilmiş ve test istenme oranları Görsel 1-5'te gösterilmiştir. Sürecin başlangıcında iki klinikte %95 üzeri test isteme oranı vardır. Takip eden sürede beş klinikte %95 üzeri test istenme oranı mevcuttur ve referans ayına göre istatistiksel olarak anlamlı artış olan dört klinik vardır. Bu süreçte beş hastada Anti-HIV pozitifliği saptanmış, dört hastanın doğrulama testlerinin negatif sonuçlanması nedeniyle yalancı pozitiflik olarak değerlendirilmiştir. Bir hastanın doğrulamasının da pozitif olması sebebi ile tedavisi başlanmıştır. Bir hastada Anti-HCV pozitifliği, bir hastada HBsAg pozitifliği saptanmıştır.

Görsel 1- Kliniklere Göre Anti-HIV Testinin Aylara göre İstenme Oranları





# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

4-7 ARALIK 2025

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA

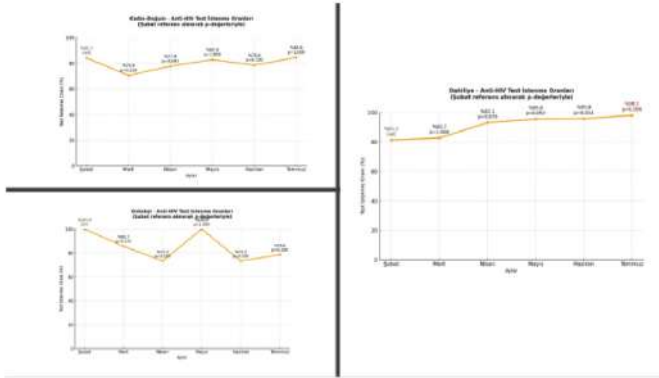


Görsel 2- Aylara Göre Kliniklerdeki Anti-HIV testi İstenme Oranları (%)

|                         | Dahiliye   | Onkoloji   | Kadın ve Doğum Hastalıkları | Nöroloji   | Deri ve Zührevi Hastalıklar | Üroloji    | Göğüs Hastalıkları | Göğüs Hastalıkları |
|-------------------------|------------|------------|-----------------------------|------------|-----------------------------|------------|--------------------|--------------------|
| Şubat                   |            |            |                             |            |                             |            |                    |                    |
| -Enfeksiyonu olan hasta | 48         | 15         | 19                          | 13         | 10                          | 22         | 2                  | 33                 |
| -Test istenen hasta     | 39(N48,25) | 15(N100)   | 16(N84,21)                  | 7(N53,84)  | 10(N100)                    | 3(N13,63)  | 2(N100,00)         | 10(N30,30)         |
| Mart                    |            |            |                             |            |                             |            |                    |                    |
| -Enfeksiyonu olan hasta | 52         | 14         | 34                          | 12         | 6                           | 10         | 6                  | 35                 |
| -Test istenen hasta     | 41(N82,68) | 12(N85,71) | 24(N70,58)                  | 7(N58,33)  | 5(N83,33)                   | 1(N10,00)  | 6(N100,00)         | 17(N47,57)         |
| Nisan                   |            |            |                             |            |                             |            |                    |                    |
| -Enfeksiyonu olan hasta | 58         | 15         | 18                          | 15         | 5                           | 2          | 5                  | 36                 |
| -Test istenen hasta     | 54(N93,10) | 11(N73,33) | 14(N77,77)                  | 14(N88,88) | 5(N100)                     | 2(N100,00) | 5(N100,00)         | 22(N61,11)         |
| Mayıs                   |            |            |                             |            |                             |            |                    |                    |
| -Enfeksiyonu olan hasta | 45         | 11         | 35                          | 12         | 5                           | 1          | 1                  | 35                 |
| -Test istenen hasta     | 41(N91,55) | 11(N100)   | 29(N82,85)                  | 8(N66,66)  | 4(N80,00)                   | 0(N0,00)   | 1(N100,00)         | 15(N42,42)         |
| Haziran                 |            |            |                             |            |                             |            |                    |                    |
| -Enfeksiyonu olan hasta | 48         | 15         | 28                          | 8          | 7                           | 0          | 13                 | 21                 |
| -Test istenen hasta     | 46(N95,83) | 11(N73,33) | 22(N78,57)                  | 7(N87,50)  | 6(N85,71)                   | 0(N0,00)   | 10(N76,92)         | 13(N61,42)         |
| Temmuz                  |            |            |                             |            |                             |            |                    |                    |
| -Enfeksiyonu olan hasta | 54         | 14         | 20                          | 6          | 2                           | 0          | 4                  | 20                 |
| -Test istenen hasta     | 51(N94,44) | 11(N78,57) | 22(N84,61)                  | 5(N83,33)  | 2(N100,00)                  | 0(N0,00)   | 4(N100,00)         | 10(N50,00)         |

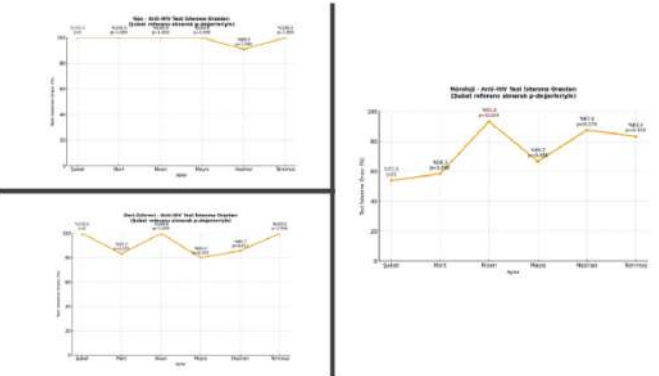
Toplamda 1819 hasta taranmıştır. Çalışmaya 797 hasta dahil edilmiştir.

Görsel 3- Kliniklerin Aylara Göre Anti-HIV Testi İsteme Oranları



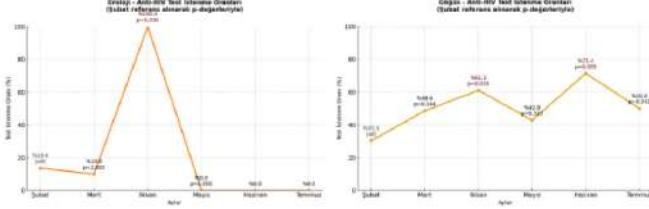
Şubat ayı referans ay olarak kabul edilmiştir.

Görsel 4- Kliniklerin Aylara Göre Anti-HIV Testi İsteme Oranları



Şubat ayı referans ay olarak kabul edilmiştir.

Görsel 5- Kliniklerin Aylara Göre Anti-HIV Testi İsteme Oranları



Şubat ayı referans ay olarak kabul edilmiştir.

**Sonuç:** Çalışmamızda, endikatör hastalık bulgusu olan hastalarda Anti-HIV test isteme oranlarının altı ay içinde genel olarak arttığı, özellikle dahiliye, nöroloji ve göğüs hastalıklarında düzenli geri bildirimlerle belirgin farkındalık sağlandığı görülmüştür. Ürolojide ise endikatör hasta sayısının azlığı ve örnek alım güçlükleri oranları sınırlamıştır. Bulgular, yapılandırılmış geri bildirim ve farkındalık uygulamalarının HIV tanısına giden süreci güçlendirerek 95-95-95 hedeflerine ulaşmada önemli katkı sağlayabileceğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Endikatör hastalık, HIV enfeksiyonu

SS-07

### Türkiye’de HIV Enfeksiyonu: Güncel Zorluklar ve Stratejik Çözüm Önerileri

**Tuğçe Başarı Omak<sup>1</sup>, Aytan Seydaliyeva<sup>2</sup>, Bahar Madran<sup>3</sup>, Uğur Önal<sup>4</sup>, Buket Ertürk Şengel<sup>5</sup>, Elif Tükenmez Tigen<sup>5</sup>, Selda Sayın Kutlu<sup>6</sup>, Janet Turan<sup>3</sup>, Bülent Turan<sup>7</sup>, Asuman İnan<sup>8</sup>, Halis Akalın<sup>4</sup>, Volkan Korten<sup>9</sup>, Deniz Gökengin<sup>10</sup>, Önder Ergönül<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Sungurlu Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Çorum

<sup>2</sup>Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul

<sup>3</sup>Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Departmanı, İstanbul

<sup>4</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Bursa

<sup>5</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul

<sup>6</sup>Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Denizli

<sup>7</sup>Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikoloji Departmanı, İstanbul

<sup>8</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

<sup>9</sup>İstanbul Sağlık ve Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul

<sup>10</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İzmir

**Giriş ve Amaç:** HIV enfeksiyonunun ilk bildiriminden günümüze, etkili ve iyi tolere edilebilen kombine antiretroviral tedaviler, HIV ile yaşayan bireylerin yaşam süresini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde artırmıştır. 2010 yılından bu yana yeni HIV enfeksiyonlarında %40’lık bir azalma ve AIDS’e bağlı ölümlerde %54’lük bir düşüş yaşanmış olsa da, yeni enfeksiyonlar ve HIV’e bağlı ölüm oranları küresel düzeyde artmaya devam etmektedir. Derlememizin amacı ülkemizdeki HIV epidemisinin güncel durumunu ve Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Ortak Programı (UNAIDS) hedeflerine ulaşmada hangi aşamada olduğumuzu belirlemek, hedefe ulaşmadaki engelleri tespit etmek ve çözümüne yönelik önerilerimizi sunmaktır.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışmada 1985 ile Kasım 2025 tarihleri arasında yayımlanmış epidemiyolojik veriler, ulusal surveyans raporları, hakemli makaleler ve resmi istatistikler analiz edilmiştir. Veri kaynakları arasında Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı’nın HIV raporları, UNAIDS’in küresel ve bölgesel raporları, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) raporları, Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (ECDC) verileri, sivil toplum kuruluşlarının raporları ve PubMed veritabanında yayımlanmış çalışmalar yer almaktadır. Bu derlemenin yazarları, Türkiye’de HIV yönetimi alanında aktif olarak çalışan uzmanlardır. Türkiye’deki HIV salgınına ilişkin epidemiyoloji, tanı, tedavi, önleme stratejileri, damgalama ve ayrımcılık ile insan hakları konularında bilgi sağlayan yayınlar bu derlemeye dahil edilmiştir. Türkiye’deki HIV salgınıyla doğrudan ilişkili olmayan veya birincil veri içermeyen çalışmalar dışlanmıştır. Bu çalışma kapsamında yeni veri toplanmamış, istatistiksel analiz yapılmamıştır; tüm veriler daha önce yayımlanmış veya kamuya açık kaynaklardan elde edilmiştir.

**Bulgular:** Türkiye, sağlık otoriteleri, sağlık çalışanları ve sivil toplum kuruluşlarının iş birliğiyle ulusal HIV yanıtında önemli ilerlemeler kaydetmiştir. Başlıca başarılar arasında HIV ile ilişkili tüm tanı ve tedavi hizmetlerinin genel sağlık sigortası sistemine entegre edilmesi, antiretroviral tedavi (ART) seçeneklerine geniş erişim sağlanması ve tedaviye başlama ile virolojik baskılanma oranlarının uluslararası hedeflere yaklaşması yer almaktadır. Ancak, özellikle kilit gruplar arasında erken tanı ve önleme konularında ilerleme yetersiz kalmakta; kadınlar ve gençler arasında insidans belirgin şekilde artmaktadır. Damgalama, ayrımcılık, test hizmetlerine sınırlı erişim ve hem halk hem de sağlık çalışanları arasında düşük farkındalık ilerlemeyi engellemeye devam etmektedir.

**Sonuç:** Türkiye’de HIV salgınının kontrol altına alınması; erken tanının güçlendirilmesini, ART’ye eşit erişimin sağlanmasını, temas öncesi ve temas sonrası profilaksi gibi önleme stratejilerinin genişletilmesini ve damgalama ile ayrımcılığı azaltmaya yönelik çok sektörlü yaklaşımların uygulanmasını gerektirmektedir (Tablo-1). Politika yapımcılar, sağlık hizmeti sunucuları ve toplum paydaşları arasındaki koordineli eylemler, ulusal ve küresel HIV hedeflerine ulaşmak için kritik öneme sahiptir.

Tablo-1. HIV ile yaşayan kişilerin tanı, tedavi ve korunmada karşılaştıkları zorluklar ve önerilen çözümler

|                                            | Karşılaşılan Zorluklar                                  | Çözüm Önerileri                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kilit Popülasyonlar ve Epideminin Dinamiği | Kilit popülasyona sınırlı erişim                        | Kilit gruplar tanımlanmalı, öncelikli ihtiyaçlar belirlenmeli ve HIV tarama stratejileri erişimi artıracak şekilde uyarlanmalıdır.                                                                                                                                          |
|                                            | Düşük farkındalık                                       | Cinsel Sağlık ve Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE) konusunda eğitim kampanyaları başlatılmalıdır.                                                                                                                                                                   |
|                                            | Testlere sınırlı erişim                                 | Anonim ve rutin tarama hizmetleri ücretsiz olarak sunulmalıdır. Kayıtlı ve kayıt dışı göçmenlerin HIV ve CYBE testlerine erişimi güvence altına alınmalıdır. Belgesiz bireylerin antiretroviral tedaviye (ART) erişimini mümkün kılacak yeni stratejiler geliştirilmelidir. |
| Geç Tanı                                   | Sınırlı test seçenekleri                                | Risk altındaki bireyler için toplum temelli ve kendi kendine test uygulamaları erişilebilir hale getirilmelidir.                                                                                                                                                            |
|                                            | Gönüllü Danışmanlık ve Test Merkezlerine sınırlı erişim | Gönüllü Danışmanlık ve Test Merkezlerinin sayısı artırılmalı, görünürlüğü güçlendirilmeli, çalışma saatleri mesai saatlerinin ötesine uzatılmalı ve belediyeler ile sivil toplum kuruluşlarıyla iş birliği geliştirilmelidir.                                               |
|                                            | Hekimler tarafından kaçırılan test fırsatları           | Test fırsatlarının kaçırılma nedenleri belirlenmeli ve etkili müdahaleler planlanmalıdır (örneğin, belirli klinik durumlarda test istemlerinin teşvik edilmesi, test algoritmalarının otomatik sistemlere entegrasyonu).                                                    |
| HIV İlaç Direnci                           | Direnç testlerine sınırlı erişim                        | Direnç testi yapan merkezlerin sayısını artırmak amacıyla yeni düzenlemeler getirilmelidir.                                                                                                                                                                                 |
|                                            | Yeni nesil ilaçlara gecikmeli erişim                    | Yeni antiretroviral tedavi (ART) seçeneklerine erişimi artırmak amacıyla düzenleyici ve tedarik süreçleri hızlandırılmalıdır.                                                                                                                                               |
|                                            | Test sonuçlarının çıkma süresinin uzun olması           | Direnç testlerinin erişilebilirliği ve sıklığı artırılmalı, böylece bireylerin en uygun tedaviye zamanında ulaşmaları sağlanmalıdır.                                                                                                                                        |
|                                            | Sınırlı alternatif tedavi seçenekleri                   | Direnç gelişmiş hastalar için lenakapavir, kabotegravir gibi yeni antiretroviral tedavi (ART) ajanlarının erişilebilirliği artırılmalıdır.                                                                                                                                  |
| Temas Öncesi Profilaksi (TÖP)              | Düşük sağlık okuryazarlığı                              | Toplum, kilit popülasyon ve sağlık profesyonelleri arasında TÖP konusunda farkındalık artırılmalıdır.                                                                                                                                                                       |
|                                            | TÖP'ün sınırlı kullanımı                                | TÖP klinikleri, HIV prevalansının yüksek olduğu bölgelerde kurulmalıdır. Risk altındaki bireyler arasında TÖP kullanımını teşvik etmek amacıyla sivil toplum kuruluşlarıyla iş birlikleri geliştirilmelidir. TÖP, geri ödeme kapsamına alınmalıdır.                         |
| Alternatif Korunma Yöntemleri              | Yüksek maliyet                                          | Kondomlara ücretsiz halk erişiminin sağlanabilmesi için sivil toplum kuruluşları ve birinci basamak sağlık hizmetleri desteklenmelidir.                                                                                                                                     |
| Temas Sonrası Profilaksi (TSP)             | Sınırlı erişim                                          | Mesleki olmayan temas sonrası profilaksi geri ödeme kapsamına alınmalıdır.                                                                                                                                                                                                  |
| Damgalama, Ayrımcılık ve İnsan Hakları     | Artan damgalama ve ayrımcılık                           | Damgalama ve ayrımcılığın görüldüğü bölgeleri ve sıklığını belirlemek amacıyla çok merkezli çalışmalar yürütülmelidir.                                                                                                                                                      |





# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



Sivil toplum ve sağlık çalışanları arasında farkındalığın düşük olması

Sivil toplum kuruluşları, belediyeler, üniversiteler ve hastanelerle iş birliği içinde farkındalık kampanyaları düzenlemelidir. Sağlık çalışanları düzenli eğitimler almalı, hastaneler ise kurum içi farkındalık kampanyaları yürütmelidir. Toplumda ve sağlık hizmeti sunum alanlarında yaşanan damgalamayı azaltmak amacıyla müdahaleler uyarlanmalı ve uygulanmalıdır. Ayrıca, bireylerin beklenen ve içselleştirilmiş damgalamayla başa çıkma yöntemlerini destekleyen stratejiler geliştirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV enfeksiyonları, Epidemiyoloji, HIV önleme ve sürveyans, tanı, Türkiye

SS-08

### Acil Servise Başvuran ve Risk Grubunda Olduğu Düşünülen Hastalarda Hızlı Test ile HIV Taraması

**Oğuzhan Acet<sup>1</sup>, Hüsnü Pullukçu<sup>1</sup>, Arda Kaya<sup>1</sup>, Mehmet Buğra Özkara<sup>1</sup>, Ayşe Noyan<sup>2</sup>, Funda Karbek Akarca<sup>3</sup>, Deniz Gökengin<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji

<sup>3</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Acil Tıp

**Giriş ve Amaç:** Birleşmiş Milletler AIDS Programı (UNAIDS) tarafından belirlenen %95-95-95 hedeflerinin ilki, HIV ile enfekte bireylerin %95'ine tanı konulmasını amaçlamaktadır. Türkiye'de tanı oranı hedefin gerisindedir. Bu çalışmada, acil serviste hızlı HIV testi uygulanarak tanı oranlarının artırılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Bu çalışma, Ağustos 2024–Ağustos 2025 tarihleri arasında üçüncü basamak bir üniversite hastanesinin acil servis biriminde yürütüldü. HIV açısından risk grubunda olan erişkinler ile 18–64 yaş aralığında daha önce hiç HIV testi yaptırmamış ve test yaptırmak isteyen bireyler dahil edildi. Katılımcıların demografik özellikleri, HIV ile ilişkili belirti/bulgular ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) açısından test ve tedavi öyküsü kaydedildi. Determine™ HIV Early Detect (Abbott, Amerika Birleşik Devletleri) markasına ait hızlı HIV testi uygulandı. Aynı dönemde polikliniklerde saptanan HIV antikoru pozitiflik oranları acil serviste elde edilen verilerle karşılaştırıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortanca, kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde olarak sunuldu. Normal dağılımın ölçümünde Shapiro-Wilk testi kullanılmış; normal dağılmayan veriler için Mann-Whitney U testi kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-kare veya Fisher's Exact testi ile analiz edildi; anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya toplam 1303 kişi dahil edildi; ortanca yaş 42 yıl (30-52 yıl) olarak bulundu. En sık üç başvuru sebebi sırasıyla toplum kaynaklı veya son bir sene içinde sık geçirilmiş pnömoni (185,%14,2), nedeni belirsiz lenfadenopati (83,%6,4) ve seboreik dermatit/ekzantemi (71,%5,4) bulundu. Acil servise başvuru sebepleri Tablo 1'de gösterildi. Daha önce CYBE testi yapılmış olan 381 (%29,2) olgunun 363'ünün (%95,3) hepatit A, 370'inin (%97,1) hepatit B, 363'ünün (%95,3) hepatit C, 354'ünün (%92,9) HIV ve 55'inin (%14,4) sifilis için test edilmiş olduğu saptandı. Olguların 81'inde (%6,2) daha önceki tıbbi kayıt ve beyanlarında CYBE tedavi öyküsü bulunduğu anlaşıldı; bu hastaların 21'inde (%25,9) HPV, 18'inde (%22,2) sifilis, 5'inde (%6,2) genital herpes, 21'inde (%25,9) üretrit ve 19'unda (%23,5) hepatit B öyküsü vardı. Hızlı HIV test kiti ile pozitiflik oranı 5/1303 (%0,38) bulundu. Tanı konulan hastaların detayları Tablo 2' de gösterildi. Tarama grubu ile gösterge hastalık grupları arasındaki farklar Tablo 3'te gösterildi. Acil servis ve diğer birimlerde yapılan testler sonucunda doğrulama testiyle pozitifliği teyit edilen olgu sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Acil servis: 5/1303 [%0,38]; Diğer birimler: 111/35.566 [%0,31];  $p=0,653$ ).



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

4-7 ARALIK 2025

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



Tablo 1. Hastaların acil servise başvuru ve test uygulanma sebepleri

| Değişken                                                     | S (%)       | Değişken                                               | S (%)     | Değişken                                                             | S (%)       |
|--------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------|-------------|
| Tarama grubu                                                 | 386 (%29,6) | Hepatit A,B veya C                                     | 17 (%1,3) | Gebelik                                                              | 27 (%2,1)   |
| Kondomsuz cinsel ilişkiye girme öyküsü                       | 65 (%5,0)   | Mononükleoz benzeri hastalık                           | 43 (%3,3) | Primer akciğer kanseri                                               | 11 (%0,8)   |
| CYBE*                                                        | 43 (%3,3)   | Sitopeni                                               | 31 (%2,4) | Psöriyazis                                                           | 15 (%1,2)   |
| Malin melanom                                                | 5 (%0,4)    | Seboreik dermatit/ekzantem                             | 71 (%5,4) | Guillain Barre Sendromu                                              | 4 (%0,3)    |
| Anal kanser/displazi                                         | 11 (%0,8)   | İnvaziv pnömokok hastalığı                             | 3 (%0,2)  | Mononörit                                                            | 3 (%0,2)    |
| Servikal displazi                                            | 5 (%0,4)    | Nedeni belirsiz ateş                                   | 39 (%3,0) | Multiple skleroz benzeri hastalık                                    | 6 (%0,5)    |
| Herpes Zoster                                                | 28 (%2,1)   | Kandidemi                                              | 5 (%0,4)  | Periferik nöropati                                                   | 15 (%1,2)   |
| Nedeni belirsiz kilo kaybı                                   | 61 (%4,7)   | Nedeni belirsiz lenfadenopati                          | 83 (%6,4) | Oral kandidiyaz                                                      | 8 (%0,6)    |
| Kronik ishal                                                 | 32 (%2,5)   | Kronik böbrek yetmezliği                               | 14 (%1,1) | Toplum kaynaklı pnömoni/Son 1 sene içinde sık pnömoni geçirme öyküsü | 185 (%14,2) |
| Agresif immünsüpresif tedavi gerektiren koşullar             | 24 (%1,8)   | Beyinde yer kaplayan primer lezyon                     | 10 (%0,8) | >1 cinsel eşi olanlar                                                | 16 (%1,2)   |
| Seksüel ilişki öyküsü olanlar/Para veya uyuşturucu kullanımı | 9 (%0,7)    | İlgne batması veya perkütan yaralanmaya maruz kalanlar | 7 (%0,5)  | Tüberküloz                                                           | 5 (%0,4)    |
| Intravenöz ilaç kullanımı                                    | 9 (%0,7)    | Pneumocystis jirovecii pnömonisi                       | 1 (%0,8)  | Hodgkin Lenfoma                                                      | 7 (%0,5)    |

\*CYBE:Üretrit, sifiliz ve benzeri cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları (CYBE) düşündüren belirti ve bulgularla başvuran hastalar "cinsel yolla bulaşan enfeksiyon" grubuna dahil edildi.

Tablo 2. Hızlı test ile tanı konulan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri

|          | Yaş | Cinsiyet | Eğitim durumu | Kronik hastalık | Son 90 günde başka bir gösterge hastalık ile acil servis başvurusu var mı ? | Belirteç hastalık                | Daha önce CYBE testi / tedavi öyküsü | HIV RNA          |
|----------|-----|----------|---------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------|
| 1. Hasta | 43  | Erkek    | Üniversite    | Yok             | Yok                                                                         | Tarama                           | Yok                                  | 31346 kopya/mL   |
| 2. Hasta | 31  | Erkek    | Üniversite    | Yok             | Var                                                                         | Kondomsuz ilişki                 | Yok                                  | 45268 kopya/mL   |
| 3. Hasta | 37  | Erkek    | Lise          | Yok             | Var                                                                         | Akut hepatit B                   | Yok                                  | 3595061 kopya/mL |
| 4. Hasta | 35  | Erkek    | Lise          | Yok             | Var                                                                         | Akut hepatit B                   | Yok                                  | 540600 kopya/mL  |
| 5. Hasta | 39  | Erkek    | Lise          | Yok             | Yok                                                                         | Pneumocystis jirovecii pnömonisi | Yok                                  | 361159 kopya/mL  |

Kısaltmalar: CYBE, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon; HIV, insan bağışıklık yetmezlik virüsü; RNA: Ribonükleik asit.

Tablo 3. Tarama grubu ve gösterge hastalıkla başvuran hastalar arasındaki farkların değerlendirilmesi

| Değişken                | Tarama grubu (s:386) | Belirteç hastalık grubu (s:917) | P değeri           |
|-------------------------|----------------------|---------------------------------|--------------------|
| Yaş, yıl                | 42 (29-52)           | 43 (30-51)                      | Z: -0,319, p:0,750 |
| Cinsiyet                |                      |                                 |                    |
| - Kadın                 | 154 (%39,9)          | 408 (%44,5)                     |                    |
| - Erkek                 | 231 (%59,8)          | 499 (%54,4)                     | 0,098              |
| Eğitim durumu           |                      |                                 |                    |
| - İlkokul/Lise          | 236 (%61,1)          | 566 (%61,7)                     |                    |
| - Üniversite ve üzeri   | 150 (%38,9)          | 351 (%38,3)                     | 0,843              |
| Komorbidite             |                      |                                 |                    |
| - Var                   | 115 (%29,8)          | 270 (%29,5)                     |                    |
| - Yok                   | 271 (%70,2)          | 647 (%70,5)                     | 0,900              |
| Daha önce CYBE testi    |                      |                                 |                    |
| - Var                   | 87 (%22,5)           | 294 (%32,1)                     |                    |
| - Yok                   | 299 (%77,5)          | 623 (%67,9)                     | 0,001              |
| Daha önce CYBE tedavisi |                      |                                 |                    |
| - Var                   | 14 (%3,6)            | 67 (%7,3)                       |                    |
| - Yok                   | 372 (%96,4)          | 850 (%92,7)                     | 0,012              |

Kısaltmalar: CYBE: Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon.

**Sonuç:** Acil serviste uygulanan hızlı HIV testi poliklinik testlerine göre benzer etkinlikte bulundu. Bu durum, acil servislerin HIV tanı oranlarını artırmada etkili bir alan olduğunu göstermektedir. Uygulamanın farklı merkezlerde yaygınlaştırılması, erken tanı ve halk sağlığı açısından önemli katkı sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Hızlı HIV Testi, Acil Servis, HIV Belirteç Hastalık

SS-09

### HIV Gösterge Tanılar Konulduğunda Hastane Otomasyon Sisteminde Anti-HIV Testi İsteminin Hatırlatılmasının HIV Test ve Tanı Oranları Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi: İki Fazlı Çok Merkezli Retrospektif Çalışma

**Çiğdem Ataman Hatipoğlu<sup>1</sup>, Serhat Ünal<sup>2</sup>, Meliha Meriç Koç<sup>3</sup>, Figen Kaptan Aydoğmuş<sup>4</sup>, Yaşar Bayındır<sup>5</sup>, Serap Genç<sup>6</sup>, Yeşim Taşova<sup>7</sup>, Bülent Durdu<sup>3</sup>, Ferit Kuşçu<sup>7</sup>, Bircan Kayaaslan<sup>8</sup>, Ahmet Çağkan İnkaya<sup>2</sup>, Meliha Çağla Sönmezer<sup>2</sup>, Fatma Şebnem Erdinç<sup>1</sup>, Şerife Altun Demircan<sup>1</sup>, Sami Kınıklı<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>4</sup>Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

<sup>5</sup>İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Malatya

<sup>6</sup>Acıbadem Üniversitesi Maslak Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>7</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Adana

<sup>8</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

**Giriş ve Amaç:** UNAIDS'in 95/95/95 hedefleri ülkemiz için değerlendirildiğinde antiretroviral tedavi başlama ve viral baskılama oranlarımızın yüksek, HIV tanısı koyma oranımızın ise oldukça düşük olduğu bilinmektedir. HIV tanısını artırmak için stratejilerden biri, doğru hastada test istemektir. Bu çalışmada HIV gösterge hastalık (HIV-IC) tanısı konulan hastalarda anti-HIV testi istenmesi gerektiğini hatırlatan notun hastane otomasyon sistemine eklenmesinin HIV test ve tanı oranları üzerine etkisi incelenmiştir.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışma iki fazlı çok merkezli retrospektif bir çalışmadır, toplam 8 hastane katılmıştır. Önce HIV gösterge hastalıkların listesi hazırlanmıştır. Çalışmanın 1. fazında hastanelerden retrospektif olarak 6 aylık sürede HIV-IC tanısı olan ve olmayan hastalarda anti-HIV testi istenme durumu ve test sonuçları ile ilgili veriler toplanmıştır. Sonra hastane otomasyon sistemlerine HIV-IC tanılarının konulması halinde anti-HIV testi istenmesi gerektiğini hatırlatan notlar eklenmiş ve hastanede çalışan tüm hekimlere duyurulmuştur. Çalışmanın 2. fazında hatırlatıcı notların eklenmesinden 6 ay sonra, tekrar retrospektif olarak, hatırlatıcı nottan sonraki 6 ayı kapsayacak şekilde aynı veriler toplanmıştır. Çalışmanın her iki fazında elde edilen veriler analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmanın ilk fazında çalışmaya katılan sekiz hastaneye başvuran toplam 3.606.266 hasta taranmış, anti-HIV test isteme oranı HIV-IC tanısı olmayan hastalarda %8,6, HIV-IC tanısı olan hastalarda %13,2; HIV pozitiflik oranı ise HIV-IC tanısı olmayan hastalarda %0,2, HIV-IC tanısı olan hastalarda %0,3 olarak bulunmuştur. Otomasyon sistemlerine hatırlatıcı notun eklenmemesi nedeniyle iki hastaneden, ikinci faz verileri alınamamış; bu nedenle, çalışmanın ikinci fazında altı hastaneye başvuran toplam 1.691.233 hastanın verileri incelenmiştir. Anti-HIV test isteme oranı HIV-IC tanısı olmayan hastalarda %6,8, HIV-IC tanısı olan hastalarda %10; HIV pozitiflik oranı ise HIV-IC tanısı olmayan hastalarda %0,4, HIV-IC tanısı olan hastalarda %1,1 olarak bulunmuştur. Çalışmanın her iki fazında anti-HIV testi isteme ve pozitiflik oranları Tablo 1 ve 2'de gösterilmiştir. HIV gösterge hastalıklarda anti-HIV testi istenmesini hatırlatan notun eklenmesinden sonra hastanelerde genel olarak tüm hastalarda test istenme oranının azaldığı görülmüştür. Test istemlerindeki %8,6 dan %6,8'e azalma oranı, gereksiz test istemlerinin azalması olarak yorumlanabilir. Bu azalmaya rağmen tüm hastalarda ve HIV-IC tanısı olmayan hastalarda HIV pozitiflik oranı %0,2'den %0,4'e yükselmiştir. HIV-IC tanısı olan hastalarda ise anti-HIV testi istenme oranı benzer şekilde azalmış olsa da (%13,2'den %10'a azalma) anti-HIV testi pozitiflik oranının %0,3'ten %1,1'e yükseldiği görülmüştür.

Tablo 1. Faz 1, Hastaların anti-HIV testi istenme ve HIV pozitiflik oranları (n= 3.606.266)

| Hastane      | HIV-IC tanısı olan hastalar<br>(n=24.401) |                         |                      | HIV-IC tanısı olmayan hastalar<br>(n= 3.581.865) |                          |                      | Tüm hastalar<br>(n=3.606.266) |                          |                      |
|--------------|-------------------------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------------------------------------|--------------------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------|
|              | Tüm hastalar                              | HIV testi oranı         | HIV pozitiflik oranı | Tüm hastalar                                     | HIV testi oranı          | HIV pozitiflik oranı | Tüm hastalar                  | HIV testi oranı          | HIV pozitiflik oranı |
|              | n                                         | n (%)                   | n (%)                | n                                                | n (%)                    | n (%)                | n                             | n (%)                    | n (%)                |
| A            | 2.222                                     | 405<br>(18,2)           | 1<br>(0,3)           | 463.684                                          | 30.186<br>(6,5)          | 57<br>(0,2)          | 465.906                       | 30.591<br>(6,6)          | 58<br>(0,2)          |
| B            | 879                                       | 70<br>(8,0)             | 0<br>(0,0)           | 260.232                                          | 19.562<br>(7,5)          | 48<br>(0,2)          | 261.111                       | 19.632<br>(7,5)          | 48<br>(0,2)          |
| C            | 4.422                                     | 485<br>(11,0)           | 4<br>(0,8)           | 634.951                                          | 28.962<br>(4,6)          | 119<br>(0,4)         | 639.373                       | 29.447<br>(4,6)          | 123<br>(0,4)         |
| D            | 1.843                                     | 366<br>(19,9)           | 1<br>(0,3)           | 151.400                                          | 17.983<br>(11,9)         | 75<br>(0,4)          | 153.243                       | 18.349<br>(11,9)         | 76<br>(0,4)          |
| E            | 747                                       | 26<br>(3,5)             | 0<br>(0,0)           | 294.118                                          | 7.110<br>(2,4)           | 8<br>(0,1)           | 294.865                       | 7.136<br>(2,4)           | 8<br>(0,1)           |
| F            | 7.481                                     | 639<br>(8,5)            | 1<br>(0,2)           | 1.152.280                                        | 163.363<br>(14,2)        | 147<br>(0,1)         | 1.159.761                     | 164.002<br>(14,1)        | 148<br>(0,1)         |
| G            | 1.816                                     | 234<br>(12,9)           | 2<br>(0,9)           | 395.113                                          | 11.930<br>(3,0)          | 94<br>(0,8)          | 396.929                       | 12.164<br>(3,1)          | 96<br>(0,8)          |
| H            | 4991                                      | 986<br>(19,8)           | 2<br>(0,2)           | 230087                                           | 29317<br>(12,7)          | 115<br>(0,4)         | 235078                        | 30303<br>(12,9)          | 117<br>(0,4)         |
| <b>Total</b> | <b>24.401</b>                             | <b>3.211<br/>(13,2)</b> | <b>11<br/>(0,3)</b>  | <b>3.581.865</b>                                 | <b>308.413<br/>(8,6)</b> | <b>663<br/>(0,2)</b> | <b>3.606.266</b>              | <b>311.624<br/>(8,6)</b> | <b>674<br/>(0,2)</b> |

HIV-IC: HIV gösterge hastalık veya durum

Tablo 2. Faz 2, Hastaların anti-HIV testi istenme ve HIV pozitiflik oranları (n=1.691.233)

| Hastane | HIV-IC tanısı olan hastalar<br>(n=12.977) |                |                      | HIV-IC tanısı olmayan hastalar<br>(n=1.678.256) |                 |                      | Tüm hastalar<br>(n=1.691.233) |                 |                      |
|---------|-------------------------------------------|----------------|----------------------|-------------------------------------------------|-----------------|----------------------|-------------------------------|-----------------|----------------------|
|         | Tüm hastalar                              | HIV test oranı | HIV pozitiflik oranı | Tüm hastalar                                    | HIV test oranı  | HIV pozitiflik oranı | Tüm hastalar                  | HIV test oranı  | HIV pozitiflik oranı |
|         | n                                         | n (%)          | n (%)                | n                                               | n (%)           | n (%)                | n                             | n (%)           | n (%)                |
| A       | 1.312                                     | 228<br>(17,4)  | 1<br>(0,4)           | 455.714                                         | 34.557<br>(7,6) | 59<br>(0,2)          | 457.026                       | 34.785<br>(7,6) | 60<br>(0,2)          |
| B       | 7.608                                     | 545<br>(7,2)   | 8<br>(1,5)           | 452.877                                         | 29.364<br>(6,5) | 103<br>(0,4)         | 460.485                       | 29.909<br>(6,5) | 111<br>(0,4)         |





# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



|       |        |        |       |           |         |       |           |         |       |
|-------|--------|--------|-------|-----------|---------|-------|-----------|---------|-------|
| C     | 661    | 79     | 0     | 330.550   | 26.939  | 78    | 331.211   | 27.018  | 78    |
|       |        | (12,0) | (0,0) |           | (8,1)   | (0,3) |           | (8,2)   | (0,3) |
| D     | 1.210  | 245    | 2     | 113.514   | 9.403   | 79    | 114.724   | 9.648   | 81    |
|       |        | (20,2) | (0,8) |           | (8,3)   | (0,8) |           | (8,4)   | (0,8) |
| E     | 731    | 37     | 1     | 87.131    | 7165    | 7     | 87.862    | 7.202   | 8     |
|       |        | (5,1)  | (2,7) |           | (8,2)   | (0,1) |           | (8,2)   | (0,1) |
| G     | 1.455  | 170    | 2     | 238.470   | 6.423   | 123   | 239.925   | 6.593   | 125   |
|       |        | (11,7) | (1,2) |           | (2,7)   | (1,9) |           | (2,7)   | (1,9) |
| Total | 12.977 | 1.304  | 14    | 1.678.256 | 113.851 | 449   | 1.691.233 | 115.155 | 463   |
|       |        | (10,0) | (1,1) |           | (6,8)   | (0,4) |           | (6,8)   | (0,4) |

**Sonuç:** HIV gösterge hastalık tanılarının konulması halinde anti-HIV tetkiki istenmesi gerekliliği ile ilgili hatırlatma notlarının sisteme eklenmesinin HIV testi isteme oranını artırmaya da HIV tanısı koyma oranını artırdığı sonucuna varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, Test, Tanı, Gösterge hastalık

### SS-10

#### Yüksek Sayıda Anti-HIV Testleri, Düşük Tanı Başarısı: Hangi Kliniklerin Protokolleri Gözden Geçirilmeli?

**Selva Ala Selek<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Hastanelerde istenen Anti-HIV testleri, hem bireysel tanı hem de halk sağlığı açısından kritik öneme sahiptir. Ancak testlerin uygun endikasyonlarla istenmemesi, tanı sürecinin maliyetini artırırken kaynak israfına yol açabilir. Bu çalışmada, hastanemizdeki farklı klinikler tarafından istenen anti-HIV testlerinin toplam test yükü içerisindeki oranı ve bu testlerin pozitif sonuçlanma yüzdeleri (tanı başarısı) karşılaştırılarak, klinikler arasındaki maliyet-etkinlik ve tanı gücü farklılıkları araştırıldı.

**Yöntem:** Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne Ağustos 2024-2025 tarihi aralığında poliklinik başvurusu yapan ve/veya hastanede yatan kişilere istenen anti-HIV tarama testi ve sonuçları hastane bilgi-işlem sistemi üzerinden elde edildi. Her kliniğin istenilen test sayısının toplam test sayısına oranı ve bu testler içindeki pozitiflik yüzdesi belirlendi. Maliyet-etkinlik kriteri, tarama testi pozitiflik yüzdesinin yüksekliği (hastalığı yakalama gücü) ve nispeten düşük test payı (seçici test istemi) olarak belirlendi. Maliyet etkin olmama kriteri ise çok yüksek test payına rağmen hastane geneli pozitiflik ortalamasına yakın veya altında kalan pozitiflik yüzdesine sahip olmak olarak belirlendi. Anti-HIV test istem verimliliğindeki klinik bazlı farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını değerlendirmek amacıyla İki Oranlı Z Testi (Two-Proportion Z-Test) kullanıldı.

**Bulgular:** Hastanemize Ağustos 2024-2025 tarihleri arasında başvuran 55563 kişiye, toplam 64442 adet anti-HIV testi istendiği ve 376 testin pozitif sonuçlandığı, genel anti-HIV test pozitiflik oranının %0.58 olduğu tespit edildi. Tekrarlanan test verileri analiz edildiğinde 247 (%0.44) kişinin HIV enfeksiyonu tanısı aldığı görüldü. Klinik bazlı yapılan incelemeler, test istemi ve tanı başarısı arasında büyük farklılıklar olduğunu gösterdi (Tablo 1, Şekil 1). Tarama testinin en çok istendiği beş klinik; İç Hastalıkları (%19.8), Kulak-Burun-Boğaz (KBB) (%12.1), Genel Cerrahi (%10.5) ve Kadın Hastalıkları ve Doğum (%9.8) kliniğiydi. HIV ile yaşayan kişilerin tespit edilme oranının en yüksek olduğu üç klinik ise; Enfeksiyon Hastalıkları (%3.27), Dermatoloji (%0.77) ve Kardiyoloji (%0.5) kliniğiydi. Bu veriler değerlendirildiğinde Enfeksiyon Hastalıkları kliniğinin HIV enfeksiyonunu yakalama noktasında en başarılı ve maliyet etkin olduğu göze çarpmaktadır. Enfeksiyon Hastalıkları kliniği için HIV enfeksiyonu tanı oranı hastane genelindeki %0.44'lük oranın yaklaşık 7.4 katıdır. Bu veri, kliniğin testi en doğru endikasyonla ve en çok ihtiyacı olan hastalara istediğini göstermektedir. Dermatoloji kliniği, hastane geneline kıyasla görece az test istemesine rağmen kliniğin pozitif vaka bulma gücü yüksek bulundu. Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniği toplam testlerin yaklaşık %10'unu istemesine rağmen pozitiflik oranı (%0.09) hastane ortalamasının oldukça altındadır. Tanı koyma konusunda yüksek bir çaba harcamakta ancak düşük verim elde etmektedir. Bu durum ilgili klinikte test endikasyonlarının gözden geçirilmesi gerektiğini gösterir. İç Hastalıkları (%0.33), KBB (%0.31), Genel Cerrahi (%0.26), Gastroenteroloji (%0.24) ve Üroloji (%0.23) klinikleri toplam testlerin en büyük payını oluşturmalarına rağmen pozitiflik oranları hastane ortalamasının altındadır. Bu durum, bu klinikler tarafından istenen testlerin önemli bir kısmının rutin tarama veya düşük şüpheli vakalar için yapıldığını düşündürmektedir. Her ne kadar bu testler bazen yasal gereklilikler veya ameliyat öncesi rutinler için yapılsa da, tanı koyma açısından verimlilikleri düşüktür (Tablo 2).

**Tablo 1 – Klinik Bazlı Anti-HIV Test İstem Sayısı ve Pozitiflik Oranları**

| Klinik                             | Toplam Testteki Yüzdesi (%) | İstenen Test Sayısı (n) | Pozitif Hasta Oranı (%) |
|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|-------------------------|
| İç hastalıkları                    | 19.82                       | 11012                   | 0.33                    |
| KBB                                | 12.16                       | 6757                    | 0.31                    |
| Genel Cerrahi                      | 10.52                       | 5845                    | 0.26                    |
| Kadın Hastalıkları ve Doğum        | 9.86                        | 5478                    | 0.09                    |
| Gastroenteroloji                   | 7.57                        | 4208                    | 0.24                    |
| Üroloji                            | 5.52                        | 3067                    | 0.23                    |
| Kurum taraması                     | 5.27                        | 2930                    | 0.31                    |
| İnfeksiyon Hastalıkları            | 4.63                        | 2572                    | 3.27                    |
| Dermatoloji                        | 3.23                        | 1795                    | 0.77                    |
| Kardiyoloji                        | 0.72                        | 402                     | 0.50                    |
| Sağlık Kurulu                      | 0.45                        | 248                     | 0.81                    |
| Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları      | 0.44                        | 243                     | 0.41                    |
| Koroner Yoğun Bakım                | 0.36                        | 202                     | 0.50                    |
| Diğer (Pozitiflik Oranı 0 olanlar) | 19.23                       | 10688                   | 0.00                    |
| TOPLAM                             | 100.00                      | 55563                   | 0.44                    |

**Tablo 2 – Klinik Bazlı Anti-HIV Test Pozitiflik Oranlarının Karşılaştırılması**

| Klinik                             | İstenen Test Sayısı (n) | Pozitiflik Oranı (%) | Z Skoru |
|------------------------------------|-------------------------|----------------------|---------|
| İnfeksiyon Hastalıkları            | 2572                    | 3.27                 | +27.52  |
| Dermatoloji                        | 1795                    | 0.77                 | +2.45   |
| Sağlık Kurulu                      | 248                     | 0.81                 | +1.04   |
| Kardiyoloji                        | 402                     | 0.5                  | +0.48   |
| Çocuk Sağ. ve Hast.                | 243                     | 0.41                 | -0.1    |
| İç hastalıkları                    | 11012                   | 0.33                 | -3.63   |
| KBB                                | 6757                    | 0.31                 | -2.94   |
| Kurum taraması                     | 2930                    | 0.31                 | -1.49   |
| Gastroenteroloji                   | 4208                    | 0.24                 | -2.81   |
| Üroloji                            | 3067                    | 0.23                 | -2.38   |
| Genel Cerrahi                      | 5845                    | 0.26                 | -3.34   |
| Kadın Hastalıkları ve Doğum        | 5478                    | 0.09                 | -6.76   |
| Diğer (Pozitiflik Oranı 0 Olanlar) | 10688                   | 0                    | -4.6    |



# HIV/AIDS

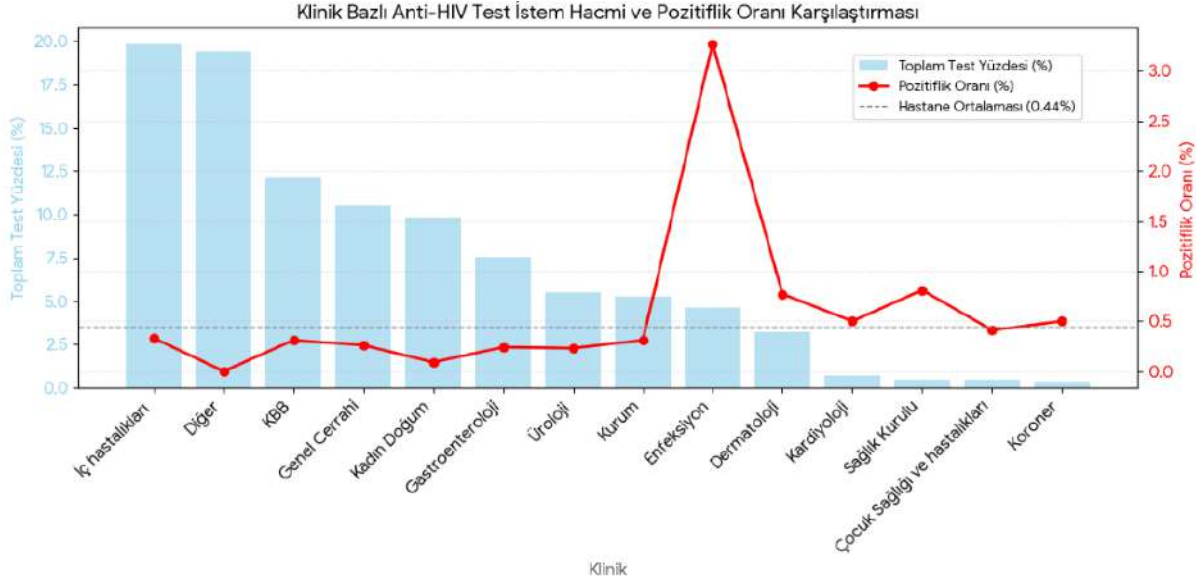
## 2025 KONGRESİ

4-7 ARALIK 2025

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



Şekil 1 – Klinik Bazlı Anti-HIV Test İstem Hacmi ve Pozitiflik Oranı Karşılaştırması



### Sonuç

Hastanemizdeki kliniklerin anti-HIV testi istem ve tanı başarısı arasında belirgin bir fark olduğu göze çarpmaktadır. HIV enfeksiyonu tanısında en başarılı ve maliyet etkin klinikler Enfeksiyon Hastalıkları, Dermatoloji ve Kardiyoloji klinikleri iken, en başarısız ve maliyet etkin olmayan klinikler Kadın Hastalıkları ve Doğum, İç Hastalıkları, Kulak-Burun-Boğaz ve Genel Cerrahi klinikleri olarak belirlenmiştir. Bu bulgulara dayanarak, genel hasta başvuru sayısının yüksek olduğu bu klinikler için anti-HIV testi istem endikasyonlarının yeniden gözden geçirilmesi gerektiği, daha seçici bir protokol uygulanmasının tanı başarısını artıracığı ve hastane kaynaklarının daha etkin kullanılması açısından kritik öneme sahip olduğu düşünülmektedir.

### SS-11

#### HIV Bakımında Merkez Göçü: Bireysel ve Merkez İlişkili Faktörler

Burçak Varol<sup>1</sup>, Aysu Zafer<sup>1</sup>, Ece Öztürk<sup>1</sup>, Aslı Coşar<sup>1</sup>, Merve Yıldız Ergin<sup>1</sup>, Selma İlkay Şahin<sup>1</sup>, Gülben İşken<sup>1</sup>, Zuhal Yeşilbağ<sup>1</sup>, Hayat Kumbasar Karaosmanoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** HIV ile yaşayan kişilerde (HİYK) bakım sürekliliği; viral supresyon ve uzun dönemli sağkalım için temel belirleyicidir. Ancak tanı sonrası bakımın aynı merkezde sürdürülememesi, takip sürecinde kopmalara ve tedavi başarısızlıklarına yol açabilir. Bu çalışmada, Kronik Hastalık Polikliniğimizde kayıtlı olarak takip edilen olguların ne kadarının takip için başka bir merkezden transfer olduğunun belirlenmesi; bununla ilişkili bireysel, yapısal ve hizmete dair faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Haziran 2024 ve Ekim 2025 tarihleri arasında Kronik Hastalık Polikliniğimizde kayıtlı ve takipte olan 234 HİYK çalışma kapsamına alındı. Hastalara ait sosyodemografik ve laboratuvar verileri hasta dosyalarından retrospektif olarak elde edildi. Başka bir merkezden takip devamı için merkezimize transfer olan olguların tanı aldıkları merkezin özellikleri, hastanın hizmet deneyimi ve transfer nedeni ile ilgili bilgiler takibe kabul ederken işlenmiş olup bu verilere de hasta dosyalarından retrospektif olarak ulaşıldı. İstatistiksel değerlendirme için IBM SPSS Statistics 25.0 programı kullanıldı. Veriler sıklık, yüzde oran, medyan, aritmetik ortalama, standart sapma hesaplanarak tanımlandı. Kesikli değişkenler  $\chi^2$  ve Fisher'in kesin testi kullanılarak değerlendirildi. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov ile test edildi. Normal dağılıma uyan değişkenler Student-T testi, uymayanlar Mann Whitney-U testi ile değerlendirildi, p değeri  $\leq 0,05$  için anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Merkezimiz Kronik Hastalık Polikliniğine Haziran 2024- Ekim 2025 tarihleri arasında başvuran 234 HİYK'nin 71'i (%30.3) başka merkezden tanı alıp takibine merkezimizde devam etmek isteyen olgulardı. Bu olguların 67'si (%94.4) erkek, 4'ü (%5.6) kadındı. Takibe merkezimizde başlayan ve başka merkezden transfer olan olguların sosyodemografik özellikleri ve gruplar arası farklılıkları Tablo 1'de gösterilmiştir. Dış merkezden takip için transfer olan olguların takibe merkezimizde devam etmek isteme nedenleri de Tablo 2' de verilmiştir.

Tablo 1

| Sosyodemografik Özellikler | Takibe Merkezimizde Başlayan HİYK (n=153, %65.4) | Takip için Dış Merkezden Transfer olan HİYK (n=71, %30.3) | P Değeri |
|----------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------|
| Yaş                        | 34.12 $\pm$ 10.41                                | 36.68 $\pm$ 11.72                                         | 0.10     |
| Cinsiyet, n(%)             |                                                  |                                                           |          |
| -Kadın                     | 13 (%8.5)                                        | 4 (%5.6)                                                  | 0.45     |
| -Erkek                     | 140(%91.5)                                       | 67 (%94.4)                                                |          |
| Eğitim Durumu, n(%)        |                                                  |                                                           |          |
| -Okur-yazar                | 1 (%0.9)                                         | 0                                                         | 0.29     |
| -İlköğretim                | 20 (%18.5)                                       | 7 (%15.6)                                                 |          |
| -Lise                      | 21 (%19.4)                                       | 15 (%33.3)                                                |          |
| -Üniversite                | 66 (%61.1)                                       | 23 (%51.1)                                                |          |



|                                                  |             |            |       |
|--------------------------------------------------|-------------|------------|-------|
| Cinsel Yönelim, n(%)                             |             |            |       |
| -Heteroseksüel                                   | 41(%34.5)   | 6 (%12.2)  | 0.004 |
| -MSM                                             | 78(%65.5)   | 43 (%87.8) |       |
| Medeni Hal, n(%)                                 |             |            |       |
| -Evli                                            | 23 (%17.6)  | 5 (%8.9)   | 0.01  |
| -Bekar                                           | 108 (%82.4) | 48 (%85.7) |       |
| -Dul                                             | 0           | 3 (%5.4)   |       |
| Keyif Verici Madde Kullanımı, n(%)               | 22 (%15.9)  | 9 (%15.8)  | 0.97  |
| Psikolojik Hastalık Tanısı/ İlaç Kullanımı, n(%) | 7 (%5.3)    | 9 (%15.5)  | 0.04  |

Takibe Merkezimizde Başlayan ve Başka Merkezden Transfer Olan Olguların Sosyodemografik Özellikleri (10 hastamızın merkez göçü bilgisi bilinmemekte.)

Tablo 2

| Merkez Değiştirme Nedenleri                                                                                     | Takip için Dış Merkezden transfer olan HİYK (n) | Takip için Dış Merkezden transfer olan HİYK (%) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Hastanenin lokasyonu/ ulaşım sorunu                                                                             | 51                                              | %77.3                                           |
| Randevu alamama/ hekime ulaşamama                                                                               | 2                                               | %3                                              |
| Merkezin fiziki koşulları/ poliklinik bekleme alanı                                                             | 2                                               | %3                                              |
| Değişen hekim profili/ asistan takibi                                                                           | 4                                               | %6.1                                            |
| Sağlık çalışanları ile iletişim sorunları/ hizmetten tatmin olmama/ damgalama ve ayrımcılık                     | 4                                               | %6.1                                            |
| Transfer olduğu merkezle ilgili olumlu görüş (arkadaş, STK, sosyal medya, tanıdık doktor tarafından önerilmesi) | 10                                              | %15.2                                           |
| Diğer                                                                                                           | 3                                               | %4.5                                            |

Takibe Dış Merkezde Başlayan Olguların Merkez Değiştirme Nedenleri

**Sonuç:** Merkezimize bakım için transfer olan HİYK, tüm olguların %30.3'ünü oluşturmakta olup yüksek orandadır. Merkez değiştirenler diğer olgulara oranla daha çok psikolojik destek almakta veya psikiyatrik ilaç kullanmaktaydı, medeni durumları bekar, MSM bireylerin çoğunlukta olduğu dikkat çekmekteydi. Yaş, cinsiyet ve madde kullanımı açısından anlamlı farklılıklar yoktu. Transfer nedenleri arasında en sık lokasyon ve ulaşım sorunu ile birlikte transfer olunan merkezle ilgili olumlu görüş nedenli merkez göçü belirlenmiştir. Sonuç olarak HIV bakımında merkez değişimi önemli oranda yüksek görülmektedir. Transfer; kişisel ve/veya sağlık hizmetine özgü nedenlerle ilişkili olabilmektedir. Bakım sürekliliğini arttırmak için; Randevu erişim süreçleri iyileştirilmeli, poliklinik hizmet süreleri düzenlenmeli, mahremiyet ve stigma konusunda sağlık çalışanlarına eğitim verilmeli ve ulaşım engeli için bölgesel HIV üniteleri planlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, Merkez değişimi, HIV takibi

## SS-12

### Yeni Tanı Alan HIV Enfeksiyonu Hastalarında İlk Başvuru Zamanı ve Takip Uyumu: 5 Yıllık Veri Analizi

Gürsel Ersan<sup>1</sup>, Emel Eroğul<sup>1</sup>, Fırat Servan Fidan<sup>1</sup>, İlker Ödemiş<sup>1</sup>, Sabri Atalay<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

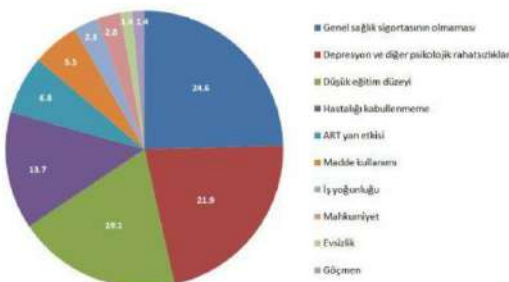
**Giriş ve Amaç:** HIV enfeksiyonu tanısını alan bir kişi mümkün olan en kısa sürede bir tedavi merkezi ile iletişime geçilerek yönlendirilmelidir. Bağlantı iki şekilde yapılabilir. Aktif bağlantıda tedavi merkezinden randevu alınır, olgu yönetiminde yetkili bir kişiye bilgi verilir ve bağlantı tamamlanıncaya kadar tanı alan kişi ile temas sürdürülür. Pasif bağlantıda ise yalnızca tedavi merkezlerinin isim ve iletişim bilgileri verilerek yeni tanı alan kişiden randevu alması istenir. Aktif bağlantı pasif bağlantıya göre bakıma bağlanmada daha güçlüdür. HIV tedavisinin yönetiminde tedavide kalma ve tedavi uyumu iki temel kavramdır. Sık olarak karışan bu kavramlardan tedavide kalma; HIV ile yaşayan bireyin tanı aldıktan sonra sağlık sisteminde belirli zaman dilimlerinde randevularına gelerek bakım sürecini düzenli olarak sürdürmesi olarak açıklanırken, tedavi uyumu ise başlanan ART nin önerilen dozda düzenli olarak kullanılması ve HIV RNA'nın baskılanması olarak ifade edilmektedir. Kısaca tedavide kalma hastanın sistemde tutulması, tedavi uyumu ise hastanın ilacını düzgün kullanmasıdır. Bu çalışmada yeni tanı HIV enfeksiyonu olgularının tanı tarihi ile merkezimizdeki ilk randevu zamanı arasında geçen süreye göre bağlantıda gecikme olup olmadığı ve düzenli takipte kalmaya etkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Polikliniğimize Nisan 2023 yılından önce başvuran, 18 yaş ve üzeri, tedavi başlanan ve en az iki yıldır takipte olan HIV ile yaşayan 300 olgu dahil edildi. Olguların doğrulama tanı tarihi ve sonrasındaki ilk randevu tarihi, takipte kaldıkları sürece kontrole geldikleri tarih aralıkları elektronik ortamdaki hasta dosyalarından kaydedildi. İlk randevu süresi bir ayı geçen olgular “gecikmeli başvuru” olarak değerlendirildi. İlk randevu sonrası iki yıllık sürede 3 ay ara ile ve sonrasında en az 6 ay ara ile yılda iki kez kontrole gelen olgular “takipte kalan olgular” olarak kabul edildi. Düzenli takipte kalmak bağımlı değişken, cinsiyet, yaş, tanı sonrası ilk başvuru süresi, uzaktan sağlık hizmeti alıp almama durumu, günlük alınan tablet sayısı, günlük doz sayıları ve ilk randevu sonrası tedaviye başlama süreleri bağımsız değişkenler olarak belirlendi.

**Bulgular:** Olgularımızın 269'u (%89.7) erkek cinsiyet idi. Yaş ortalaması :36.79 yıl idi. Tanının doğrulandığı tarih ile ilk randevu tarihi arasında geçen sürenin bir aydan kısa olduğu olgu sayısı 258 (%86) bulundu. Düzenli takipte kalan olgu sayımız ise 227 (%75.6) idi. Cinsiyet ve yaşın, zamanında ve geç yapılan başvuruların, tablet sayısının, günlük doz sayısının ve tedaviye başlama sürelerinin düzenli takipte kalma üzerine etkisi anlamlı bulunmazken, uzaktan sağlık hizmeti almanın etkisi anlamlı bulundu ( $p < 0.001$ ).

### Düzenli takipte kalmaya engel nedenler (%)

Düzenli takipte kalmaya engel nedenler (%)



### Düzenli takipte kalmaya etkili olabilecek faktörler

|                                                        | OR   | GA(%95)      | p      |
|--------------------------------------------------------|------|--------------|--------|
| Cinsiyet                                               | 1.79 | 0.238-1.367  | 0.208  |
| Yaş                                                    | 1.03 | 0.354-2.455  | 0.868  |
| Başvuru süresi (<1 ay vs >1 ay)                        | 1.53 | 0.320-1.533  | 0.373  |
| Uzaktan sağlık hizmeti alıyor vs almıyor               | 4.51 | 0.133-0.429  | <0.001 |
| Günlük doz sayısı (1 vs 2 doz)                         | 3.13 | 0.006-1.296  | 0.076  |
| Tablet sayısı                                          | 0.82 | 0.752-48.647 | 0.149  |
| Tedavi başlama süresi (aynı gün / <1 hafta / >1 hafta) | 1.31 | 0.266-1.233  | 0.315  |

**Sonuç:** Sonuç olarak çalışmamızda uzaktan sağlık hizmeti almanın takipte kalmada en güçlü faktör olduğu görüldü. Bu bulgular uzaktan sağlık hizmetlerinin HIV bakım modellerine dahil edilmesi gerektiğini, özellikle erişimde güçlük çeken popülasyonun takipte kalmasını sağlamada önemli bir rol oynadığını göstermektedir

**Anahtar Kelimeler:** HIV tedaviye bağlanma, HIV tedavi uyumu, HIV bakımda kalma

SS-13

### Zona Hastaları Özelinde HIV Tanısında Kaçırılan Fırsatlar: Retrospektif Analiz

**Ramazan Korkusuz<sup>1</sup>, Alper Gündüz<sup>1</sup>, Mehmet Onur Gökalp<sup>1</sup>, Meliha Meriç Koç<sup>1</sup>, Özlem Altuntaş Aydın<sup>1</sup>**

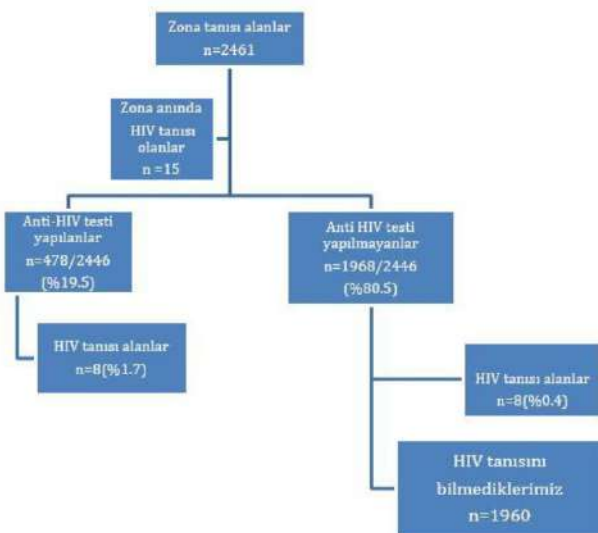
<sup>1</sup>SBÜ, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir SUAM

**Giriş ve Amaç:** Uluslararası rehberlere göre, toplumda HIV prevalansı %0,1'in üzerinde olduğunda zona ve diğer indikatör hastalıklarla başvuran bireylere HIV testi yapılmalıdır. Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı verilerine göre HIV prevalansı, %0,1-0,3 düzeyindedir. Bu çalışmada, hastanemize zona tanısı ile başvuran hastalarda HIV testi istenme oranları, bu HIV testi ile tanı alan olgular ve test yapılmayan grupta sonradan konulan HIV tanıları incelenmiştir.

**Gereç ve Yöntemler:** Retrospektif çalışmamıza 2021–2024 yılları arasında hastanemize zona tanısı ile başvuran 2461 olgu dahil edilmiştir. Hastalara ait demografik, klinik ve laboratuvar bilgileri hastane bilgi yönetim sisteminden elde edilmiştir. Başlangıçta HIV enfeksiyonu tanısı olduğu bilinen 15 kişi analiz dışı bırakılmıştır. Kalan 2446 hasta, zona tanısı anında veya takibinde Anti HIV testi yapılanlar ve yapılmayanlar olarak iki gruba ayrılmıştır. Test yapılanlarda HIV tanısı alanlar ve test yapılmayanlarda sonradan HIV tanısı alanlar değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Toplam 2461 hastanın 15'inde (%0.6) başlangıçta HIV enfeksiyonu tanısı bulunmaktaydı. Kalan 2446 hastanın 478'ine (%19.5) tanı anında veya bir ay içinde HIV testi yapıldığı ve 8 hastanın (%1.7) HIV enfeksiyonu tanısı aldığı görüldü. Test yapılmayan 1968 hastanın, 6'sına hastanemizde, ikisine başka merkezlerde olmak üzere, toplamda 8'ine (%0.4), zona geçirdikten 2-14 ay sonra HIV enfeksiyonu tanısı konuldu ve takibimize alındı. Bu 8 hastanın 6'sı (%75) geç dönem HIV enfeksiyonu (CD4+ T lenfosit sayısı < 350/mm<sup>3</sup>) ile başvurmuştu. Çalışma kapsamında hasta dağılımı ve HIV enfeksiyonu tanı süreci sunulan algoritmada gösterilmiştir (Şekil 1).

Zona hastalarının dağılımı ve HIV tanı süreci.



**Sonuç:** Çalışmamız, zona tanısı ile başvuran hastalarda HIV testinin çoğu zaman (%80.5) yapılmadığını, dolayısıyla önemli ölçüde kaçırılmış tanı fırsatı olduğunu işaret etmektedir. Zona geçirdikten 2-14 ay sonra başka nedenlerle HIV tanısı aldığını bildiğimiz kişilerin çoğu (6/8) geç evrededir. Bildiğimiz gibi, geç tanı, hem morbidite ve mortaliteyi artırmakta hem de toplumda HIV bulaş zincirinin devam etmesine katkıda bulunmaktadır. Bu çalışmada, zona tanısından aylar sonra, kliniğimize başvurduğunu bildiğimiz 8 HIV ile yaşayan kişi üzerinden değerlendirme yapılabilmiştir. Oysa, zona tanısı aldıktan sonra başka sağlık kuruluşlarına başvurup HIV enfeksiyonu tanısı alan



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



veya hâlâ tanı almamış hastalar da bulunması kuvvetle muhtemeldir. Bu durum, gerçekte kaçırılan HIV tanılarının çalışmamızda tespit edilenden çok daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** zona, indikatör hastalık, anti HIV, kaçırılmış fırsat



SS-14

### Yeni Tanı HIV Olgularında İndikatör Hastalıkların Tanınması ve Rutin Test İsteminin Rolü

Eda Alp<sup>1</sup>, Özlem Gökçe<sup>1</sup>, Alper Gündüz<sup>1</sup>, Meliha Meriç Koç<sup>1</sup>, Özlem Altuntaş Aydın<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** Farklı branşlarda çalışan hekimlerin indikatör hastalıkları tanıyabilmeleri ve HIV testini istemeleri tanı açısından büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmada, indikatör hastalıkların HIV enfeksiyonu tanısındaki önemine dikkat çekmek amacıyla, başka branşlardan kliniğimize indikatör hastalık nedeniyle devir alınan yeni tanı HIV olguları incelenmiştir.

**Gereç ve Yöntemler:** Temmuz 2020 – Ekim 2025 tarihleri arasında, yeni tanı olarak servisimizde yatışı yapılan HIV enfeksiyonu olgularının demografik özellikleri, başvuru şekli (devir alınan branş veya primer başvuru), başvuru tanısı, ilk CD4+ T lenfosit sayısı, HIV RNA düzeyi, mortalite sonuçları retrospektif olarak, hastane bilgi yönetim sistemindeki hasta dosyalarından değerlendirilmiştir. “British HIV association/British Infection Adult HIV Testing Guidelines (2020)”da tanımlanmış durumlar HIV enfeksiyonu için indikatör hastalıklar olarak kabul edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler için ortalama  $\pm$  standart sapma, medyan (min–maks) ve yüzde değerleri kullanılmıştır.

**Bulgular:** Toplam 130 yeni HIV enfeksiyonu tanısı almış kişiden 26’sı (%20) farklı branşlardan indikatör hastalık varlığı ile devir alınmıştır. Bu 26 olgunun 24’ünde (%92,3) takip edildiği klinikte rutin tetkikler içerisinde Anti HIV testi istendiği, yalnızca iki olguda (%7,7) Kaposi sarkomu tanısı ile HIV enfeksiyonu varlığı düşünülerek test yapıldığı görülmüştür. Ortalama yaşları  $44,5 \pm 14$  yıl olan 26 olgunun %84,6’sı erkekti. Tanı konduğunda bakılan ilk CD4+ T lenfosit sayısı  $85/\text{mm}^3$  (0–928) iken, 20’sinin (%76,9) CD4+ T lenfosit sayısı  $< 200/\text{mm}^3$  idi. Tanı konulduğunda olguların ortalama HIV RNA düzeyi 680.000 kopya/mL (3.330–100.000.000) idi. Olguların kliniğimize, sırasıyla, en sık göğüs hastalıkları (n=7), dahiliye (n=3), yoğun bakım (n=3) ve dermatoloji (n=3) kliniklerinden devir alındığı görülmüştür. Başvuru tanıları arasında pnömoni (%26,9), cilt lezyonları (%15,4), menenjit (%11,5) ve intrakraniyal kitle (%11,5) öne çıkmıştır. Takip süresinde 26 hastadan beşi (ikisi Kaposi sarkomu, ikisi progresif multifokal lökoensefalopati, biri Burkitt lenfoma) kaybedilmiştir. Ölen olguların tamamı erkek olup, yaş ortalaması 46 yıl (33–65), CD4+ T lenfosit sayısı medyanı  $71/\text{mm}^3$  ve %80’inin CD4+ T lenfosit sayısı  $< 200 /\text{mm}^3$  saptanmıştır.

**Sonuç:** Çalışmamızda, HIV enfeksiyonu için indikatör hastalıkların diğer klinik branşlarca bilinmediği ve bu olguların  $\frac{3}{4}$ ’ünün ileri evrede tanı aldığı görülmektedir. Bu olumsuz durumun yanısıra, hasta değerlendirme sürecine Anti-HIV testinin dahil edilmiş olması önemlidir. Bulgularımız, HIV enfeksiyonu açısından indikatör hastalıkların daha erken dönemde akla getirilmesi ve test isteme alışkanlığının tüm branşlarda geliştirilmesinin önemini vurgulamaktadır. Bu çalışma sonrasında hastanemizde göğüs hastalıkları kliniğinden başlamak üzere diğer branşlara HIV enfeksiyonu ve indikatör hastalıklar konusunda eğitimlere başlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, Anti-HIV testi, indikatör hastalıklar

SS-15

### Türkiye’de HIV Takibi Yapan Merkezlerin İzlem ve Hizmet Özellikleri

Oğuzhan Acet<sup>1</sup>, Deniz Gökengin<sup>1</sup>, Asuman İnan<sup>2</sup>, Damla Verendağ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** HIV enfeksiyonu, düzenli izlem ve etkin tedavi gerektiren kronik bir hastalıktır. Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de HIV takibi yapan merkezlerin izlem uygulamalarını ve hizmet özelliklerini değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntemler:** Bu tanımlayıcı, kesitsel araştırma, 10 Ağustos 2025 – 30 Eylül 2025 tarihleri arasında, Türkiye genelinde HIV enfeksiyonu takibi yapan merkezlere uygulanan çevrim içi bir anket ile gerçekleştirildi. Anket, merkezlerin hasta izlem protokolleri, hizmet altyapısı, laboratuvar olanakları ve multidisipliner yaklaşımlarına ilişkin 66 sorudan oluşmaktaydı. Her merkez adına bir hekim ankete katıldı. Kategorik değişkenler sayı (s) ve yüzde (%) olarak, sürekli değişkenler ise dağılıma göre ortalama  $\pm$  standart sapma veya ortanca (çeyrekler arası aralık-ÇAA) şeklinde tanımlandı. Gruplar arası karşılaştırmalarda uygun durumlarda Ki-kare ve Fisher’in kesin testi kullanıldı;  $p < 0,05$  anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 69 merkez dahil edildi. Katılımcı merkezlerin özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir. Hastane türü ile hasta takibini yürüten hekim sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ( $p=0,011$ ), post-hoc analizde bu farkın özel hastaneler ile diğer hastane grupları arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edilmiştir (her grup için  $p < 0,05$ ). Yeni tanı alan hastalar için kliniklerin büyük çoğunluğu  $\geq 20$  dakika ayırırken, takip kontrollerinde bu sürenin anlamlı şekilde azaldığı görülmüştür (McNemar testi,  $p < 0,001$ ). Katılımcıların 20’si (%29,0) HIV polikliniği günlerinde yalnızca HIV ile yaşayan kişileri izlediğini; 49’su (%71,0) ise aynı zamanda diğer enfeksiyon hastalıkları hastalarını da takip ettiğini bildirmiştir. Katılımcıların 47’si (%68,1) yeni tanı alan kişileri sivil toplum kuruluşlarına veya akran danışmanlığına yönlendirdiğini; 42’si (%60,9) çalıştıkları hastanenin eczanesinde yatan hastalar için antiretroviral tedavi rejimini oluşturmaya yetecek ilaç bulunduğunu; 53’ü (%76,8) intravenöz zidovudinin merkezlerinde bulunabildiğini bildirmiştir (Tablo 2). Merkezlerin laboratuvar imkanları Tablo 3’te gösterilmiştir. Merkezlerin yalnızca 4’ünde (%5,8) HIV ilaç düzeyi takibi yapılabilmektedir. Çalışmaya katılan merkezlerin büyük çoğunluğunda ( $s=58$ ; %84) HIV RNA takibinin düzenli olarak yapılmakta olduğu saptanmıştır. Buna karşılık, genotipik direnç testi uygulaması yalnızca sekiz (%11,6) merkezde gerçekleştirilmektedir. Hızlı tanı kitleri, beyin omurilik sıvısı analizine ilişkin laboratuvar imkanları ve radyoloji olanakları Tablo 4’te gösterilmiştir. Yirmi beş (%36,2) merkezde HIV ile ilişkili hastalıkların ayırıcı tanısında yetkin bir patolog bulunduğu bildirilmiştir. Konsültasyon desteğine dair veriler Tablo 5’te gösterilmiştir. Likert tipi ölçeklendirme ile sorulan sorulara verilen yanıtların ortanca değerleri (ÇAA) Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 1. Kliniklerin temel özellikleri

| Değişkenler                                   | Devlet hastanesi (1. ve 2. basamak) S=4 | Üniversite hastanesi S=27 | Eğitim araştırma hastanesi/ 3. basamak hastane S=31 | Özel hastane S=7 |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------|------------------|
| <b>Bölge</b>                                  |                                         |                           |                                                     |                  |
| -Akdeniz Bölgesi                              | 2 (%2,9)                                | 3 (%4,3)                  | 2 (%2,9)                                            | 2 (%2,9)         |
| -Doğu Anadolu Bölgesi                         | 1 (%1,4)                                | 2 (%2,9)                  | 2 (%2,9)                                            | 1 (%1,4)         |
| -Ege Bölgesi                                  | 0 (%0,0)                                | 4 (%5,8)                  | 6 (%8,7)                                            | 0 (%0,0)         |
| -Güneydoğu Anadolu Bölgesi                    | 0 (%0,0)                                | 3 (%4,3)                  | 2 (%2,9)                                            | 1 (%1,4)         |
| -İç Anadolu Bölgesi                           | 0 (%0,0)                                | 5 (%7,2)                  | 5 (%7,2)                                            | 0 (%0,0)         |
| -Karadeniz Bölgesi                            | 0 (%0,0)                                | 1 (%1,4)                  | 0 (%0,0)                                            | 0 (%0,0)         |
| -Marmara Bölgesi                              | 1 (%1,4)                                | 9 (%13,0)                 | 14 (%20,3)                                          | 3 (%4,3)         |
| <b>Takip edilen hasta sayısı</b>              |                                         |                           |                                                     |                  |
| - <500 hasta                                  | 4 (%5,8)                                | 16 (%23,2)                | 19 (%27,5)                                          | 7 (%10,1)        |
| - 500–1000 hasta                              | 0 (%0,0)                                | 6 (%8,7)                  | 5 (%7,2)                                            | 0 (%0,0)         |
| - >1000 hasta                                 | 0 (%0,0)                                | 5 (%7,2)                  | 7 (%10,1)                                           | 0 (%0,0)         |
| <b>Hasta takip eden hekim sayısı</b>          |                                         |                           |                                                     |                  |
| -1–2 hekim                                    | 0 (%0,0)                                | 10 (%14,5)                | 6 (%8,7)                                            | 5 (%7,2)         |
| -3–5 hekim                                    | 4 (%5,8)                                | 12 (%17,4)                | 12 (%17,4)                                          | 2 (%2,9)         |
| -6 veya daha fazla hekim                      | 0 (%0,0)                                | 5 (%7,2)                  | 13 (%18,8)                                          | 0 (%0,0)         |
| <b>Hasta takibi yapan hekimlerin dağılımı</b> |                                         |                           |                                                     |                  |
| -Prof. Dr.                                    | 0 (%0,0)                                | 19 (%27,5)                | 16 (%23,2)                                          | 3 (%4,3)         |
| -Doç. Dr.                                     | 0 (%0,0)                                | 13 (%18,8)                | 21 (%30,4)                                          | 5 (%7,2)         |
| -Dr. Öğr. Üyesi                               | 0 (%0,0)                                | 14 (%20,3)                | 8 (%11,6)                                           | 1 (%1,4)         |
| -Uzman Dr.                                    | 4 (%5,8)                                | 1 (%1,4)                  | 24 (%34,8)                                          | 1 (%1,4)         |
| -Asistan Dr.                                  | 0 (%0,0)                                | 13 (%18,8)                | 7 (%10,1)                                           | 0 (%0,0)         |
| <b>HİYK takibinde deneyim süresi</b>          |                                         |                           |                                                     |                  |
| -0–1 yıl                                      | 1 (%1,4)                                | 1 (%1,4)                  | 4 (%5,8)                                            | 2 (%2,9)         |
| -2–5 yıl                                      | 1 (%1,4)                                | 2 (%2,9)                  | 11 (%15,9)                                          | 1 (%1,4)         |
| -5–10 yıl                                     | 1 (%1,4)                                | 6 (%8,7)                  | 5 (%7,2)                                            | 0 (%0,0)         |
| -10–20 yıl                                    | 1 (%1,4)                                | 8 (%11,6)                 | 3 (%4,3)                                            | 4 (%5,8)         |
| ->20 yıl                                      | 0 (%0,0)                                | 10 (%14,5)                | 8 (%11,6)                                           | 0 (%0,0)         |

Kısaltmalar: Doç Dr, doçent doktor; Dr, doktor; HİYK; HIV ile yaşayan kişi; Prof Dr, profesör doktor.

Tablo 2. Kliniklerin işleyiş özellikleri

| Değişkenler                                                | Devlet hastanesi (1. ve 2. basamak) S=4 | Üniversite hastanesi S=27 | Eğitim araştırma hastanesi/ 3. basamak hastane S=31 | Özel hastane S=7 |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------|------------------|
| <b>Yeni tanı hastalar için protokol</b>                    |                                         |                           |                                                     |                  |
| - Uluslararası klavuzlar                                   | 3 (4,3%)                                | 10 (14,5%)                | 9 (13,0%)                                           | 5 (7,2%)         |
| - Kliniğin kendi algoritması                               | 4 (5,8%)                                | 27 (39,1%)                | 30 (43,5%)                                          | 7 (10,1%)        |
| - Rutin protokol yok                                       | 0 (0,0%)                                | 0 (0,0%)                  | 1 (1,5%)                                            | 0 (0,0%)         |
| <b>Yeni tanı hastaya ayrılan süre</b>                      |                                         |                           |                                                     |                  |
| - 0–10 dakika                                              | 0 (0,0%)                                | 0 (0,0%)                  | 3 (4,3%)                                            | 0 (0,0%)         |
| - 11–20 dakika                                             | 1 (1,4%)                                | 7 (10,1%)                 | 8 (11,6%)                                           | 0 (0,0%)         |
| - 21–30 dakika                                             | 2 (2,9%)                                | 10 (14,5%)                | 12 (17,4%)                                          | 6 (8,7%)         |
| - >30 dakika                                               | 1 (1,4%)                                | 10 (14,5%)                | 8 (11,6%)                                           | 1 (1,4%)         |
| <b>Poliklinik takibinde hastaya ayrılan süre</b>           |                                         |                           |                                                     |                  |
| - 0–10 dakika                                              | 2 (2,9%)                                | 8 (11,6%)                 | 21 (30,4%)                                          | 1 (1,4%)         |
| - 11–20 dakika                                             | 1 (1,4%)                                | 12 (17,4%)                | 9 (13,0%)                                           | 4 (5,8%)         |
| - 21–30 dakika                                             | 1 (1,4%)                                | 5 (7,2%)                  | 1 (1,4%)                                            | 1 (1,4%)         |
| - >30 dakika                                               | 0 (0,0%)                                | 2 (2,9%)                  | 0 (0,0%)                                            | 1 (1,4%)         |
| <b>Rutin takipler</b>                                      |                                         |                           |                                                     |                  |
| -Genel enfeksiyon polikliniğinde her gün                   | 4 (5,8%)                                | 15 (%21,7)                | 25 (36,2%)                                          | 6 (8,7%)         |
| -Genel enfeksiyon polikliniğinde haftada bir gün           | 0 (0,0%)                                | 2 (%2,9)                  | 1 (1,4%)                                            | 0 (0,0%)         |
| -Sadece HİYK takibinin yapıldığı ayrı bir poliklinikte     | 0 (0,0%)                                | 10 (%14,5)                | 5 (7,2%)                                            | 1 (1,4%)         |
| <b>Kontrol randevuları,</b>                                |                                         |                           |                                                     |                  |
| -MHRS üzerinden hasta kendisi alıyor                       | 3 (4,3%)                                | 5 (%7,2)                  | 22 (%31,9)                                          | 1 (%1,4)         |
| -Randevular merkez tarafından oluşturuluyor                | 0 (0,0%)                                | 5 (%7,2)                  | 2 (%2,9)                                            | 1 (%1,4)         |
| -Randevusuz kontrole gelebiliyor                           | 1 (1,4%)                                | 17 (%24,6)                | 7 (%10,1)                                           | 5 (%7,2)         |
| <b>Aşı polikliniği mevcut</b>                              |                                         |                           |                                                     |                  |
| -Enjeksiyon odası ve sağlık çalışan desteği mevcut         | 2 (2,9%)                                | 23 (33,3%)                | 24 (34,8%)                                          | 5 (7,2%)         |
|                                                            | 4 (5,8%)                                | 19 (27,5%)                | 24 (34,8%)                                          | 6 (8,7%)         |
| <b>Poliklinikte HİYK'ler</b>                               |                                         |                           |                                                     |                  |
| -Her kontrolde aynı hekim tarafından takip edilir          | 3 (4,3%)                                | 11 (15,9%)                | 11 (15,9%)                                          | 2 (2,9%)         |
| -Rotasyon usulü takip edilir                               | 1 (1,4%)                                | 16 (23,2%)                | 20 (29,0%)                                          | 5 (7,2%)         |
| <b>Takip edilen rehberler</b>                              |                                         |                           |                                                     |                  |
| -Türkiye HIV/AIDS Tanı, İzlem ve Tedavi El Kitabı          | 3 (4,3%)                                | 23 (33,3%)                | 27 (39,1%)                                          | 6 (8,7%)         |
| -EACS                                                      | 3 (4,3%)                                | 23 (33,3%)                | 28 (40,6%)                                          | 4 (5,8%)         |
| -DHHS                                                      | 1 (1,4%)                                | 14 (20,3%)                | 19 (27,5%)                                          | 2 (2,9%)         |
| -DSÖ                                                       | 0 (0,0%)                                | 5 (7,2%)                  | 9 (13,0%)                                           | 1 (1,4%)         |
| -Kendi merkezimizin protokolü                              | 0 (0,0%)                                | 6 (8,7%)                  | 14 (20,3%)                                          | 1 (1,4%)         |
| <b>Tedavi uyumu</b>                                        |                                         |                           |                                                     |                  |
| -Hasta beyanı                                              | 4 (5,8%)                                | 27 (39,1%)                | 28 (40,6%)                                          | 6 (8,7%)         |
| -İlaç alım kayıtları                                       | 1 (1,4%)                                | 20 (29,0%)                | 21 (30,4%)                                          | 3 (4,3%)         |
| -HIV RNA takibi                                            | 4 (5,8%)                                | 25 (36,2%)                | 28 (40,6%)                                          | 3 (4,3%)         |
| -İlaç düzeyi                                               | 0 (0,0%)                                | 7 (10,1%)                 | 12 (17,4%)                                          | 1 (1,4%)         |
| <b>İlaç etkileşimi kontrolü;</b>                           |                                         |                           |                                                     |                  |
| -İlaç reçetelenmeden sistematik etkileşim kontrolü yapılır | 3 (4,3%)                                | 27 (39,1%)                | 28 (40,6%)                                          | 5 (7,2%)         |
| -Etkileşim şüphesi halinde kontrol edilir, rutin yapılmaz  | 1 (1,4%)                                | 0 (0,0%)                  | 3 (4,3%)                                            | 2 (2,9%)         |

Kısaltmalar: DHHS, Department of Health and Human Services; DSÖ, Dünya Sağlık Örgütü; EACS, European AIDS Clinical Society; HİYK; HIV ile yaşayan kişi; MHRS, Merkezi Hekim Randevu Sistemi.



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

4-7 ARALIK 2025  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



Tablo 3. Laboratuvar imkanları

| Değişkenler                                                                                                             | S (%)       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>BAKTERİYOLOJİ</b>                                                                                                    |             |
| Temel mikrobiyolojik işlemlerin yapıldığı bir mikrobiyoloji laboratuvarı                                                | 69 (%100,0) |
| Servikal ya da üretral sürüntü örneklerinin direkt baki ile değerlendirildiği, kliniğe ait mikroskop ve ekipman varlığı | 40 (%58,0)  |
| Sifilis testleri                                                                                                        |             |
| -VDRL                                                                                                                   | 68 (%98,6)  |
| -RPR                                                                                                                    | 55 (%79,7)  |
| -TPHA                                                                                                                   | 65 (%94,2)  |
| C difficile A/B hızlı toksin testi                                                                                      | 54 (%77,1)  |
| <b>MIKOLOJİ</b>                                                                                                         |             |
| Mikolojik inceleme ve kültür olanakları                                                                                 | 50 (%72,5)  |
| Galaktomannan antijen testi                                                                                             | 47 (%68,1)  |
| Beta-D-glukan testi                                                                                                     | 20 (%29,0)  |
| Kriptokok antijeni testi                                                                                                | 32 (%46,4)  |
| <b>MIKOBAKTERİYOLOJİ</b>                                                                                                |             |
| -Tüberkülin deri testi                                                                                                  | 65 (%94,2)  |
| -Direkt bakıda aside dirençli boyama                                                                                    | 60 (%87,0)  |
| -Kültür (Lowenstein-Jensen, MGIT vb.)                                                                                   | 58 (%84,1)  |
| -Moleküler test (GeneXpert vb.)                                                                                         | 57 (%82,6)  |
| <b>SEROLOJİ / MOLEKÜLER TANI</b>                                                                                        |             |
| CD4+ T lenfosit                                                                                                         | 62 (%89,9)  |
| Anti-HIV doğrulama                                                                                                      | 23 (%33,3)  |
| HLA-B*57:01 testi                                                                                                       | 31 (%44,9)  |
| EBV/CMV serolojisi                                                                                                      | 67 (%97,1)  |
| HPV tiplendirmesi                                                                                                       | 39 (%56,5)  |
| JC virüsü PZR                                                                                                           | 22 (%31,9)  |
| HbsAg                                                                                                                   | 69 (%100,0) |
| Anti-HBs                                                                                                                | 69 (%100,0) |
| Anti-HBc total                                                                                                          | 69 (%100,0) |
| Anti-HCV                                                                                                                | 69 (%100,0) |
| Anti-HAV IgM                                                                                                            | 68 (%98,6)  |
| Anti-HAV IgG                                                                                                            | 68 (%98,6)  |
| HCV RNA                                                                                                                 | 68 (%98,6)  |
| Rubella IgM                                                                                                             | 67 (%97,1)  |
| Rubella IgG                                                                                                             | 67 (%97,1)  |
| HBV DNA                                                                                                                 | 67 (%97,1)  |
| Anti-HBc IgM                                                                                                            | 67 (%97,1)  |
| sitomegalovirüs DNA                                                                                                     | 60 (%87,0)  |
| Delta antikor                                                                                                           | 57 (%81,2)  |
| VZV IgM                                                                                                                 | 57 (%81,2)  |
| VZV IgG                                                                                                                 | 57 (%81,2)  |
| Kızamık IgM                                                                                                             | 57 (%81,2)  |
| Kızamık IgG                                                                                                             | 57 (%81,2)  |
| Kabakulak IgM                                                                                                           | 53 (%76,8)  |
| Kabakulak IgG                                                                                                           | 53 (%76,8)  |
| HDV RNA                                                                                                                 | 50 (%72,5)  |
| Hiçbirine bakılmıyor                                                                                                    | 3 (%4,3)    |
| <b>PARAZİTOLOJİ</b>                                                                                                     |             |
| Dışkıda parazitoloji bakısı                                                                                             | 68 (%98,6)  |
| Parazit bakısında aside dirençli boyama                                                                                 | 45 (%65,2)  |
| Toksoplazma serolojisi                                                                                                  | 68 (%98,6)  |
| Layşmaniyoz serolojisi                                                                                                  | 20 (%28,6)  |
| Pneumocystis jirovecii nükleik asit amplifikasyon testi                                                                 | 28 (%40,0)  |

Kısaltmalar: CMV, sitomegalovirüs; EBV, Epstein-Barr virüsü; HbsAg, Hepatit B yüzey antijeni; HBV, Hepatit B virüsü; HCV, Hepatit C virüsü; HDV, Hepatit D virüsü; HPV, insan papilloma virüsü; MGIT, Mikobakteri Üreme Göstergesi Tüp Sistemi; PZR, polimeraz zincir reaksiyonu; RPR, Rapid Plasma Reagin; TPHA, Treponema pallidum hemagütinasyon; VDRL, Venereal Disease Research Laboratory.

Tablo 4. Hızlı tanı kitleri, BOS analizine ilişkin laboratuvar imkanları ve radyoloji olanakları

| Değişkenler                                                          | s (%)       |
|----------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>Meningit/ensefalit multipleks hızlı tanı kiti</b>                 | 50 (%72,5)  |
| <b>Cinsel yolla bulaşan hastalıklar multipleks hızlı tanı kiti</b>   | 22 (%31,9)  |
| <b>Sepsis multipleks polimeraz zincir reaksiyonu hızlı tanı kiti</b> | 10 (%14,5)  |
| <b>Solunum yolu enfeksiyonları multipleks hızlı tanı kiti</b>        | 53 (%76,8)  |
| <b>Gastrointestinal sistem multipleks hızlı tanı kiti</b>            | 28 (%40,6)  |
| <b>RADYOLOJİ</b>                                                     |             |
| Akciğer grafisi                                                      | 69 (%100,0) |
| Ultrasonografi                                                       | 68 (%98,6)  |
| Bilgisayarlı Tomografi                                               | 69 (%100,0) |
| Manyetik rezonans görüntüleme                                        | 65 (%94,2)  |
| PET-BT                                                               | 48 (%69,6)  |
| Girişimsel radyoloji                                                 | 65 (%94,2)  |
| <b>BEYİN OMURİLİK SIVISI</b>                                         |             |
| Glikoz, protein, hücre sayısı, mikroskopik inceleme, kültür          | 69 (%100,0) |
| VDRL                                                                 | 64 (%92,8)  |
| Çini mürekkebi boyama                                                | 56 (%81,2)  |
| Kriptokok antijen testi                                              | 47 (%68,1)  |
| HIV RNA                                                              | 48 (%69,6)  |
| CMV DNA                                                              | 54 (%78,2)  |
| EBV DNA                                                              | 49 (%71,0)  |
| JC virüsü DNA                                                        | 27 (%39,1)  |
| Toksoplazma PZR                                                      | 24 (%34,8)  |
| M. tuberculosis complex PZR                                          | 4 (%5,8)    |
| Hiçbirine bakılmıyor                                                 | 1 (%1,4)    |

Kısaltmalar: BOS; beyin omurilik sıvısı; CMV, sitomegalovirüs; EBV, Epstein-Barr virüsü; M. tuberculosis complex; Mycobacterium tuberculosis kompleksi; PET-BT, pozitron emisyon tomografisi-bilgisayarlı tomografi; PZR, polimeraz zincir reaksiyonu; VDRL, Venereal Disease Research Laboratory.



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

4-7 ARALIK 2025  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



Tablo 5. Konsültasyon desteği

| Değişkenler                                             | s (%)      |
|---------------------------------------------------------|------------|
| <b>Kardiyoji konsültasyon desteği</b>                   |            |
| -Her zaman                                              | 39 (%56,5) |
| -Kişisel ilişkiler ile                                  | 27 (%39,1) |
| -Alınmıyor                                              | 3 (%4,3)   |
| <b>Nefroloji konsültasyon desteği</b>                   |            |
| -Her zaman                                              | 42 (%60,9) |
| -Kişisel ilişkiler ile                                  | 25 (%36,2) |
| -Alınmıyor                                              | 2 (%2,9)   |
| <b>Gastroenteroloji konsültasyon desteği</b>            |            |
| -Her zaman                                              | 36 (%52,2) |
| -Kişisel ilişkiler ile                                  | 27 (%39,1) |
| -Alınmıyor                                              | 6 (%8,7)   |
| <b>Endokrinoloji konsültasyon desteği</b>               |            |
| -Her zaman                                              | 40 (%58,0) |
| -Kişisel ilişkiler ile                                  | 24 (%34,8) |
| -Alınmıyor                                              | 5 (%7,2)   |
| <b>Kadın hastalıkları ve doğum konsültasyon desteği</b> |            |
| -Her zaman                                              | 38 (%55,1) |
| -Kişisel ilişkiler ile                                  | 25 (%36,2) |
| -Alınmıyor                                              | 6 (%8,7)   |
| <b>Geriatri konsültasyon desteği</b>                    |            |
| -Her zaman                                              | 25 (%36,2) |
| -Kişisel ilişkiler ile                                  | 23 (%33,3) |
| -Alınmıyor                                              | 21 (%30,4) |
| <b>Dermatoloji konsültasyon desteği</b>                 |            |
| -Her zaman                                              | 41 (%59,4) |
| -Kişisel ilişkiler ile                                  | 24 (%34,8) |
| -Alınmıyor                                              | 4 (%5,8)   |
| <b>Beyin cerrahisi konsültasyon desteği</b>             |            |
| -Her zaman                                              | 37 (%53,6) |
| -Kişisel ilişkiler ile                                  | 29 (%42,0) |
| -Alınmıyor                                              | 3 (%4,3)   |
| <b>Hematoloji konsültasyon desteği</b>                  |            |
| -Her zaman                                              | 43 (%62,3) |
| -Kişisel ilişkiler ile                                  | 18 (%26,1) |
| -Alınmıyor                                              | 8 (%11,6)  |
| <b>Psikiyatri konsültasyon desteği</b>                  |            |
| -Her zaman                                              | 45 (%65,2) |
| -Kişisel ilişkiler ile                                  | 22 (%31,9) |
| -Alınmıyor                                              | 2 (%2,9)   |
| <b>Nöroloji konsültasyon desteği</b>                    |            |
| -Her zaman                                              | 45 (%65,2) |
| -Kişisel ilişkiler ile                                  | 23 (%33,3) |
| -Alınmıyor                                              | 1 (%1,4)   |

Tablo 6. Likert tipi sorular

| Değişkenler                                                                                                                            | Ortanca (CAA) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Merkezimde çalışan radyoloji hekiminin HIV ile ilişkili fırsatçı enfeksiyonlar konusunda yeterliliğine güvenirim.                      | 4,0 (3,0-4,0) |
| Merkezimde çalışan beyin cerrahisi tarafından yapılması gereken girişimsel işlem kolaylıkla yapılır.                                   | 3,0 (2,0-4,0) |
| Merkezimde çalışan kadın hastalıkları ve doğum hekimi tarafından yapılması gereken işlem kolaylıkla yapılır.                           | 4,0 (3,0-5,0) |
| Merkezimde çalışan göğüs hastalıkları/göğüs cerrahisi doktoru tarafından yapılması gereken işlem (bronkoskopi vb.) kolaylıkla yapılır. | 4,0 (2,0-4,0) |
| Merkezimde çalışan genel cerrah tarafından yapılması gereken işlem kolaylıkla yapılır.                                                 | 3,0 (3,0-4,0) |

Kısaltmalar: CAA, çeyrekler arası aralık.

**Sonuç:** Türkiye’de HIV izlem merkezlerinde multidisipliner destek ve laboratuvar altyapısı genel olarak güçlüdür; ancak belirli uzmanlık dallarına erişimlerde kısmi yetersizlikler bulunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV ile Yaşayan Birey, Sağlık hizmetleri altyapısı, Multidisipliner yaklaşım



### SS-16

#### HIV ile Yaşayan Bireylerde Düşük Düzeyli Vireminin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi

**Uğur Önal<sup>1</sup>, Egemen Özdemir<sup>1</sup>, Şeyma Öncül<sup>1</sup>, Hazel Öztürk Belik<sup>1</sup>, Esra Kazak<sup>1</sup>, Yasemin Heper<sup>1</sup>, Harun Ağca<sup>2</sup>, Emel Yılmaz<sup>1</sup>, Halis Akalın<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı

<sup>2</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Antiretroviral tedavinin (ART) temel hedefi, plazmadaki viral yükün ölçülemeyen sınırlara kadar baskılanmasıdır. Ancak bazı hastalarda tedaviye uyuma ve uygun rejimlere rağmen düşük düzeyli viremi (DDV) gelişebilmektedir. Çalışmamızda, DDV saptanan HIV ile yaşayan bireylerin klinik ve laboratuvar özellikleri ile birlikte tedavi yaklaşımlarının retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

**Gereç ve Yöntemler:** 1 Ocak 2005'den itibaren Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'nda düzenli takibi yapılan HIV-1 ile enfekte erişkin hastalar retrospektif olarak incelendi. DDV, HIV-1 RNA düzeyinin aralıklı veya sürekli olarak en az iki ölçümde saptanabilir olması, ancak < 200 kopya/ml düzeyinde seyretmesi olarak tanımlandı. ART ile HIV-1 RNA saptanamayan virolojik yanıt sağlanmış olan hastalar ise kontrol grubu olarak ele alındı. Gruplar arasındaki başlangıç farklılıklarını azaltmak amacıyla tek değişkenli regresyon analizinde anlamlı ( $p < 0.05$ ) saptanan değişkenler kullanılarak eğilim puanı eşleştirme analizi uygulandı. Eşleştirme, 1:1 en yakın komşu yöntemiyle, yerine koymadan ve eğilim puanı farkı için 0.3 standart sapma tolerans aralığı kullanılarak gerçekleştirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya DDV saptanan 45 hasta ve kontrol grubundaki 113 HIV ile yaşayan birey dahil edildi. DDV grubunda diabetes mellitus ( $p=0.01$ ) ve hipertansiyon ( $p=0.032$ ) sıklığı daha yüksekti. Tedavinin 8. ve 24. haftalarındaki viral baskılanma oranları DDV grubunda belirgin şekilde düşük ( $p=0.006$  ve  $p=0.002$ ) saptandı (Tablo 1). DDV grubunda başlangıç HIV-1 RNA düzeyi daha yüksek ( $p=0.029$ ), başlangıç CD4 sayısı ise anlamlı olarak daha düşüktü ( $p < 0.001$ ) (Tablo 2). DDV grubunda başlangıç total kolesterol daha düşük ( $p=0.015$ ) iken takipte statin tedavisi kullanımı daha yüksek saptandı ( $p=0.025$ ). Eşleştirme analizi sonrasında her iki grupta 32 hasta yer aldı. Başlangıçta integras inhibitörlü rejim alanlar DDV grubunda %91, kontrol grubunda %94 idi ( $p=0.643$ ). Başlangıçta proteaz inhibitörü içeren tedavi sadece kontrol grubundaki bir hastada (%3) kullanılmıştı. NNRTI içeren başlangıç rejimi DDV grubunda %9, kontrol grubunda %3 oranında izlendi ( $p=0.325$ ). Güncel tedavi rejimlerinde her iki grupta da hastaların %97'si integras inhibitörlü tedavi kullanmaktaydı ( $p=1.000$ ).

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri ve eşlik eden fırsatçı enfeksiyonları

| Değişkenler                             | DDV (n=45)                                | Kontrol (n=113)                            | p değeri |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|----------|
| Yaş (yıl) (ortalama +/- standart sapma) | 43.31 ± 1.92                              | 40.38 ± 1.03                               | 0.205    |
| Cinsiyet (Erkek)                        | 45/45 (%100)                              | 100/113 (%89)                              | 0.999    |
|                                         | Erkeklerle seks yapan erkek : 10/45 (%22) | Erkeklerle seks yapan erkek : 21/113 (%18) | 0.766    |
| Olası bulaş yolu                        | Heteroseksüel: 17/45 (%38)                | Heteroseksüel: 37/113 (%33)                | 0.677    |
|                                         | Bilinmiyor: 18/45 (%40)                   | Bilinmiyor: 55/113 (%49)                   | 0.418    |
| Mahkum hasta                            | 1/45 (%2)                                 | 3 /113 (%3)                                | 0.876    |

|                                                                                         |             |              |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|--------------|
| Diabetes mellitus                                                                       | 8/45 (%18)  | 5/113 (%4)   | <b>0.01</b>  |
| Hipertansiyon                                                                           | 8/45 (%18)  | 7/113 (%6)   | <b>0.032</b> |
| Kronik obstruktif akciğer hastalığı                                                     | 1/45 (%2)   | 4/113 (%4)   | 0.672        |
| Koroner arter hastalığı                                                                 | 4/45 (%9)   | 4/113 (%4)   | 0.181        |
| Kronik Hepatit B enfeksiyonu                                                            | 1/45 (%2)   | 2/113 (%2)   | 0.851        |
| Kronik Hepatit C enfeksiyonu                                                            | 0/45 (%0)   | 2/113 (%2)   | 0.999        |
| Sigara kullanımı                                                                        | 23/42 (%55) | 78/109 (%72) | 0.052        |
| Alkol kullanımı                                                                         | 18/42 (%43) | 47/109 (%43) | 0.977        |
| Damar içi madde bağımlılığı veya ilaç kullanımı                                         | 2/45 (%4)   | 5/113 (%4)   | 0.847        |
| Sifilis                                                                                 | 14/45 (%31) | 33/113 (%29) | 0.813        |
| Tüberküloz                                                                              | 3/45 (%7)   | 1/113 (%1)   | 0.075        |
| Serebral toksoplazmoz                                                                   | 3/45 (%7)   | 0/113 (%0)   | 0.999        |
| Sitomegalovirüs enfeksiyonu                                                             | 7/45 (%16)  | 3/113 (%3)   | <b>0.008</b> |
| Sitomegalovirüs retinit                                                                 | 2/45 (%4)   | 0/113 (%0)   | 0.999        |
| Gastroenterit                                                                           | 3/45 (%7)   | 5/113 (%4)   | 0.564        |
| Pneumocystis jirovecii pnömonisi                                                        | 4/45 (%9)   | 5/113 (%4)   | 0.284        |
| Herpes simpleks virüs enfeksiyonu                                                       | 1/45 (%2)   | 3/113 (%3)   | 0.876        |
| Lenfoma                                                                                 | 1/45 (%2)   | 0/113 (%0)   | 1.000        |
| Kaposi sarkomu                                                                          | 2/45 (%4)   | 0/113 (%0)   | 0.999        |
| İlaç-ilaç etkileşimi nedeniyle antiretroviral tedavi değişikliği öyküsü                 | 6/45 (%13)  | 6/113 (%5)   | 0.096        |
| Antiretroviral ilaç düzeyini etkileyebilecek ilaç veya ilaç dışı gıda/vitamin kullanımı | 5*/45 (%11) | 0/113 (%0)   | 0.999        |
| Antiretroviral tedavinin 8. haftasında viral baskılanma                                 | 17/40 (%43) | 60/88 (%68)  | <b>0.006</b> |
| Antiretroviral tedavinin 24. haftasında viral baskılanma                                | 23/39 (%59) | 85/104 (%82) | <b>0.002</b> |
| Tespit edilebilen antiretroviral ilaç direnci varlığı                                   | 0/10 (%0)   | 7/54 (%13)   | 0.999        |
| Takipte statin tedavisi kullanımı                                                       | 7/45 (%16)  | 5/113 (%4)   | <b>0.025</b> |

\*2 hastada multivitamin kullanımı, 1 hastada propolis, 1 hastada sarımsak ve 1 hastada da karbamazepin kullanımı mevcuttu.

Tablo 2. Hastaların antiretroviral tedavi başlangıcındaki laboratuvar özellikleri

| Değişken                               | DDV (n=45)           | Kontrol (n=113)      | p değeri          |
|----------------------------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| HIV-1 RNA (log <sub>10</sub> kopya/ml) | 5.22 ± 0.16          | 4.82 ± 0.09          | <b>0.029</b>      |
| CD4 sayısı                             | 247 ± 29             | 480 ± 24             | <b>&lt; 0.001</b> |
| CD4/CD8 oranı                          | 0.42 ± 0.08          | 0.59 ± 0.05          | 0.096             |
| HbA <sub>1c</sub> (mmol/l)             | 5.8 ± 0.16<br>(n=38) | 5.4 ± 0.04<br>(n=94) | <b>0.010</b>      |
| LDL (mg/dl)                            | 94.47 ± 5.2          | 103.7 ± 2.04         | 0.122             |
| HDL (mg/dl)                            | 36.31 ± 1.79         | 41.67 ± 1.62         | 0.058             |
| Total kolesterol (mg/dl)               | 152.06 ± 6.19        | 169.55 ± 3.63        | <b>0.015</b>      |



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



|                        |                |               |       |
|------------------------|----------------|---------------|-------|
| Trigliserid (mg/dl)    | 137.31 ± 12.59 | 136.88 ± 7.09 | 0.975 |
| Total kolesterol / HDL | 4.35 ± 0.17    | 5.03 ± 0.44   | 0.361 |

**Sonuç:** Diabetes mellitus ve hipertansiyon gibi hastalıkların DDV grubunda daha sık görülmesi, DDV gelişiminde metabolik faktörlerin rolü olabileceğini düşündürmektedir. Başlangıç total kolesterol düzeyleri DDV grubunda daha düşük olmasına rağmen, takipte statin tedavisi kullanımının daha yüksek bulunması, bu hastalarda kronik inflamasyon ve metabolik düzensizliklerin etkin olabileceğini desteklemektedir. Tedavinin 8. ve 24. haftalarında viral baskılanmanın sağlanamaması, bu hastalarda daha yakın virolojik izlemin gerekliliğini göstermektedir. Başlangıçta yüksek HIV-1 RNA düzeyi ve düşük CD4 sayısı ile DDV gelişimi arasındaki ilişki, erken dönemde optimal tedavi yanıtının önemini ortaya koymaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Düşük düzeyli viremi, HIV-1 RNA düzeyi, CD4 sayısı, risk faktörleri

SS-17

### Türkiye’de HIV ile Enfekte Kadınlar: Retrospektif Çok Merkezli Çalışma

Gönül Çiçek Şentürk<sup>1</sup>, Nesibe Korkmaz<sup>1</sup>, Dilara İnan<sup>2</sup>, Semanur Kuzi<sup>1</sup>, Meliha Çağla Sönmezer<sup>3</sup>, Deniz Gökengin<sup>4</sup>, Bülent Kaya<sup>5</sup>, Funda Şimşek<sup>6</sup>, Arzu Kantürk<sup>6</sup>, Ayşe Serra Özel<sup>7</sup>, İlker Ödemiş<sup>8</sup>, İlkay Akbulut<sup>8</sup>, Seniha Şenbayrak<sup>9</sup>, Salih Atakan Nemli<sup>10</sup>, Aysin Kılınç Toker<sup>11</sup>, Burak Sarıkaya<sup>12</sup>, Nagihan Aka Türkmen<sup>3</sup>, Gülay Okay<sup>13</sup>, Özgür Günel<sup>14</sup>, Derya Seyman<sup>15</sup>, Bircan Kayaaslan<sup>16</sup>, Alper Tahmaz<sup>15</sup>, Dilek Yekenkurul<sup>17</sup>, Fatma Eser<sup>16</sup>, Eda Horuz<sup>2</sup>, Nazan Tuna<sup>18</sup>, Aydın Deveci<sup>19</sup>, Heval Can Bilek<sup>19</sup>, İlknur Şenel<sup>20</sup>, Hüsnü Pullukçu<sup>4</sup>, Nurgül Ceran<sup>9</sup>, Çiğdem Ataman Hatipoğlu<sup>21</sup>, Çiğdem Mermutluoğlu<sup>22</sup>, Şebnem Erdinç<sup>21</sup>, Özlem Kandemir<sup>23</sup>, Güle Çınar<sup>24</sup>, Aslıhan Candevir<sup>25</sup>, Süheyla Kömür<sup>25</sup>, Rukiye Bulut<sup>26</sup>, Aysun Yalçı<sup>27</sup>, Aliye Baştuğ<sup>28</sup>, Merve Sefa Sayar<sup>29</sup>, Oğuz Karabay<sup>30</sup>, Meltem Tüğdür<sup>4</sup>, Büşra Akmaz<sup>10</sup>, Ayhan Akbulut<sup>31</sup>, Şeyma Topal<sup>14</sup>, Oğuzhan Acet<sup>4</sup>, Zülal Yavuz<sup>23</sup>, Rüveyda Aksu<sup>1</sup>, Esra Gürbüz<sup>32</sup>, Tuba Ilgar<sup>33</sup>, Fatma Yılmaz Karadağ<sup>34</sup>, Gülden Eser Karadağ<sup>35</sup>, Şafak Kaya Kavak<sup>36</sup>, Anıl Akça<sup>37</sup>, Serhat Ünal<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ankara Etlik Şehir Hastanesi

<sup>2</sup>Antalya Üniversitesi Tıp Fakültesi

<sup>3</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

<sup>4</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

<sup>5</sup>Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

<sup>6</sup>Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

<sup>7</sup>S.B.Ü Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>8</sup>İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>9</sup>S.B.Ü Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>10</sup>İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>11</sup>S.B.Ü, Kayseri Tıp Fakültesi

<sup>12</sup>Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>13</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi

<sup>14</sup>Samsun Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>15</sup>Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>16</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi

<sup>17</sup>Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi

<sup>18</sup>Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi

<sup>19</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi

<sup>20</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi

<sup>21</sup>S.B.Ü Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>22</sup>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi

<sup>23</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi

<sup>24</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

<sup>25</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

<sup>26</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi

<sup>27</sup>S.B.Ü, Gülhane Tıp Fakültesi

<sup>28</sup>S.B.Ü, Ankara Şehir Hastanesi

<sup>29</sup>S.B.Ü, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>30</sup>Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>31</sup>Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi

<sup>32</sup>S.B.Ü, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>33</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi

<sup>34</sup>S.B.Ü, Sancaktepe Şehir Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>35</sup>Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi

<sup>36</sup>S.B.Ü, Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>37</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi

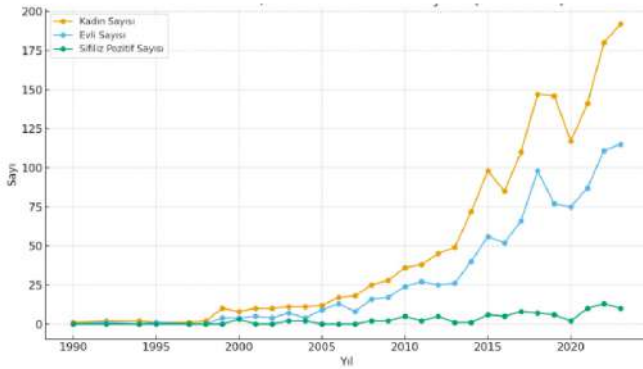
**Giriş ve Amaç:** Dünya çapında 2024 yılı verilerine göre HIV ile enfekte 21 milyon kadın bulunmaktadır. HIV ile enfekte kadınlar(seks işçileri vb hariç) risk grubunda olmadıkları için geç test yaptırmakta ve tedaviye ulaşmaları daha geç olmaktadır. Gebelik gibi kadına özel durumlarda olay daha da karmaşık hale gelmektedir. Bu çalışmada Türkiye’de

HIV ile enfekte kadınların (HİEK) demografik özelliklerini, tedaviye ulaşabilirliğini, tedavi başarısını, komorbidite, gebelik vb durumlarını retrospektif değerlendirmeyi amaçladık.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışmamız retrospektif çok merkezli olarak tasarlandı. 1990-2023 tarihleri arasında takip edilen 18 yaş üstü HİEK'ler çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya HIV enfeksiyonu takip eden 37 merkez katıldı. Çalışmaya katılacak merkezlere hazırlanan word ve excel formları gönderildi. Merkezlerden bu formlar ile gelen veriler toplandı. Analizler SPSS, Open Epi ve Excel programları kullanılarak yapıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya 1657 HİEK dahil edildi, yaş ortalamaları  $46,3 \pm 13,3$  (Ort $\pm$ SS), % 87 (1433)'si yerli, %12,7 (211), si yabancı uyruklu(YU), %59,4 (985)'ü evli, %23,7 (393)'si bekar, %95,2 (1577)'si heteroseksüel idi. Evli olan 985 hastanın % 62,1(612)'inin eşi HIV ile enfekte, % 26,9 (265)'u enfekte değil ve %11 (108)'inin HIV enfeksiyonu durumu bilinmiyor idi. Vakaların %63,2 (1048)'i herhangi bir işte çalışmıyor, %12,6 (209)'sı beyaz yaka, % 11,6 (193)'sı mavi yaka işlerde çalışıyordu. Sigara, alkol ve madde kullanımı sırası ile %37,4, %19,4 ve %2,5 idi. HİEK'lerin test isteme nedeni %32 (530)'sinin resmi eşinin, %6,3 (104)'ünün cinsel partnerinin HIV ile enfekte olması idi. Demografik bulgular Tablo 1'de verilmiştir. Çalışmaya dahil edilen vakaların başlangıç CD4 T lenfosit sayısı  $409,1 \pm 268,1$  (Ort $\pm$ SS), viral yük  $952127,0 \pm 122831,3$  kopya/ml idi. Sifiliz, HBV ve HCV enfeksiyonu oranları sırası ile %5,6 (93), %2,8 (46), %1,9 (31) saptandı. %28 (470)'inde eşli eden kronik bir hastalık vardı ve en sık kardiyovasküler hastalık (%44,5 (209)) görüldü. Tedavi sonucunda olguların %88(458)inde viral supresyon sağlanmıştı. Türk ve YU'lar karşılaştırılmış, hepatit C, gebelik oranı YU'larda daha yüksek bulunmuştur (p:sırası ile < 0,001, 0,001). Yabancı uyruklu HİEK'lerde evlilik, gebelik ve eşin HIV (-) olma oranı istatistiksel olarak anlamlı yüksek tesbit edildi( p: sırası ile 0,008, < 0,001, 0,001). Uyruklar arası fark Tablo 2'de verilmiştir. Çalışmaya dahil edilen kadınların %16,5 (273)'ü gebelik geçirmiş ve bunların %9,3(30)'ünde bebeğe bulaş olmuştur. Bulaş olan 30 gebenin 10'u tedavi uyumsuz, 7'si gebelik sırasında tanı almıştı. HİEK'lerin % 3,1(51'i ölmüş idi. HİEK'lerin zamanla artış seyri Şekil 1'de verilmiştir.

Şekil 1. 1990-2023 yılları arasında HIV ile Enfekte Kadınların Artış Seyri



Tablo 1. HIV ile Enfekte Kadınların Demografik Verileri

| Değişken          | Oran            |
|-------------------|-----------------|
| Yaş, Ort $\pm$ SS | $46,3 \pm 13,3$ |
| Meslek            | N=1657          |
| Çalışmıyor        | 1048(63,2)      |
| Mavi Yaka         | 193(11,6)       |
| Beyaz Yaka        | 209(12,6)       |
| Serbest Meslek    | 66(4,0)         |
| Sanat/Eğlence     | 35(2,1)         |





# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



|                             |           |
|-----------------------------|-----------|
| Öğrenci                     | 36(2,2)   |
| Seks işçisi                 | 12(0,7)   |
| Bilinmiyor                  | 58(3,5)   |
| Yabancı Uyruklular N=212    |           |
| Türk cumhuriyetleri         | 62(29,0)  |
| Avrupa                      | 29(13,7)  |
| Rusya                       | 26(12,7)  |
| Afrika                      | 19(8,9)   |
| Diğer                       | 13((6)    |
| Bilinmiyor                  | 63(29,7)  |
| Medeni Durum N=1657         |           |
| Evli                        | 985(59,4) |
| Bekar                       | 393(23,7) |
| Dul                         | 258(15,6) |
| Bilinmiyor                  | 21(1,3)   |
| Eğitim Düzeyi N=1657        |           |
| Eğitim almamış              | 90 (5,4)  |
| İlkokul/ortaokul            | 714(43,1) |
| Lise                        | 462(27,9) |
| Üniversite                  | 260(15,7) |
| Bilinmiyor                  | 131 (7,9) |
| HIV testi isteme nedeni     |           |
| Resmi eş HIV+               | 530(32,0) |
| Cinsel partner HIV+         | 104(6,3)  |
| Hastane başvurusu sırasında | 296(17,9) |
| Tarama/kendi isteği         | 263(15,9) |
| Operasyon/işlem öncesi      | 136(8,2)) |
| Gebelik                     | 112(6,8)  |
| Bilinmiyor                  | 216(13,6) |

Tablo 2. Yerli ve Yabancı HIV ile Enfekte Kadınların Karşılaştırılması (Tek Değişkenli Analiz)

| Değişken     | Yerli<br>n=1433 (%) | Yabancı Uyruklu<br>n=211(%) | p değeri |
|--------------|---------------------|-----------------------------|----------|
| TPHA/FTA-ABS |                     |                             |          |
| Pozitif      | 80(6,4)             | 13(7,3)                     | 0,777    |
| Negatif      | 1173(93,6)          | 166(92,7)                   |          |
| HBs Ag       |                     |                             |          |
| Pozitif      | 36(2,5)             | 10(4,8)                     | 0,104    |
| Negatif      | 1385(97,5)          | 198(95,2)                   |          |
| Anti HCV     |                     |                             |          |
| Pozitif      | 15(1,1)             | 15(7,2)                     | <0,001   |
| Negatif      | 1405(98,9)          | 193(92,8)                   |          |



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



|                           |            |           |        |
|---------------------------|------------|-----------|--------|
| Başlangıç CD4             |            |           |        |
| <350                      | 611(45,3)  | 105(55,9) | 0,006  |
| >=350                     | 739(54,7)  | 83(44,1)  |        |
| Viral Yük                 |            |           |        |
| <100.000                  | 711(54,2)  | 112(61,2) | 0,072  |
| >=100.000                 | 602(45,8)  | 71(38,8)  |        |
| Medeni Durum              |            |           |        |
| Evli                      | 840(59,0)  | 144(68,6) | 0,008  |
| Evli Olmayan              | 583(41,0)  | 66(31,4)  |        |
| Eşi HIV                   |            |           |        |
| Pozitif                   | 562(73,8)  | 49(43,0)  | <0,001 |
| Negatif                   | 200(26,2)  | 65(57,0)  |        |
| AIDS Tanımlayıcı Hastalık |            |           |        |
| Var                       | 155(10,9)  | 34(16,3)  | 0,031  |
| Yok                       | 1269(89,1) | 175(83,7) |        |
| Viral Süpresyon           |            |           |        |
| Var                       | 1276(91,2) | 179(87,3) | 0,096  |
| Yok                       | 123(8,8)   | 26(12,7)  |        |
| Gebelik                   |            |           |        |
| Var                       | 215(15,4)  | 74(35,7)  | 0,001  |
| Yok                       | 1178(84,6) | 133(64,3) |        |
| Bebeğe HIV Bulaşı         |            |           |        |
| Evet                      | 23(10,3)   | 7(9,7)    | 1,000  |
| Hayır                     | 200(89,7)  | 65(90,3)  |        |

**Sonuç:** HIV ile enfekte kadınların sayısı son 15 yılda belirgin bir şekilde artmıştır. Bunların çoğu evli ve eşleri de HIV ile enfektedir. YU'lu kadınların evlilik oranının daha yüksek ve eşlerinin HIV(+) olma oranının daha düşük olması dikkat çekicidir. Çalışmamızda HİEK'lerde doğurganlık oranı belirgin şekilde yüksektir. Tedavi başarısının yüksek olması sevindiricidir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV Enfeksiyonu, Kadın, Gebelik, Viral supresyon

SS-18

### 50 Yaş Üstü HIV ile Yaşayan Bireylerde İlaç-İlaç Etkileşimlerinin, Eksik Reçetelemenin ve Uygunsuz İlaç Kullanımının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

**Abdulkadir Sonkaya<sup>1</sup>, Nurgül Ceran<sup>1</sup>, Seniha Şenbayrak<sup>1</sup>, Asuman İnan<sup>1</sup>, Serpil Erol<sup>1</sup>, Recep Balık<sup>1</sup>, Vahibe Aydın Sarıkaya<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

**Giriş ve Amaç:** Antiretroviral tedavilerdeki (ART) ilerlemeler sayesinde HIV ile yaşayan bireylerin yaşam süresi uzamıştır. Ancak yaşlanmayla birlikte kronik hastalıkların ve ilaç kullanımının artması; polifarmasi, ilaç-ilaç etkileşimleri (DDE), eksik reçeteleme (PPO) ve uygunsuz ilaç kullanımı (PIM) risklerini artırmaktadır. Bu çalışmada, söz konusu risklerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi incelenmiştir.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışma, Haydarpaşa Numune EAH Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji kliniğinde takip edilen, 50 yaş üstü HIV ile yaşayan bireylerde yürütülmüştür. Katılımcılarla yüz yüze görüşmeler yapılmış, ilaç kullanımı değerlendirilmiş ve PozQoL yaşam kalitesi ölçeği uygulanmıştır. İlaç-ilaç etkileşimleri Liverpool veritabanı ile, uygunsuz reçeteleme ve eksik tedavi ise TIME-to-STOPP/START kriterleriyle incelenmiştir. Değişkenler arası ilişkiler tek ve çok değişkenli regresyon analizleriyle değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Toplam 141 birey dahil edilmiştir. En sık kullanılan rejim biktetgravir/emtrisitabin/tenofovir alafenamiddir (%70,2). Ortalama CD4 sayısı 710 hücre/mm<sup>3</sup> olup %70'inde tam virolojik yanıt saptanmıştır. Kronik hastalık sıklığı yaşla artmış, en yaygın tanı hipertansiyon (%38,3) olmuştur. Katılımcıların %39'unda multimorbidite, %29,8'inde polifarmasi saptanmıştır (medyan ilaç sayısı: 3). En sık kullanılan ilaçlar beta blokerler, aspirin, ACE inhibitörleri, D vitamini ve oral antidiyabetiklerdir. TIME-to-START kriterlerine göre tüm bireylerde aşılama eksikliği saptanmış; bu madde dışlandığında eksik reçeteleme oranı %32,6 olarak görülmüştür. En sık eksik reçetelemeler D vitamini replasmanı, statin tedavisi ve depresyonda antidepresan başlanmaması olarak saptanmıştır. TIME-to-STOPP kriterlerine göre PIM oranı %16,3 olup en çok kardiyovasküler ilaçlarla ilişkilidir. Katılımcıların %15,6'sında ilaç etkileşimi saptanmış, en sık biktetgravir-metformin etkileşimi görülmüştür. PozQoL sonuçlarına göre bireylerin %10,6'sında düşük yaşam kalitesi saptanmıştır. Çok değişkenli analizlerde; polifarmasi sağlık alt boyutunda düşük yaşam kalitesi riskini 3,5 kat, ilaç etkileşimi düşük yaşam kalitesi olasılığını genel yaşam kalitesinde 7,6 kat ve psikolojik alt boyutta 15 kat artırmıştır. Eksik reçeteleme ise düşük yaşam kalitesi olasılığını psikolojik alt boyutta 10 kat, sağlık alt boyutunda 3,2 kat artırmıştır.

**Sonuç:** Yaşla birlikte kronik hastalık ve ilaç yükü artmakta; bu durum polifarmasi, DDE, PPO ve PIM risklerini beraberinde getirmektedir. HIV ile yaşayan 50 yaş üzeri bireylerde bu durumların yaşam kalitesi üzerinde belirgin olumsuz etkileri vardır. Polifarmasi sağlık, DDE genel ve psikolojik, PPO ise sağlık ve psikolojik alt boyutları etkilemiştir. Yaşam kalitesini artırmak için multidisipliner yaklaşım, düzenli ilaç gözden geçirmesi ve güncel kriterlerle değerlendirme gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, Polifarmasi, İlaç-ilaç etkileşimi, Uygunsuz ilaç kullanımı, Eksik reçeteleme (PPO), TIME-to-START/STOPP kriterleri, Yaşam kalitesi

SS-19

## Yeni Tanı HIV ile Yaşayan Bireylerde Kan Parametrelerinin ve Sistemik İnflamasyonun Zaman İçindeki Değişimi: Retrospektif Bir İzlem Çalışması

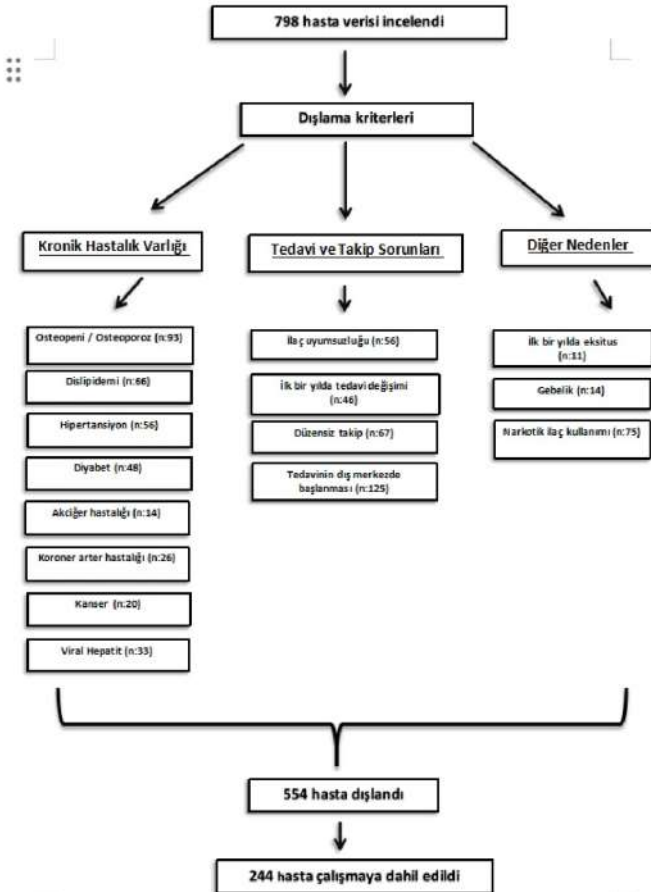
Didem Çelik<sup>1</sup>, Dicle Zeynep Aksu<sup>1</sup>, Minevver Zencirci<sup>1</sup>, Sabri Atalay<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Sistemik inflamasyon, HIV enfeksiyonunun seyrinde önemli bir bileşen olup, tedaviye yanıtı doğrudan etkileyebilir. Süreci değerlendirmek amacıyla kullanılan inflamasyon belirteçleri arasında C-reaktif protein (CRP), ferritin, sistemik immün inflamasyon indeksi (Sİİ) ve nötrofil lenfosit oranı (NLR) bulunmaktadır. Bu retrospektif izlem çalışmasının amacı, yeni tedavi başlanmış HIV pozitif bireylerde hematolojik ve inflamasyon parametrelerinin zaman içindeki değişiminin incelenmesi, farklı tedavi rejimlerinin bu parametreler üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntemler:** Bu retrospektif, tek merkezli izlem çalışması, Ocak 2019–2024 tarihleri arasında SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'nde takibe alınan HIV kohortunu kapsamaktadır. Kronik hastalığı olan, tedavi-takip sorunları olan, gebeliği olan, narkotik ilaç kullanan, ilk bir yılda ölen hastalar alınmadı (Şekil 1.). Hastaların demografik verileri, kan parametreleri ve ART rejimleri kayıt sisteminden elde edilmiştir. Hematolojik parametreler, Sİİ ve NLR indeksleri; tedavi öncesi, 6. ve 12. aylarda karşılaştırılmıştır. Ayrıca alt grup analizinde DTG+TDF/FTC ve B/F/TAF tedavisi alan hastalar iki ayrı gruba ayrılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizler SPSS 22.0 yazılımı ile gerçekleştirilmiştir.

Şekil 1. HIV hasta kohortundan çalışmaya dahil edilen hastaların seçim şeması





# HIV/AIDS 2025 KONGRESİ

4-7 ARALIK 2025

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



**Bulgular:** Çalışmada 798 hasta incelenmiş, kriterlere uyan 244 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastaların yaş ortancası 31(14) yıl olup, %88.9(n:217)'u erkekti. Tedavi rejimleri en sık B/F/TAF (%43.3) ve DTG+TDF/FTC (%39.3) kombinasyonlarıydı. CD4 sayısı ortancası 402.2(343.6) hücre/mm<sup>3</sup>, HIV RNA ortancası 100.000(477100) kp/mL, vücut kitle indeksi (VKI) ortancası 23.7(4.8) kg/m<sup>2</sup> olarak saptandı. CD4 sayılarında ve CD4/CD8 oranlarında 0., 6., 12. aylarda arasında anlamlı artış gözlemlendi (p=0.00). DTG+TDF/FTC ve B/F/TAF alan gruplarda başlangıç hematolojik, viral ve inflamasyon parametrelerinde anlamlı fark yoktu (p > 0.05). Bu tedavi gruplarının 0. ve 12. ayda kan parametrelerindeki değişim incelendiğinde ALT, kreatinin değerlerinin DTG+TDF/FTC grupta anlamlı arttığı, kolesterol, HDL, LDL değerlerinin B/F/TAF grubunda anlamlı arttığı saptandı (p < 0.05). Tüm hastalarda ve DTG+TDF/FTC ve B/F/TAF gruplarında 0., 6. ve 12. aylardaki CRP, ferritin, SIİİ ve NLR değerlerinde anlamlı değişiklik gözlemlenmedi (p > 0.05). VKI < 18.5 kg/m<sup>2</sup> olan hastalarda 6. ayda NLR düzeyinde anlamlı azalma saptandı (p=0.035). HDL < 40 mg/dL olan hastalarda 6. ayda SIİİ değeriinde anlamlı azalma izlendi (p=0.009).

Tablo 1. Tüm çalışma hastalarının, DTG+TDF/FTC ve B/F/TAF tedavi alt gruplarının tedavi öncesi demografik ve kan parametreleri

|                                                       | Tüm grup<br>Medyan (IQR) | DTG+TDF/FTC<br>Medyan (IQR) | B/F/TAF<br>Medyan (IQR) | p<br>değeri |
|-------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------------------|-------------|
| Yaş (yıl)                                             | 31 (14)                  | 31 (15.8)                   | 32 (13)                 | 0.286       |
| Vücut Kitle İndeksi<br>(18.5-24.9 kg/m <sup>2</sup> ) | 23.7 (4.8)               | 24.4 (4.8)                  | 22.8 (6)                | 0.074       |
| <b>Hemogram Parametreleri</b>                         |                          |                             |                         |             |
| Lökosit (4.2-10.6 ×10 <sup>9</sup> /uL)               | 5.83 (2.12)              | 5.6 (2.2)                   | 5.9 (2.1)               | 0.226       |
| Nötrofil (2-6.9 ×10 <sup>9</sup> /uL)                 | 3.2 (1.7)                | 3.1 (1.4)                   | 3.4 (1.8)               | 0.261       |
| Lenfosit (0.6-3.4 ×10 <sup>9</sup> /uL)               | 1.7 (0.8)                | 1.7 (1.1)                   | 1.8 (0.8)               | 0.643       |
| Trombosit (140-400 ×10 <sup>9</sup> /uL)              | 221 (83.7)               | 214 (94.7)                  | 228 (82.3)              | 0.048       |
| Hemoglobin (12.2-16.2 g/dL)                           | 14.6 (1.8)               | 14.7 (1.6)                  | 14.4 (2.3)              | 0.269       |
| MCV (80-97 fL)                                        | 85.6 (5.5)               | 84.9 (5.3)                  | 85.6 (5.3)              | 0.820       |
| <b>Biyokimyasal Parametreler</b>                      |                          |                             |                         |             |
| Üre (17-43 mg/dL)                                     | 25 (10.5)                | 26 (8.3)                    | 24 (10)                 | 0.054       |
| Kreatinin (0.8-1.3 mg/dL)                             | 0.89 (0.18)              | 0.9 (0.17)                  | 0.9 (0.22)              | 0.537       |
| AST (0-50 U/L)                                        | 24 (11.8)                | 25 (15)                     | 23.5 (9.8)              | 0.181       |
| ALT (0-50 U/L)                                        | 23 (18)                  | 27 (20.8)                   | 21 (16.5)               | 0.100       |
| Kolesterol (0-200 mg/dL)                              | 157 (49.5)               | 157 (53)                    | 160 (47.5)              | 0.731       |
| HDL (0-40 mg/dL)                                      | 38 (14)                  | 37 (10)                     | 39 (15.5)               | 0.103       |
| LDL (62-129 mg/dL)                                    | 92 (38.5)                | 94 (42)                     | 92 (38.5)               | 0.369       |
| Trigliserit (0-150 mg/dL)                             | 99 (63.5)                | 96 (56)                     | 97 (64.5)               | 0.956       |
| <b>Viral Parametreler</b>                             |                          |                             |                         |             |
| HIV RNA (<20 kp/mL)                                   | 100 000 (477 100)        | 173 000 (661 750)           | 76 600 (280 600)        | 0.950       |
| CD4 (500-1200 /mm <sup>3</sup> )                      | 402.2 (343.6)            | 402.6 (335.7)               | 440 (360.9)             | 0.439       |
| CD4/CD8                                               | 0.44 (0.38)              | 0.46 (0.4)                  | 0.45 (0.4)              | 0.940       |
| <b>Inflamasyon Göstergeleri</b>                       |                          |                             |                         |             |
| SIİİ                                                  | 409.6 (324.9)            | 406.7 (340)                 | 442.7 (312.2)           | 0.126       |
| NLR                                                   | 1.8 (1.3)                | 1.8 (1.2)                   | 1.9 (1.3)               | 0.502       |
| CRP (0-6 mg/L)                                        | 2.1 (4.8)                | 1.85 (4.6)                  | 2.2 (6.2)               | 0.370       |
| Ferritin (20-250 mg/dL)                               | 104 (137.5)              | 108.5 (141.3)               | 98.5 (129.5)            | 0.776       |

Not: MCV; ortalama korpusküler hacim, AST, aspartat transaminaz; ALT, alanin transaminaz; HDL, yüksek yoğunluklu lipoprotein; LDL, düşük yoğunluklu lipoprotein; SIİİ, sistemik immün inflamasyon indeksi [(platelet × nötrofil) / lenfosit]; NLR, nötrofil lenfosit oranı (nötrofil / lenfosit); CRP, C-reaktif protein

**Sonuç:** Sonuç olarak, çalışmamızda SIİİ ve NLR gibi genel inflamasyon belirteçlerinde tüm hastalarda ve tedavi alt gruplarında anlamlı değişiklik izlenmemiştir. Düşük VKI ve HDL düzeyine sahip bireylerde inflamasyon belirteçlerinde gözlenen azalma, sağlığa dönüşün bireysel biyolojik faktörlerle şekillendiğini göstermektedir. Bu bulgular, HIV tedavisinin multidisipliner izlem gerektiren bütüncül bir iyileşme süreci olduğunu ve HIV tedavisinde immünolojik iyileşmenin yanı sıra metabolik ve inflamatuvar izlem gerekliliğini vurgulamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, Sistemik İmmün İnflamasyon İndeksi, Nötrofil Lenfosit Oranı, C reaktif protein, CD4+ T Lenfosit, Ferritin



SS-20

### Etkin Antiretroviral Tedavi Döneminde Yeni HIV Enfeksiyonu Tanısı Alan Olgularda Bir Yıllık Mortalitenin Değerlendirilmesi

Hayriye Ahsen Güler Türker<sup>1</sup>, Beksultan Zayırbek Uulu<sup>1</sup>, Esra Fersan<sup>1</sup>, Reşide Börçe Aydın<sup>1</sup>, Berna Karaismailoğlu<sup>1</sup>, Alper Gündüz<sup>1</sup>, Eda Alp<sup>1</sup>, Meliha Meriç Koç<sup>1</sup>, Özlem Altuntaş Aydın<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Antiretroviral tedavi (ART) olanaklarının gelişmesiyle dünyada HIV ile yaşayan kişilerin sağkalımı artmış olsa da, gelişmekte olan ülkelerde ve immünsüpresyonu ileri düzeyde olan olgularda mortalite oranları hâlen yüksektir. Bu çalışmada, yeni tanı alıp hastanemizde takip edilen HIV ile yaşayan kişilerin bir yıllık mortalite oranları, klinik özellikleri ve ölüm nedenleri incelenmiştir.

**Gereç ve Yöntemler:** Hastanemiz Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğinde 01.07.2020 – 10.10.2024 tarihleri arasında, yeni HIV enfeksiyonu tanısı alıp en az 12 ay süre ile izlenen olgular retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, başvuru yakınmaları, ek hastalıkları, tanı ve tedavi sürecinde CD4+ T lenfosit sayıları, HIV RNA düzeyleri, ART kullanımı ve ölüm nedenleri hastane bilgi yönetim sisteminden incelenmiştir.

**Bulgular:** Yeni HIV enfeksiyonu tanısı ile takip edilen 756 kişiden 23'nün (%3) bir yıl içinde kaybedildiği görüldü. Ölen hastaların %95'i erkek ve yaş ortalaması 51 yıl idi. Mortalite gelişen olguların HIV enfeksiyonu tanısı aldıklarında %30'unun CD4+ T lenfosit sayısı < 50/mm<sup>3</sup>, %39'unun 50–100 hücre/mm<sup>3</sup> arasında olduğu saptandı. Ortalama CD4+ T lenfosit sayısı 103,6/mm<sup>3</sup> (0-665) idi. HIV RNA ortalaması ise 829112 (10100-2280000) kopya/mL idi. Tanı öncesi, hastaların %73'ünde ek hastalık bulunmamaktadır. Kaybedilen hastaların HIV enfeksiyonu tanısı aldıklarında 9'unda hematolojik malignite, 5'inde fırsatçı akciğer enfeksiyonu, 4'ünde fırsatçı kraniyal enfeksiyon, 3'ünde visseral tutulumlu Kaposi Sarkomu mevcutken, 2'sinin de tetkikleri devam ederken vefat ettiği görüldü. Bu olguların 12'sine HIV enfeksiyonu tanısından sonra 1-7 günde, 6'sına 8-30 günde, 2'sine 30. günden sonra ART başlandı. Olguların 3'üne ise, immün yapılanma sendromu riski nedeniyle, ART başlanmadan kaybedildi. HIV enfeksiyonu tanısından sonra ilk 7 günde eksitus olan olgu yok iken, 8-30 günde 5 olgu, ilk 1-6 ayda 6 olgu, 7-12 ayda 12 olgunun kaybedildiği görüldü. Olguların 15'si kliniğimizde, 8'i yoğun bakım ünitesindeki takipleri sırasında kaybedilmiştir.

**Sonuç:** Yeni HIV enfeksiyonu tanısı alan kişilerin %3'ünün ilk yıl içerisinde kaybedildiği görülmüştür. Kaybedilen olguların çoğunluğunun ileri evrede ve yaşamı tehdit eden fırsatçı enfeksiyon veya malignensi ile tanı almış olmaları dikkat çekicidir. Tüm hastalara, ulusal/uluslararası rehberlerin önerileri doğrultusunda, en erken sürede ART başlanmış olsa da, ciddi immün yetmezlik ve bu ek hastalıklar nedeniyle başarılı yanıt alınmamıştır. Günümüzde, HIV enfeksiyonunun erken tanısı ve etkin ART kullanımı ile, bu mortalite nedenlerinin çoğunun önlenmesi mümkün iken, halen yaşamların kaybediliyor olması üzüntü vericidir.

**Anahtar Kelimeler:** yeni tanı HIV enfeksiyonu, kısa dönem mortalite

SS-21

### HIV ile Yaşayan Bireylerde Antiretroviral Tedavinin Erken Dönem Virolojik, İmmünolojik ve İnflamatuvar Yanıtlara Etkisi

Ayşe Uyan Önal<sup>1</sup>, Didar Elaltunterin<sup>1</sup>, Beyzanur Güngör<sup>1</sup>, Nurefşan Balcı<sup>1</sup>, Emine Gül Özdaş<sup>1</sup>, Merve Sefa Sayar<sup>1</sup>, Ali Asan<sup>1</sup>, İsmail Necati Hakyemez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

**Giriş ve Amaç:** Antiretroviral tedavi (ART), HIV ile yaşayan bireylerde plazma HIV RNA düzeyini baskılayarak bağışıklık sistemini güçlendirmeyi hedefler. Bu çalışmanın amacı, ART'ye yeni başlanan HIV ile yaşayan bireylerde tedavinin ilk 6 ayındaki immünohematolojik, metabolik, virolojik ve inflamasyon parametrelerindeki değişiklikleri değerlendirmek ve başlangıç faktörlerinin tedavi yanıtını öngörme gücünü incelemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya, 2019-2025 yılları arasında hastanemiz enfeksiyon hastalıkları polikliniğinde tanı alarak ART başlanan ve 6 aylık takipleri tamamlanan 281 hasta dahil edilmiştir. Hastaların başlangıç ve 6. ay verileri (CD4, hemoglobin, lipitler, HIV RNA, nötrofil/lenfosit oranı [NLR], Grok 4 yapay zekâ modeli yönlendirmesiyle Python 3.12 kullanılarak analiz edilmiştir; tüm analizler ve sonuçlar araştırmacılar tarafından denetlenmiştir. İstatistiksel değerlendirmede betimsel istatistikler, Wilcoxon signed-rank testi (karşılaştırma), Spearman korelasyonu (ilişkiler), Mann-Whitney U/Ki-kare/Kruskal-Wallis testleri (gruplar arası), çok değişkenli lojistik regresyon ve composite skor (supresyon + immün yanıt) analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Başlangıç ve 6. ay verileri karşılaştırıldığında, (Tablo 1), birçok parametrede istatistiksel olarak anlamlı değişiklikler gözlenmekle birlikte, bu farkların büyük çoğunluğunun klinik önemi olmadığı değerlendirilmiştir. Özellikle AST, ALT, kreatinin, lipit profili ve hematolojik parametrelerde saptanan küçük artış veya azalışların, normal biyolojik varyasyon sınırları içinde olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar, antiretroviral tedavinin (ART) erken döneminde karaciğer ve böbrek fonksiyonlarının korunduğunu göstermektedir. LDL ve HDL düzeylerindeki istatistiksel olarak anlamlı değişimlerin de klinik olarak anlamlı kabul edilmediği ve ART'nin lipit metabolizması üzerinde sınırlı bir etkiye sahip olabileceği düşünülmüştür.

İnflamasyon belirteçleri incelendiğinde, NLR ve MPV/PLT değerlerinde azalma eğilimi izlenmiş, bu durum ART ile inflamatuvar aktivitenin gerilemesiyle uyumlu bulunmuştur.

MPV/PLT oranında da tedavinin 6. ayında anlamlı bir azalma saptanmıştır (Tablo 1).

Çalışmanın birincil sonlanım noktalarına göre, medyan CD4 hücre sayısında 164 hücre/ $\mu$ L'lik anlamlı bir artış (Tablo 2) ( $p<0.001$ ) ve hastaların %83'ünde tam virolojik supresyon (HIV RNA  $<50$  kopya/mL) sağlandığı görülmüştür ( $p<0.0001$ ). Başlangıç HIV RNA düzeyi ile delta CD4 arasında zayıf pozitif bir korelasyon saptanmıştır ( $\rho=0.137$ ,  $p=0.022$ ). Tedaviye düzenli uyum gösteren grupta hem delta CD4 artışı (186'ya karşı 149 hücre/ $\mu$ L;  $p=0.009$ ) hem de virolojik supresyon oranı (%87'ye karşı %47;  $p<0.0001$ ) anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyet, tanı yaşı, başlangıç MPV/PLT oranı ve seçilen tedavi rejimi ise CD4 artışı üzerinde anlamlı bir belirleyici olarak saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Sonuç:** Bulgularımız, antiretroviral tedavinin erken dönemde yüksek virolojik baskılanma sağladığını, aynı zamanda sistemik inflamasyon belirteçleri üzerinde olumlu bir düzenleyici etki gösterdiğini doğrulamaktadır. Tedaviye erken başlanması ve kesintisiz devamlılık, immün restorasyonun temelini oluşturmaktadır. İnflamatuvar yükün azaltılmasının, daha etkin bir CD4 yanıtına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: HIV, Antiretroviral Tedavi, CD4, Viral Yük, İnflamasyon, NLR, SII.

**Tablo 1: Başlangıç ve 6. Ay Parametrelerin Karşılaştırması**

| Parametre                               | Başlangıç Medyan | 6. Ay Medyan | p-değeri |
|-----------------------------------------|------------------|--------------|----------|
| Lökosit Sayısı ( $10^3/\mu\text{L}$ )   | 6100             | 6730         | <0.001   |
| Nötrofil Sayısı ( $10^3/\mu\text{L}$ )  | 3420             | 3950         | <0.001   |
| Lenfosit Sayısı ( $10^3/\mu\text{L}$ )  | 1800             | 2080         | <0.001   |
| Hemoglobin (g/dL)                       | 14.4             | 14.7         | <0.001   |
| MPV (fL)                                | 10.0             | 10.0         | 0.052    |
| Trombosit Sayısı ( $10^3/\mu\text{L}$ ) | 220000           | 241000       | <0.001   |
| CD4 Sayısı (hücre/ $\mu\text{L}$ )      | 350              | 556          | <0.001   |
| AST (U/L)                               | 22               | 19           | <0.001   |
| ALT (U/L)                               | 18               | 16           | 0.0004   |
| Kreatinin (mg/dL)                       | 0.8              | 0.9          | <0.001   |
| Trigliserid (mg/dL)                     | 120              | 132.5        | 0.032    |
| Total Kolesterol (mg/dL)                | 156              | 169          | <0.001   |
| LDL (mg/dL)                             | 90               | 97           | 0.0008   |
| HDL (mg/dL)                             | 36               | 39           | <0.001   |
| HIV RNA (kopya/ $\mu\text{L}$ )         | 63583            | 0            | <0.0001  |
| NLR                                     | 2.00             | 1.95         | 0.435    |
| SII                                     | 439312           | 458898       | 0.053    |
| MPV/PLT                                 | 0.00005          | 0.00004      | <0.001   |

**Tablo 2: Tanımlayıcı İstatistikler ve Değişim Değerleri**

| Parametre                             | Ort. $\pm$ SD            | Medyan (IQR)                   | Min-Max            |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------|
| Tanı Yaşı (yıl)                       | 37.48 $\pm$ 12.58        | 35 (28-45)                     | 18-80              |
| Delta CD4 (hücre/ $\mu\text{L}$ )     | 180.56 $\pm$ 283.99      | 164 (72-291)                   | -2044-1345         |
| Delta Hb (g/dL)                       | 1.20 $\pm$ 1.10          | 1.20 (0.70-1.80)               | -2-4               |
| Delta HIV RNA (kopya/ $\mu\text{L}$ ) | -63583 $\pm$ 150000      | -60527 (-259000 - -8973)       | -999999-0          |
| Başlangıç NLR                         | 2.50 $\pm$ 1.80          | 2.00 (1.50-3.00)               | 0.20-15.00         |
| Delta NLR                             | -0.29 $\pm$ 2.72         | -0.01 (-0.63-0.52)             | -33.34-6.27        |
| Başlangıç SII                         | 5.00e5 $\pm$ 4.00e5      | 439312 (300000-600000)         | 50000-2.00e6       |
| Delta SII                             | -3.90e4 $\pm$ 9.09e5     | 26700 (-129000-197000)         | -1.22e7-2.36e6     |
| Başlangıç MPV/PLT                     | 0.000058 $\pm$ 0.000073  | 0.000046 (0.000035-0.000057)   | 0.000015-0.000917  |
| Delta MPV/PLT                         | -0.000012 $\pm$ 0.000059 | -0.000003 (-0.000012-0.000003) | -0.000173-0.000163 |
| Composite Skor (0-2)                  | 1.50 $\pm$ 0.60          | 2 (1-2)                        | 0-2                |

### SS-22

## HIV ile Yaşayan Kişilerde Deprem Sonrası Antiretroviral Tedavi Uyumu ve Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörlerin Araştırılması

Necat Şahin<sup>1</sup>, Mehmet Çabalak<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hatay MKÜ Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

**Giriş ve Amaç:** Human immunodeficiency virus (HIV) nedeniyle antiretroviral tedavi (ART) alan ve depremi yaşayan hastaların deprem sonrası ART uyumunun ve tedavi uyumunu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışmamız kesitsel tipte bir anket çalışmasıdır. Çalışmaya HIV tanısıyla takip edilen, ART alan ve depremi yaşayan 98 hasta dâhil edilmiştir. Katılımcılara sosyodemografik-klinik özelliklerini içeren anket, İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (İUBÖ) ve Boratav Depresyon Tarama Ölçeği (Bordepta) uygulandı.

**Bulgular:** Çalışmaya katılanların yaş ortalaması  $41,3 \pm 12,7$  olup, %78,6'sı erkekti. Hastaların deprem öncesi ve sonrası İUBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p=0,088$ ). Katılımcıların %75,5'i deprem sonrası ilacına hiç ara vermediğini belirtti. Çoklu partneri olanlarda, çocuğu olmayanlarda ve ko-enfeksiyonu bulunanlarda ilaç uyumu anlamlı derecede düşük bulundu (sırasıyla  $p=0,013$ ,  $p=0,029$ ,  $p=0,015$ ). Ayrıca maddi kayıp yaşayanlarda ve depresyon ölçeği puanı yüksek olanlarda da ilaç uyumu daha düşüktü (her ikisi için  $p < 0,001$ ). İleri yaş ( $p=0,012$ ) ve evin hasarsız olması ( $p=0,010$ ) daha yüksek tedavi uyumu ile ilişkili bulundu. Deprem sonrası tedavi uyumu ile depresyon puanı arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı ( $r=-0,372$ ,  $p < 0,001$ ).

**Sonuç:** HIV tanılı bireylerin tedavi uyumunu etkileyen faktörlerin bilinmesi, klinisyenlere özellikle doğal afet sonrası risk altındaki hastaları belirlemede ve gerekli müdahaleleri planlamada yardımcı olur. Bu çalışma, afet durumlarında hastaların tedavilerinin aksamaması için özel stratejiler geliştirilmesinin önemini vurgulamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, Deprem, tedavi uyumu

SS-23

## HIV Enfeksiyonunda Klinik ve Epidemiyolojik Özelliklerin 20 Yıllık Retrospektif Analizi: Tek Merkez Deneyimi

**Hatice Çolak<sup>1</sup>, İlker İnanç Balkan<sup>1</sup>, Sibel Yıldız Kaya<sup>1</sup>, Rıdvan Karaali<sup>1</sup>, Neşe Saltoğlu<sup>1</sup>, Gökhan Aygün<sup>1</sup>, Bilgöl Mete<sup>1</sup>, Fehmi Tabak<sup>1</sup>**

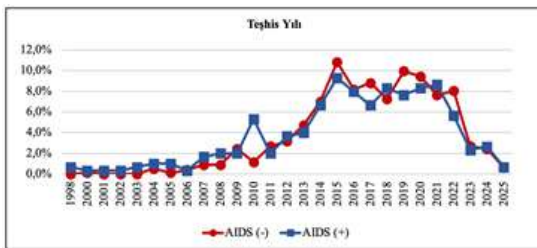
<sup>1</sup>*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** HIV enfeksiyonu, tanımlandığı 1980’li yıllardan bu yana küresel ölçekte önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Antiretroviral tedavilerin (ART) klinik kullanıma girmesiyle enfeksiyon, ölümcül bir hastalıktan yönetilebilir kronik bir duruma dönüşmüştür. Ancak tanıda gecikme, tedaviye erişim eşitsizlikleri ve artan insidans oranları, mücadelenin sürmekte olduğunu göstermektedir. Türkiye, Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi verilerine göre son on yılda yeni HIV tanılarında istikrarlı artış gösteren ülkeler arasındadır. Bu durum, ülkemizdeki HIV ile yaşayan popülasyonun demografik özelliklerinin, bulaş yollarının ve klinik sonuçlarının anlaşılmasını, ulusal sağlık politikalarına ve önleme stratejilerine yön verebilmek adına düzenli olarak değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu çalışmanın amacı, HIV ile enfekte 1085 hastadan oluşan kohortun klinik ve epidemiyolojik özelliklerini tanımlamak; demografik veriler, bulaş yolları, tanı anındaki immün durumu ve mortalite oranlarını inceleyerek Türkiye’deki HIV epidemisine katkı sağlamaktır.

**Gereç ve Yöntemler:** Bu retrospektif çalışma, 2005–2025 yılları arasında HIV enfeksiyonu tanısı ile izlenen 18 yaş ve üzeri 1085 hastayı kapsamaktadır. Eksik verisi olan ve düzenli izlemi yapılmamış olgular dışlanmıştır. Demografik, klinik ve laboratuvar verileri hastane bilgi sistemi ve hasta dosyalarından elde edilmiştir. İstatistiksel analizler SPSS 28.0 ile yapılmış,  $p < 0.05$  anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması  $44,6 \pm 12,6$  yıl, %88,3’ü erkektir. En sık bulaşma yolları heteroseksüel temas (%31,8) ve homoseksüel (%20,9) olarak saptanmıştır. Tanı anında olguların %27,7’sinin CD4 sayıları  $< 200$  hücre/ $\text{mm}^3$  idi. Bu grupta yaş ortalaması anlamlı olarak daha yüksek olarak saptandı (49,7 yıl;  $p < 0,001$ ). Uzun dönem ( $> 10$  yıl) ART altında virolojik başarı oranı ( $< 45$  kopya/ml) %93,6, mortalite oranı genel olarak %5,7, AIDS grubunda %11,7, AIDS olmayan grupta %3,4 olarak bulunmuştur ( $p < 0,001$ ).

### Zamansal Dağılım



Olguların HIV Tanı Yılına ve Başvuru Anındaki Evreye (AIDS ve Non-AIDS) Göre Dağılımı (n=1085)

olguların zamansal dağılımı





# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

4-7 ARALIK 2025

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



### Bulaş Yolu

|                       | AIDS (-) (n:784) |        | AIDS (+) (n:301) |        | p                  |
|-----------------------|------------------|--------|------------------|--------|--------------------|
|                       | n                | %      | n                | %      |                    |
| <b>Bulaş Yolu</b>     |                  |        |                  |        |                    |
| MSM                   | 185              | 23,60% | 42               | 14,00% | 0,000 <sup>X</sup> |
| Heteroseksüel         | 243              | 31,00% | 102              | 33,90% | 0,360 <sup>X</sup> |
| Biseksüel             | 55               | 7,00%  | 13               | 4,30%  | 0,101 <sup>X</sup> |
| Kan Yolu, Transfüzyon | 16               | 2,00%  | 7                | 2,30%  | 0,771 <sup>X</sup> |
| Diğer (Diş Çekimi)    | 9                | 1,10%  | 4                | 1,30%  | 0,806 <sup>X</sup> |
| Belirtilmemiş         | 276              | 35,20% | 133              | 44,20% | 0,006 <sup>X</sup> |

<sup>X</sup> Ki-kare test (Fischer test)

### AIDS vs. Non-AIDS grupta Bulaş Yolu karşılaştırması

#### İmmun ve Virolojik Değerlendirme

|                |                    | n   | %     |
|----------------|--------------------|-----|-------|
|                |                    |     |       |
| <b>CD4</b>     | <50                | 103 | 9,5%  |
|                | <100               | 66  | 6,1%  |
|                | <200               | 132 | 12,2% |
|                | 200-349            | 253 | 23,3% |
|                | 350-500            | 239 | 22,0% |
|                | >500               | 292 | 26,9% |
| <b>HIV-RNA</b> | <100.000           | 471 | 43,4% |
|                | 100 Bin - 1 Milyon | 421 | 38,8% |
|                | >1 Milyon          | 175 | 16,1% |
|                | Bilgi Yok          | 18  | 1,7%  |

### Mortalite

|                 | AIDS (-) (n:784) |       | AIDS (+) (n:301) |       | p                  |
|-----------------|------------------|-------|------------------|-------|--------------------|
|                 | n                | %     | n                | %     |                    |
| <b>ÖLÜM (-)</b> | 756              | 96,6% | 264              | 88,3% | 0,000 <sup>X</sup> |
| <b>(+)</b>      | 27               | 3,4%  | 35               | 11,7% |                    |

<sup>X</sup> Ki-kare test

**Sonuç:** Kohortun büyük çoğunluğu genç-orta yaş, erkek bireylerden oluşmaktadır. ART'ye erişime rağmen, ileri evre hastaların (AIDS) %68,1'i 2015-2025 (son on yıl) döneminde başvurmuştur. Başvuru anında hastaların yarısından fazlası (%51.1) geç başvuru (CD4 < 350 hücre/mm<sup>3</sup>) hastalar idi. İleri evrede başvuranlarda mortalite yüzdesi, diğerlerine göre 3 kat daha yüksek olarak bulunmuştur. Uzun süreli ART kullanımı, yüksek virolojik baskılanma ve CD4/CD8 oranında düzelme ile tedavinin etkinliğini kanıtlamıştır. MSM grubunda daha düşük geç tanı oranları saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Epidemiyoloji, HIV/AIDS, MSM

### SS-24

#### HIV Enfeksiyonunda Geç Tanının Klinik Seyir, Bağışıklık Yanıtı ve Virolojik Başarı Üzerine Etkisi

**Nadide Ergün<sup>1</sup>, Gürsel Ersan<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>İzmir Şehir Hastanesi

<sup>2</sup>İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** HIV enfeksiyonunda erken tanı ve tedavi, bağışıklık sisteminin korunması ve uzun dönem sağkalım açısından kritik öneme sahiptir. Ancak birçok birey ileri evrede tanı almakta, bu durum fırsatçı enfeksiyon, hastaneye yatış ve mortalite riskini artırmaktadır. Bu çalışmada erken ve geç tanı alan HIV enfeksiyonlu bireylerde klinik, immünolojik ve virolojik yanıtların karşılaştırılması, geç tanının tedavi başarısı üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** 2012–2019 yılları arasında HIV tanısı almış, en az 12 ay antiretroviral tedavi (ART) kullanan 200 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar tanı anındaki CD4+ T lenfosit düzeyine göre üç gruba ayrıldı: erken tanı ( $CD4 > 350$  hücre/ $mm^3$ ), geç tanı 1 ( $200-350$  hücre/ $mm^3$ ) ve geç tanı 2 ( $< 200$  hücre/ $mm^3$ ). Demografik veriler, bulaş yolu, laboratuvar parametreleri, fırsatçı enfeksiyonlar, hastaneye yatış ve mortalite oranları değerlendirildi. Virolojik başarısızlıkla ilişkili faktörler lojistik regresyonla incelendi.

**Bulgular:** Hastaların %61,5'i geç tanı grubundaydı. Geç tanı alanlarda yaş daha yüksek, eğitim düzeyi düşük ve heteroseksüel bulaş oranı fazlaydı (Tablo 1). Tanı anında CD4 ve CD4/CD8 oranları düşük, HIV RNA düzeyi yüksekti (Tablo 2). ART sonrası 6. ayda genel virolojik baskılanma oranı %85,5 iken geç tanı grubunda %77,1'de kaldı. Başlangıç CD4 düzeyi 143 hücre/ $mm^3$  olan geç tanı 2 grubunda 12. ay sonunda ortalama CD4 düzeyi 459'a ulaşsa da erken tanı grubunun 783 hücre/ $mm^3$  değerine erişilemedi. CD4/CD8 oranı tüm gruplarda artış göstermesine rağmen hiçbirinde 1'in üzerine çıkmadı. Fırsatçı enfeksiyon oranı erken tanıda %3,4 iken geç tanı 2 grubunda %19,5'ti. Hastaneye yatış oranı %27, mortalite oranı %5,5 olarak bulundu (Tablo 3). Virolojik başarısızlık düşük CD4 sayısı, düşük CD4/CD8 oranı ve fırsatçı enfeksiyonla ilişkiliydi (Tablo 4). 2015 sonrası INSTI-temelli tedavi başlananlarda virolojik başarısızlık riski %61 azaldı (OR:0,39; p=0,039) (Tablo 5).

Tablo 1: Hastaların demografik ve epidemiyolojik özellikleri

| Özellik                    | Erken Tanı | Geç Tanı 1 | Geç Tanı 2 | p değeri |
|----------------------------|------------|------------|------------|----------|
| Ortalama Yaş(yıl)          | 34,6       | 39,2       | 46,2       | <0,001   |
| Erkek cinsiyet(%)          | 91,4       | 87,7       | 85,7       | 0,43     |
| Eğitim $\leq$ ortaokul (%) | 43,1       | 56,9       | 71,4       | <0,001   |
| Heteroseksüel bulaş (%)    | 41,4       | 53,8       | 59,7       | 0,02     |
| Evli(%)                    | 67,2       | 55,4       | 42,9       | 0,004    |

Erken ve geç tanı gruplarında yaş, eğitim düzeyi, bulaş yolu ve medeni durum karşılaştırılmıştır.

Tablo 2. İmmünolojik ve virolojik parametreler

| Parametre                              | Erken Tanı | Geç Tanı 1 | Geç Tanı 2 | p değeri |
|----------------------------------------|------------|------------|------------|----------|
| Başlangıç CD4 (medyan, hücre/ $mm^3$ ) | 512        | 328        | 143        | <0,001   |
| 12. ay CD4 (medyan, hücre/ $mm^3$ )    | 783        | 603        | 459        | <0,001   |
| CD4/CD8 oranı (12. ay)                 | 0,86       | 0,61       | 0,41       | <0,001   |
| HIV RNA <50 kopya/mL (%)               | 89,6       | 84,3       | 76,4       | 0,037    |

CD4+ T lenfosit düzeyleri ve CD4/CD8 oranları 0. ve 12. aylarda değerlendirilmiştir.

Tablo 3. Klinik sonuçlar

| Klinik Sonuç                | Erken Tanı | Geç Tanı 1 | Geç Tanı 2 | p değeri |
|-----------------------------|------------|------------|------------|----------|
| Fırsatçı enfeksiyon (%)     | 3,4        | 7,6        | 19,5       | <0,001   |
| 12 ayda hastaneye yatış (%) | 5,2        | 13,8       | 27,3       | <0,001   |
| Mortalite (%)               | 0          | 1,5        | 9,1        | 0,002    |

Fırsatçı enfeksiyon, yatış ve mortalite oranları gruplar arasında karşılaştırılmıştır.

Tablo 4. Virolojik yanıtla ilişkili faktörler

| Değişken                             | Virolojik Baskılanma Var | Yok  | p değeri |
|--------------------------------------|--------------------------|------|----------|
| CD4 (medyan, hücre/mm <sup>3</sup> ) | 341                      | 183  | 0,014    |
| CD4/CD8 oranı                        | 0,54                     | 0,34 | 0,042    |
| Fırsatçı enfeksiyon (%)              | 11,1                     | 38,5 | 0,011    |
| ART başlama yılı ≤2015 (%)           | 38,6                     | 69,2 | 0,033    |

CD4 sayısı, CD4/CD8 oranı, fırsatçı enfeksiyon ve ART yılına göre virolojik yanıt değerlendirilmiştir.

Tablo 5. Lojistik regresyon analizi – Virolojik başarısızlıkla ilişkili faktörler

| Değişken                       | OR (95% GA)       | p değeri |
|--------------------------------|-------------------|----------|
| CD4 <200 hücre/mm <sup>3</sup> | 2,67 (1,12–6,33)  | 0,028    |
| CD4/CD8 <0,4                   | 2,31 (1,08–4,96)  | 0,031    |
| Fırsatçı enfeksiyon varlığı    | 3,45 (1,17–10,17) | 0,025    |
| ART başlama yılı ≥2015         | 0,39 (0,16–0,95)  | 0,039    |

Lojistik regresyon analizinde düşük CD4, düşük CD4/CD8 oranı ve fırsatçı enfeksiyon bağımsız risk faktörleri olarak bulunmuştur.

**Sonuç:** Bulgular, Türkiye’de HIV enfeksiyonunda geç tanının hâlen yaygın olduğunu göstermektedir. Tanı sırasında ileri immünsüpresyon varlığı, toplumda farkındalık ve test erişiminin yetersiz olduğunu düşündürmektedir. CD4/CD8 oranının düşük kalması, kalıcı immün aktivasyon ve sınırlı bağışıklık toparlanmasıyla ilişkilidir. Erken ART başlanması yalnızca viral baskılanmayı değil, immün restorasyonu da belirgin şekilde iyileştirmektedir. 2015 sonrası dönemde INSTI-temelli rejimlerin daha etkin olması, tedavi başarısında önemli bir ilerleme sağlamıştır. Geç tanı alan HIV hastalarında fırsatçı enfeksiyon, hastaneye yatış ve mortalite oranları erken tanı hastalara göre anlamlı olarak artmıştır. Erken tanı ve hızlı ART başlanması, klinik sonuçları iyileştirmekte ve sağkalımı artırmaktadır. CD4/CD8 oranının izlenmesi, uzun dönem immün yanıtın değerlendirilmesinde yararlı bir göstergedir. Tanıya geç gelen bireylerde farkındalık programları ve erken test stratejilerinin yaygınlaştırılması, HIV epidemisinin kontrolünde temel halk sağlığı önceliği olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV enfeksiyonu; geç tanı; antiretroviral tedavi; bağışıklık yanıtı; CD4/CD8 oranı

SS-25

### 3. Basamak Sağlık Kuruluşunda Takip Edilen HIV ile Yaşayan Mahkûm Bireylerin Demografik ve Klinik Özellikleri, Komorbiditeleri ve Tedavi Sonuçları: Tek Merkez Deneyimi

**Semanur Kuzi<sup>1</sup>, Nesibe Korkmaz<sup>1</sup>, Dilek Bulut<sup>1</sup>, Büşra Tükenmez<sup>1</sup>, Sedef Karaman<sup>2</sup>, Gönül Çiçek Şentürk<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Etlik Şehir Hastanesi

<sup>2</sup>Ankara Ceza İnfaz Kurumları Kampüs Devlet Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Human Immunodeficiency Virus (HIV), dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. HIV ile yaşayan mahkûm bireylerde; komorbiditeler, koenfeksiyonlar, fırsatçı enfeksiyonlar ve antiretroviral tedaviye (ART) uyum sorunları gibi sağlık problemleri söz konusudur. Bu çalışmada, hastanemizde takip edilen HIV ile yaşayan mahkûm bireylerin demografik ve klinik özelliklerinin ortaya konulması ve ART tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Bu çalışma, 01.01.2023–01.10.2025 tarihleri arasında hastanemizde HIV tanısı ile takip edilen mahkûm bireyleri kapsamaktadır. Demografik veriler, klinik özellikler, laboratuvar sonuçları ve tedavilere ilişkin bilgiler hastane bilgi sistemi ve takip dosyalarından elde edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmamıza HIV ile yaşayan toplam 79 mahkûm birey dâhil edilmiştir. Katılımcıların medyan yaşı 33 (20–65) yıl olup, %98,7'si (n=78) erkektir. Uyruk dağılımına göre katılımcıların %79,7'si (n=63) Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı, %20,3'ü (n=16) ise yabancı uyrukludur. Yabancı uyrukluların çoğunluğunu Kolombiya (n=3) ve Türkmenistan (n=3) kökenli bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların %22,8'i (n=18) evlidir. Sigara, alkol ve madde kullanımıyla ilgili verilerine ulaşılan 30 bireyin %83,3'ünde (n=25) sigara, %63,3'ünde (n=19) alkol ve %40'ında (n=12) uyuşturucu madde kullanma öyküsü mevcuttur. Bireylerin %17,7'sinde (n=14) en az bir komorbidite bulunmaktadır. Tanı anındaki verilerine ulaşılabilen 37 bireyde medyan CD4 sayısı 240(14–642) hücre/mm<sup>3</sup> olarak saptanmıştır; bu bireylerin %32,4'ünde (n=12) CD4 < 200 hücre/mm<sup>3</sup>'dir. Tanı anındaki medyan CD4/CD8 oranı 0,30 (0,03–0,70) olarak bulunmuştur. Medyan viral yük ise 210.000 (5.810–11.400.000) IU/mL'dir. Tanı sırasında sekiz bireyde (%21,6) fırsatçı enfeksiyon saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilen bireylerin %6,3'ünde (n = 5) HBV ve %6,3'ünde (n = 5) HCV koenfeksiyonu vardır. Sifiliz seropozitifliği %29,1 (n=23) oranında saptanmıştır. Bireylerin dördünde (%5,1) geçirilmiş tüberküloz öyküsü bulunurken, ikisinde (%2,5) tanı sırasında aktif tüberküloz enfeksiyonu tespit edilmiştir. Tanıdan itibaren geçen süre medyan 2 yıldır (0–11 yıl). İzlem süresince bir bireyde (%1,2) mortalite gözlenmiştir. Katılımcıların %98,7'sine (n=78) ART başlanmıştır (Tablo 1). Dört birey takibini başka merkezde sürdürmüştür. En az bir yıl ART kullanan 70 bireyin %94,2'sinde (n=66) viral süpresyon sağlanmış; viral süpresyon sağlanamayan dört bireyde (%5,7) direnç saptanmamış olup sorun ART uyumsuzluğu ile ilişkilendirilmiştir.

Tablo 1. Antiretroviral tedavi (ART) rejimlerinin dağılımı

| Antiretroviral Tedavi Rejimi | n  | %    |
|------------------------------|----|------|
| BIC/FTC/TAF                  | 47 | 60,3 |
| TDF/FTC/DTG                  | 17 | 21,8 |
| 3TC/DTG                      | 9  | 11,5 |
| ABC/3TC/DTG                  | 3  | 3,8  |
| TDF/FTC/RAL                  | 1  | 1,3  |
| TDF/FTC/EFV                  | 1  | 1,3  |
| Toplam                       | 78 | 100  |

BIC: Biktegravir; FTC: Emtrisitabin; TAF: Tenofovir alafenamid; TDF: Tenofovir disoproksil fumarat; DTG: Dolutegravir; 3TC: Lamivudin; ABC: Abakavir; RAL: Raltegravir; EFV: Efavirenz



# HIV/AIDS 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



**Sonuç:** Bu çalışma, HIV ile yaşayan mahkûm bireylerde geç tanının ve koenfeksiyonların önemli düzeyde görüldüğünü göstermiştir. Etkin ART ile viral süpresyon oranlarının iyi düzeyde olması olumlu bir bulgu olmakla birlikte, tedavi sürekliliği ve uyum çok önemlidir. Bu nedenle HIV ile yaşayan mahkûm bireylerde erken tanı stratejilerinin güçlendirilmesi, ayrıca bireylerin düzenli takibi ve zamanında tıbbi bakıma erişimlerinin sağlanması HIV yönetimi için kritik öneme sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, Antiretroviral tedavi, mahkumlar, koenfeksiyon



### SS-26

## Kronik İnflamasyonun Yeni Göstergeleri: HIV Enfeksiyonunda CD4/CD8 Oranı ile SII ve NLR Arasındaki Negatif Korelasyon ve HDL'nin Koruyucu Rolü

**Yeliz Özdemir<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>İzmir Şehir Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** HIV enfeksiyonunda kalıcı viral replikasyon ve mikrobiyal translokasyon, etkin antiretroviral tedavi altında dahi sürebilen kronik inflamasyon ve immün aktivasyon ile ilişkilidir. Bu süreç, immünylaşmayı hızlandırmakta, kardiyovasküler ve neoplastik sonuçlar dahil geniş bir morbidite yelpazesine katkıda bulunmaktadır. CD4/CD8 oranı, immün restorasyonun ve uzun dönem prognozun önemli bir belirtecidir; düşük oran, kalıcı immün aktivasyon ve kötü klinik sonuçlarla ilişkilendirilmektedir. Klinik pratikte inflamasyonu kantitatif olarak izlemek için tam kan parametrelerinden türetilen nötrofil/lenfosit oranı (NLR) ve sistemik inflamasyon indeksi (SII =  $PLT \times NEU / LYM$ ) gibi kolay ve maliyet-etkin göstergeler yaygınlaşmıştır. Bu çalışmada amaç kronik HIV enfeksiyonunda kronik inflamasyonun sistemik inflamasyon indeksleri (SII, NLR), immün iyileşme (CD4/CD8 oranı) ve metabolik parametrelerle ilişkisini değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntemler:** Retrospektif çalışmamızda 61 HIV ile yaşayan birey değerlendirildi. Demografik özellikler, laboratuvar parametreleri kaydedildi. Sistemik inflamasyon indeksleri hesaplandı. İstatistiksel analizlerde korelasyon, t-testi ve lineer regresyon kullanıldı.

**Bulgular:** Çalışma popülasyonunun yaş ortalaması  $35.2 \pm 12.4$  yıl olup %91.8'i erkekti. CD4/CD8 oranı ile SII ( $r = -0.42$ ,  $p = 0.001$ ) ve NLR ( $r = -0.38$ ,  $p = 0.003$ ) arasında anlamlı negatif korelasyon saptandı. HDL kolesterol ile immün parametreler arasında anlamlı ilişkiler gözlemlendi. HDL ile CD4/CD8 oranı arasında pozitif korelasyon ( $r = 0.38$ ,  $p = 0.003$ ), HDL ile başlangıç CD4 sayısı arasında pozitif korelasyon ( $r = 0.42$ ,  $p = 0.001$ ) ve HDL ile SII arasında negatif korelasyon ( $r = -0.27$ ,  $p = 0.036$ ) saptandı. Ölen hastalarda CD4/CD8 oranı anlamlı derecede düşük ( $0.11$  vs  $0.74$ ,  $p = 0.028$ ), SII ise anlamlı derecede yüksekti ( $1420$  vs  $862$ ,  $p = 0.045$ ). Çok değişkenli analizde SII, NLR ve HDL'nin CD4/CD8 oranı üzerinde bağımsız etkileri olduğu belirlendi.

TABLO 1: Hastaların demografik özellikleri

| Demografik Özellikler  | Hasta sayısı (n=61) |
|------------------------|---------------------|
| Cinsiyet (Erkek/Kadın) | 56/5 (%91.8/%8.2)   |
| Tedavi Dağılımı        |                     |
| TDF/FTC+DTG            | 28 (%45.9)          |
| TAF/FTC/BIC            | 30 (%49.2)          |
| DTG-LAM                | 3 (%4.9)            |
| Mortalite              | 3 (%4.9)            |

TABLO 2: Laboratuvar Parametrelerinin Tanımlayıcı İstatistikleri

|                                | Ortalama $\pm$ SS     | Minimum | Maksimum  |
|--------------------------------|-----------------------|---------|-----------|
| HIV RNA (kopya/mL)             | $354,000 \pm 602,000$ | 772     | 4,400,000 |
| Başlangıç CD4 (hücre/ $\mu$ L) | $384 \pm 251$         | 5       | 939       |
| CD4/CD8 Oranı                  | $0.71 \pm 0.59$       | 0.01    | 2.67      |
| SII                            | $875 \pm 476$         | 123     | 2,42      |
| NLR                            | $2.31 \pm 1.18$       | 0.67    | 6.12      |
| HDL (mg/dL)                    | $39.2 \pm 14.8$       | 7       | 91        |

|                          |          |    |     |
|--------------------------|----------|----|-----|
| Total Kolesterol (mg/dL) | 152 ± 42 | 70 | 297 |
| LDL (mg/dL)              | 85 ± 37  | 22 | 315 |

TABLO 3: Korelasyon Analizleri

| Parametre Çifti     | r değeri | p değeri |
|---------------------|----------|----------|
| CD4/CD8 - SII       | -0.42    | 0.001    |
| CD4/CD8 - NLR       | -0.38    | 0.003    |
| HDL - CD4/CD8       | 0.38     | 0.003    |
| HDL - Başlangıç CD4 | 0.42     | 0.001    |
| HDL - SII           | -0.27    | 0.036    |
| HDL - HIV RNA       | -0.25    | 0.052    |

TABLO 4: Sağ Kalan ve Ölen Hasta Gruplarının Karşılaştırılması

| Parametre                | Sağ Kalım (n=58) | Ölüm (n=3)  | p değeri |
|--------------------------|------------------|-------------|----------|
| CD4/CD8 oranı            | 0.74 ± 0.60      | 0.11 ± 0.09 | 0.028    |
| SII                      | 862 ± 484        | 1,420 ± 312 | 0.045    |
| NLR                      | 2.28 ± 1.17      | 3.27 ± 1.45 | 0.132    |
| HDL (mg/dL)              | 41 ± 19          | 31 ± 12     | 0.321    |
| Total Kolesterol (mg/dL) | 153 ± 42         | 137 ± 35    | 0.543    |

TABLO 4: Sağ Kalan ve Ölen Hasta Gruplarının Karşılaştırılması

| Parametre                | Sağ Kalım (n=58) | Ölüm (n=3)  | p değeri |
|--------------------------|------------------|-------------|----------|
| CD4/CD8 oranı            | 0.74 ± 0.60      | 0.11 ± 0.09 | 0.028    |
| SII                      | 862 ± 484        | 1,420 ± 312 | 0.045    |
| NLR                      | 2.28 ± 1.17      | 3.27 ± 1.45 | 0.132    |
| HDL (mg/dL)              | 41 ± 19          | 31 ± 12     | 0.321    |
| Total Kolesterol (mg/dL) | 153 ± 42         | 137 ± 35    | 0.543    |

TABLO 4: Sağ Kalan ve Ölen Hasta Gruplarının Karşılaştırılması

| Parametre                | Sağ Kalım (n=58) | Ölüm (n=3)  | p değeri |
|--------------------------|------------------|-------------|----------|
| CD4/CD8 oranı            | 0.74 ± 0.60      | 0.11 ± 0.09 | 0.028    |
| SII                      | 862 ± 484        | 1,420 ± 312 | 0.045    |
| NLR                      | 2.28 ± 1.17      | 3.27 ± 1.45 | 0.132    |
| HDL (mg/dL)              | 41 ± 19          | 31 ± 12     | 0.321    |
| Total Kolesterol (mg/dL) | 153 ± 42         | 137 ± 35    | 0.543    |



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



TABLO 5: CD4/CD8 Oranını Etkileyen Faktörler (Çok Değişkenli Analiz)

| Bağımsız Değişken | Beta Katsayısı | p değeri |
|-------------------|----------------|----------|
| SII               | -0.0003        | 0.018    |
| NLR               | -0.104         | 0.028    |
| HDL               | 0.013          | 0.004    |
| YAŞ               | -0.006         | 0.132    |

**Sonuç:** CD4/CD8 oranı ile sistemik inflamasyon belirteçleri arasındaki negatif korelasyon, HIV enfeksiyonunda immün iyileşme ile kronik inflamasyonun ters ilişkili olduğunu göstermektedir. HDL kolesterolün immün iyileşme ile pozitif, sistemik inflamasyon ile negatif korelasyon göstermesi, HDL'nin HIV enfeksiyonunda koruyucu rolü olabileceğini düşündürmektedir. SII, NLR ve HDL'nin kronik inflamasyonun değerlendirilmesinde pratik belirteçler olarak kullanılabileceği önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, kronik inflamasyon, CD4/CD8 oranı, sistemik inflamasyon indeksi, nötrofil/lenfosit oranı, HDL kolesterol

SS-27

### HIV ile Yaşayan Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Belirleyicileri: Türkiye'den Tek Merkez Deneyimi

Merve Nur Filiz<sup>1</sup>, İlkay Akbulut<sup>1</sup>, Zeynep Sedef Varol<sup>2</sup>, Aygül Ordu<sup>1</sup>, Sarp Singil<sup>3</sup>, İlker Ödemiş<sup>1</sup>, Sabri Atalay<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İzmir, Türkiye

<sup>2</sup>İzmir Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı, İzmir, Türkiye

<sup>3</sup>Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Tokat, Türkiye

**Giriş ve Amaç:** HIV ile yaşayan bireylerde (PLWH) etkili antiretroviral tedavi (ART) sayesinde beklenen yaşam ömrü uzamakta ve klinik öncelikler sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (HRQoL) gibi birey odaklı sonuçlara kaymaktadır. PozQoL ölçeği, PLWH arasında HRQoL'u değerlendirmek amacıyla özel olarak geliştirilmiş, güçlü psikometrik özellikler göstermiş ve uluslararası düzeyde kabul görmüştür. Bu çalışma Türkiye'den güncel ve gerçek yaşam PLWH kohortunda PozQoL toplam ve alt alan puanlarını tanımlamayı, ayrıca HRQoL ile demografik, klinik, davranışsal ve tedaviye ilişkin faktörler arasındaki ilişkileri değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

**Gereç ve Yöntemler:** Mayıs–Ağustos 2025 tarihleri arasında İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde yürütülen kesitsel çalışmaya 299 PLWH dahil edilmiştir. HRQoL, 13 maddeden oluşan 5'li Likert tipi PozQoL ölçeği ile değerlendirilmiştir. Ölçek, PLWH'de yaşam kalitesinin çok boyutlu bir değerlendirmesini sağlayan bir pozitif alan (psikolojik) ve üç negatif alandan (sosyal, sağlık sorunları ve işlevsel) oluşmaktadır. İstatistiksel analizler SPSS 27 ile yapılmış; gruplar arası karşılaştırmalarda ki-kare, t-testi/Mann-Whitney U testi kullanılmış olup istatistiksel anlamlılık için  $p < 0.05$  anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya 299 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların demografik ve klinik özellikleriyle beraber tedaviye bağlı faktörleri Tablo 1'de, PLWH'lerin tanımlayıcı istatistikleri Tablo 2'de ve katılımcılar arasında en yüksek ve en düşük ortalama puanlar, alan düzeyinde puan ortalamaları, ortalama olumsuz test puanı ve toplam test puanı Tablo 3'te gösterilmiştir. Sosyodemografik değişkenler arasında cinsiyet, olumlu alan ile ilişkili bulunmuş; erkek katılımcıların puanları kadın ve LGBT+ bireylere kıyasla daha yüksek saptanmıştır. Evli katılımcılar bekâr, boşanmış/dul olanlara göre PozQoL toplam puan ve olumlu alan puanında anlamlı düzeyde daha yüksek puan bildirmiştir. Sosyodemografik gruplar arasında olumsuz alan puanlarında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Komorbiditesi ve polifarmasisi olan katılımcılar, komorbiditesi ve polifarmasisi olmayanlara kıyasla olumlu alan puanlarında anlamlı düzeyde daha düşük puan bildirmiştir. Komorbiditeler incelendiğinde depresyonu olan katılımcıların toplam PozQoL puanları, psikolojik ve sosyal alan puanları anlamlı derecede düşük saptanırken diabetes mellitus ve malignite daha düşük sağlık sorunları alan puanı ile ilişkilendirilmiştir. PozQoL skorlarının sosyodemografik özellikler, komorbiditeler ve HIV ile ilişkili değerlendirilmesi Tablo 4 ve 5'te gösterilmiştir.

Tablo 1. Demografik, Klinik Özellikler ve Tedaviye Bağlı Faktörler

| Değişken        | n (%)      |
|-----------------|------------|
| Cinsiyet        |            |
| Erkek           | 264 (88,3) |
| Kadın           | 26 (8,7)   |
| LGBT+           | 9 (3,0)    |
| Eğitim Seviyesi |            |
| İlkokul ve altı | 94 (31,4)  |
| Ortaokul/Lise   | 114 (38,1) |

|                       |            |
|-----------------------|------------|
| Üniversite ve üstü    | 91 (30,4)  |
| Medeni Durum          |            |
| Evli                  | 98 (32,8)  |
| Bekar                 | 166 (55,5) |
| Boşanmış/Dul          | 35 (11,7)  |
| <b>Çalışma Durumu</b> |            |
| Çalışıyor             | 220 (73,6) |
| Emekli                | 28 (9,4)   |
| İşsiz                 | 39 (13,0)  |
| Öğrenci               | 12 (4,0)   |
| Sigara Kullanımı      | 210 (70,2) |
| Alkol Kullanımı       |            |
| Evet                  | 95 (31,8)  |
| Hayır                 | 144 (48,2) |
| Sosyal                | 60 (20,1)  |
| Madde Kullanımı       | 51 (17,1)  |
| Bulaş Yolu            |            |
| Heteroseksüel         | 118 (39,5) |
| MSM                   | 151 (50,5) |
| Bilinmiyor            | 30 (10,0)  |

Tablo 1. Devamı

|                       |           |
|-----------------------|-----------|
| Değişkenler           | n (%)     |
| Komorbiditeler        |           |
| Hipertansiyon         | 25 (8,4)  |
| Diabetes Mellitus     | 21 (7,0)  |
| Dislipidemi           | 34 (11,4) |
| Osteopeni             | 22 (7,4)  |
| Osteoporoz            | 9 (3,0)   |
| Migren                | 2 (0,7)   |
| Depresyon             | 46 (15,4) |
| Anksiyete             | 5 (1,7)   |
| Panik Bozukluk        | 3 (1,0)   |
| KOAH                  | 9 (3,0)   |
| Malignite             | 10 (3,3)  |
| Tüberküloz            | 3 (1,0)   |
| Bipolar Hastalık      | 6 (2,0)   |
| Dermatolojik Hastalık | 4 (1,3)   |
| Hepatit B/C           | 14 (4,7)  |
| Polifarmasi           |           |
| Takviye edici ilaç    | 11 (3,7)  |
| Psikiyatrik ilaç      | 39 (13,0) |



|                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| Antilipidemik ilaç               | 23 (7,7)   |
| Kardiyovasküler ilaç             | 32 (10,7)  |
| Antidiabetik ilaç                | 16 (5,4)   |
| Proton pompa inhibitörü          | 15 (5,0)   |
| Nonsteroid antiinflamatuvar ilaç | 2 (0,7)    |
| Hormon takviyesi                 | 3 (1,0)    |
| HIV Evrelemesi (WHO)             |            |
| Evre 1 (>500)                    | 70 (26,6)  |
| Evre 2 (350-499)                 | 69 (26,2)  |
| Evre 3 (200-349)                 | 69 (26,2)  |
| Evre 4 (<200)                    | 55 (20,9)  |
| ART Rejimleri                    |            |
| B-F-TAF                          | 135 (45,2) |
| TDF-FTC-DTG                      | 85 (28,4)  |
| DTG-3TC                          | 33 (11,0)  |
| ABC-3TC-DTG                      | 28 (9,4)   |
| Diğer                            | 18 (6,0)   |

Tablo 2. HIV ile Yaşayan Bireylerin Klinik ve Demografik Sürekli Değişkenlerinin Tanımlayıcı Özellikleri

| Değişken                  | N (sayı) | Minimum | Maksimum | Ortalama±SS    | Medyan | 25<br>Persentil | 75 Percentil |
|---------------------------|----------|---------|----------|----------------|--------|-----------------|--------------|
| Yaş (yıl)                 | 299      | 20      | 76       | 39.02±11.76    | 34     | 34              | 50           |
| Komorbidite sayısı        | 299      | 0       | 7        | 0.93±1.25      | 1      | 0               | 1            |
| HIV tanı süresi (ay)      | 299      | 2       | 252      | 47.85±42.99    | 34     | 16              | 71           |
| ART süresi (ay)           | 299      | 2       | 252      | 46.06±40.22    | 34     | 16              | 70           |
| Mevcut HIV RNA (kopya/mL) | 299      | 0       | 87500    | 313.04±5068.83 | 0      | 0               | 0            |
| CD4 % (mevcut)            | 299      | 8.81    | 63.40    | 34.08±9.28     | 34     | 28.7            | 40.7         |
| CD4 sayısı (hücre/μL)     | 299      | 97      | 1917     | 761.88±305.29  | 719    | 554             | 959          |

Tablo 3. POZQoL Ölçeği Bireysel Madde (S1–S13) ve Alan Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri

| Madde | N (Sayı) | Minimum | Maksimum | Ortalama±SS |
|-------|----------|---------|----------|-------------|
| S1    | 299      | 1       | 5        | 4.17 ± 1.15 |
| S2    | 299      | 1       | 5        | 3.59 ± 1.26 |
| S3    | 299      | 1       | 5        | 3.88 ± 1.36 |
| S4    | 299      | 1       | 5        | 3.66 ± 1.51 |

|                       |     |    |    |               |
|-----------------------|-----|----|----|---------------|
| S5                    | 299 | 1  | 5  | 4.11 ± 1.17   |
| S6                    | 299 | 1  | 5  | 3.66 ± 1.43   |
| S7                    | 299 | 1  | 5  | 3.36 ± 1.45   |
| S8                    | 299 | 1  | 5  | 4.22 ± 1.10   |
| S9                    | 299 | 1  | 5  | 2.89 ± 1.64   |
| S10                   | 299 | 1  | 5  | 3.68 ± 1.44   |
| S11                   | 299 | 1  | 5  | 3.57 ± 1.49   |
| S12                   | 299 | 1  | 5  | 3.07 ± 1.55   |
| S13                   | 299 | 1  | 5  | 3.99 ± 1.26   |
| Psikolojik Alan Puanı | 299 | 4  | 20 | 16.48 ± 3.75  |
| Negatif Alan Puanı    | 299 | 9  | 45 | 31.34 ± 9.44  |
| Toplam Test Puanı     | 299 | 13 | 65 | 47.83 ± 11.83 |
| Sosyal Alan Puanı     | 299 | 3  | 15 | 10.34 ± 3.39  |
| Sağlık Alan Puanı     | 299 | 3  | 15 | 10.01 ± 3.52  |
| İşlevsel Alan Puanı   | 299 | 3  | 15 | 10.99 ± 3.68  |

Tablo 4. HIV ile Yaşayan Bireylerde Sosyodemografik Özelliklere Göre POZQoL Puanlarının Karşılaştırılması

| Değişken             | N (Sayı) | Toplam Puan Ortalama ±SS/ Medyan (Minimum-Maksimum) | p değeri           | Pozitif Alan Ortalama ±SS/ Medyan (Minimum-Maksimum) | p değeri           | Negatif Alan Ortalama ±SS/ Medyan (Minimum-Maksimum) | p değeri           |
|----------------------|----------|-----------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------|--------------------|
| Yaş                  |          |                                                     |                    |                                                      |                    |                                                      |                    |
| <40                  | 166      | 47,6±11,1                                           | 0.745 <sup>a</sup> | 16,4±3,6                                             | 0.725 <sup>a</sup> | 31,2±8,9                                             | 0.785 <sup>a</sup> |
| ≥40                  | 133      | 48,1±12,7                                           |                    | 16,6±3,9                                             |                    | 31,5±10,1                                            |                    |
| Cinsiyet             |          |                                                     |                    |                                                      |                    |                                                      |                    |
| Erkek                | 264      | 48,5 (13,0-65,0)                                    | 0.345 <sup>b</sup> | 18,0 (4,0-20,0)                                      | 0.044 <sup>b</sup> | 32,0 (9,0-45,0)                                      | 0.521              |
| Kadın                | 26       | 46,5 (26,0-65,0)                                    |                    | 15,5 (4,0-20,0)                                      |                    | 32,5 (17,0-45,0)                                     |                    |
| LGBT+                | 9        | 46,0 (27,0-59,0)                                    |                    | 15,0 (8,0-20,0)                                      |                    | 31,0 (14,0-41,0)                                     |                    |
| Eğitim Seviyesi      |          |                                                     |                    |                                                      |                    |                                                      |                    |
| Lise ve altı         | 208      | 48,4±12,3                                           | 0.197 <sup>a</sup> | 16,5±3,9                                             | 0.786 <sup>a</sup> | 31,9±9,8                                             | 0.131 <sup>a</sup> |
| Üniversite ve üstü   | 91       | 46,5±10,7                                           |                    | 16,4±3,3                                             |                    | 30,1±8,4                                             |                    |
| Evlilik Durumu       |          |                                                     |                    |                                                      |                    |                                                      |                    |
| Bekar/ Boşanmış/ Dul | 201      | 46,8±12,0                                           | 0.032 <sup>a</sup> | 16,1±3,9                                             | 0.006 <sup>a</sup> | 30,7±9,5                                             | 0.106 <sup>a</sup> |
| Evli                 | 98       | 49,9±11,2                                           |                    | 17,3±3,4                                             |                    | 32,6±9,1                                             |                    |
| Çalışma Durumu       |          |                                                     |                    |                                                      |                    |                                                      |                    |
| Çalışıyor            | 220      | 48,0±11,9                                           | 0.622 <sup>a</sup> | 16,5±3,6                                             | 0.693 <sup>a</sup> | 31,5±9,5                                             | 0.645 <sup>a</sup> |
| Çalışmıyor           | 79       | 47,3±11,8                                           |                    | 16,3±4,1                                             |                    | 31,0±9,3                                             |                    |

a. Bağımsız örneklem için t-testi kullanıldı. b. Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Değerler, parametrik testler için ortalama ± SS ve parametrik olmayan testler için medyan (minimum-maksimum) olarak sunulur.



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



Tablo 5. HIV ile Yaşayan Bireylerde Klinik ve HIV İlişkili Özelliklere Göre POZQoL Puanlarının Karşılaştırılması

| Değişken    |               | N   | Toplam Puan Ortalama±SS | p değeri           |          | p değeri           |           | p değeri           |
|-------------|---------------|-----|-------------------------|--------------------|----------|--------------------|-----------|--------------------|
| Bulaş Yolu  | Heteroseksüel | 118 | 48,8±12,3               | 0.423 <sup>a</sup> | 16,7±4,2 | 0.379 <sup>a</sup> | 32,1±9,6  | 0.508 <sup>a</sup> |
|             | MSM           | 151 | 47,0±11,5               |                    | 16,2±3,5 |                    | 30,8±9,2  |                    |
|             | Bilinmiyor    | 30  | 48,4±11,3               |                    | 17,0±2,9 |                    | 31,4±9,9  |                    |
| HIV RNA     | <50           | 253 | 48,0±11,5               | 0.570 <sup>b</sup> | 16,5±3,7 | 0,692 <sup>b</sup> | 31,5±9,3  | 0.521 <sup>b</sup> |
|             | ≥50           | 46  | 46,8±13,5               |                    | 16,3±4,3 |                    | 30,5±10,2 |                    |
| Kororbidite | Yok           | 142 | 48,9±11,4               | 0.135 <sup>b</sup> | 17,0±3,3 | 0.041 <sup>b</sup> | 31,9±9,3  | 0.292 <sup>b</sup> |
|             | Var           | 157 | 46,9±12,1               |                    | 16,1±3,1 |                    | 30,8±9,6  |                    |
| Polifarmasi | Yok           | 262 | 48,3±                   | 0.066 <sup>b</sup> | 16,7±3,5 | 0.031 <sup>b</sup> | 31,6±9,1  | 0.148 <sup>b</sup> |
|             | Var           | 37  | 44,5±                   |                    | 15,2±4,8 |                    | 29,2±11,6 |                    |

a. Tek yönlü ANOVA testi kullanıldı. b. Bağımsız örneklem için t-testi kullanıldı.

**Sonuç:** Çalışmamızda HRQoL; immünovirolojik belirteçlere kıyasla medeni durum, cinsiyet, kororbidite, polifarmasi ve mental sağlık ile ilişkiliydi. Sonuçlar PLWH'de yaşam kalitesini HIV bakımına entegrasyonunu desteklemekte ve Türkçe PozQoL ölçeğinin günlük pratikte tedavi edilebilir özellikleri belirleyerek birey odaklı yaklaşımlara rehberlik etmede geçerli ve uygulanabilir olduğunu göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** kororbidite, HIV, PozQoL, polifarmasi, yaşam kalitesi

SS-28

### HIV ile Yaşayan Kişilerde Sifilis Koinfeksiyonu: Cerrahpaşa Deneyimi

**Betül Elmacı<sup>1</sup>, Hatice Çolak<sup>1</sup>, Sibel Yıldız Kaya<sup>1</sup>, Rıdvan Karaali<sup>1</sup>, Bilgöl Mete<sup>1</sup>, Fehmi Tabak<sup>1</sup>**

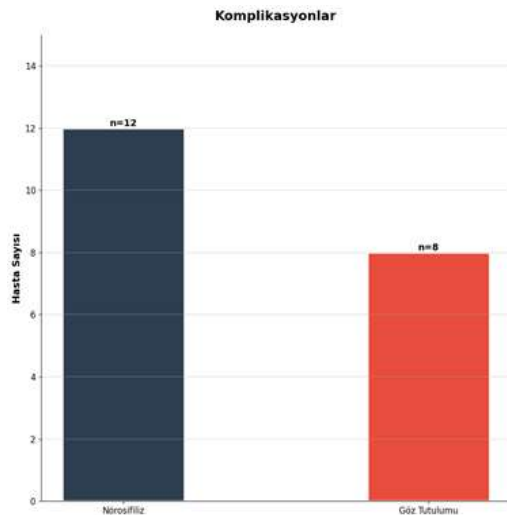
<sup>1</sup>*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD*

**Giriş ve Amaç:** HIV ile yaşayan kişilerde, özellikle sifilis olmak üzere cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların insidansı artmaktadır. Bağışıklık baskılanması ve cinsel davranışlar bu artışta etkili faktörlerdir. HIV enfeksiyonu sifilisin tanı, tedavi ve seyrini güçleştirebilir. Bu nedenle düzenli tarama ve erken tedavi önemlidir. Çalışmamızda HİVK'lerde sifilis koinfeksiyonunun sıklığı, demografik özellikleri, tedavi ve tekrarlamaya oranları değerlendirilmiştir.

**Gereç ve Yöntemler:** 2006–2025 yılları arasında polikliniğimizde izlenen 1.354 HİVK kayıtları retrospektif olarak incelendi ve sifilis tanılı 237 hasta çalışmaya alındı. Sifilis tanısı VDRL/RPR ve TPHA/sifilis IgG ile doğrulandı. Demografik veriler, risk faktörleri, tedavi rejimleri ve tekrarlamaya varlığı tanımlayıcı istatistiklerle değerlendirildi.

**Bulgular:** Dahil edilen 237 sifilis olgusunun yaş ortalaması  $44,1 \pm 11,9$  yıl olarak saptanmıştır. Katılımcıların %97,9'u erkek ( $n = 232$ ), %1,7'si kadın ( $n = 4$ ) ve %0,4'ü trans bireydi. Medeni durum dağılımına göre olguların %62'si bekar, %30'u evli, %2,5'i boşanmış/dul ve %5,5'i bilinmiyor olarak kaydedilmiştir. Eğitim düzeyi incelendiğinde katılımcıların %31,2'sinin üniversite, %23,2'sinin lise, %14,8'inin ilkokul, %5,9'unun ortaokul ve %5,5'inin yüksek lisans mezunu olduğu görülmüştür. Bulaş yolu açısından yapılan değerlendirmede olguların %42,7'sinde cinsel temas öyküsü saptanmış olup, %23,2'si erkeklerle seks yapan erkeklerle (ESE), %19,5'i ise heteroseksüel temasa aittir. Olguların %34,8'inde bulaş yolu belirsiz, %3,6'sında ise diğer nedenler olarak kaydedilmiştir. Orta–yüksek eğitim düzeyine rağmen bulaşın sürmesi, bilgi düzeyinin davranış değişikliğine tam olarak yansımadığını ve davranışsal faktörlerin bulaşta belirleyici rol oynadığını düşündürmektedir. Cinsel öykü alınırken mahremiyetin sağlanması ve hasta güveninin güçlendirilmesi, eksik veri oranının azalmasına katkı sağlayabilir. Yıllara göre tanı konulma oranına bakıldığında hastaların %68,9'unda sifilis tanısı 2015 yılı ve sonrasında konulmuştu. Bu yüksek oran, Belirlenemeyen=Bulaştırmayan (B=B) paradigmasının ardından kondomsuz ilişkilerin artmış olabileceğine işaret etmektedir. Hastaların 12'sinde nörosifiliz tanısı konulmuş, 8'inde göz tutulumu saptanmıştır. Bu hastalar kristalize penisilin ile tedavi edilmiştir. Diğer hastalar ise benzer penisilin ile tedavi edilmiştir.

### Bulgular



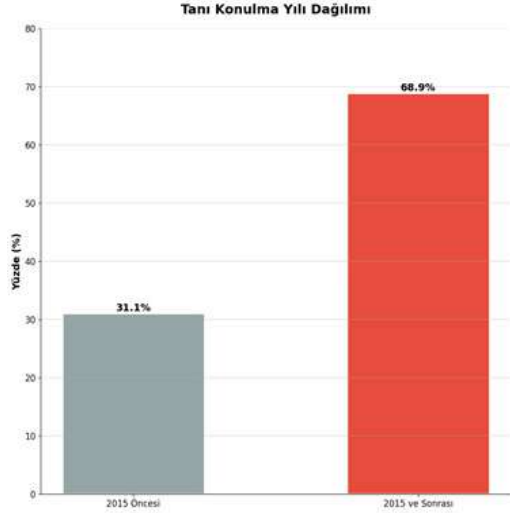
# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

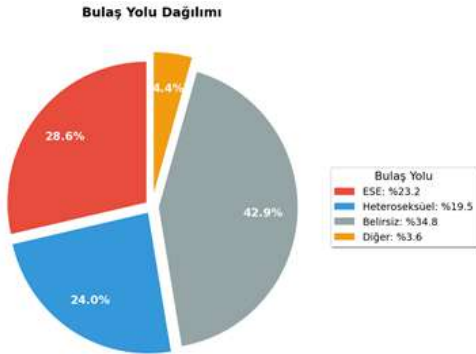
4-7 ARALIK 2025  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



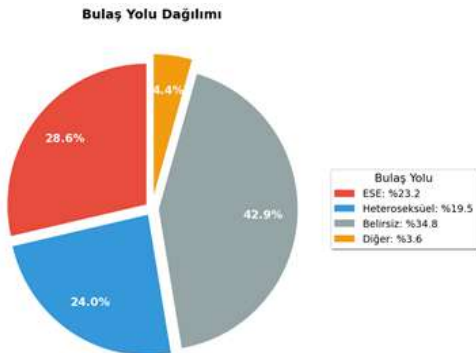
### Tanı yılı



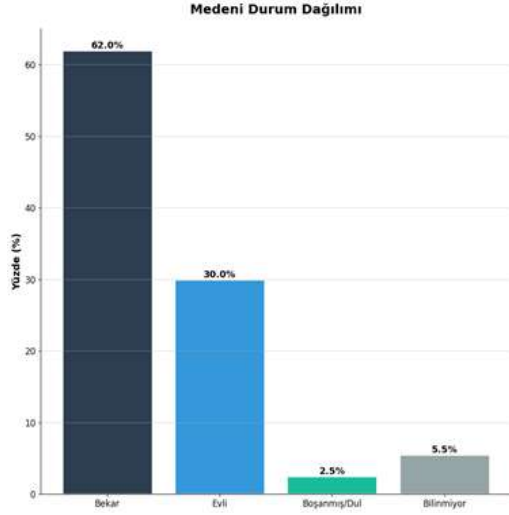
### Bulaş yolu



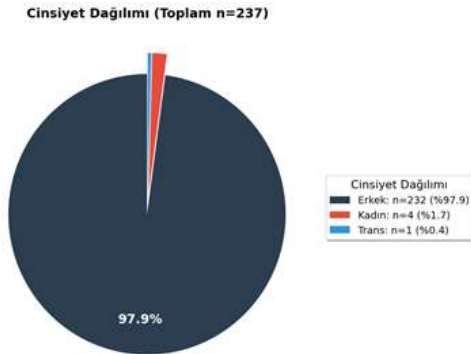
### Eğitim seviyesi



### Medeni durum



### Cinsiyet



**Sonuç:** Bu çalışma, HIV ile yaşayan kişilerde sifilis koinfeksiyonunun halen önemli bir klinik sorun olduğunu göstermektedir. Olguların çoğunluğunun erkek ve orta-yüksek eğitim düzeyinde olması, bilgi düzeyinin koruyucu davranışlara tam olarak yansımadığını düşündürmektedir. 2015 sonrası dönemde olgu sayısındaki artış, B=B paradigması sonrası kondomsuz cinsel ilişkinin yaygınlaşmasıyla ilişkili olabilir. Düzenli tarama, risk temelli danışmanlık ve cinsel öykü alımında mahremiyetin güçlendirilmesi, erken tanı ve bulaşın önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** sifilis, tarama, koinfeksiyon, nörosifiliz, şüpheli cinsel temas öyküsü, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, erken tedavi, HIV



SS-29

### HIV Takibinde Gözden Kaçan Tehdit: Sifiliz Koinfeksiyonu ve Serolojik Yanıt

Dilek Bulut<sup>1</sup>, Semanur Kuzi<sup>1</sup>, Nesibe Korkmaz<sup>1</sup>, Fatma Zehra Şahin<sup>1</sup>, Gönül Çiçek Şentürk<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Etlik Şehir Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** HIV ve sifiliz koinfeksiyonu, küresel ölçekte son yıllarda belirgin bir artış göstermektedir. Bu birliktelik, klinik seyri ağırlaştırabilmekte ve tedavi yanıtını etkileyebilmektedir. Bu nedenle koinfeksiyonun doğru yönetimi, immün durumun değerlendirilmesi ve tedavi yanıtının yakından izlenmesi klinik sonuçlar açısından kritik önem taşır. Bu çalışmada amaç, HIV-sifiliz koinfeksiyonu bulunan hastalarda demografik özellikleri, immün durumu (CD4 ve AIDS ilişkisi), başlangıç serolojik aktiviteyi (VDRL/RPR) ve tedaviye serolojik yanıtı değerlendirmek; böylece koinfeksiyonun klinik seyrine ışık tutmaktır.

**Gereç ve Yöntemler:** 01.01.2014-01.09.2025 tarihleri arasında, hastanemizde 18 yaş ve üzeri HIV tanısı alan hastalarda TPHA ve VDRL çalışılan hastalar değerlendirildi. TPHA pozitif veya TPHA ve VDRL eş zamanlı pozitif olanlar çalışmaya dahil edildi. HIV doğrulaması negatif olan, 18 yaş altı olan, VDRL pozitifliği olup TPHA negatif gelen hastalar çalışma dışı bırakıldı. Sifiliz tanısı, TPHA pozitifliği veya TPHA pozitifliğine eşlik eden VDRL pozitifliği/titre pozitifliği ile konuldu. Laboratuvar kit değişikliği nedeniyle 2021 öncesi dönemde VDRL titresi bulunmamakla birlikte, VDRL'nin pozitif/negatif olma durumu kaydedildi; 2021 sonrası dönemde titre sonuçları eş zamanlı değerlendirildi. Tedavi yanıtı, tedavi sonrası VDRL titresinde  $\geq 4$  kat düşüş olarak kabul edildi. En erken altıncı aydaki 4 katın altındaki düşüş veya titre artışı yetersiz yanıt/tedavi başarısızlığı olarak değerlendirildi. Reenfeksiyon, ilk tedaviden sonra en erken altıncı ayda VDRL titresinde  $\geq 4$  kat artış olarak tanımlandı.

**Bulgular:** HIV ve sifiliz koinfeksiyonu olan ve kriterleri karşılayan toplam 162 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 42,8 olup %95,7'si erkekti. Tabloda ortalamaları verilen CD4 ve HIV RNA düzeyleri hastaların sifiliz tanısı aldıklarındaki değeri göstermektedir. Yedi hastada invaziv sifiliz tanısı konuldu. Bunlardan dördü otosifiliz, birisi oto eş zamanlı oküler sifiliz, birisi tek başına oküler sifiliz, birisi ise nörosifiliz olarak değerlendirildi. Tedavi yanıtı alınan ve geç serolojik yanıt/tedavi yanıtı sızlığı gözlenen hastalar ileri analize alındı. İki grup arasında yapılan tek değişkenli analizde yaş, cinsiyet, HIV-RNA kopyası, CD4 sayısı, AIDS varlığı anlamlı bir risk faktörü olarak saptanmadı. Detaylı veriler Tablo-1' de yer almaktadır.

### Tüm Hastalarda Demografik, Klinik Bilgiler ve Titre Bakılan Hastalarda Serolojik Veriler

| Demografik ve Klinik Bilgiler (Tüm Hastalar) | n:162                 |
|----------------------------------------------|-----------------------|
|                                              | n(%)                  |
| Yaş (yıl) (ort $\pm$ STD)                    | 42,8 $\pm$ 13,9       |
| Cinsiyet                                     |                       |
| Erkek                                        | 155 (%95,7)           |
| Kadın                                        | 7 (%4,3)              |
| HIV-RNA (kopya/mL) median(IQR)               | 179 (0-159000)        |
| CD4 (hücre/mm <sup>3</sup> ) median(IQR)     | 501,5 (318,25-744,75) |
| AIDS Varlığı                                 | 20 (%12,3)            |
| İnvaziv Sifiliz                              | 7 (%4,3)              |
| HIV-Sifiliz Eş Zamanlı Tanı                  | 64 (%39,5)            |
| Yalnızca TPHA pozitifliği                    | 74 (%45,7)            |



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



TÜRK KLİNİK MİKROBİYOLOJİ VE  
İNFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

| Serolojik Veriler (Titre Bakılanlarda) | n:79           |
|----------------------------------------|----------------|
|                                        | n(%)           |
| Titre Bakılan Hastalar                 | 79 (%48,8)     |
| Titre Oranları median(IQR)             | 1/4 (1/2-1/16) |
| Titre Kontrolü Yapılan Hastalar        | 54/79 (%68,4)  |
| İlk Kontrol Zamanı (ay) median(IQR)    | 5 (3-7)        |
| Tedavi Yanıtı                          | 38/54 (%70,4)  |
| Tedavi Başarısızlığı                   | 13/54 (%24,1)  |
| Reenfeksiyon Durumu                    | 2/54 (%3,7)    |

**Sonuç:** HIV ile yaşayan bireylerde sifiliz koenfeksiyonunun sık görülebilmesi, bu enfeksiyonun başlangıç değerlendirmelerinde ve rutin izlem süreçlerinde sistematik olarak taranmasını gerekli kılmaktadır. Tedavi yanıtının değerlendirilmesinde VDRL titre takibi temel bir araçtır ve serolojik izlemin aksatılmaması erken müdahale açısından kritik değer taşır. HIV pozitif olmanın, diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar açısından riski ortadan kaldırmadığı hastalara hatırlatılmalı ve korunma davranışları sürekli güçlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV sifiliz koenfeksiyonu, VDRL titre takibi, Sifilizde Serolojik Yanıt

SS-30

### HIV ile Yaşayan Bireylerde İnterferon Gamma Salınım Testi (IGST) ile Latent Tüberküloz Enfeksiyonunun Değerlendirilmesi

**Cansu Tol<sup>1</sup>, Derya Kaya<sup>1</sup>, Gökhan Vatansever<sup>1</sup>, Cengiz Çavuşoğlu<sup>2</sup>, Sezai Taşbakan<sup>3</sup>, Hüsnü Pullukçu<sup>1</sup>, Meltem Taşbakan<sup>1</sup>, Ayşe Deniz Gökengin<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

<sup>3</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

**Giriş ve Amaç:** Tüberküloz (TB), HIV ile yaşayan kişiler arasında önde gelen bir morbidite ve mortalite nedeni olmaya devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, 2019 yılında 770.000 kişi HIV nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Bu ölümlerin tahmini üçte biri tüberküloza (TB) atfedilmiştir(1). HIV ile yaşayan bireyler HIV negatif bireylere göre TB'ye yakalanma açısından 15–22 kat daha fazla risk altındadır(1). Latent tüberküloz enfeksiyonunun (LTBI) erken teşhisi ve profilaktik tedavi TB vakalarını azaltmaktadır(2). Çalışmamızda HIV ile yaşayan kişilerde İnterferon Gamma Salınım Testi (IGST) sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışmaya Ocak 2015 ve Mart 2025 tarihleri arasında polikliniğimizde takip edilen HIV ile yaşayan kişiler dahil edildi. Hastaların sosyodemografik verileri ve laboratuvar sonuçları hastane bilgi sisteminden ve hasta dosyalarından retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:** Çalışmaya kliniğimizde takip edilen toplam 1271 hasta (1138'i (%89,5) erkek, 133'ü (%10,5) kadın; tanı anındaki yaş ortalaması  $35 \pm 11,17$ ) dahil edildi. Hastaların tanı anındaki yaş ortalaması  $35,7 + 11,1$  (min:18 maks:79). Hastaların 473'ünden (% 37,2) IGST istendiği görüldü. 798 (%62,7) hastadan IGST istenmemişti. 398 hastanın sonucu negatif, 6 hastanın belirsiz, 69'u pozitif sonuçlandı. IGST pozitif olan 69 kişiden 57'sinin (%82,8) CD4 sayısı 200 hücre/mm<sup>3</sup>'ün üzerindeydi. CD4'ü 100 hücre/mm<sup>3</sup>'ün altında olan 3, 100 hücre/mm<sup>3</sup> ve 200 hücre/mm<sup>3</sup> arasında olan 3 kişi vardı. Altı kişinin CD4 sonucuna ulaşamadı. Hastaların 2'sinin mikobakteriyolojik kültürlerinde üreme olduğu görüldü. Hastaların birinde Mycobacterium tuberculosis, birinde Mycobacterium intracellulare saptandı. Mycobacterium tuberculosis üremesi olan hastaya milyar tüberküloz nedeniyle tedavi başlandığı ve tüberküloz tanısından sonra Anti HIV pozitifliği saptandığı görüldü. Doku kültüründe Mycobacterium intracellulare saptanan hastanın da tekrarlayan yumuşak doku enfeksiyonu nedeniyle takip edildiği dış merkezde Anti HIV pozitifliği saptandığı görüldü. IGST pozitifliği olan diğer hastaların hiçbirine profilaksi verilmedi. Bu serideki olguların hiçbirinde tüberküloz reaktivasyonu gelişmedi.

**Sonuç:** Tüberküloz (TB), insan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile yaşayan bireylerde en önemli fırsatçı enfeksiyonlardan biri olup ölümün önde gelen nedenlerinden biridir(3). Tedaviye başlandığında, tüberküloz öyküsü veya daha önce pozitif tüberküloz tarama testi olmayan HIV pozitif kişiler, tüberkülin deri testi (TST) veya interferon gama salınım testi kullanılarak Mycobacterium tuberculosis enfeksiyonu açısından taranmalıdır. Pozitif test sonuçları olan kişiler, aktif tüberküloz dışlandıktan sonra latent M. tuberculosis enfeksiyonu açısından tedavi edilmelidir(4).

**Anahtar Kelimeler:** hiv, interferon, latent, tüberküloz

SS-31

### HIV ile Yaşayan Bireylerde Kriptokok Menenjitisi Olgularında Mortalitenin Değerlendirilmesi: Çok Merkezli Retrospektif Analiz

Süheyla Kömür<sup>1</sup>, Tuna Demirdal<sup>3</sup>, Sabri Atalay<sup>4</sup>, Hülya Özkan Özdemir<sup>5</sup>, Damla Akdağ<sup>2</sup>, Deniz Özer<sup>6</sup>, Aslı Vatan<sup>7</sup>, Seniha Albayrak<sup>9</sup>, Hatun Öztürk Çerik<sup>8</sup>, Tuğba Damar Çakırca<sup>10</sup>, Yasemin Çakır Kıymaz<sup>11</sup>, Firuze Soyak<sup>12</sup>, Arzu Nazlı<sup>13</sup>

<sup>1</sup>Çukurova Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

<sup>3</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

<sup>4</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

<sup>5</sup>İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

<sup>6</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

<sup>7</sup>Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

<sup>8</sup>Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

<sup>9</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

<sup>10</sup>Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

<sup>11</sup>Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

<sup>12</sup>Kastamonu Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

<sup>13</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** HIV ile yaşayan bireylerde kriptokok menenjitisi, yüksek mortaliteye sahip fırsatçı bir enfeksiyondur. Bu çalışmada farklı merkezlerde izlenen HIV ilişkili kriptokok menenjitisi olgularının demografik, klinik, laboratuvar ve tedavi özellikleri ile mortaliteyle ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Ocak 2015 – Ekim 2025 tarihleri arasında Türkiye'deki on üç merkezden bildirilen HIV ile ilişkili kriptokok menenjitisi olguları retrospektif olarak incelendi. Veri formlarında hastaların demografik bilgileri, HIV tanı yılı, ART kullanımı, komorbiditeler, klinik semptomlar, BOS bulguları, antifungal tedavi ve klinik sonuçlar yer aldı. Veriler SPSS ortamında analiz edilerek tanımlayıcı istatistikler (ortalama  $\pm$  SS, yüzde) ve mortalite ile ilişkili değişkenler karşılaştırmalı olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Toplam 24 kriptokok menenjitisi olgusu incelendi. Ortalama yaş  $42.7 \pm 12.9$  yıl, hastaların %70.8'i erkekti. Komorbidite oranı %12.5 idi. Beş hasta (%20.8) HIV tanısını kriptokok menenjitisi ile eşzamanlı almıştı. Tanı anında ART kullanan hasta oranı %16.7 (n=4) idi. En sık semptomlar baş ağrısı (%100), ateş (%91.7), ense sertliği (%70.8), bilinç bulanıklığı (%58.3) ve kusma (%41.7) idi. Görme bozukluğu (%16.7), nöbet (%12.5) ve koma (%4.2) daha nadir görüldü. BOS ve Laboratuvar Bulguları: Hastaların büyük kısmında BOS lökosit sayısı artmış olup ortalama 48 hücre/mm<sup>3</sup>, protein düzeyi 85 mg/dL, glukoz düzeyi ise 44 mg/dL olarak saptandı. BOS açılış basıncı ölçülen iki hastada basınç > 25 cmH<sub>2</sub>O idi. BOS'tan alınan örneklerde kriptokok antijeni %84.6 (11/13), çini mürekkebi incelemesi %64.7 (11/17) oranında pozitif. Serum antijen pozitifliği %80 (8/10), BOS kültür pozitifliği %37.5 (9/24) olarak bulundu. Duyarlılık testi yapılan 8 olgunun tamamında amfoterisin B'ye duyarlılık saptandı. Tedavi ve Klinik Seyir: Olguların çoğunda indüksiyon tedavisi olarak amfoterisin B ve flukonazol kombinasyonu (%62.5) kullanılmış, tek ajan flukonazol dört hastada (%16.7) tercih edilmiştir. Flusitozin yalnızca bir hastada (%4.2) uygulanabilmiştir. Steroid tedavisi %33.3 (8/24) oranında, IRIS gelişimi %8.3 (2/24) oranında gözlenmiştir. Ortalama amfoterisin B tedavi süresi 21 gün, flukonazol idame tedavi süresi 8–12 hafta idi. Toplam 7 hastada ölüm (%29.2) saptanmıştır. Ölen hastaların yaş ortalamasının daha yüksek olduğu, eşlik eden komorbiditelerinin daha sık olduğu ve öncesinde ART kullanmayan hastalar olduğu görülmüştür. IRIS gelişen hiçbir olguda mortalite görülmemiştir.

**Sonuç:** HIV ile yaşayan bireylerde kriptokok menenjitisi, yüksek mortaliteye sahip ciddi bir fırsatçı enfeksiyondur. Flusitozin erişiminin kısıtlı olması ve BOS antijen testlerinin her merkezde rutin uygulanmaması tanı ve tedavi süreçlerini olumsuz etkilemektedir. Erken tanı, kombine antifungal tedaviye zamanında başlanması ve ART'nin



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



uygun zamanda verilmesi sağkalımı artırmada kritik öneme sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** Kriptokok menenjit, AIDS, Antifungal tedavi, Flusitozin, fırsatçı enfeksiyon



SS-32

### İstanbul Tıp Fakültesi'nde Takip Edilen HIV ile Yaşayan Bireylerde Pulmoner Hipertansiyon Sıklığının Araştırılması ve Anti-Retroviral Tedavinin Buna Etkisi

**Uzm. Dr. Birsun Aygör<sup>1</sup>, Uzm. Dr. Aysun Benli<sup>2</sup>, Prof. Dr. A. Atahan Çağatay<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>T.C. Sağlık Bakanlığı Bahçelievler Devlet Hastanesi

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** HIV ile ilişkili kronik inflamasyon sonucu bazı patolojik durumlar veya ART'ye bağlı istenmeyen etkiler artmaktadır. Pulmoner hipertansiyon (PH), HIV ile yaşayan bireylerde HIV ile ilişkili kardiyopulmoner komplikasyonlardan biridir. HIV'in neden olduğu PH, grup 1 pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH) içindedir. Prevalansı ülkeler arasında ve yapılan parametrelere göre farklılık göstermektedir. Ülkemizde çalışma olmayıp, HIV-PH'nin prevalansını saptamak, TTE parametrelerini değerlendirmek ve ART'yle olan ilişkisini göstermektir.

**Gereç ve Yöntemler:** İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde takip edilen HIV ile yaşayan bireyler ve HIV negatif bireylerden kontrol grubu oluşturularak TTE ile değerlendirildi. sPAB, triküspid yetersizlik hızı (TRV), Triküspid S' dalgası, EF, Mitral E dalgası, Mitral A dalgası, E/A oran bulguları kaydedildi. PH açısından sPAB, TRV ve diğer ekokardiyografi bulgularına bakılarak değerlendirildi. Her iki grupta PH'da görülen semptom, fizik muayene bulguları ve laboratuvar bulguları kaydedildi. ART rejimleri ve CD4+ T lenfosit, CD8+ T lenfosit, CD4/CD8, HIV-RNA düzeyleri kaydedildi. 2022 ESC/ERS tarafından hazırlanan rehber gereği PH tanı algoritmasına göre değerlendirildi.

#### PH Olasılığı

| Zirve triküspit yetersizlik akımı hızı (m/s) | Diğer EKO'PH bulgularının varlığı | Ekokardiyografik olarak pulmoner hipertansiyon olasılığı |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|
| ≤ 2,8 ya da ölçülemeyen                      | Yok                               | Düşük                                                    |
| ≤ 2,8 ya da ölçülemeyen                      | Var                               | Orta                                                     |
| 2,9-3,4                                      | Yok                               |                                                          |
| 2,9-3,4                                      | Var                               | Yüksek                                                   |
| >3,4                                         | Gerekli değil                     |                                                          |

**Bulgular:** 200 HIV ile yaşayan, 33 HIV negatif birey dahil edildi. HIV ile yaşayan grubun 166 (%83)'ü, kontrol grubunun 24 (%72.2)'ü erkekti. HIV ile yaşayan bireylerin 15'i (%7.5) yeni tanı almış naif hastalardan oluşmaktaydı. Hastaların 81 (%43.5)'i TAF / FTC / BIC'li rejim kullanmaktaydı. HIV'le yaşayan bireylerin ortalama CD4+ T lenfosit değeri 746.72 /µl, CD4/CD8 oranı 0.98 saptandı. TTE bulgularında, HIV ile yaşayan grupta sPAB > 35 mmHg üstü olan 23 hasta (%11.5) olup bunların hepsinde PH saptandı. Kontrol grubunda ise 2'sinde sPAB > 35 mmHg saptanırken 1'inde PH saptandı. Ortalama sPAB, HIV ile yaşayan grupta 27.43 mmHg, kontrol grupta 23.3 mmHg'dü. TRV ortalama değerleri, HIV ile yaşayanlarda yüksekti. Lökosit ve nötrofil düzeylerinin HIV ile yaşayan grupta kontrol grubunda daha düşük, PRO-BNP ve CRP düzeyi her iki grupta benzer saptandı. HIV ile yaşayan bireyler PH saptananlarda sPAB ortalama değeri 35.7 mmHg, saptanmayanlarda 26.36 mmHg görüldü. TRV değeri ortalaması 2.71 m/sn ve 2.29 m/sn'di. PH saptanan ve saptanmayan gruplarda yaş ortalaması 53.2 ve 44.37 iken; VKİ 27.51 ve 25.58 bulundu. PH tanı algoritmasına göre 23 PH saptananların 9 (%4.5)'ünde HIV'e bağlı PAH olabileceği düşünüldü. ART kullananların %12.4'ünde sPAB > 35 mmHg'di. TTE bulgularıyla ART kullanımı arasında ilişki görülmedi.



### HIV ile Yaşayan Bireyler ve Kontrol Grubunun Kardiyak Parametrelerinin İncelenmesi-1

|                                                           |                      | HIV ile Yaşayan Bireyler (n=200) | Kontrol (n=33) | p Değeri |
|-----------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------|----------|
| sPAB Değerine Göre Gruplandırma                           | ≤ 25 mm Hg. (n, %)   | 82 (% 41.0)                      | 28 (% 84.8)    | 0.01     |
|                                                           | 26-29, mm Hg. (n, %) | 61 (% 30.5)                      | 1 (% 3.0)      |          |
|                                                           | 30-34, mm Hg. (n, %) | 34 (% 17.0)                      | 2 (% 6.1)      |          |
|                                                           | ≥ 35 mm Hg. (n, %)   | 23 (% 11.5)                      | 2 (% 6.1)      |          |
| Pulmoner hipertansiyon ölçüsü (TRV değerine göre), (n, %) | Düşük, ≤ 2.8 m/s     | 175 (% 90.7)                     | 32 (% 97.0)    | 0.51     |
|                                                           | Orta, 2.9 - 3.4 m/s  | 18 (% 9.3)                       | 1 (% 3.0)      |          |
|                                                           | Yüksek, > 3.4 m/s    | 0 (% 0.0)                        | 0 (% 0.0)      |          |
| Pulmoner hipertansiyon (çıkartılar, (n, %)                | Hafif                | 21 (% 10.5)                      | 1 (% 3.0)      | 0.65     |
|                                                           | Orta                 | 2 (% 1.0)                        | 0 (% 0.0)      |          |

### sPAB ve TRV karşılaştırması

### HIV ile Yaşayan Bireyler ve Kontrol Grubunun Kardiyak Parametrelerinin İncelenmesi-2

|                                  | HIV ile Yaşayan Bireyler (n=200) | Kontrol (n=33) | p Değeri |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------|----------|
| sPAB (mmHg), ortalaması ± SS     | 27.43 ± 6.07                     | 23.3 ± 5.24    | 0.01     |
| Sag ventrikül çapı (cm) ± SS     | 2.72 ± 0.24                      | 2.74 ± 0.24    | 0.83     |
| Sag atriyum çapı (cm) ± SS       | 3.35 ± 0.3                       | 3.00 ± 0.23    | 0.01     |
| Sol atriyum çapı (cm) ± SS       | 3.45 ± 0.36                      | 3.44 ± 0.24    | 0.75     |
| SV DSC (cm) ± SS                 | 4.59 ± 0.41                      | 4.72 ± 0.33    | 0.08     |
| SV SSC (cm) ± SS                 | 3.02 ± 0.31                      | 3.01 ± 0.23    | 0.83     |
| IVSd (cm) ± SS                   | 1.07 ± 0.21                      | 1.05 ± 0.11    | 0.80     |
| Pİd (cm) ± SS                    | 0.95 ± 0.12                      | 0.91 ± 0.1     | 0.49     |
| Aort anulus çapı (cm) ± SS       | 2.69 ± 0.3                       | 2.66 ± 0.22    | 0.51     |
| Çokan aort çapı (cm) ± SS        | 3.31 ± 0.36                      | 3.32 ± 0.28    | 0.01     |
| Mitral E (cm/s) ± SS             | 67.1 ± 16.48                     | 71.19 ± 18.15  | 0.24     |
| Mitral A (cm/s) ± SS             | 68.55 ± 15.76                    | 65.81 ± 16.56  | 0.28     |
| Mitral E' (cm/s) ± SS            | 9.64 ± 2.69                      | 9.85 ± 3.3     | 0.57     |
| Mitral A' (cm/s) ± SS            | 9.98 ± 1.99                      | 9.36 ± 1.64    | 0.07     |
| Mitral lateral E' (cm/s) ± SS    | 12.00 ± 3.00                     | 11.00 ± 4.00   | 0.76     |
| Mitral lateral A' (cm/s)         | 11.00 ± 2.08                     | 11.00 ± 2.00   | 0.88     |
| Triküspit lateral S' (cm/s) ± SS | 13.75 ± 1.56                     | 13.91 ± 1.1    | 0.36     |
| E/A Oranı                        | 1.04 ± 0.39                      | 1.16 ± 0.47    | 0.18     |
| TRV (m/s) ± SS                   | 2.34 ± 0.31                      | 2.14 ± 0.3     | 0.01     |
| Ejektasyon fraksiyonu (%) ± SS   | 63.92 ± 4.2                      | 64.85 ± 3.54   | 0.37     |
| TAPSE (cm) ± SS                  | 2.22 ± 0.24                      | 2.16 ± 0.29    | 0.65     |

### HIV ile Yaşayan Bireyler ve Kontrol Grubunda Kardiyak Parametrelerinin İncelenmesi-2

### HIV ile Yaşayan Bireyler ve Kontrol Grubunun Komorbiditeler, Semptom ve Muayene Bulguları Açısından İncelenmesi

|                                                                  | HIV ile Yaşayan Bireyler (n=200) | Kontrol (n=33) | p Değeri |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------|----------|
| Geçirilmiş derin ven trombozu veya pulmoner tromboemboli, (n, %) | 2 (% 1.0)                        | 1 (% 3.0)      | 0.72     |
| Hipertansiyon, (n, %)                                            | 29 (% 14.5)                      | 5 (% 15.2)     | 0.68     |
| Diabetes mellitus, (n, %)                                        | 9 (% 4.5)                        | 0 (% 0.0)      | 0.44     |
| Kardiyovasküler hastalıklar, (n, %)                              | 18 (% 9.0)                       | 2 (% 6.1)      | 0.54     |
| Akciğer hastalığı                                                | 7 (% 3.5)                        | 1 (% 3.0)      | 0.77     |
| Tiroit hastalığı, (n, %)                                         | 6 (% 3.0)                        | 2 (% 6.1)      | 0.41     |
| Hiperlipidemi, (n, %)                                            | 16 (% 8.0)                       | 2 (% 6.1)      | 0.49     |
| Diğer hastalıklar *, (n, %)                                      | 74 (% 37.0)                      | 4 (% 12.1)     | 0.01     |
| <b>Semptom ve Fizik Muayene Bulguları</b>                        |                                  |                |          |
| Nefes darlığı, (n, %)                                            | 34 (% 17.0)                      | 2 (% 6.1)      | 0.08     |
| Ekstremiteler şişliği, (n, %)                                    | 68 (% 34.2)                      | 7 (% 21.2)     | 0.09     |
| Yorgunluk, (n, %)                                                | 80 (% 40.0)                      | 14 (% 42.4)    | 0.48     |
| Halsizlik, (n, %)                                                | 78 (% 39.0)                      | 13 (% 39.4)    | 0.55     |
| Öksürük, (n, %)                                                  | 25 (% 12.5)                      | 3 (% 9.1)      | 0.43     |
| Göğüs ağrısı, (n, %)                                             | 20 (% 10.0)                      | 1 (% 3.0)      | 0.64     |
| Carpas, (n, %)                                                   | 16 (% 8.0)                       | 4 (% 12.1)     | 0.61     |
| Baş dönmesi, (n, %)                                              | 8 (% 4.0)                        | 3 (% 9.1)      | 0.64     |
| İştahsızlık, (n, %)                                              | 4 (% 2.0)                        | 0 (% 0.0)      | 0.72     |
| Senkop, (n, %)                                                   | 2 (% 1.0)                        | 0 (% 0.0)      | 0.81     |
| Periferik ishem, (n, %)                                          | 10 (% 5.0)                       | 0 (% 0.0)      | 0.55     |
| Hepatosplenomegali, (n, %)                                       | 3 (% 1.5)                        | 0 (% 0.0)      | 0.77     |

## HIV ile Yaşayan Bireyler ve Kontrol Grubunun Komorbiditeler, Semptom ve Muayene Bulguları Açısından İncelenmesi

### HIV ile Yaşayan Bireyler ve Kontrol Grupları Arasında Laboratuvar Bulgularının Değerlendirmesi

|                                             | HIV ile Yaşayan Bireyler<br>(n=200) | Kontrol<br>(n=33)        | p Değeri |
|---------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|----------|
| Lökosit (/ $\mu$ L) $\pm$ SS                | 7132.03 $\pm$ 5634.15               | 8213.04 $\pm$ 2050.84    | 0.01     |
| Nötrofil (/ $\mu$ L) $\pm$ SS               | 4288.15 $\pm$ 4089.32               | 4715.15 $\pm$ 1713.23    | 0.01     |
| Lümfosit (/ $\mu$ L) $\pm$ SS               | 2595.2 $\pm$ 2665.77                | 2534.55 $\pm$ 611.19     | 0.12     |
| Trombosit (/ $\mu$ L) $\pm$ SS              | 20395 $\pm$ 207924.28               | 280990.91 $\pm$ 66997.64 | 0.03     |
| Hemogram (g/dL) $\pm$ SS                    | 14.31 $\pm$ 1.8                     | 14.55 $\pm$ 1.7          | 0.45     |
| PRO-BNP (pg/mL) $\pm$ SS                    | 115.85 $\pm$ 134.15                 | 88.19 $\pm$ 93.84        | 0.12     |
| CRP (mg/L) $\pm$ SS                         | 5.24 $\pm$ 12.3                     | 5.31 $\pm$ 11.27         | 0.78     |
| AST (U/L) $\pm$ SS                          | 22.61 $\pm$ 12.75                   | 17.73 $\pm$ 5.92         | 0.02     |
| ALT (U/L) $\pm$ SS                          | 25.36 $\pm$ 20.03                   | 21.23 $\pm$ 9.3          | 0.98     |
| Tropinin (pg/mL) $\pm$ SS                   | 1.50 $\pm$ 0.76                     | 1.28 $\pm$ 0.69          | 0.01     |
| D ömer (pg/L) $\pm$ SS                      | 429.76 $\pm$ 901.12                 | 334.55 $\pm$ 366.34      | 0.20     |
| Fibrinojen (mg/dL) $\pm$ SS                 | 303.36 $\pm$ 85.79                  | 303.74 $\pm$ 100         | 0.87     |
| LDL (100-130) (mg/dL) $\pm$ SS              | 114.32 $\pm$ 39.72                  | 126.91 $\pm$ 36.17       | 0.07     |
| HDL (<40) (mg/dL) $\pm$ SS                  | 41.82 $\pm$ 13.62                   | 47.41 $\pm$ 13.77        | 0.02     |
| Total Kolesterol (130-200) (mg/dL) $\pm$ SS | 180.31 $\pm$ 49.52                  | 200.61 $\pm$ 39.56       | 0.02     |
| Trigliserid (0-150) $\pm$ SS                | 158.35 $\pm$ 96.87                  | 169.38 $\pm$ 162.16      | 0.67     |
| HbA1c (%) $\pm$ SS                          | 5.57 $\pm$ 0.71                     | 5.58 $\pm$ 0.48          | 0.50     |
| Sedimentasyon (mm/saat) $\pm$ SS            | 14.81 $\pm$ 14.11                   | 11.33 $\pm$ 9.62         | 0.36     |
| CK (U/L) $\pm$ SS                           | 155.08 $\pm$ 241.2                  | 108.69 $\pm$ 71.86       | 0.47     |
| CK-MB (U/L) $\pm$ SS                        | 18.51 $\pm$ 11.28                   | 14.5 $\pm$ 5.25          | 0.09     |
| Kreatinin (mg/dL) $\pm$ SS                  | 0.92 $\pm$ 0.33                     | 0.88 $\pm$ 0.24          | 0.19     |
| TSH (mIU/L) $\pm$ SS                        | 1.88 $\pm$ 1.88                     | 2.49 $\pm$ 2.41          | 0.02     |
| T4 (pmol/L) $\pm$ SS                        | 15.57 $\pm$ 2.36                    | 15.34 $\pm$ 2.99         | 0.99     |

## HIV ile Yaşayan Bireyler ve Kontrol Grupları Arasında Laboratuvar Bulgularının Değerlendirmesi

### HIV ile Yaşayan Bireylerin İncelemesi

|                            | n   | %      |
|----------------------------|-----|--------|
| ART başlanılanlar          | 185 | % 92.5 |
| Tanıdan tedaviye geçen yıl |     |        |
| 1 yıldan az                | 176 | % 94.1 |
| 1 yıl                      | 7   | % 3.7  |
| 2 yıl                      | 1   | % 0.5  |
| 3 yıl ve üzeri             | 3   | % 1.6  |
| ART başlangıç yıl aralığı  |     |        |
| 2015 öncesi                | 51  | % 27.1 |
| 2015-2020                  | 43  | % 22.9 |
| 2020 sonrası               | 94  | % 50.0 |
| Güncel ART                 |     |        |
| TAF/FTC/BIC                | 80  | % 43.5 |
| TAF/FTC/EFV/g              | 36  | % 19.4 |
| ABC/FTC/DTG                | 18  | % 9.7  |
| TDF/FTC + DTG              | 19  | % 10.2 |
| 3TC + DTG                  | 18  | % 9.7  |
| TDF/FTC + RAL              | 4   | % 2.2  |
| TDF/FTC/EFV/g              | 4   | % 2.2  |
| TDF/FTC + LPV/r            | 2   | % 1.1  |
| TDF/FTC + EFV              | 1   | % 0.5  |
| TDF/FTC + RTV + DRV        | 1   | % 0.5  |
| 3TC/ZDV + LPV/r            | 1   | % 0.5  |
| TDF/FTC + 3TC              | 1   | % 0.5  |

## HIV ile yaşayan bireylerin ART rejimleri ve ART rejimlerini kullanma süreleri

### HIV ile yaşayan bireylerin PH Duruma göre değerleri

|                                                | Pulmoner Hipertansiyon (+) (n=25) | Pulmoner Hipertansiyon (-) (n=177) | p Değeri |
|------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|----------|
| Yaş (Ortalama)                                 | 51.28 $\pm$ 12.34                 | 44.37 $\pm$ 12.77                  | 0.002    |
| Erişim (n, %)                                  | 18 (72.0)                         | 150 (84.7)                         | 0.08     |
| Kadın (n, %)                                   | 7 (28.0)                          | 27 (15.3)                          | 0.08     |
| Yeni (Ortalama)                                | 28.51 $\pm$ 5.28                  | 25.58 $\pm$ 8.82                   | 0.60     |
| Şişman (n, %)                                  | 11 (44.0)                         | 91 (51.3)                          | 0.59     |
| Üçüncü sınıf (n, %)                            | 0 (0.0)                           | 8 (4.5)                            | 0.80     |
| Hipertansiyon (n, %)                           | 0 (0.0)                           | 2 (1.1)                            | 0.78     |
| Hipertansiyon (n, %)                           | 1 (4.0)                           | 11 (6.2)                           | 0.89     |
| Akciğer pulmoner hipertansiyonu varlığı (n, %) | 1 (4.0)                           | 1 (0.6)                            | 0.12     |
| Hipertansiyon (n, %)                           | 7 (28.0)                          | 22 (12.4)                          | 0.06     |
| Diabetes mellitus (n, %)                       | 1 (4.0)                           | 8 (4.5)                            | 0.72     |
| Kardiyovasküler hastalıklar (n, %)             | 4 (16.0)                          | 14 (7.9)                           | 0.12     |
| Akciğer hastalığı                              | 2 (8.0)                           | 5 (2.8)                            | 0.19     |
| Tireoid hastalığı (n, %)                       | 2 (8.0)                           | 4 (2.3)                            | 0.14     |
| Hipertansiyon (n, %)                           | 1 (4.0)                           | 17 (9.6)                           | 0.50     |
| ART ile tedavi (Ortalama)                      | 8.61 $\pm$ 7.34                   | 8.08 $\pm$ 4.87                    | 0.14     |
| ART ile tedavi (n) (Ortalama)                  | 92.95 $\pm$ 107.14                | 65.79 $\pm$ 59.43                  | 0.26     |
| ART başlangıç yılı                             |                                   |                                    |          |
| 2015 öncesi (n, %)                             | 42 (76.25)                        | 9 (5.19)                           | 0.37     |
| 2015-2020 (n, %)                               | 89 (76.21)                        | 4 (2.37)                           |          |
| 2020-2021 (n, %)                               | 84 (76.80)                        | 10 (5.83)                          |          |

HIV ile Yaşayan Bireyler Grubu içinde PH Durumuna Göre Değerlendirmesi - Demografik özellikler, Komorbidite ve ART kullanımı

HIV ile Yaşayan Bireyler arasında PH Durumuna Göre Değerlendirme - Semptomlar

|                                           | Pulmoner Hipertansiyon (+)<br>(n=23) | Pulmoner Hipertansiyon (-)<br>(n=177) | p Değeri |
|-------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|----------|
| <b>Semptom ve Fizik Muayene Bulguları</b> |                                      |                                       |          |
| Nefes darlığı, (n, %)                     | 5 (% 21.7)                           | 29 (% 16.4)                           | 0.55     |
| Eforla nefes darlığı, (n, %)              | 11 (% 47.8)                          | 57 (% 32.4)                           | 0.14     |
| Yorgunluk, (n, %)                         | 12 (% 52.2)                          | 68 (% 38.4)                           | 0.20     |
| Halsizlik, (n, %)                         | 12 (% 52.2)                          | 66 (% 37.3)                           | 0.17     |
| Öksürük, (n, %)                           | 3 (% 13.0)                           | 22 (% 12.4)                           | 0.57     |
| Göğüs ağrısı, (n, %)                      | 3 (% 13.6)                           | 36 (% 20.3)                           | 0.71     |
| Çarpıntı, (n, %)                          | 3 (% 13.0)                           | 13 (% 7.3)                            | 0.40     |
| Baş dönmesi, (n, %)                       | 1 (% 4.5)                            | 7 (% 4.0)                             | 0.62     |
| İştahsızlık, (n, %)                       | 0 (% 0.0)                            | 4 (% 2.3)                             | 0.62     |
| Senkop, (n, %)                            | 0 (% 0.0)                            | 2 (% 1.1)                             | 0.79     |
| Pretilial ödem, (n, %)                    | 3 (% 13.6)                           | 7 (% 4.0)                             | 0.08     |
| Hepatosplenomegali, (n, %)                | 1 (% 4.5)                            | 2 (% 1.1)                             | 0.30     |

HIV ile Yaşayan Bireyler arasında PH Durumuna Göre Değerlendirme - Semptomlar

HIV ile Yaşayan Bireyler arasında PH Durumuna Göre Değerlendirme – Ekokardiyografi bulguları

|                                | Pulmoner Hipertansiyon (+)<br>(n=23) | Pulmoner Hipertansiyon (-)<br>(n=177) | p Değeri    |
|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------|
| aPAB (mmHg) ± SS               | 33.7 ± 7.79                          | 26.36 ± 4.89                          | <b>0.01</b> |
| ≤ 25 mmHg ± SS                 | 0 (% 0.0)                            | 82 (% 46.3)                           |             |
| 26-29 mmHg ± SS                | 0 (% 0.0)                            | 61 (% 34.5)                           |             |
| 30-34 mmHg ± SS                | 1 (% 4.3)                            | 33 (% 18.6)                           |             |
| ≥ 35 mmHg ± SS                 | 22 (% 95.7)                          | 1 (% 0.6)                             |             |
| Sag ventrikül boyutu (cm) ± SS | 2.83 ± 0.25                          | 2.71 ± 0.23                           | 0.53        |
| Sag atriyum çapı (cm) ± SS     | 3.48 ± 0.21                          | 3.31 ± 0.31                           | 0.35        |
| Sol atriyum çapı (cm) ± SS     | 3.63 ± 0.37                          | 3.43 ± 0.36                           | 0.39        |
| SVDG (cm) ± SS                 | 4.62 ± 0.4                           | 4.59 ± 0.41                           | 0.57        |
| SVSSC (cm) ± SS                | 2.98 ± 0.38                          | 3.02 ± 0.3                            | 0.51        |
| IVSd (cm) ± SS                 | 1.09 ± 0.13                          | 1.07 ± 0.21                           | 0.64        |
| Pİd (cm) ± SS                  | 0.96 ± 0.08                          | 0.95 ± 0.12                           | 0.66        |
| Mitral A (cm) ± SS             | 79.09 ± 21.15                        | 67.22 ± 14.49                         | <b>0.03</b> |
| TRV (m/s) ± SS                 | 2.71 ± 0.38                          | 2.29 ± 0.26                           | <b>0.01</b> |
| Ejektion fraksiyonu (n, %)     | 64.57 ± 5.93                         | 63.84 ± 3.93                          | <b>0.03</b> |

HIV ile Yaşayan Bireyler arasında PH Durumuna Göre Değerlendirme – Ekokardiyografi bulguları

HIV ile Yaşayan Bireyler arasında PH Durumuna Göre Değerlendirme – Laboratuvar bulguları

|                                   | Pulmoner Hipertansiyon (+)<br>(n=23) | Pulmoner Hipertansiyon (-)<br>(n=177) | p Değeri     |
|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------|
| CD4+ T lenfosit ( /µl) ± SS       | 855.91 ± 447.77                      | 732.37 ± 456.11                       | 0.223        |
| CD8+ T lenfosit ( /µl) ± SS       | 1013.65 ± 352.17                     | 976.06 ± 459.81                       | 0.706        |
| CD4/CD8                           | 1.78 ± 3.85                          | 0.87 ± 0.53                           | <b>0.003</b> |
| HIV RNA kopya sayısı (mL) ± SS    | 59014.87 ± 241702.83                 | 62930.14 ± 766913.95                  | 0.981        |
| Lökosit ( /µl) ± SS               | 7066.96 ± 1755                       | 7366.47 ± 5957.9                      | 0.811        |
| Nötrofil ( /µl) ± SS              | 3593.48 ± 1165.89                    | 4378.42 ± 4320.5                      | 0.38         |
| Lenfosit ( /µl) ± SS              | 2602.61 ± 822.39                     | 2594.24 ± 2819.65                     | 0.98         |
| Trombosit ( /µl) ± SS             | 248911.04 ± 68118.82                 | 238542.37 ± 15588.97                  | 0.55         |
| Hemogram (g/dL) ± SS              | 14.09 ± 1.57                         | 14.35 ± 1.83                          | 0.47         |
| PRO-BNP (pg/mL) ± SS              | 175.23 ± 200.42                      | 107.71 ± 121.08                       | <b>0.01</b>  |
| CRP (mg/L) ± SS                   | 5.76 ± 11.33                         | 5.17 ± 12.45                          | 0.61         |
| AST (U/L) ± SS                    | 21.9 ± 9.97                          | 22.7 ± 11.09                          | 0.77         |
| ALT (U/L) ± SS                    | 21.97 ± 13.63                        | 23.8 ± 20.71                          | 0.39         |
| Tropoin (pg/mL) ± SS              | 1.63 ± 0.76                          | 1.49 ± 0.76                           | 0.51         |
| D-dimer (ng/L) ± SS               | 451.36 ± 522.41                      | 426.61 ± 613.23                       | 0.85         |
| Fibrinojen (mg/dL) ± SS           | 294.56 ± 70.55                       | 304.73 ± 88.05                        | 0.59         |
| LDL (mg/dL) ± SS                  | 101.35 ± 33.17                       | 116.03 ± 40.27                        | 0.09         |
| HDL (mg/dL) ± SS                  | 42.78 ± 13.82                        | 47.78 ± 13.63                         | 0.91         |
| Total kolesterol (mg/dL) ± SS     | 167.35 ± 44.49                       | 182.03 ± 50.02                        | 0.18         |
| TG (mg/dL) ± SS                   | 148.56 ± 70.93                       | 159.65 ± 99.9                         | 0.61         |
| BbA1c (%)                         | 5.71 ± 0.65                          | 5.55 ± 0.72                           | 0.35         |
| CK (U/L) ± SS                     | 120.04 ± 67.49                       | 159.69 ± 255.16                       | <b>0.03</b>  |
| CK-MB (U/L) ± SS                  | 19.03 ± 11.85                        | 18.33 ± 11.22                         | 0.53         |
| Kreatinin (mg/dL) ± SS            | 0.95 ± 0.26                          | 0.91 ± 0.34                           | 0.56         |
| TSH (mIU/L) ± SS                  | 1.54 ± 0.83                          | 1.92 ± 2.02                           | 0.37         |
| T4 (pmol/L) ± SS                  | 16.13 ± 2.22                         | 15.47 ± 2.38                          | 0.22         |
| 1 ydtk CRP (mg/L) ortalaması ± SS | 4.27 ± 4.25                          | 5.56 ± 7.94                           | 0.44         |

HIV ile Yaşayan Bireyler arasında PH Durumuna Göre Değerlendirme – Laboratuvar bulguları

HIV ile Yaşayan Bireylerde ART Kullanma Durumuna Göre Değerlendirme – Ekokardiyografi bulguları

|                                        | ART Kullananlar (+)<br>(n=185) | ART Kullananlar (-)<br>(n=15) | p    |
|----------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------|
| <b>TRV Değerine Göre PH Riski</b>      |                                |                               |      |
| Düşük ( $\leq 2.8$ m/sn),<br>(n, %)    | 161 (% 89.9)                   | 14 (% 100)                    | 0,19 |
| Orta (2.9 - 3.4 m/sn)<br>(n, %)        | 18 (% 10.1)                    | 0 (% 0.0)                     |      |
| <b>sPAB Değerine Göre Gruplandırma</b> |                                |                               |      |
| $\leq 25$ mmHg, (n, %)                 | 72 (% 38.9)                    | 10 (% 66.7)                   | 0,04 |
| 26-29 mmHg, (n, %)                     | 58 (% 31.4)                    | 3 (% 20.0)                    |      |
| 30-34 mmHg, (n, %)                     | 32 (% 17.3)                    | 2 (% 13.3)                    |      |
| $\geq 35$ mmHg, (n, %)                 | 23 (% 12.4)                    | 0 (% 0.0)                     |      |

HIV ile Yaşayan Bireylerde ART Kullanma Durumuna Göre Değerlendirme – Ekokardiyografi bulguları

ART Rejimlerinin PH Durumuna Göre İncelenmesi

|                                                  | Pulmoner HT (+) (N=23) | Pulmoner HT (-) (N=163) | p Değeri |
|--------------------------------------------------|------------------------|-------------------------|----------|
| BIC içeren rejim kullananlar (n, %)              | 10 (% 43.5)            | 70 (% 43.2)             | 0.98     |
| DTG içeren rejim kullananlar (n, %)              | 6 (% 26.1)             | 50 (30.9)               | 0.64     |
| RAL içeren rejim kullananlar (n, %)              | 1 (% 4.3)              | 3 (% 1.9)               | 0.42     |
| EVG içeren rejim kullananlar (n, %)              | 6 (% 26.1)             | 34 (% 21)               | 0.59     |
| BIC veya DTG içeren rejimleri kullananlar (n, %) | 16 (% 69.6)            | 120 (74.1)              | 0.65     |
| INSTI içeren rejim kullananlar (n, %)            | 23 (% 100)             | 157 (% 96.9)            | 0.99     |
| LPV/R içeren rejim kullananlar (n, %)            | 0 (% 0)                | 3 (% 1.9)               | 0.67     |
| Güncel veya Geçmişte Tedavi Rejimlerinin Toplamı |                        |                         |          |
| ABC içeren rejim kullananlar (n, %)              | 4 (% 17.4)             | 24 (% 14.8)             | 0.76     |
| PI içeren rejim kullananlar (n, %)               | 3 (% 13)               | 26 (% 16.1)             | 0.78     |

ART Rejimlerinin PH Durumuna Göre İncelenmesi

**Sonuç:** PH, HIV ile yaşayan bireylerde önemli bir kardiyopulmoner komplikasyondur. Çalışmamızda HIV ile yaşayan bireylerde PH oranı %11.5 olarak saptanmıştır. Bu oran genel popülasyondan daha yüksektir. Semptomdan bağımsız olarak HIV ile yaşayan bireylerde yaş, VKİ, CD4+/CD8+ T lenfosit oranı, pro-BNP değeri PH gelişiminde anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Bu özelliklere sahip olanlar detaylı kardiyolojik değerlendirme akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Antiretroviral tedavi, kardiyovasküler hastalık, HIV-PAH, pulmoner hipertansiyon, sPAB, TRV, ekokardiyografi, HIV

SS-33

### Yüksek Başlangıç Viral Yüküne Sahip HIV Enfeksiyonlu Hastalarda Üç Farklı İlk Basamak Rejiminin Karşılaştırılması: Gerçek Yaşam Verileri

Ferit Kuşçu<sup>1</sup>, Aslıhan Candevir<sup>1</sup>, Ogun Yeniçeri<sup>1</sup>, Özgür Ogün Sayın<sup>1</sup>, Damla Ertürk<sup>1</sup>, Ayşe Seza İnal<sup>1</sup>, Behice Kurtaran<sup>2</sup>, Yeşim Taşova<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

<sup>2</sup>Acıbadem Adana Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği,

**Giriş ve Amaç:** Yüksek başlangıç viral yükü, HIV enfeksiyonunda erken dönemde virolojik baskılanmanın gecikmesine yol açabilen önemli bir prognostik faktördür. Güncel kılavuzlarda önerilen integrase inhibitörü (INSTI) temelli tedavilerin bu hasta grubundaki etkinliğiyle ilgili gerçek yaşam verileri sınırlıdır. Bu çalışmada, kliniğimizde takip edilen ve başlangıç HIV RNA düzeyi 500.000 kopya/mL'nin üzerinde olan hastalarda BIC/TAF/FTC, DTG/TDF/FTC ve DTG+3TC rejimlerinin virolojik yanıtları karşılaştırılmıştır.

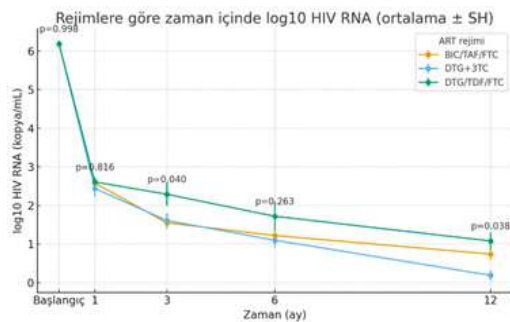
**Gereç ve Yöntemler:** Çalışmaya, başlangıç HIV RNA düzeyi > 500.000 kopya/mL olan ve antiretroviral tedavi-naif 131 HIV enfeksiyonlu hasta dahil edildi. Hastalar başlangıç tedavi rejimlerine göre üç gruba ayrıldı: BIC/TAF/FTC (n=72), DTG/TDF/FTC (n=35) ve DTG+3TC (n=24). Başlangıç ve 1., 3., 6. ve 12. aylarda ölçülen HIV RNA değerleri (kopya/mL) log<sub>10</sub>'a dönüştürüldü; dönüşüm öncesi 1 kopya/mL'nin altındaki/0 sonuçlar 1 olarak kabul edildi. Her ART rejimi ve zaman noktası için ortalama±standart hata (SH) hesaplanarak çizgi grafik oluşturuldu. Zaman noktası bazında rejimler arası farklar tek yönlü ANOVA ile test edildi ve p-değerleri grafikte anotasyon olarak gösterildi. Eksik ölçümlerde atama yapılmadı.

**Bulgular:** Başlangıçta üç grup arasında log<sub>10</sub> HIV RNA düzeyleri benzerdi (p=0.998). Tüm rejimlerde 1. ayda hızlı viral düşüş izlendi. 3. ayda rejimler arası fark anlamlıydı (p=0.040); bu dönemde BIC/TAF/FTC ve DTG+3TC gruplarında daha belirgin viral azalma gözlemlendi. 6. ayda fark anlamlılığını yitirdi (p=0.263). 12. ayda yeniden anlamlı fark saptandı (p=0.038); bu dönemde DTG+3TC grubundaki hastaların ortalama log<sub>10</sub> HIV RNA düzeyleri en düşük, DTG/TDF/FTC grubundaki ise en yüksek bulundu. Bu eğilim, iki ilaçlı DTG+3TC rejiminin yüksek başlangıç viral yüküne rağmen güçlü ve kalıcı bir viral baskılanma sağlayabildiğini göstermektedir.

#### Hastaların Başlangıç Demografik ve Klinik Özellikleri

| Variable                                     | BIC/TAF/FTC<br>n=72 | DTG/TDF/FTC<br>n=35 | DTG+3TC<br>n=24 | p     |
|----------------------------------------------|---------------------|---------------------|-----------------|-------|
| Age (mean±SD)                                | 39.81±11.95         | 40.57±9.60          | 43.42±13.03     | 0.293 |
| CD4 (mean±SD)                                | 263.21±254.17       | 170.51±178.97       | 325.90±210.84   | 0.013 |
| CEM (mean±SD)                                | 1125.36±1034.45     | 1083.53±1038.07     | 1294.83±111.05  | 0.290 |
| Baseline HIV RNA log <sub>10</sub> (mean±SD) | 6.17±0.45           | 6.17±0.44           | 6.15±0.39       | 0.946 |

Tedavi rejimlerine göre zaman içinde log<sub>10</sub> HIV RNA değişimi (ortalama ± SH)



**Sonuç:** Yüksek başlangıç viral yüküne sahip hastalarda tüm integrase inhibitörü temelli rejimler etkili olmakla birlikte, DTG+3TC rejimi 12. ayda en düşük HIV RNA düzeyine ulaşmıştır. Bu bulgu, uygun hastalarda iki ilaçlı





# HIV/AIDS 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



tedavi stratejisinin yüksek viral yük varlığında da başarılı olabileceğini düşündürmektedir. BIC/TAF/FTC rejimi özellikle erken dönemde (1-3. ay) hızlı viral düşüş sağlamış, DTG/TDF/FTC ise diğer rejimlere kıyasla daha yavaş ama istikrarlı bir azalma göstermiştir. Sonuç olarak, DTG+3TC rejimi, yüksek başlangıç viral yüküne sahip olgularda dahi güçlü ve sürdürülebilir bir virolojik yanıt sağlamış; BIC/TAF/FTC erken baskılanma açısından avantajlı bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** hıv, ART, yüksek başlangıç viral yük



SS-34

### Elit Kontrolörler – Çok Merkezli Veri Seti (EC-MUD)

**Veysel Akca<sup>1</sup>, Aliye Baştuğ<sup>2</sup>, İlkay Akbulut<sup>3</sup>, Çağlar Irmak<sup>3</sup>, Melike Nur Özçelik<sup>4</sup>, Elif Güçyetmez<sup>5</sup>, İlkay Karaoğlu<sup>5</sup>, Aslı Vatan<sup>6</sup>, Bircan Kayaaslan<sup>7</sup>, Nesibe Korkmaz<sup>8</sup>, Mustafa Usanmaz<sup>9</sup>, Semanur Kuzi<sup>8</sup>, Şafak Kaya<sup>10</sup>, Tuba Damar Çakırca<sup>11</sup>, Turhan Togan<sup>12</sup>, Hüsnü Pullukçu<sup>13</sup>**

<sup>1</sup>Sandıklı Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Afyonkarahisar, Türkiye

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

<sup>4</sup>Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Tekirdağ, Türkiye

<sup>5</sup>Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

<sup>6</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Sakarya, Türkiye

<sup>7</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Ankara, Türkiye

<sup>8</sup>Etlik Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

<sup>9</sup>Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

<sup>10</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Diyarbakır, Türkiye

<sup>11</sup>Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

<sup>12</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Muğla, Türkiye

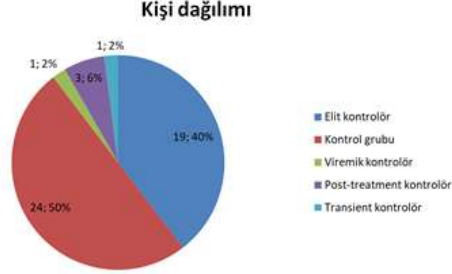
<sup>13</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

**Giriş ve Amaç:** HIV ile yaşayan bazı bireyler, antiretroviral tedavi almadan ya da tedavi sonlandırıldıktan sonra viral yüklerini uzun süre düşük düzeyde tutabilir. Bu nadir fenotipler; elit kontrolör (EK), viremik kontrolör (VC), tedavi sonrası kontrolör (PTC) ve transient kontrolör (TC) olarak tanımlanır. Bu bireylerin sayısı oldukça az olduğundan, ülkemizde bu gruplara ait veriler sınırlıdır. EC-MUD çalışması, mevcut klinik deneyimi çok merkezli biçimde değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

**Gereç ve Yöntemler:** Bu çalışma çok merkezli, retrospektif ve kesitsel bir araştırmadır. Çalışmaya 01.01.2015–15.09.2025 tarihleri arasında katılımcı merkezlerde izlenen, HIV ile yaşayan  $\geq 18$  yaş bireyler dahil edilmiştir. Elit kontrolör (EK), viremik kontrolör (VC), tedavi sonrası kontrolör (PTC) ve transient kontrolör (TC) tanımları literatüre göre yapılmıştır. Her kontrolör birey, benzer demografik özelliklere ve tanı dönemine sahip, kontrolör tanımına uymayan bir bireyle eşleştirilmiştir. Veriler, izlem kayıtlarından geriye dönük olarak toplanmıştır. Bildiri kapsamında yalnızca elit kontrolör bireylere ait veriler sunulmuştur.

**Bulgular:** Toplam 48 katılımcı değerlendirildi; bunların 19'u (%40) elit kontrolör, 24'ü (%50) kontrol grubu, 3'ü (%6) viremik kontrolör, 1'i (%2) post-treatment kontrolör ve 1'i (%2) transient kontrolör olarak sınıflandırıldı. Gruplar yaş, cinsiyet ve uyruk açısından benzerdi. Elit kontrolörlerde tanı anı CD4 yüzdesi (%42 [8–55]) ve CD4 sayısı (801 [145–1842] hücre/mm<sup>3</sup>) kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla %24 [5–53] ve 343 [22–919];  $p < 0,001$ ). CD8 yüzdesi kontrol grubunda daha yüksek bulundu (%58 [33–84] vs. %36 [8–52];  $p < 0,001$ ) ve buna paralel olarak CD4/CD8 oranı elit kontrolörlerde belirgin biçimde yüksekti (1,00 [0,53–2,21] vs. 0,42 [0,08–2,00];  $p < 0,001$ ). Ortalama CD4 yüzdesi (%40 vs. %28,5;  $p=0,029$ ) ve ortalama CD4 sayısı (870 vs. 585;  $p=0,027$ ) elit kontrolörlerde daha yüksekti, ortalama CD8 yüzdesi kontrol grubunda yüksekti ( $p < 0,001$ ). Tanı anında CDC evre 1 ile başvuru oranı elit kontrolörlerde %78,9 olup kontrol grubuna kıyasla anlamlı biçimde yüksekti ( $p=0,009$ ). Ayrıca tanı zamanı nötrofil (4420 vs. 2500;  $p=0,005$ ) ve minimum nötrofil değerleri (3310 vs. 2410;  $p=0,011$ ) elit kontrolörlerde daha yüksek bulundu. Tanı sonrası ilk pozitif HIV RNA değeri ölçülebilen üç elit kontrolörde medyan 132 IU/mL (33–2010) olup, tanı-ilk pozitif RNA arası medyan süre 496 gündü (295–583). Bulgular, elit kontrolör bireylerde immün sistemin ve klinik seyrin daha korunmuş olduğunu göstermektedir.

### Katılımcı Gruplarının Dağılımı



### Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

|                                                             | Elit Kontrolör n (%) | Kontrol Grubu n (%) | p          |
|-------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------|------------|
| Uyruk (n=19/grup)                                           | 17 (89,5)            | 19 (100,0)          |            |
| T.C                                                         | 2 (10,5)             | 0 (0,0)             | 0,486*     |
| Yabancı                                                     |                      |                     |            |
| Yaş, yıl (Medyan [min-maks]) (n=19/grup)                    | 39 (27-51)           | 48 (33-62)          | 0,470**    |
| Tanı gecikmesi (gün) (n=10/grup) (Medyan [min-maks])        | 253 (18-730)         | 184 (6-732)         | 1,000**    |
| Tedavi gecikmesi (gün) (n=10/grup) (Medyan [min-maks])      | 14 (1-123)           | 14 (0-125)          | 0,614**    |
| ART altında süre (gün) (n=10/grup) (Medyan [min-maks])      | 649 (427-2269)       | 663 (83-1380)       | 0,806**    |
| HIV ile yaşama süresi (gün) (n=10/grup) (Medyan [min-maks]) | 1005 (433-2285)      | 834 (514-1949)      | 0,705**    |
| Cinsiyet (n=19/grup)                                        |                      |                     |            |
| Erkek                                                       | 15 (78,9)            | 17 (89,5)           |            |
| Kadın                                                       | 4 (21,1)             | 2 (10,5)            | 0,660*     |
| Cinsel Yönelim (n=19/grup)                                  |                      |                     |            |
| Heteroseksüel                                               | 11 (57,9)            | 14 (73,7)           |            |
| ESE                                                         | 1 (5,3)              | 3 (15,8)            |            |
| Biseksüel                                                   | 3 (15,8)             | 1 (5,3)             | 0,245***   |
| Belirtmek istemiyor                                         | 4 (21,1)             | 1 (5,3)             |            |
| WHO Evre                                                    |                      |                     |            |
| Evre 1                                                      | 14 (73,7)            | 12 (63,2)           |            |
| Evre 2                                                      | 5 (26,3)             | 4 (21,1)            | 0,325****  |
| Evre 3                                                      | 0 (0,0)              | 3 (15,8)            |            |
| Sigara kullanımı (n=19/grup)                                |                      |                     |            |
| Hayır                                                       | 6 (31,6)             | 8 (42,1)            |            |
| Evet                                                        | 13 (68,4)            | 11 (57,9)           | 0,737*     |
| Alkol kullanımı (n=19/grup)                                 |                      |                     |            |
| Hayır                                                       | 13 (68,4)            | 9 (47,4)            |            |
| Evet                                                        | 6 (31,6)             | 10 (52,6)           | 0,325***** |



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

4-7 ARALIK 2025

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



|                                                                              |                  |                   |           |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------|-----------|
| Madde kullanımı (n=19/grup)                                                  | 19 (100,0)       | 17 (89,5)         |           |
| Hayır                                                                        | 0 (0,0)          | 2 (10,5)          | 0,486*    |
| Evet                                                                         |                  | 242.269           |           |
| Tanı HIV RNA (IU/mL) (n=19) (Medyan [min-maks])                              | X                | (4.898-3.240.000) |           |
| Tanı sonrası ilk pozitif HIV RNA (IU/mL) (n=3) (Medyan [min-maks])           | 132 (33-2.010)   | X                 |           |
| Tanı-İlk pozitif RNA arası süre (gün) (Medyan [min-maks])                    | 496 (295-583)    | X                 |           |
| Tanı CD4 yüzdesi (%) (n=19/grup) (Medyan [min-maks])                         | 42 (8-55)        | 24 (5-53)         | <0,001**  |
| Tanı CD4 sayısı (hücre/mm <sup>3</sup> ) (n=19/grup) (Medyan [min-maks])     | 801 (145-1842)   | 343 (22-919)      | <0,001**  |
| Tanı CD8 yüzdesi (%) (n=19/grup) (Medyan [min-maks])                         | 36 (8-52)        | 58 (33-84)        | <0,001**  |
| Tanı CD8 sayısı (hücre/mm <sup>3</sup> ) (n=19/grup) (Medyan [min-maks])     | 704 (145-1342)   | 800 (259-3692)    | 0,470**   |
| Tanı CD4/CD8 oranı (Medyan [min-maks])                                       | 1,00 (0,53-2,21) | 0,42 (0,08-2,00)  | <0,001**  |
| CDC Klinik Evre Dağılımı (n=19/grup)                                         |                  |                   |           |
| Evre 1                                                                       | 15 (78,9)        | 6 (31,6)          |           |
| Evre 2                                                                       | 3 (15,8)         | 6 (31,6)          | 0,009**** |
| Evre 3                                                                       | 1 (5,3)          | 7 (36,8)          |           |
|                                                                              | 40 (24-53)       | 28,5 (10-60)      | 0,029**   |
| Ortalama CD4 yüzdesi (%) (n=19/grup) (Medyan [min-maks])                     | 870 (244-1515)   | 585 (73-1270)     | 0,027**   |
| Ortalama CD4 sayısı (hücre/mm <sup>3</sup> ) (n=19/grup) (Medyan [min-maks]) |                  |                   |           |
| Ortalama CD8 yüzdesi (%) (n=19/grup) (Medyan [min-maks])                     | 36 (19-51)       | 54,5 (29-78)      | <0,001**  |
| Ortalama CD8 sayısı (hücre/mm <sup>3</sup> ) (n=19/grup) (Medyan [min-maks]) | 758 (338-1137)   | 835 (394-3888)    | 0,385**   |
| Ortalama CD4/CD8 oranı (n=19/grup) (Medyan [min-maks])                       |                  |                   |           |
|                                                                              | 1,03 (0,52-1,96) | 0,68 (0,08-1,52)  | <0,001**  |
|                                                                              | 709 (145-1446)   | 343 (22-919)      | 0,003**   |
| Min. CD4 (hücre/mm <sup>3</sup> ) (n=19/grup) (Medyan [min-maks])            |                  |                   |           |
| Maks. CD4 (hücre/mm <sup>3</sup> ) (n=19/grup) (Medyan [min-maks])           | 868 (247-1842)   | 814 (129-1594)    | 0,271**   |
|                                                                              | 557 (75-1043)    | 675 (177-3038)    | 0,370**   |
| Min. CD8 (hücre/mm <sup>3</sup> ) (n=19/grup) (Medyan [min-maks])            |                  |                   |           |
| Maks. CD8 (hücre/mm <sup>3</sup> ) (n=19/grup) (Medyan [min-maks])           | 997 (345-1444)   | 1050 (674-4962)   | 0,163**   |



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

4-7 ARALIK 2025

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



|                                                                                      |                   |                   |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|---------|
| Tanı zamanı lenfosit sayısı (hücre/mm <sup>3</sup> ) (n=18/grup) (Medyan [min-maks]) | 1860 (860-3620)   | 1520 (500-5280)   | 0,234** |
| Ortalama lenfosit (hücre/mm <sup>3</sup> ) (n=18/grup) (Medyan [min-maks])           | 2006 (875-3208)   | 1756 (720-4334)   | 0,203** |
| Minimum lenfosit (hücre/mm <sup>3</sup> ) (n=18/grup) (Medyan [min-maks])            | 1820 (860-2880)   | 1340 (500-2790)   | 0,103** |
| Maksimum lenfosit (hücre/mm <sup>3</sup> ) (n=18/grup) (Medyan [min-maks])           | 2510 (890-4140)   | 2610 (950-27 600) | 0,673** |
| Tanı zamanı nötrofil sayısı (hücre/mm <sup>3</sup> ) (n=18/grup) (Medyan [min-maks]) | 4420 (2960-9780)  | 2500 (1000-6260)  | 0,005** |
| Ortalama nötrofil (hücre/mm <sup>3</sup> ) (n=18/grup) (Medyan [min-maks])           | 4609 (2280-9145)  | 3860 (2370-7240)  | 0,074** |
| Minimum nötrofil (hücre/mm <sup>3</sup> ) (n=18/grup) (Medyan [min-maks])            | 3310 (1800-8040)  | 2410 (1000-3790)  | 0,011** |
| Maksimum nötrofil (hücre/mm <sup>3</sup> ) (n=18/grup) (Medyan [min-maks])           | 5750 (3010-10590) | 5900 (2520-11360) | 0,584** |
| Tanı zamanı monosit sayısı (hücre/mm <sup>3</sup> ) (n=18/grup) (Medyan [min-maks])  | 440 (240-1190)    | 460 (200-870)     | 0,885** |
| Ortalama monosit (hücre/mm <sup>3</sup> ) (n=18/grup) (Medyan [min-maks])            | 473 (296-952)     | 463 (0,9-950)     | 0,563** |
| Minimum monosit (hücre/mm <sup>3</sup> ) (n=18/grup) (Medyan [min-maks])             | 380 (110-780)     | 340 (200-781)     | 0,265** |
| Maksimum monosit (hücre/mm <sup>3</sup> ) (n=18/grup) (Medyan [min-maks])            | 630 (320-1200)    | 640 (270-7170)    | 0,372** |
| Tanı zamanı CRP (mg/L) (Medyan [min-maks])                                           | 2,8 (0,5-67,0)    | 1,9 (0,3-77,9)    | 0,880** |
| Ortalama CRP (mg/L) (Medyan [min-maks])                                              | 3,1 (0,6-67,0)    | 2,3 (0,6-71,0)    | 0,461** |
| Minimum CRP (mg/L) (Medyan [min-maks])                                               | 2,0 (0,25-10,0)   | 1,0 (0,0-12,9)    | 0,246** |
| Maksimum CRP (mg/L) (Medyan [min-maks])                                              | 3,8 (0,6-67,0)    | 5,3 (1,0-211,0)   | 0,265** |



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

4-7 ARALIK 2025

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



Tanı anında fırsatçı enfeksiyon (n=19/grup)

1. Yok

15 (78,9)

12 (63,2)

2. Hepatit B

3 (15,8)

2 (10,5)

3. Sifiliz

1 (5,3)

2 (10,5)

4. Tüberküloz

0 (0,0)

3 (15,8)

0,356\*\*\*\*

Malignite öyküsü (n=17/grup)

1. Yok

17 (100)

16 (94,1)

2. Var

0 (0)

1 (5,9)

1,000\*

Başlanan ART rejimi (n=19/grup)

1. Almıyor

3 (15,8)

0 (0,0)

2. DTG/TDF/FTC

2 (10,5)

6 (31,6)

3. B/F/TAF

8 (42,1)

6 (31,6)

4. DTG/3TC

6 (31,6)

7 (36,8)

Viremi öyküsü (Elit kontrol n=19/Kontrol grup n=17)

1. Yok

15 (78,9)

12 (70,6)

2. Düşük düzey viremi

0 (0,0)

2 (11,8)

0,432\*\*\*\*

3. Sıçrama

4 (21,1)

3 (17,6)

CASE skoru (Elit kontrol n=16/Kontrol grup n=19) (Medyan [min-maks])

10 (7-12)

9 (7-11)

0,350\*\*

CASE skoru (Elit kontrol n=16/Kontrol grup n=19)

1. Düşük uyum (0-9)

6 (37,5)

10 (52,6)

2. Yüksek uyum (≥10)

10 (62,5)

9 (47,4)

0,311\*\*\*\*

MARS skoru (Elit kontrol n=16/Kontrol grup n=19) (Medyan [min-maks])

9 (5-10)

8 (3-10)

0,403\*\*

MARS skoru (Elit kontrol n=16/Kontrol grup n=19)

1. Düşük uyum (0-5)

2 (12,5)

4 (21,1)

2. Orta uyum (6-8)

3 (18,8)

7 (36,8)

0,500\*

3. Yüksek uyum (9-10)

11 (68,8)

8 (42,1)

Analizler için mevcut veri sayısı değişkenlik göstermektedir. Her satırda analiz edilen katılımcı sayısı (n) belirtilmiştir.

\*Fisher's Exact Test \*\* Mann-Whitney U, \*\*\*Pearson Chi-Square (Monte Carlo) \*\*\*\*Fisher's Exact Test (Monte Carlo)

\*\*\*\*\* Pearson Chi-Square

**Sonuç:** Elit kontrolörlerde CD4 düzeylerinin yüksek, CD8 yüzdelерinin düşük ve CD4/CD8 oranının korunmuş olması, immün sistemin HIV'e karşı daha dengeli ve etkili bir yanıt verdiğini göstermektedir. Bulgular, bu bireylerde klinik seyrin daha stabil ve immün korunmanın belirgin olduğunu ortaya koymaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** CD4/CD8 oranı, Elit kontrolör, HIV kontrolörleri, İmmün yanıt, Viremik kontrolör

SS-35

### Geç Tanı Alan HIV ile Yaşayanlarda Bakıma Bağlanmada Gecikme: Belirleyiciler ve Klinik Sonuçlar

**Banu Çiçek Aktaş<sup>1</sup>, Hakkı Meriç Türkkan<sup>1</sup>, Ceren Atasoy Tahtasakal<sup>1</sup>, Özlem Gül<sup>1</sup>, Elif Barin<sup>1</sup>, Okan Derin<sup>1</sup>, Dilek Yıldız Sevgi<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul, Türkiye

**Giriş ve Amaç:** HIV enfeksiyonunda erken tanı ve zamanında bakıma bağlanma, tedavi başarısı ve mortaliteyi belirleyen temel unsurlardandır. Geç tanı alan kişilerde çeşitli sebeplerle tanı sonrası sağlık hizmetlerine bağlanmada gecikmeler yaşanabilmektedir. Bu çalışma, geç tanı alan HIV ile yaşayan kişiler arasında gecikmiş bakıma bağlanma oranını belirlemeyi, bu duruma yol açan demografik ve klinik faktörleri saptamayı ve gecikmenin klinik sonuçlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışmamız, üçüncü basamak bir eğitim ve araştırma hastanesinde 2021 Ocak ve 2025 Ekim arasında polikliniğe başvuran ve geç başvuru olarak tanımlanan 179 hastanın verilerinin retrospektif olarak analiz edilmesiyle gerçekleştirilmiştir. Geç başvuru, HIV tanı anında CD4 < 350/mm<sup>3</sup> veya AIDS tanımlayıcı hastalık varlığı olarak tanımlanmıştır. Gecikmiş bakım, HIV tanısı ile ilk HIV kliniği ziyareti arasında ≥90 gün (3 ay) süre olması olarak kabul edilmiştir. Demografik, epidemiyolojik, klinik veriler elektronik hasta kayıtlarından elde edilmiştir.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 37±12 yıl olup %86.5'i erkekti. Gecikmiş bakım oranı %17.3 (n=31) olarak saptandı. Tanı ile ilk HIV kliniği ziyareti arasındaki ortalama süre, gecikmiş bakım grubunda 13 (8–52) ay olarak bulundu. Hastane yatışı (%51.6 vs. %37.8; p=0.004), tekrarlayan yatış (%29.0 vs. %10.8; p=0.022) ve yoğun bakım gereksinimi (%12.9 vs. %1.4; p=0.009) gecikmiş bakım grubunda anlamlı olarak daha yüksekti. Koenfeksiyon (HBV/HCV/TB/sifiliz) oranı gecikmiş bakımda %42, diğer grupta %28 idi. Tanı sonrası takibe gelme süresini etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılan lineer regresyon analizinde yaş ve eğitim düzeyinin en güçlü belirleyiciler olduğu saptandı. Tanı anındaki yaş arttıkça bakıma bağlanma süresi kısalırken ( $\beta=-0.51$ ; p < 0.001), daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerde de daha erken bakıma bağlanma gözlemlendi ( $\beta=-1.2$  ila  $-1.5$  aralığında; p < 0.01). Segmental regresyon analizine göre, 2012–2021 döneminde tanıdan bakıma geçiş süresi her yıl kısalma eğilimi gösterirken, 2022 sonrasında bu sürede anlamlı bir artış izlendi (p=0.002).

Grafik 1







# HIV/AIDS

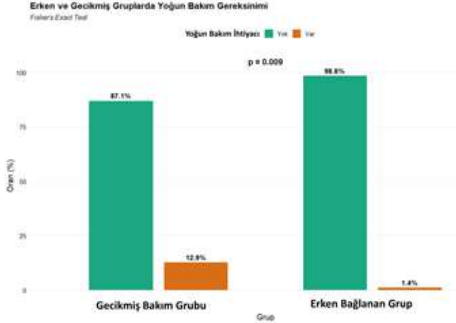
## 2025 KONGRESİ

4-7 ARALIK 2025

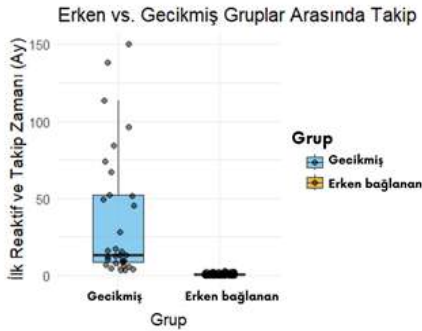
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



Grafik 2



Grafik 3



Tablo 1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri (n = 179)

| Değişken                                  | n (%) veya Ort ± SS |
|-------------------------------------------|---------------------|
| Yaş (yıl)                                 | 37 ± 12             |
| Cinsiyet                                  |                     |
| – Erkek                                   | 155 (86.6)          |
| – Kadın                                   | 24 (13.4)           |
| Uyruk                                     |                     |
| – Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı           | 161 (89.9)          |
| – Yabancı uyruklu                         | 18 (10.1)           |
| Eğitim Düzeyi                             |                     |
| – İlkokul ve altı                         | 37 (20.7)           |
| – Ortaöğretim                             | 65 (36.3)           |
| – Üniversite ve üzeri                     | 77 (43.0)           |
| Çalışma Durumu                            |                     |
| – Çalışıyor                               | 104 (58.1)          |
| – Çalışmıyor / Düzensiz                   | 75 (41.9)           |
| Olası Bulaş Yolu                          |                     |
| – Erkeklerle seks yapan erkek (MSM)       | 97 (54.2)           |
| – Heteroseksüel ilişki                    | 60 (33.5)           |
| – Bilinmeyen / Diğer                      | 22 (12.3)           |
| Koenfeksiyon varlığı (HBV/HCV/TB/Sifiliz) | 58 (32.4)           |
| Hastane yatışı öyküsü                     | 72 (40.2)           |
| Birden fazla yatış öyküsü                 | 32 (17.9)           |

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| Yoğun bakım gereksinimi  | 11 (6.1)  |
| Gecikmiş bakım (≥90 gün) | 31 (17.3) |

Tablo 2. Gecikmiş ve Bakıma Erken Bağlanan Grupların Karşılaştırılması (n = 179)

| Değişken                          | Gecikmiş Bakım (n = 31) | Bakıma Erken Bağlanan (n = 148) | p değeri |
|-----------------------------------|-------------------------|---------------------------------|----------|
| Yaş (yıl, Ort ± SS)               | 35 ± 11                 | 38 ± 12                         | 0.08     |
| Cinsiyet                          |                         |                                 | 0.63     |
| – Erkek                           | 28 (90.3)               | 127 (85.8)                      |          |
| – Kadın                           | 3 (9.7)                 | 21 (14.2)                       |          |
| Uyruk                             |                         |                                 | 0.59     |
| – Türkiye Cumhuriyeti             | 27 (87.1)               | 134 (90.5)                      |          |
| – Yabancı uyruklu                 | 4 (12.9)                | 14 (9.5)                        |          |
| Eğitim düzeyi                     |                         |                                 | 0.04     |
| – İlkokul ve altı                 | 10 (32.3)               | 27 (18.2)                       |          |
| – Ortaöğretim                     | 13 (41.9)               | 52 (35.1)                       |          |
| – Üniversite ve üzeri             | 8 (25.8)                | 69 (46.6)                       |          |
| Çalışma durumu                    |                         |                                 | 0.26     |
| – Çalışıyor                       | 15 (48.4)               | 89 (60.1)                       |          |
| – Çalışmıyor / düzensiz           | 16 (51.6)               | 59 (39.9)                       |          |
| Olası bulaş yolu                  |                         |                                 | 0.01     |
| – MSM                             | 12 (38.7)               | 85 (57.4)                       |          |
| – Heteroseksüel                   | 9 (29.0)                | 51 (34.5)                       |          |
| – Bilinmeyen / diğer              | 10 (32.3)               | 12 (8.1)                        |          |
| Koenfeksiyon (HBV/HCV/TB/Sifiliz) | 13 (41.9)               | 41 (27.7)                       | 0.09     |
| AIDS tanımlayıcı hastalık         | 8 (25.8)                | 22 (14.8)                       | 0.18     |
| İleri HIV hastalığı (CD4 <200)    | 14 (45.2)               | 41 (27.7)                       | 0.06     |
| Hastane yatışı                    | 16 (51.6)               | 56 (37.8)                       | 0.004 *  |
| Birden fazla yatış                | 9 (29.0)                | 16 (10.8)                       | 0.022 *  |
| Yoğun bakım gereksinimi           | 4 (12.9)                | 2 (1.4)                         | 0.009 *  |

\* p < 0.05 istatistiksel olarak anlamlı farkı göstermektedir.

**Sonuç:** Çalışmamız, HIV bakımında yalnızca tanı öncesi farkındalık değil, tanı sonrası izlem süreçlerinin de epidemiyolojik kontrol için kritik önemde olduğunu vurgulamaktadır. Gecikmiş bakım grubunda daha sık hastane yatışı ve yoğun bakım ihtiyacı; erken bakım sürecinin kritik olduğunu açıkça göstermektedir. COVID-19 sonrası dönemde artan gecikme oranları, bakıma bağlanma zincirinin sürdürülebilirliğinde kırılganlıkların devam ettiğini göstermektedir. Tanı sonrası sevk ve danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve toplum temelli yaklaşımlar; özellikle genç, düşük eğitilmiş ve sosyoekonomik açıdan dezavantajlı kişilerde erken bakım bağlantısını artırabilir.

**Anahtar Kelimeler:** gecikmiş bakım, HIV Epidemiyolojisi, geç başvuru, risk faktörleri

SS-36

## HIV ile İlişkili Kaposi Sarkomu: 21 Olgunun Klinik ve İmmünolojik Bulgularının Değerlendirilmesi

**Başak Yıldız<sup>1</sup>, Damla Ertürk<sup>1</sup>, Süheyla Kömür<sup>1</sup>, Ferit Kuşcu<sup>1</sup>, Ayşe Seza İnal<sup>1</sup>, Aslıhan Candevir<sup>1</sup>, Yeşim Taşova<sup>1</sup>**

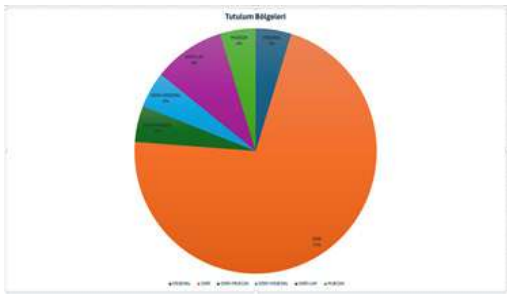
<sup>1</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Adana

**Giriş ve Amaç:** Edinilmiş immün yetmezlik sendromu (AIDS) tanımlayıcı bir hastalık olan Kaposi sarkomu (KS), birden fazla vasküler, kutanöz ve mukozal nodül ile karakterize nadir görülen bir anjiyoproliferatif tümördür. HIV ile ilişkili Kaposi sarkomunun gelişiminde insan herpes virüsü tip 8 (HHV-8) enfeksiyonu, immün sistem baskılanması ve sitokin düzeylerindeki artışın önemli rol oynadığı bilinmektedir. Kaposi sarkomu; klasik, endemik, iyatrojenik ve AIDS ile ilişkili olmak üzere dört epidemiyolojik alt tipe ayrılmaktadır. Ülkemizde HIV ile ilişkili KS'ye ilişkin epidemiyolojik veriler sınırlıdır. Bu çalışma ile kliniğimizde KS tanısı ile takip edilen HIV enfeksiyonu olgularının klinik ve laboratuvar özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Bu retrospektif gözlemsel çalışmaya, 2001–2025 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'nde takip edilen, HIV enfeksiyonu ve histopatolojik olarak doğrulanmış Kaposi sarkomu tanısı bulunan toplam 21 hasta dahil edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet), klinik bulguları, KS tutulum bölgeleri, CD4 hücre sayısı, HIV RNA düzeyi, komorbid durumları ve eşlik eden AIDS tanımlayıcı hastalıkları hastane elektronik veri sisteminden elde edilmiştir. Tüm olgulara standart antiretroviral tedavi (ART) başlanmış olup, uygun hastalarda sistemik kemoterapi uygulanmıştır.

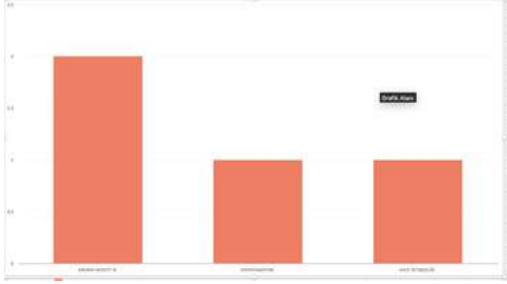
**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 21 hastanın 20'si (%95,3) erkek, 1'i (%4,7) kadındı. Tanı anında yaş ortalaması 39,33(min:23, maks:60) yıl idi. Hastaların 17'si(% 80,95 ) HIV ile eş zamanlı KS tanısı almış olup, 4'ü (% 19,05) HIV enfeksiyonu tanısı sonrasında KS tanısı almıştır. Tanı anında ortalama CD4 hücre sayısı 200 hücre/mm<sup>3</sup>, ortalama HIV RNA düzeyi 6,8×10<sup>5</sup> kopya/mL olarak saptandı. 19(%90,48) hastada cilt tutulumu ile, 2(%9,52) hastada cilt tutulumu olmadan tanı vardı. Tutulum bölgelerinin dağılımı Şekil 1'de belirtilmiştir. Takiplerde 5(%23,8) hastada mortalite gelişmiştir. 4(%19,05) hastada eşlik eden komorbidite (Şekil 2) ve 6(% 28,57 ) hastada eşlik eden KS dışında AIDS tanımlayıcı ek enfeksiyon veya malignite mevcut olup dağılımları Şekil 3'de belirtilmiştir. Tüm hastalara sistemik kemoterapi verilmiştir. 16( %76,19 ) hastaya liposomal doxorubicin, 3(%14,29) hastaya paklitaksel , 2(% 9,52 ) hastaya ritüksimab içeren kemoterapi rejimi verilmiştir.

### Tutulum Bölgelerinin Dağılımı

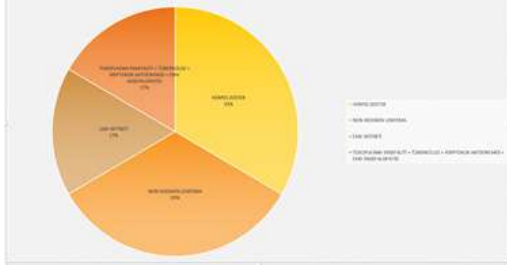


AIDS ilişkili KS da Klasik KS'ye göre mukoza, lenf nodu ve visseral tutulum daha sıktır.

#### Komorbiditeler



#### AIDS tanımlayan hastalık



**Sonuç:** Çalışmamızda, HIV ile ilişkili Kaposi sarkomunun çoğunlukla erkeklerde, ileri viral yük ve düşük CD4 hücre sayısı ile birlikte görüldüğü saptanmıştır. Erken tanı, etkin antiretroviral tedaviye (ART) zamanında başlanması ve uygun sistemik kemoterapinin uygulanması, klinik yanıt oranlarını ve sağkalımı belirgin biçimde artırmaktadır. İmmün rekonstrüksiyonun sağlanmasıyla birlikte KS lezyonlarında gerileme izlenmiş; bu durum, immün restorasyonun hastalık seyrinde kritik rol oynadığını desteklemiştir. Bu çalışma, ülkemizde HIV ile ilişkili Kaposi sarkomu olgularına ilişkin sınırlı veriye katkı sağlaması ve uzun dönem klinik gözlem sunması açısından önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** AIDS, Malignite, Geç tanı, Kaposi sarkomu

SS-37

### HIV ile Yaşayan Kişilerde Kaposi Sarkomu Saptanan Vakaların Demografik ve Klinik Özellikleri: Cerrahpaşa Deneyimi

**Meryem Billur Miroğlu<sup>1</sup>, Hatice Çolak<sup>1</sup>, Aybike Özdağ<sup>1</sup>, Sibel Yıldız Kaya<sup>1</sup>, Rıdvan Karaali<sup>1</sup>, Bilgöl Mete<sup>1</sup>, Fehmi Tabak<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji*

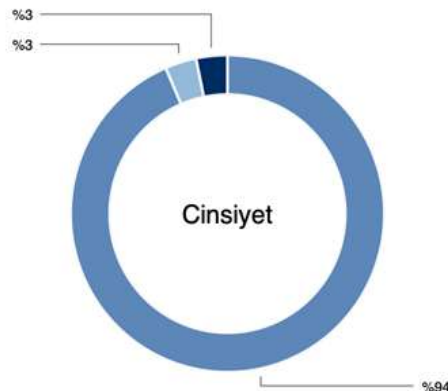
**Giriş ve Amaç:** Kaposi Sarkomu (KS), HHV-8 ile ilişkili malign vasküler tümördür ve HIV ile ilişkili en sık malignitelerden biridir. CD4 < 200 hücre/μl, yüksek viral yük, antiretroviral tedaviye (ART) geç başlanması veya uyumsuzluk hastalık gelişiminde etkili faktörlerdir. KS genellikle ciltte morumsu-kırmızı lezyonlarla başlar, ancak lenf nodu, gastrointestinal sistem (GIS) ve akciğer gibi organlarda da görülebilir. Bu çalışmada, KS tanılı HIV ile yaşayan kişilerin (HİYK) demografik, klinik, immünolojik ve virolojik özellikleri değerlendirilmiştir.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışmamız, 2008–2025 yılları arasında kliniğimizde izlenen 1354 HİYK'den biyopsi ile KS tanısı doğrulanan 31 olgu (%2,28) üzerinde retrospektif olarak yapılmıştır. Olguların demografik, klinik ve laboratuvar verileri ile tedavi, nüks ve mortalite bilgileri tanımlayıcı istatistiklerle değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 31 hastanın yaş ortalaması 43,3 (24-62 yaş) olup, %29'u ≥50 yaş idi. Katılımcıların 29'u erkek, 1'i cis-kadın, 1'i trans-kadınlı. Bulaşma yolu saptanabilenlerin tümünde cinsel temas öyküsü mevcuttu; %22,6'sı heteroseksüel, %6,5'i biseksüel, %19,4'ü erkeklerle seks yapan erkekler (ESE) grubundaydı. Hastaların %51'inde ise bulaş yolu belirlenmemiştir. Hastalar başvuru şikayetleri açısından değerlendirildiğinde, 15'inin cilt lezyonuyla, 6'sının ise B semptomlarıyla başvurduğu görüldü. 5'i başvuru sırasında şikayetsizdi ve tarama amacıyla başvurmuştu; 3'ünün partneri pozitif, 2'sinde şüpheli cinsel temas mevcuttu. İlk başvuru CD4 ortalaması 98,4 (0-540) hücre/μl olup, %83,87'sinin CD4'ü < 200 hücre/μl'nin altında idi. Son başvuru CD4 ortalaması ise 478 (50-1.377) hücre/μl bulunmuştur. İlk başvuruda HIV-RNA 10.977 - 22.154.834 kopya/ml arasında olup, ortalaması 2.180.000 kopya/ml idi. Son takip HIV-RNA 21 hastada saptanamaz düzeydeydi. Son HIV-RNA 5 hastada > 200 kopya/ml saptanmış olup, bu hastaların tümü bir yıldan kısa süreli ART almaktaydı. Hastaların 19'unda sadece cilt tutulumu varken, 12 hastada viseral tutulum mevcuttu. Viseral tutulum olanların %50'sinde çoklu organ tutulumu görülmüştür; 2'sinde oral mukoza, 1'inde konjunktiva, 4'ünde akciğer, 8'inde hematopoetik sistem, 6'sında GIS tutulumu saptanmıştır. 5 kişide ART sonrası regresyon görülmüş ve ek tedavi gerekmemiştir, 19 hastada ise sistemik kemoterapi (KT) rejimi uygulanmıştır. Sistemik KT alan hastaların 6'sına intralezyoner tedaviler de verilmiştir. 5 hastanın tanı sonrası takibine ulaşılamamıştır. 2 hastada nüks (1 ölüm, 1 yanıt) bildirilmiştir. Toplam 4 hasta kaybedilmiştir; 2 kişi mortalite akciğer tutulumuna bağlı komplikasyonlar sonucu, ikisinde ise eşlik eden fırsatçı enfeksiyonlar/malignitelerle ilişkili olarak gerçekleşmiştir.

Cinsiyet dağılımı

● Erkek ● Kadın ● Trans Kadın





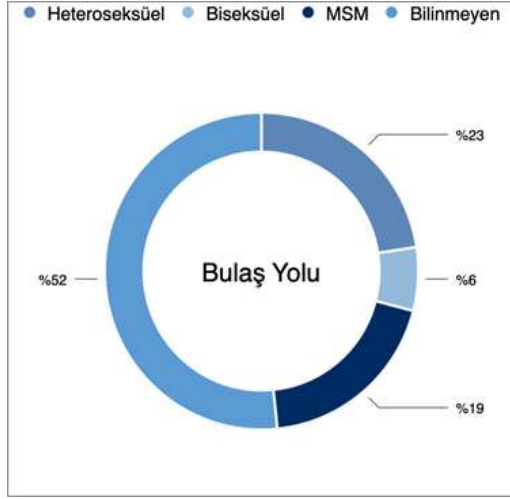
# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



### Bulaş yolu



**Sonuç:** ART döneminde HIV ile ilişkili KS sıklığı azalmış olsa da, ileri immünsüpresyonda klinik önemini korur. Tanı anında çoğu hastada CD4 < 200 olması immünsüpresyonun temel belirleyici olduğunu gösterir. Erken tanı, düzenli takip ve ART'ye uyum, KS'nin önlenmesi ve prognozun iyileştirilmesinde kritiktir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, Kaposi Sarkomu, HHV-8, ART



SS-38

## HIV ile Yaşayan Bireylerde ASCVD ve SCORE2 Skorlarıyla Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi ve Statin Kullanım Oranlarının Karşılaştırılması

**Merve Köylü<sup>1</sup>, Betül Şahiner<sup>1</sup>, Arzu Nazlı<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Antiretroviral tedavi (ART) ile HIV ile yaşayan bireylerde yaşam süresi uzamıştır ve beraberinde kardiyovasküler hastalık (KVH) riski artmaktadır. Bu çalışmada, HIV ile yaşayan bireylerde ASCVD ve SCORE 2 risk skorlarının karşılaştırılması, iki skor arasındaki uyumun değerlendirilmesi ve endikasyonu olan kişilerde statin kullanım oranlarının belirlenmesi amaçlandı.

**Gereç ve Yöntemler:** Bu çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'nda takip edilen 40 yaş ve üzeri ile 74 yaş arasındaki HIV ile yaşayan bireylerde retrospektif olarak yapıldı. Poliklinik takibinde olan hastaların klinik ve laboratuvar verileri dosya kayıtlarından elde edildi. Katılımcıların en son ölçülen lipit düzeyleri ve kan basıncı ölçümleri kullanıldı. Her birey için ASCVD ve SCORE2 (C grubu – yüksek riskli ülke) skorları, yaş gruplarına göre belirlenen üç kategori (düşük/orta/yüksek) eşikleri kullanılarak hesaplandı; < 50 yaş için düşük risk < %2,5, orta 2.5– < %7,5, yüksek  $\geq$  %7,5; 50–69 yaş için düşük < %5, orta 5– < %10, yüksek  $\geq$  %10 olarak tanımlandı. Risk kategorileri arasındaki uyum Cohen's kappa katsayısı ile değerlendirildi. Statin endikasyonu, ASCVD  $\geq$  %7,5 veya SCORE2'de yüksek risk olarak tanımlandı ve statin kullanımı hasta dosyalarından kaydedildi.

**Bulgular:** Katılımcıların yaş ortancası 51 yıl (40–74), %83,6'sı erkekti. Katılımcıların 16'sında (%11) Diyabet, 46'sında (%31,5) Hipertansiyon tanısı vardı. Katılımcıların demografik ve klinik özellikleri tablo 1'de sunuldu. ASCVD skoru ortancası %5,3 (0.3–51.9), SCORE2 ortancası %6 (1–25) bulundu. SCORE2 ve ASCVD kategorileri arasında orta düzey uyum ( $\kappa=0.39$ , %56) saptandı. SCORE2, olguların %34,9'unda ASCVD'ye göre daha yüksek risk sınıfı belirledi. ASCVD skoru ile 60 kişi (%41,1), SCORE 2 ile ise 66 kişi (%45,2) 10 yıl içinde gelişebilecek kardiyovasküler hastalık için yüksek riskli olarak sınıflandırıldı. Statin endikasyonları ve kullanma oranları Tablo 2 ve şekil 1'de gösterildi.

Şekil 1. Kardiyovasküler hastalık riski ve statin kullanımı



Tablo 1 Demografik ve Klinik Özellikler

| Değişken           | Ortanca (Min-Max) |
|--------------------|-------------------|
| Yaş (yıl)          | 51(40-74)         |
| Erkek cinsiyet n,% | 122 (%83,6)       |
| Diyabet            | 16(%11)           |
| Hipertansiyon      | 46(%31,5)         |
| Sigara içen        | 43(%29,5)         |
| Statin kullanan    | 23(%15,8)         |

|                                                 |                       |
|-------------------------------------------------|-----------------------|
| Aspirin kullanan                                | 20(%13,7)             |
| HIV enfeksiyonu süresi(yıl)                     | 5(1-16)               |
| Başlangıç viral yük (k/ml)                      | 515777(1010-13200000) |
| Başlangıç CD4+T hücre sayısı(/mm <sup>3</sup> ) | 390(20-1715)          |
| HDL (mg/dL)                                     | 46(20-92)             |
| LDL (mg/dL)                                     | 122(34-186)           |
| Total Kolesterol (mg/dL)                        | 204,5(90-298)         |
| Sistolik kan basıncı(mmHg)                      | 130(94-200)           |
| Diastolik kan basıncı(mmHg)                     | 80(57-130)            |
| ASCVD skoru                                     | %5,3 (0,3–51,9)       |
| SCORE 2                                         | %6 (1-25)             |

Tablo 2. Skorlara göre statin endikasyonu

| Skor              | Statin kullanması gereken(n, %) | Statin kullanan (n, %) |
|-------------------|---------------------------------|------------------------|
| ASCVD $\geq$ 7.5% | 60 (%41,1)                      | 17 (%28,3)             |
| SCORE2 $\geq$ 10% | 66 (%45,2)                      | 17 (%25,8)             |
| Her ikisi         | 49 (%33,6)                      | 15 (%30,6)             |

**Sonuç:** HIV ile yaşayan bireylerde SCORE2, ASCVD'ye göre daha yüksek risk sınıflaması eğilimindedir. Her iki skora göre de statin endikasyonu olan bireylerin yalnızca üçte biri tedavi almaktadır. Bu bulgular, kardiyovasküler riskin HIV popülasyonunda yetersiz değerlendirildiğini ve statin başlanması farkındalığının artırılması gerektiğini göstermektedir

**Anahtar Kelimeler:** Kardiyovasküler Hastalık, HIV, komorbidite, Score 2, ASCVD skoru, Statin







# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



|                      |    |    |
|----------------------|----|----|
| HIV / AIDS nedir?    | 11 | 22 |
| HIV bulaşı           | 3  | 6  |
| B = B, korunma       | 1  | 2  |
| HIV/AIDS belirtileri | 6  | 12 |
| HIV ile yaşam        | 10 | 20 |
| HIV tedavisi         | 3  | 6  |
| Diğer                | 16 | 32 |

**Sonuç:** HIV/AIDS gibi konularda farkındalık yaratmak, yanlış bilgileri düzeltmek ve damgalanmayla mücadele etmek için etkili bir araçtır. Ancak aynı zamanda yanlış bilgi, önyargı ve popülist yaklaşımlar da hızla yayılabilmektedir. VPI değerleri yüksek olan içerikler, çoğu zaman düşük bilgi kalitesi taşır. Bu nedenle sadece etkileşim verileri üzerinden sağlık iletişimi stratejisi geliştirmek hatalıdır. Hekimlerin, derneklerin ve resmi kurumların dijital platformlarda daha aktif olması, güvenilir bilginin görünürlüğünü artırabilir. Bilimsel doğruluk ve halkın ilgisini çekme arasında bir denge kurulmalıdır. HIV ve benzeri hastalıklarla ilgili ayrımcı söylemler, toplumda damgalamayı pekiştirir. Platformlarda içeriklerin etik yönden düzenli olarak denetlenmesi gerekir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, sosyal medya, Youtube, AIDS

SS-40

## HIV ile Yaşayanların 2024 Yılında Maruz Bırakıldıkları Hak İhlalleri Raporu

Çiğdem Şimşek<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pozitif-iz Derneği

**Giriş ve Amaç:** HIV İLE YAŞAYANLAR EŞİT HAKLARI SAVUNUYOR / HIV ile Yaşayanların 2024 Yılında Maruz Bırakıldıkları Hak İhlalleri Raporu / Rapor, HIV ile yaşayanların 2024 yılında maruz bırakıldıkları hak ihlallerini görünür kılmak, boyutlarını nitel ve nicel verilerle ortaya koymak ve hak temelli çözüm önerilerini paylaşmak amacıyla hazırlandı. Yıl boyunca derneğe ulaşan başvuruların analizi ve saha gözlemleri üzerinden, sağlık, çalışma yaşamı ve kişisel verilerin korunması gibi temel alanlarda yaşanan ihlaller değerlendirildi.

**Gereç ve Yöntemler:** 2024 yılında Dernek 230 hak ihlali başvurusu aldı. Telefon, sosyal medya ve e-posta yoluyla iletilen başvurular akran danışmanları tarafından derlenerek anonimleştirildi ve nitel-nicel veriler raporlaştırıldı.

**Bulgular:** - 2024'te 1.140 kişi toplam 3.217 kez danışmanlık aldı ve 230 başvuruda hak ihlali tespit edildi; 37 başvuru hukuki sürece taşındı. - Başvuru sayısı azalsa da hukuki süreç başlatan kişi sayısı önceki yıla göre iki kattan fazla arttı (2023: 17 kişi, 2024: 37 kişi). Bu durum, Dernek tarafından verilen danışmanlığın önleyici etkisini ve hak bilincinin güçlendiğini gösterdi. - Danışmanlık süreci, hak temelli bilincin yükselmesine ve önleyici yaklaşımın somut şekilde ortaya çıkmasına katkı sağladı. - Hak ihlallerinin çoğu sağlığa erişim (%40) ve çalışma hakkı (%24) alanında yoğunlaştı; seyahat-barınma-egitim (%16), kişisel verilerin korunması (%7), askeri (%5), aile hukuku (%4) ve ceza hukuku (%4) diğer alanları oluşturdu. Sınıflandırılan ihlallerin çoğunda birden fazla hak birlikte ihlal edildi. - Başvuruların büyük kısmı İstanbul, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, İzmir ve yurtdışından kaynaklandı. - Yabancı uyruklu kişiler özellikle sağlık hakkına erişimde çoklu ayrımcılık ve engellerle karşılaştı; başvuruların önemli bir bölümünü Genel Sağlık Sigortası (GSS) erişimi ile ilgili şikâyetler oluşturdu. - 2018-2024 arasında hak ihlalleri üç kattan fazla arttı; başvurular ve ihlaller %721'den fazla artarken, ihlallerdeki 8,2 kat artış HIV ile yaşayanlara yönelik ayrımcılık ve damgalamanın sistemik boyut kazandığını ortaya koydu.

Yıllara Göre Danışmanlık ve İhlal Sayıları







# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

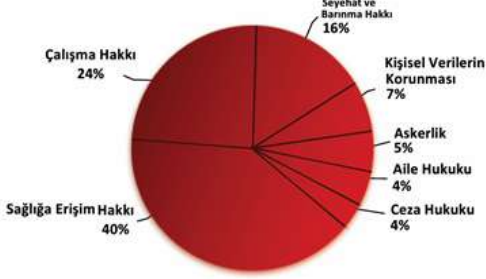
4-7 ARALIK 2025

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



### Başvuruların İhlal Türüne Göre Tasnifi

#### BAŞVURULARIN İHLAL TÜRÜNE GÖRE TASNİFİ



**Sonuç:** Veriler, HIV ile yaşayanların hak arama bilincinin güçlendiğini ve danışmanlık ile sivil toplum müdahalesinin önleyici ve koruyucu rol oynadığını gösteriyor. Hukuki süreç başlatan kişi sayısındaki artış, bireylerin haklarını savunma bilincinin yükseldiğini ve danışmanlığın etkinliğini doğruluyor. Sağlık ve çalışma alanlarındaki ihlallerin yoğunluğu, bu alanlardaki sistemik sorunların devam ettiğini ortaya koyuyor. 2018'den bu yana hak ihlalleri ve başvurulardaki ciddi artış, HIV ile yaşayanların karşılaştığı ayrımcılık ve damgalamanın devam ettiğini ve derinleştiğini ortaya koyuyor. Bu durum, hak temelli müdahalelerin, danışmanlık hizmetlerinin ve sivil toplum destek mekanizmalarının önemini her zamankinden daha kritik hâle getiriyor. Önleyici danışmanlık ve hak bilincinin artırılması, HIV ile yaşayan kişilerin toplumsal yaşama eşit ve güvenli şekilde katılabilmesi için temel bir gereklilik olarak öne çıkıyor.

**Anahtar Kelimeler:** Hak ihlalleri, HIV ile yaşamak, HIV ve Hukuk, Pozitif-iz Derneği, Damgalanma ve Ayrımcılık

SS-41

## HIV ile Yaşayan Bireylerde Aşılama Durumu ve Serolojik Yanıtların Değerlendirilmesi: 26 Yıllık Tek Merkez Deneyimi

Aslıhan Candevir<sup>1</sup>, Ferit Kuşcu<sup>1</sup>, Damla Ertürk<sup>1</sup>, Büşra Tokgöz<sup>1</sup>, İlgi Tolu<sup>1</sup>, Süheyla Kömür<sup>1</sup>, Ayşe Seza İnal<sup>1</sup>, Behice Kurtaran<sup>1</sup>, Yeşim Taşova<sup>1</sup>

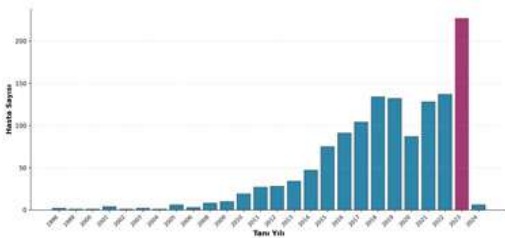
<sup>1</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

**Giriş ve Amaç:** HIV ile yaşayan bireyler, bağışıklık sistemindeki baskılanma nedeniyle aşılabilir enfeksiyonlara karşı daha yüksek risk altındadır. Bu çalışmada, HIV ile yaşayan bireylerin serolojik belirteçleri, aşılama durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

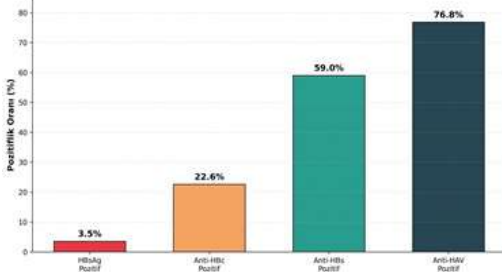
**Gereç ve Yöntemler:** 1998-2024 yılları arasında kayıtlı 1852 HIV ile yaşayan bireyden en az 1 yıl süre ile takip edilmiş 1315 kişi çalışmaya alındı. Hastaların demografik özellikleri, aşılama durumları serolojik belirteçleri ve tedavi yanıtları retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 1315 hastanın ortalama tanı yaşı  $36,3 \pm 12,4$  yıl idi. Hastaların %62,5'i 2015-2024 yılları arasında tanı almıştı ve 2023 yılında en yüksek tanı sayısına ( $n=227$ , %17,3) ulaşılmıştı. Aşılama oranları değerlendirildiğinde; pnömokok konjuge-13 aşısı %89,4 ( $n=1175$ ), meningokok aşısı %72,2 ( $n=949$ ), tetanoz aşısı %57,7 ( $n=759$ ), hepatit B aşısı %40,5 ( $n=533$ ), hepatit A aşısı %16,7 ( $n=220$ ) ve pnömokok polisakkarit-23 aşısı sadece %1,7 ( $n=22$ ) oranında uygulanmıştı. Serolojik belirteçler incelendiğinde; Anti-HAV pozitifliği %76,8 ( $n=925$ ), Anti-HBs pozitifliği %59,0 ( $n=772$ ), Anti-HBc pozitifliği %22,6 ( $n=270$ ) ve HBsAg pozitifliği %3,5 ( $n=46$ ) olarak saptandı. Anti-HBs negatif hastalarda ( $n=537$ ) hepatit B aşılama oranı %66,7 ( $n=358$ ) iken, Anti-HAV negatif hastalarda ( $n=279$ ) hepatit A aşılama oranı %48,7 ( $n=136$ ) idi. Hastaların düzenli takibe gelip gelmedikleri analize dahil edilemedi. Tedavi yanıtı açısından; başlangıç ortalama CD4 değeri  $419 \pm 332$  hücre/ $\mu$ L iken, 6. ayda  $600 \pm 805$  hücre/ $\mu$ L'ye ve 1. yılda  $682 \pm 334$  hücre/ $\mu$ L'ye yükseldi. Medyan HIV-RNA değeri başlangıçta 70.600 kopya/mL iken, 6. ayda 20 kopya/mL'ye ve 1. yılda tespit edilemez düzeye ( $< 20$  kopya/mL) geriledi. Anti-HBs pozitif hastaların tanı yaşı ortalaması ( $35,4 \pm 12,5$  yıl), Anti-HBs negatif hastalara göre ( $37,5 \pm 12,1$  yıl) anlamlı düzeyde daha düşüktü ( $p=0,004$ ). HBsAg pozitifliği ile tanı yaşı arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p=0,794$ ). Anti-HAV pozitif hastaların ortalama tanı yaşı ( $37,3 \pm 12,6$  yıl), Anti-HAV negatif hastalara göre ( $33,4 \pm 11,6$  yıl) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ( $p < 0,001$ ).

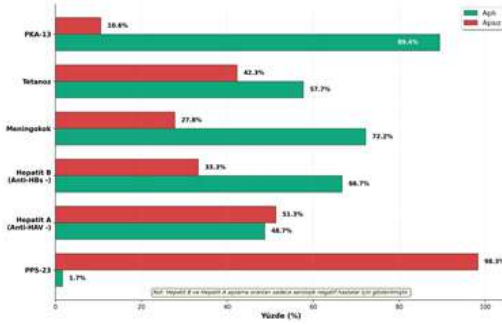
Tanı yıllarına göre hastaların dağılımı



### HIV ile yaşayan bireylerde serolojik belirteçler



### HIV ile yaşayan bireylerde aşılanma durumları



### Hepatit A ve B Aşılanma Oranları: Literatür Karşılaştırması

| Çalışma/Bölge    | Yıl       | Hepatit B Aşılanma                          | Hepatit A Aşılanma                         | Referans                                            |
|------------------|-----------|---------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| ABD - HOPS       | 2004      | %32,4 ( $\geq 1$ doz, n=198/612)            | %23,3 ( $\geq 1$ doz, n=167/716)           | Tedaldi EM et al. Clin Infect Dis. 2004             |
| ABD - MMP        | <2020     | -                                           | %22,1 (tam aşılanma)                       | Unpublished MMP data, CDC                           |
| Fransa           | 2011      | %61,9 (n=2467 hasta kohort)                 | -                                          | Catherine FX, Piroth L. Hum Vaccin Immunother. 2017 |
| Güney Brezilya   | ~2013     | %57,4 (genel kapsam)                        | -                                          | Silva ACM et al. Braz J Infect Dis. 2013            |
| Brezilya         | 2024      | HepB: %75,3,                                | HepA: %42,4                                | de Araújo JL, Vaccines (Basel). 2024                |
| İngiltere        | 2009      | %58,2 (serokoruma)                          | -                                          | Catherine FX, Piroth L. Hum Vaccin Immunother. 2017 |
| Orta/Doğu Avrupa | 2019      | %59,1 (sadece rutin yapan klinikler: 13/22) | %13,6 (sadece rutin yapan klinikler: 3/22) | Begovac J et al. Viruses. 2023                      |
| Türkiye          | 1998-2024 | %66,7 (Anti-HBs negatif, n=358/537)         | %48,7 (Anti-HAV negatif, n=136/279)        | Mevcut çalışma                                      |

**Sonuç:** Çalışmamızda serolojik negatif hastalardaki hepatit B (%66,7) ve hepatit A (%48,7) aşılanma oranları, küresel literatürdeki çoğu çalışmadan daha yüksek bulunmuştur. Ancak, hala önemli bir hasta grubunun (%33 ve %51) aşısız kaldığı görülmektedir. Hastaların takibe düzensiz gelmesi, aşı tereddütü, 2020-2021 COVID-19 pandemisinin neden olduğu sağlık hizmeti aksamaları ve 2023 Kahramanmaraş depreminin yıkıcı etkileri, aşılanma kapsamının %100'e ulaşmasını engelleyen faktörler olarak öne çıkmaktadır. HIV ile yaşayan bireylerde aşılanma programlarının



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



güçlendirilmesi ve serolojik taramaların düzenli yapılması yanında takiplerine düzenli gelmeyen veya daha önce çeşitli nedenlerden aşılması tamamlanamamış bireylerin kaçırılmaması için her poliklinik vizitinde serolojik belirteçler ve aşılama durumlarının kontrol edilmesi gerekli görünmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, aşılama, hepatit, pnömokok, seroloji

SS-42

### HIV ile Yaşayan Bireylerde Zona ve Zona Aşısıyla İlgili Bilgi Düzeyi, Farkındalık ve Davranışların Belirlenmesi

**Funda Balaylar<sup>1</sup>, Zeynep Sedef Varol<sup>2</sup>, Dicle Zeynep Aksu<sup>1</sup>, Simge Gaygusuz<sup>1</sup>, Sarp Singil<sup>3</sup>, İlkey Akbulut<sup>1</sup>, Sabri Atalay<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>İzmir Demokrasi Üniversitesi

<sup>3</sup>Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi

**Giriş ve Amaç:** HIV ile yaşayan bireylerde bağışıklık baskılanması, Varicella-Zoster virüsünün reaktivasyonuna ve zona gelişimine yol açabilir. Bu grupta hastalık daha sık ve ağır seyretmektedir. Rekombinant zoster aşısı (RZV) etkili olmasına rağmen, HIV ile yaşayan bireylerde bilgi ve farkındalık düzeyi yetersizdir. Bu çalışma, bu bireylerde zona ve zona aşısına ilişkin bilgi, farkındalık ve tutumları değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

**Gereç ve Yöntemler:** Bu çalışma, prospektif, gözlemsel ve tanımlayıcı bir anket çalışmasıdır. SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran 233 HIV ile yaşayan birey dahil edilmiştir. Katılımcılardan aydınlatılmış onam alınmıştır. Anket formu dört bölümden oluşmuştur: sosyodemografik veriler, bilgi düzeyi, farkındalık-tutum ve davranışsal değerlendirme. Anketler hekim gözetiminde, yüz yüze ve çevrimiçi olarak uygulanmış; veriler anonim toplanıp SPSS programında analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Katılımcıların yaşları 18-70 yıl (ortalama  $\pm$  SD:  $36,2 \pm 9,4$ ) arasında değişmekte çoğunluğu erkek (%80,3; n=187) ve üniversite mezunudur (%64,8; n=151). Katılımcıların %73,4'ü (n=171) çalışmakta, %87,6'sı (n=204) sosyal güvencesi bulunmakta, %66,1'i (n=154) asgari ücretin üzerinde gelir düzeyine sahiptir. Daha önce suçiçeği geçirenler %53,6 (n=125), zona geçirenler %18,9'dur (n=44). Katılımcıların %63,5'i (n=148) zona enfeksiyonunu daha önce duymuştur. Bilgi düzeyi düşük olup, kendini "bilgili" olarak tanımlayanlar %16,7 (n=39), zona virüs kaynaklı olduğunu bilenler %34,3 (n=80) ve HIV pozitif olmanın zona riskini artırdığını düşünenler %60,9'dur (n=142). Zona hakkında daha önce bilgi edinenler %42,1 (n=98), zona aşısı hakkında bilgi sahibi olanlar %19,7'dir (n=46). Zona aşısının bağışıklık sistemi baskılanmış bireylere önerildiğini bilenler %32,2'dir (n=75). Daha önce zona aşısı yaptıranlar %2,6 (n=6), diğer aşı yaptıranlar %82,8'dir (n=193). Katılımcıların %70,8'i (n=165) aşı ile hastalığın önlenmesini beklemekte, %52,8'i (n=123) önümüzdeki dönemde aşı olmayı düşündüğünü, %41,2'si (n=96) kararsız olduğunu belirtmiştir. Bilgilendirme sonrası, katılımcıların %64,8'i (n=151) verilen bilgileri yeterli bulmuş, %45,9'u (n=107) aşı olmayı düşündüğünü, %39,5'i (n=92) kararsız olduğunu ifade etmiştir. Ücretin tercihi etkileyebileceğini düşünenler %54,1 (n=126) olup, sağlık güvencesi kapsamında ücretsiz sunulsaydı %70,4 (n=164) kesinlikle aşı olacağını belirtmiştir. Bilgilendirme sonrası zona aşılarının önemini daha iyi anladığını ifade edenler %74,2'dir (n=173).

**Sonuç:** Bu çalışma, HIV ile yaşayan bireylerde zona ve zona aşısına yönelik bilgi ve farkındalık düzeylerinin genel olarak düşük olduğunu ortaya koymuştur. Katılımcıların büyük çoğunluğu zona aşısı hakkında yeterli bilgiye sahip değildir ve aşılama oranları oldukça düşüktür. Ancak, bilgilendirme sonrası aşı olma isteğinde anlamlı bir artış gözlenmiştir. Bu sonuç, hedefe yönelik eğitim programları ve ücretsiz aşılama politikalarının HIV ile yaşayan bireylerde koruyucu sağlık davranışlarını güçlendirebileceğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** zona, HIV, farkındalık, aşı

SS-43

### Türkiye’de HIV/AIDS(PLWHA) ile Yaşayan Kişilerde Medical Outcomes Study HIV Health Survey(MOS-HIV) Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliğinin Araştırılması

**Merve BOZDAĞ<sup>1</sup>, Zehra KARACAER<sup>2</sup>, Aysun YALÇI<sup>2</sup>, Erdoğan ASAR<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi

**Giriş ve Amaç:** İnsan immun yetmezlik virüsü (HIV) ile yaşayan bireylerin (HİYB), fiziksel sağlıklarının kötüleşmesi ve psikolojik strese maruz kalma durumları daha fazla olduğundan yaşam kaliteleriyle ilgili değerlendirmeler düzenli bir şekilde yapılmalıdır. Bu amaçla çeşitli sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçekleri kullanılmaktadır. Özgün tanımlamalara ve özet puan hesaplamalarına olanak sağlayan MOS-HIV ölçeği, kapsamlı ve kısa olması sebebiyle farklı dillere çevrilmiştir. Çalışmamızda MOS-HIV ölçeğinin Türkçe versiyonunun geçerliliğini ve güvenilirliğini değerlendirerek, Türkiye’deki HİYB’lerin takibinde kullanmaya hazır hale getirmeyi amaçladık.

**Gereç ve Yöntemler:** Araştırma 31.05.2022-31.06.2024 tarihleri arasında hastanemiz enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji kliniğinde yürütülmüştür. Ölçekler, hastalarla yüz yüze görüşülerek uygulandı. Ölçeğin dil geçerliliği değerlendirildi. Geçerlilik analizi kapsamında yapı geçerliliği ve bir referansa (kısa form-SF 36 ölçeği) göre geçerlilik yöntemi kullanıldı. Güvenilirlik analizi için faktör analizi ve test tekrar test yöntemi kullanıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya 175 HİYB dahil edilmiştir. Katılımcıların MOS-HIV ölçeği fiziksel sağlık özeti (FSÖ) ile mental sağlık özeti (MSÖ) puanları ortanca değerleri sırasıyla 76 (16-93) ve 66 (13-89), SF-36 ölçeği fiziksel boyut ile mental boyut puanları ortanca değerleri sırasıyla 71 (9-100) ve 64 (16-93) hesaplanmıştır. Dil geçerliliği analizinde korelasyon katsayısı 0,94-1 bulundu. Yapı geçerliliği kapsamında bakılan faktör analizinde 2 faktörlü yapı elde edilmiştir. Bu iki faktör tarafından toplam değişimin %57,75’ini açıkladığı görülmüştür. Tüm ölçek için cronbach alfa katsayısı 0,87 bulunmuş olup, yüksek güvenilirlidir. Bir referansa göre geçerlilik analizi kapsamında korelasyon katsayısı fiziksel boyut için 0,76, mental boyut için 0,79 saptanması yüksek derecede geçerliliği ifade etmektedir. Güvenilirlik analizi kapsamında uygulanan test tekrar test yöntemi gereği 2 hafta arayla uygulanan aynı ölçekler arasındaki korelasyon matrisine bakıldığında değişkenler arasındaki ilişkinin çok kuvvetli olduğu görülmüştür.

Faktör yükleri matrisi

|       | MSÖ (Faktör 1) | FSÖ (Faktör 2) |
|-------|----------------|----------------|
| MH-A  | 0,475          | 0,620          |
| MH-FF | 0,306          | 0,692          |
| MH-RF | 0,071          | 0,780          |
| MH-SF | 0,303          | 0,558          |
| MH-GS | 0,140          | 0,587          |
| MH-MS | 0,726          | 0,354          |
| MH-E  | 0,790          | 0,391          |
| MH-SS | 0,810          | 0,190          |
| MH-KF | 0,655          | 0,330          |
| MH-YK | 0,684          | 0,366          |
| MH-SD | 0,726          | 0,180          |

MH: MOS-HIV; MSÖ: mental sağlık özeti; FSÖ: fiziksel sağlık özeti; A: Ağrı; FF: Fiziksel fonksiyon; RF: Rol fonksiyon; SF: Sosyal fonksiyon; GS: Genel sağlık; MS: Mental sağlık; E: Enerji; SS: Sağlık süzmesi; KF: Kezginlik fonksiyon; YK: Yaşam kalitesi; SD: Sağlıkta değişim.



### MOS-HIV ve SF-36 korelasyon matrisi

|        | SF-FF        | SF-FRK       | SF-DRK | SF-A         | SF-MS        | SF-E         | SF-SF*       | SF-GS        |
|--------|--------------|--------------|--------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| MH-A   | 0,383        | 0,431        | 0,256  | <b>0,621</b> | 0,397        | 0,443        | 0,470        | 0,496        |
| MH-FF  | <b>0,462</b> | 0,505        | 0,370  | 0,381        | 0,329        | 0,459        | 0,497        | 0,477        |
| MH-RF  | 0,448        | <b>0,479</b> | 0,339  | 0,342        | 0,197        | 0,292        | 0,324        | 0,272        |
| MH-SF* | 0,318        | 0,356        | 0,307  | 0,566        | 0,375        | 0,350        | <b>0,444</b> | 0,414        |
| MH-MS  | 0,311        | 0,421        | 0,370  | 0,446        | <b>0,665</b> | 0,594        | 0,426        | 0,585        |
| MH-E   | 0,363        | 0,455        | 0,299  | 0,541        | 0,658        | <b>0,703</b> | 0,426        | 0,689        |
| MH-SF* | 0,294        | 0,481        | 0,332  | 0,497        | 0,640        | 0,582        | <b>0,547</b> | 0,583        |
| MH-KF  | 0,357        | 0,492        | 0,344  | 0,490        | 0,541        | 0,432        | 0,486        | 0,562        |
| MH-GS  | 0,244        | 0,305        | 0,227  | 0,229        | 0,313        | 0,304        | 0,309        | <b>0,305</b> |
| MH-YK  | 0,380        | 0,466        | 0,304  | 0,519        | 0,482        | 0,447        | 0,519        | 0,598        |
| MH-SD  | 0,318        | 0,275        | 0,256  | 0,404        | 0,388        | 0,398        | 0,289        | 0,388        |

SF: SF-36, MH: MOS-HIV, FF: Fiziksel fonksiyon, FRK: Fiziksel rol kısıtlaması, DRK: Duygusal rol kısıtlaması, A: Ağrı, MS: Mental sağlık, E: Enerji, SF: Sosyal fonksiyon, GS: Genel sağlık, FB: Fiziksel boyut, MB: Mental boyut, RF: Rol fonksiyon, SS: Sağlık sıkıntısı, KF: Kognitif fonksiyon, YK: Yaşam kalitesi, SD: Sağlıkta değişim

### MOS-HIV test-tekrar test korelasyon matrisi

|       | MH-A         | MH-FF        | MH-RF        | MH-MS        | MH-E         | MH-SS        | MH-KF        | MH-GS        | MH-YK        | MH-SD        |              |
|-------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| MH-A  | <b>0,999</b> |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |
| MH-FF | 0,449        | <b>0,988</b> |              |              |              |              |              |              |              |              |              |
| MH-RF | 0,319        | 0,399        | <b>0,999</b> |              |              |              |              |              |              |              |              |
| MH-MS | 0,410        | 0,385        | 0,282        | <b>0,996</b> |              |              |              |              |              |              |              |
| MH-E  | 0,414        | 0,433        | 0,272        | 0,359        | <b>0,999</b> |              |              |              |              |              |              |
| MH-SS | 0,524        | 0,448        | 0,273        | 0,411        | 0,755        | <b>0,999</b> |              |              |              |              |              |
| MH-KF | 0,488        | 0,447        | 0,201        | 0,378        | 0,374        | 0,645        | <b>0,996</b> |              |              |              |              |
| MH-GS | 0,431        | 0,420        | 0,293        | 0,359        | 0,506        | 0,499        | 0,566        | <b>0,999</b> |              |              |              |
| MH-YK | 0,400        | 0,243        | 0,259        | 0,285        | 0,380        | 0,350        | 0,291        | 0,238        | <b>0,998</b> |              |              |
| MH-SD | 0,446        | 0,397        | 0,273        | 0,372        | 0,314        | 0,321        | 0,471        | 0,508        | 0,319        | <b>1,000</b> |              |
|       | 0,295        | 0,228        | 0,165        | 0,278        | 0,341        | 0,425        | 0,409        | 0,265        | 0,146        | 0,433        | <b>1,000</b> |

MH: MOS HIV, A: Ağrı, FF: Fiziksel fonksiyon, SF: Sosyal fonksiyon, MS: Mental sağlık, E: Enerji, SS: Sağlık sıkıntısı, KF: Kognitif fonksiyon, GS: Genel sağlık, YK: Yaşam kalitesi, SD: Sağlıkta değişim

**Sonuç:** Çalışmamızda MOS-HIV ölçeğinin, Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu sonucuna ulaştık. Ülkemizdeki HIYB'lerin takibinde yeterli sayıda ölçek olmadığından MOS-HIV ölçeğinin de kullanımını önermekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, yaşam kalitesi, ölçek

SS-44

### Tenofovir Disoproksil Fumarat/Emtrisitabin Tabanlı Oral Temas Öncesi Profilaksinin Türkiye'deki Erkeklerle Seks Yapan Erkeklerdeki Potansiyelinin Epidemiyolojik Değerlendirmesi: Bir Matematiksel Modelleme Çalışması

Mert Edalı<sup>1</sup>, Nazife Duygu Demirbaş<sup>2</sup>, Dilek Yıldız Sevgi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Yıldız Teknik Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

**Giriş ve Amaç:** Tenofovir Disoproksil Fumarat/Emtrisitabin (TDF/FTC) tabanlı oral temas öncesi profilaksinin reçete edildiği şekilde kullanıldığında erkeklerle seks yapan erkekler anahtar popülasyonunda HIV insidansını düşürmede etkili olduğu bilinmektedir. Ülkemizde bu anahtar grupta TDF/FTC'nin profilaksi olarak kullanımı endikedir, ancak geri ödeme kapsamında değildir. Bu çalışmada, Türkiye'de TDF/FTC tabanlı oral temas öncesi profilaksinin kullanımının erkeklerle seks yapan erkekler popülasyonundaki HIV epidemiyolojisi üzerindeki olası etkisi uzun dönemli tahmin edilmiştir.

**Gereç ve Yöntemler:** Literatürde daha önceden yayınlanmış HIV/AIDS epidemiyolojisi ile ilgili modeller baz alınarak, HIV/AIDS'in hem klinik progresyonunu hem de bakım sürekliliğini göz önünde bulunduran kompartımanlı dinamik bir matematiksel model kurulmuştur. Modelde kullanılan demografik, hastalığın klinik progresyonu ve bakım sürekliliği ile parametreler, Türkiye ve dünyada yapılan klinik çalışmalardan, ECDC ve TÜİK raporlarından derlenmiştir. Kurulan matematiksel modelde TDF/FTC tabanlı oral temas öncesi profilaksinin kullanımı ile ilgili üç senaryo oluşturulmuş ve bu senaryolarda sırasıyla TDF/FTC kullanmayan duyarlı grubun %10, %20 ve %30'unun bir yıl içinde ilaca uyumu temsil eden iki farklı etkinlik oranıyla (%44 ve %99) TDF/FTC kullanmaya başladığı kabul edilmiştir. Sonrasında, model 2035 yılına kadar çalıştırılmış ve senaryolardan elde edilen sonuçlar, mevcuttaki TDF/FTC kullanım oranının (%1) devam ettiği durum ile karşılaştırılmıştır.

**Bulgular:** Simülasyon sonuçlarına göre, mevcuttaki TDF/FTC kullanım oranının devam ettiği kabulü altında, 2026-2035 yılları arasında ilgili anahtar popülasyonda toplam 3503 yeni HIV teşhisi koyulacağı beklenmektedir. TDF/FTC kullanmayan duyarlı grubun %10, %20 ve %30'unun bir yıl içinde %44'lük etkinlik oranıyla TDF/FTC kullanmaya başladığı kabul edildiğinde ise, bu sayının sırasıyla 3302, 3113 ve 2937 olacağı tahmin edilmektedir. Diğer bir deyişle, mevcut duruma göre teşhis sayılarında sırasıyla %6, %11 ve %16 oranında düşüş öngörülmektedir. TDF/FTC'nin optimal kullanımında ise (%99'lük etkinlik oranı) teşhis sayılarının (ve yüzdeler düşüşlerin) bahsedilen senaryolar için sırasıyla 3031 (%13), 2659 (%24) ve 2333 (%33) olacağı tahmin edilmektedir.

**Sonuç:** Bulgular, Türkiye'de erkeklerle seks yapan erkekler arasında oral temas öncesi profilaksi uygulamasının yaygınlaştırılmasının, önümüzdeki on yılda yeni HIV vakalarını üçte birine kadar azaltılabileceğini ortaya koymaktadır. Bu etkinin sürdürülebilmesi için ilaca erişiminin artırılmasının yanı sıra, ilaca uyumun ve farkındalığın güçlendirilmesine yönelik ulusal stratejilerin geliştirilmesi gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV; PrEP; Modelleme; Epidemiyoloji

SS-45

### Türk Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarının Uzun Etkili Enjeksiyonlu ART'ye Bakış Açıları: Ulusal Anket Sonuçlarına Göre Hekim Yaklaşımları, Tedaviye Hazırlık Durumu ve Uygulama Zorlukları

Ayça Aydın<sup>1</sup>, Ercan Yenilmez<sup>2</sup>, Hakan Bektaş<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi, Ekonometri Bölümü

**Giriş ve Amaç:** Uzun etkili enjektebl antiretroviral tedaviler(ART), tedavi dozlama sıklığını azaltarak, HIV ile ilgili damgalamayı potansiyel olarak azaltma, hasta mahremiyetini artırma ve yaşam kalitesini iyileştirerek tedaviye uyumu artırmada oral ART'ye yeni bir alternatiftir. Bu tedavilerin başında gelen kabotegravir/rilpivirin (CAB/RPV) henüz Türkiye'de mevcut olmasa da yakında piyasaya çıkması beklenmektedir. Bu nedenle, HIV tedavisinde kilit rol oynayan enfeksiyon hastalıkları uzmanlarının bu tedaviye bakış açılarını anlamak büyük önem taşımaktadır. Bu çalışma, Türkiye'de enfeksiyon hastalıkları hekimlerinin uzun etkili enjektebl ART'ye yönelik tutumlarını değerlendiren ülke çapındaki ilk araştırmadır.

**Gereç ve Yöntemler:** Bu kesitsel çalışmada, Mart ve Kasım 2024 tarihleri arasında Türkiye genelinde HIV ile yaşayan birey (HYB) takibini yapan hekimler arasında gerçekleştirilen internet tabanlı anket uygulandı. Nicel araştırma yöntemlerinden tarama deseni kullanıldı. Tarama deseni yöntemi ile HIV ile yaşayan bireylerin takibini yapan hekimlerin tedaviye ilişkin tutum ve uygulamalarının incelenmesi amaçlandı. Veri analizi için tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testleri (Fisher-Freeman-Halton exact testi ve Mantel-Haenszel testi) kullanıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya Türkiye çapında 27 farklı şehirden toplamda 146 enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji hekimi katıldı. Katılımcıların çoğu kadın (81,5%) ve asistan doktor (49,3%) idi ve çoğunluğu eğitim ve araştırma hastanesinde çalışıyordu. Katılımcıların çoğunluğu (75,9%) tedaviye uyum sorunu olan hastalar için uzun etkili ART'yi desteklerken, %64,8'i hastanın talebi üzerine bu tedaviyi sunmayı düşünceğini, %57,6'sı ise hastanın talebi olmasa bile bu tedaviyi sunacağını belirtti. Ayda 100'den fazla HYB'yi takip eden hekim ve uzun etkili ART hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu bildiren hekimlerin, bu tedaviyi önerme olasılıkları anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla  $p=0,006$  ve  $p=0,019$ ). Akademik unvan ile uzun etkili ART başlama istekliliği arasında, özellikle uyum sorunları olan hastalar ( $p=0,004$ ) veya viral baskılanma sağlanamayan hastalar ( $p=0,026$ ) için negatif bir ilişki bulundu. Altyapı veya personel sorunları nedeniyle hastanelerin uzun etkili ART enjeksiyonlarını sağlama kabiliyetine ilişkin önemli endişeler tespit edildi ve yanıt verenlerin yalnızca yaklaşık %35'i uygulamanın kolay olacağına inanıyordu. Ayrıca, hekimlerin %41,8'inin HIV tedavisi yenilikleri hakkındaki bilgilerinin yetersiz olduğunu düşündüğü belirlendi.

# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

4-7 ARALIK 2025

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



### Hastalarda parenteral ART seçeneği konusunda katılımcı görüşleri

| Hızlı hastada parenteral tedavi vermeyi düşünmem                 | Kesinlikle katılmıyorum/Katılmıyorum        | Emin değilim        | Kesinlikle katılmıyorum/katılmıyorum        | P değeri        |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------|-----------------|
| <b>Total</b>                                                     | 12 (%8,3)                                   | 52 (%35,9)          | 81 (%55,9)                                  |                 |
| <b>Ünvan</b>                                                     |                                             |                     |                                             |                 |
| Asistan                                                          | 10 (%13,9)                                  | 25 (%34,7)          | 37 (%51,4)                                  | 0,146           |
| Uzman/Öğretim Görevlisi/Dr. Öğr. Üyesi                           | 1 (%1,9)                                    | 22 (%42,3)          | 29 (%55,8)                                  |                 |
| Doçent                                                           | 0 (%0,0)                                    | 2 (%3,2)            | 9 (%81,8)                                   |                 |
| Profesör                                                         | 1 (%10,0)                                   | 3 (%30,0)           | 6 (%60,0)                                   |                 |
| Hesabın HIV takip süresi                                         |                                             |                     |                                             |                 |
| <2 yıl                                                           | 4 (%10,3)                                   | 19 (%48,7)          | 16 (%41,0)                                  | 0,130           |
| 2-5 yıl                                                          | 6 (%15,0)                                   | 12 (%30,0)          | 22 (%55,0)                                  |                 |
| 5-10 yıl                                                         | 1 (%2,4)                                    | 14 (%34,1)          | 26 (%63,4)                                  |                 |
| >10 yıl                                                          | 1 (%4,0)                                    | 7 (%28,0)           | 17 (%68,0)                                  |                 |
| Aynı olarak takip edilen HIV sayısı                              |                                             |                     |                                             |                 |
| 10'dan az                                                        | 2 (%5,1)                                    | 25 (%64,1)          | 12 (%30,8)                                  | 0,006           |
| 10-19                                                            | 3 (%15,8)                                   | 3 (%15,8)           | 13 (%68,4)                                  |                 |
| 20-49                                                            | 2 (%7,1)                                    | 8 (%28,6)           | 18 (%64,3)                                  |                 |
| 50-99                                                            | 3 (%11,1)                                   | 7 (%25,9)           | 17 (%63,0)                                  |                 |
| 100 ve üzeri                                                     | 2 (%6,3)                                    | 9 (%28,1)           | 21 (%65,6)                                  |                 |
| Parenteral tedavi hakkında yeterince bilgi sahibi                | Evet                                        | 2 (%5,6)            | 27 (%75,0)                                  | 0,028           |
| Hayır                                                            | 10 (%8,2)                                   | 45 (%41,3)          | 54 (%49,5)                                  |                 |
| <b>Uzun sorunu olan hastalarda parenteral tedaviyi düşünürüm</b> | <b>Kesinlikle katılmıyorum/Katılmıyorum</b> | <b>Emin değilim</b> | <b>Kesinlikle katılmıyorum/katılmıyorum</b> | <b>P değeri</b> |
| <b>Total</b>                                                     | 110 (%75,9)                                 | 22 (%15,1)          | 13 (%8,9)                                   |                 |
| <b>Ünvan</b>                                                     |                                             |                     |                                             |                 |
| Asistan                                                          | 58 (%40,6)                                  | 10 (%11,9)          | 4 (%5,6)                                    | 0,008           |
| Uzman/Öğretim Görevlisi/Dr. Öğr. Üyesi                           | 41 (%78,8)                                  | 8 (%15,4)           | 3 (%5,8)                                    |                 |
| Doçent                                                           | 5 (%4,5)                                    | 4 (%36,4)           | 2 (%18,2)                                   |                 |
| Profesör                                                         | 6 (%60,0)                                   | 0 (%0,0)            | 4 (%40,0)                                   |                 |
| Hesabın HIV takip süresi                                         |                                             |                     |                                             |                 |
| <2 yıl                                                           | 31 (%79,0)                                  | 4 (%10,3)           | 4 (%10,3)                                   | 0,234           |
| 2-5 yıl                                                          | 30 (%75,0)                                  | 9 (%22,5)           | 1 (%2,5)                                    |                 |
| 5-10 yıl                                                         | 33 (%80,5)                                  | 5 (%12,2)           | 3 (%7,3)                                    |                 |
| >10 yıl                                                          | 16 (%64,0)                                  | 4 (%16,0)           | 5 (%20,0)                                   |                 |
| Aynı olarak takip edilen HIV sayısı                              |                                             |                     |                                             |                 |
| 10'dan az                                                        | 28 (%71,8)                                  | 7 (%17,9)           | 4 (%10,3)                                   | 0,070           |
| 10-19                                                            | 13 (%68,4)                                  | 3 (%15,8)           | 3 (%15,8)                                   |                 |
| 20-49                                                            | 17 (%60,7)                                  | 8 (%28,6)           | 3 (%10,7)                                   |                 |
| 50-99                                                            | 22 (%83,3)                                  | 2 (%7,4)            | 3 (%11,3)                                   |                 |
| 100 ve üzeri                                                     | 30 (%93,8)                                  | 2 (%6,3)            | 0 (%0,0)                                    |                 |
| Parenteral tedavi hakkında yeterince bilgi sahibi                | Evet                                        | 29 (%80,6)          | 7 (%19,4)                                   | 0,001           |
| Hayır                                                            | 81 (%74,3)                                  | 22 (%20,2)          | 6 (%5,5)                                    |                 |

### Hastalarda parenteral ART seçeneği konusunda katılımcı görüşleri-2

| Oral tedavi ile etkin baskılanma sağlanamayan hastalarda parenteral tedaviyi düşünürüm | Kesinlikle katılmıyorum/Katılmıyorum        | Emin değilim        | Kesinlikle katılmıyorum/katılmıyorum        | P değeri        |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------|-----------------|
| <b>Total</b>                                                                           | 78 (%53,8)                                  | 41 (%28,2)          | 26 (%17,9)                                  |                 |
| <b>Ünvan</b>                                                                           |                                             |                     |                                             |                 |
| Asistan                                                                                | 45 (%62,2)                                  | 11 (%29,2)          | 6 (%8,3)                                    | 0,044           |
| Uzman/Öğretim Görevlisi/Dr. Öğr. Üyesi                                                 | 24 (%46,2)                                  | 13 (%25,0)          | 15 (%28,8)                                  |                 |
| Doçent                                                                                 | 4 (%6,4)                                    | 5 (%9,5)            | 2 (%3,2)                                    |                 |
| Profesör                                                                               | 5 (%50,0)                                   | 2 (%20,0)           | 3 (%30,0)                                   |                 |
| Hesabın HIV takip süresi                                                               |                                             |                     |                                             |                 |
| <2 yıl                                                                                 | 23 (%59,0)                                  | 12 (%30,8)          | 4 (%10,3)                                   | 0,647           |
| 2-5 yıl                                                                                | 21 (%52,5)                                  | 13 (%32,5)          | 6 (%15,0)                                   |                 |
| 5-10 yıl                                                                               | 22 (%55,7)                                  | 9 (%22,0)           | 10 (%24,4)                                  |                 |
| >10 yıl                                                                                | 12 (%48,0)                                  | 7 (%28,0)           | 8 (%32,0)                                   |                 |
| Aynı olarak takip edilen HIV sayısı                                                    |                                             |                     |                                             |                 |
| 10'dan az                                                                              | 17 (%43,6)                                  | 14 (%35,9)          | 8 (%20,5)                                   | 0,388           |
| 10-19                                                                                  | 10 (%25,6)                                  | 4 (%10,3)           | 5 (%12,5)                                   |                 |
| 20-49                                                                                  | 15 (%37,5)                                  | 11 (%28,1)          | 2 (%5,1)                                    |                 |
| 50-99                                                                                  | 18 (%45,0)                                  | 5 (%12,5)           | 4 (%10,0)                                   |                 |
| 100 ve üzeri                                                                           | 18 (%45,0)                                  | 8 (%20,0)           | 10 (%25,0)                                  |                 |
| Parenteral tedavi hakkında yeterince bilgi sahibi                                      | Evet                                        | 60 (%55,0)          | 33 (%30,3)                                  | 0,188           |
| Hayır                                                                                  | 18 (%15,0)                                  | 8 (%6,7)            | 16 (%13,3)                                  |                 |
| <b>Özellikle bu tedaviyi takip eden hastalarda parenteral tedaviyi düşünürüm</b>       | <b>Kesinlikle katılmıyorum/Katılmıyorum</b> | <b>Emin değilim</b> | <b>Kesinlikle katılmıyorum/katılmıyorum</b> | <b>P değeri</b> |
| <b>Total</b>                                                                           | 94 (%64,8)                                  | 31 (%21,4)          | 20 (%13,8)                                  |                 |
| <b>Ünvan</b>                                                                           |                                             |                     |                                             |                 |
| Asistan                                                                                | 48 (%66,7)                                  | 19 (%26,4)          | 5 (%6,9)                                    | 0,052           |
| Uzman/Öğretim Görevlisi/Dr. Öğr. Üyesi                                                 | 36 (%69,2)                                  | 8 (%15,4)           | 8 (%15,4)                                   |                 |
| Doçent                                                                                 | 6 (%5,4)                                    | 2 (%3,2)            | 3 (%2,7)                                    |                 |
| Profesör                                                                               | 4 (%40,0)                                   | 2 (%20,0)           | 4 (%40,0)                                   |                 |
| Hesabın HIV takip süresi                                                               |                                             |                     |                                             |                 |
| <2 yıl                                                                                 | 23 (%59,0)                                  | 10 (%25,6)          | 6 (%15,4)                                   | 0,015           |
| 2-5 yıl                                                                                | 26 (%65,0)                                  | 11 (%27,5)          | 3 (%7,5)                                    |                 |
| 5-10 yıl                                                                               | 33 (%80,5)                                  | 6 (%14,6)           | 2 (%4,9)                                    |                 |
| >10 yıl                                                                                | 12 (%48,0)                                  | 4 (%16,0)           | 9 (%36,0)                                   |                 |
| Aynı olarak takip edilen HIV sayısı                                                    |                                             |                     |                                             |                 |
| 10'dan az                                                                              | 27 (%69,2)                                  | 5 (%12,8)           | 7 (%17,9)                                   | 0,382           |
| 10-19                                                                                  | 13 (%68,4)                                  | 3 (%15,8)           | 3 (%15,8)                                   |                 |
| 20-49                                                                                  | 14 (%50,0)                                  | 8 (%28,6)           | 6 (%21,4)                                   |                 |
| 50-99                                                                                  | 19 (%70,4)                                  | 7 (%25,9)           | 1 (%3,7)                                    |                 |
| 100 ve üzeri                                                                           | 21 (%65,6)                                  | 8 (%25,0)           | 3 (%9,4)                                    |                 |
| Parenteral tedavi hakkında yeterince bilgi sahibi                                      | Evet                                        | 23 (%63,9)          | 5 (%13,9)                                   | 0,155           |
| Hayır                                                                                  | 71 (%65,1)                                  | 26 (%23,9)          | 12 (%11,0)                                  |                 |

**Sonuç:** Katılımcılar genel olarak uzun etkili ART'ye olumlu yaklaşmakta, özellikle tedaviye uyum sorunu olan kişiler ve hasta talebine dayalı olarak bu tedaviyi tercih etmektedir. Uzun etkili ART'nin ülkemizde başarılı bir şekilde uygulanması, hastane altyapısı ve personeli ile ilgili önemli yapısal engellerin giderilmesi, hasta tercihleri veya damgalama nedeniyle ortaya çıkabilecek aşırı kullanımın yönetilmesi için açık, kanıta dayalı ulusal kılavuzların geliştirilmesine bağlıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Uzun etkili antiretroviral tedavi, Anket, Türkiye

SS-46

### HIV ile Yaşayan Bireylerde MOS-HIV Anketi'nin Türkçe Sürümünün Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

**Recep Balık<sup>1</sup>, Seniha Şenbayrak<sup>1</sup>, Ercan Yenilmez<sup>2</sup>, Ayça Aydın<sup>3</sup>, Derya Öztürk Engin<sup>4</sup>, Fatma Yılmaz Karadağ<sup>4</sup>, Semiha Çelik Ekinci<sup>2</sup>, Özge Çaydaş<sup>4</sup>, Nagehan Diden Sarı<sup>5</sup>, Nurgül Ceran<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Haydarpaşa Numune EAH

<sup>2</sup>Fatih Sultan Mehmet EAH

<sup>3</sup>Sultan Abdülhamit EAH

<sup>4</sup>Sancaktepe EAH

<sup>5</sup>İstanbul EAH

**Giriş ve Amaç:** MOS-HIV, HIV ile yaşayan bireylerde yaşam kalitesini değerlendiren, yaygın kullanılan 35 maddelik bir ölçektir. On sağlık boyutu ve fiziksel/ruhsal özet skorlarını içerir ve 14'ten fazla dile çevrilmiştir. Bu çalışmamızda, antiretroviral tedavi alan HIV+ bireylerde Türkçe MOS-HIV'in güvenilirlik, faktör yapısı, ölçüm değişmezliği ve geçerliliğini kapsamlı değerlendirmeyi amaçladık.

**Gereç ve Yöntemler:** Bilişsel değerlendirme görüşmelerini takiben, 5 farklı merkezden toplam 244 HIV ile yaşayan bireye 35 maddelik MOS-HIV ölçeği uygulandı; alt örneklem (n=105) grubuna medyan 15 günlük aralıkla test tekrar edildi. Psikometrik özellikler COSMIN kılavuzlarına göre değerlendirildi. İç tutarlılık, Cronbach alpha kat sayısı, test-tekrar test güvenilirliği, iki faktörlü doğrulayıcı faktör analizi, yaş ve eğitim düzeyine göre tabakalandırılmış çok gruplu ölçüm değişmezliği, birleşim geçerliliği, ayrışım geçerliliği ve bilinen gruplar geçerliği incelendi.

**Bulgular:** Katılımcıların çoğu erkekti (%91), hastaların büyük bir bölümü antiretroviral tedavi almaktaydılar ve stabil klinik parametrelere sahiptiler (medyan CD4 sayısı 725 hücre/mm<sup>3</sup>). Ölçeğin tutarlılığı ölçekler mükemmel iç tutarlılık (0.77-0.92) ve yüksek güvenilirlik sergiledi (0.84-0.91)(Tablo 1). Zamansal stabilite tüm alanlarda eşik değerleri aştı (ICC: 0.71-0.85). Özet skorlar güçlü güvenilirlik gösterdi (Fiziksel: 0.84, Ruhsal:0.91). Doğrulayıcı faktör analizi hipotezlenen iki faktörlü yapıyı doğruladı. Fiziksel sağlık özeti Fiziksel işlevsellik, ağrı, rol işlevselliği; ruhsal sağlık özeti mental sağlık, enerji/yorgunluk, sağlıkla ilgili stress, bilişsel işlevsellik ve yaşam kalitesi ile tanımlandı. Eğitim ve yaş gruplarında ölçüm değişmezliği sağlandı. kınasak/ayırt edici geçerlik  $\geq 85$  ölçekleme başarısı gösterdi. CD4 değerleri ile yaşam kalitesi ilişkisi heterojen bulgular gösterdi. Yüksek HIV-1 RNA kötü fiziksel işlevsellikle ilişkiliydi. Komorbidite varlığı ( $\geq 1$ ) çoklu alanlarda anlamlı düşüşle ilişkilendirildi

Tablo 2

|                       | Soru Sayısı | Ortalama SD | Medyan     | Zemin Etkisi(%) | Tava Etkisi |
|-----------------------|-------------|-------------|------------|-----------------|-------------|
| Genel Sağlık Algısı   | 5           | 61.17       | 25.63 65   | 0.4             | 8.2         |
| Ağrı                  | 2           | 79.6        | 20.5 88.9  | 0.4             | 33.6        |
| Fiziksel işlevsellik  | 6           | 86.92       | 18.41 91.7 | 0               | 48.8        |
| Rol işlevselliği      | 2           | 89.75       | 27.55 100  | 7.0             | 86.5        |
| Sosyal işlevsellik    | 1           | 86.56       | 24.20 100  | 1.2             | 69.3        |
| Mental Sağlık (MH)    | 5           | 61.15       | 21.72 64   | 0.4             | 3.3         |
| Enerji/Yorgunluk      | 4           | 58.61       | 23.11 60   | 0.4             | 3.3         |
| Sağlık Stresi         | 4           | 73.22       | 27.39 80   | 1.6             | 25.0        |
| Bilişsel İşlevsellik  | 4           | 74.55       | 22.81 80   | 0.4             | 17.2        |
| Hayat Kalitesi        | 1           | 63.83       | 21.17 75   | 0               | 13.9        |
| Sağlık Değişimi       | 1           | 57.89       | 23.61 50   | 3.3             | 13.1        |
| Fiziksel Sağlık Özeti | —           | 54.49       | 8.47 57.2  | —               | —           |
| Mental Sağlık Özeti   | —           | 46.77       | 11.78 47.9 | —               | —           |

Tanımlayıcı istatistikler, Geçerlilik ve Güvenilirlik Sonuçları





# HIV/AIDS 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



**Sonuç:** Sonuçta Türkçe MOS-HIV, rutin klinik izlem ve araştırmalarda kullanım için güvenilir ve geçerli bir araçtır. Sınırlılıklar kadın, düşük eğitilmiş ve ileri hastalığı olanlarda doğrulama gereklidir. Sonuç olarak Türkçe MOS-HIV ölçeği, çağdaş HIV popülasyonunda mükemmel uygulanabilirlik gösterdi. Örneklem çoğunlukla erkek ve yüksek eğitilmiş katılımcılardan oluştu; bu demografik özellikler daha yüksek yaşam kalitesi ve güvenilirlikle ilişkilidir. Katılımcılar iyi kontrollü HIV hastalığına sahipti, bu durum üstün fiziksel yaşam kalitesiyle ilişkili ancak işlevsellik alanlarında tavan etkisi riski taşımaktadır. Kadın cinsiyet, düşük eğitilmiş ve ileri evre olgularda doğrulaması önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** MOS-HIV, Hayat Kalitesi, HIV ile yaşayan bireyler, Geçerlilik, Güvenilirlik



SS-47

### HIV ile Yaşayan Kişilerde Bağışıklama İhtiyacı ve Uygulama Oranlarının Değerlendirilmesi

Ceren Cesur Anlar<sup>1</sup>, Fatma Eser<sup>2</sup>, Bircan Kayaaslan<sup>2</sup>, Elif Naz Elmaci<sup>1</sup>, Ahmet Sertçelik<sup>2</sup>, Hatice Rahmet Güner<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

<sup>2</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** HIV ile yaşayan kişilerde (HİYK) antiretroviral tedavilerin etkinliğiyle yaşam süresi uzamış, yaşam kalitesinin korunması ve artırılması önem kazanmıştır. Bu kapsamda, aşı ile önlenbilir hastalıklara karşı bağışıklama, HİYK'lerde morbidite ve mortalitenin azaltılmasında kritik bir rol oynamaktadır. Bu çalışma, üçüncü basamak bir sağlık merkezinde takip edilen HİYK'lerin bağışıklama durumlarını değerlendirmeyi ve mevcut aşılama gereksinimlerinin ne ölçüde karşılandığını belirlemeyi amaçlamaktadır.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışmaya kliniğimizde takip edilen toplam 323 HİYK dahil edildi. Veriler, hasta dosyalarından ve hastane elektronik kayıt sisteminden elde edildi. Tanı anındaki anti-HBs, HBsAg, anti-HAV total, kızamık, kızamıkçık ve kabakulak antikor sonuçları ile kişilerin bağışıklık durumları ve aşı gereksinimleri belirlendi. Bağışıklama gereksinimi saptanan kişilerin aşılama durumları, Aşı Takip Sistemi (ATS) üzerinden sorgulandı. Kişiler 50 yaş altı ve üstü aşılama oranları açısından farklılık olup olmadığı açısından değerlendirildi. Zona aşısı önerisi ve uygulanması hakkında hastalarla telefon anketi yapıldı.

**Bulgular:** Kişilerin %85,8'i erkek, yaş ortalaması 38,1± 13,0 yıl idi. Hepatit B bağışıklama ihtiyacı olan 136 kişinin 121'i (%81,6) aşılanmıştı. Hepatit B aşısı yapılan 111 kişinin 87'sinde (%78,37) anti-HBs düzeyinin kontrolü yapılmış olup, 87 kişinin 53'ünde (%60,9) anti-HBs pozitifliği saptandı. Hepatit B aşılama ihtiyacı olan 111 kişiden 83'ü (%74,7) 50 yaş altında iken, 28'i (%25,22) 50 yaş üstünde idi. Aşılama oranları iki grupta benzerdi. (p = 0,274) Hepatit A aşısı gereksinimi olan 32 kişinin 29'una (%90,6) aşı uygulaması yapılmıştır. Kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK) aşısı gereksinimi olan 36 kişinin 16'sının (%44,4) aşılandığı belirlenmiştir. Kişilerin 192 (%59,4)'sine telefon anketi yapıldı. Bu kişilerin %50'sine (n=96) zona aşısı önerildiği, aşı önerilenlerin 30 (%31,3)'ünün aşılandığı belirlendi. Aşılanan kişilerin 22'si (%73,3) 50 yaş altında iken, 8'i (%26,7) 50 yaş üstünde idi. Her iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. (p = 0,875) Kişilerin bağışıklama oranları, 50 yaş altı ve üzeri bireyler arasında istatistiksel yöntemlerle karşılaştırmalı olarak analiz edildi. (tablo 1) Kişiler Hepatit B, KKK, Hepatit A bağışıklama ihtiyaçları ve bağışıklama ihtiyacı olan hastalar aşılama oranları açısından incelendi. (görsel)

Hepatit B, KKK, Hepatit A aşılama ihtiyacı olan hastaların aşılama oranları

|                 | Bağışıklama ihtiyacı olan<br>n (%) | Bağışıklama ihtiyacı olmayan<br>n (%) | Bağışıklama ihtiyacı bilinmeyen<br>n (%) | Bağışıklama ihtiyacı olup aşılanan<br>n (%) | Toplam |
|-----------------|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|--------|
| Hepatit B aşısı | 136 (42,1)                         | 177 (54,7)                            | 10 (3,09)                                | 111 (81,6)                                  | 323    |
| KKK aşısı       | 36 (11,14)                         | 231 (71,51)                           | 56 (17,3)                                | 16 (44,4)                                   | 323    |
| Hepatit A aşısı | 32 (9,9)                           | 260 (80,4)                            | 31 (9,59)                                | 29* (90,6)                                  | 323    |

\*3 hastanın aşılama ihtiyacı bilinmemesine rağmen aşılanmış

Tablo 1

|                                      |       | <50 yaş<br>(n=254) (%) | ≥ 50 yaş<br>(n=69) (%) | Toplam      | p-değeri |
|--------------------------------------|-------|------------------------|------------------------|-------------|----------|
| Cinsiyet                             |       |                        |                        |             | 0,748    |
|                                      | Erkek | 217 (78,3)             | 60 (21,7)              | 277 (85,75) |          |
|                                      | Kadın | 37 (80,4)              | 9 (19,6)               | 46 (14,2)   |          |
| Tanı sonrası aşılama (en az bir aşı) |       |                        |                        |             | 0,002    |
|                                      | Var   | 233 (81,2)             | 54 (18,8)              | 287 (88,85) |          |
| Hepatit B aşısı                      |       |                        |                        |             | 0,220    |
|                                      | Var   | 83 (74,8)              | 28 (25,2)              | 111 (34,36) |          |
| KPA13 aşısı                          |       |                        |                        |             | 0,005    |
|                                      | Var   | 209 (82)               | 46 (18)                | 255 (78,94) |          |
| Menenjit (ACYW135) aşısı             |       |                        |                        |             | <0,001   |
|                                      | Var   | 192 (84,6)             | 35 (15,4)              | 227 (70,27) |          |
| Tdap                                 |       |                        |                        |             | 0,539    |
|                                      | Var   | 121 (80,1)             | 30(19,9)               | 151 (46,74) |          |
| COVID-19 aşısı                       |       |                        |                        |             | 0,759    |
|                                      | Var   | 87 (77,7)              | 25 (22,3)              | 112 (34,67) |          |
| KKK aşısı                            |       |                        |                        |             | 0,028*   |
|                                      | Var   | 16 (100)               | 0                      | 16 (4,9)    |          |
| Hepatit A aşısı                      |       |                        |                        |             |          |
|                                      | Var   | 32 (100)               | 0                      | 32 (9,9)    |          |

Kişilerin bağışıklama oranları, 50 yaş altı ve üzeri bireyler arasında istatistiksel yöntemlerle karşılaştırmalı olarak analiz edildi

**Sonuç:** Hepatit B, hepatit A ve pnömokok (KPA13) aşılarının en sık uygulanan aşılar olduğu; kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK), menenjit ACYW135 ve zona aşılarının ise daha düşük oranlarda uygulandığı saptandı. Elli yaş altı kişilerde KPA13, menenjit ACYW135, KKK ve hepatit A aşılama oranları daha iyi düzeydedir. Buna karşın zona ve COVID-19 aşılama oranları yaşa göre anlamlı farklılık göstermemiştir. Hepatit B aşısı yapılan olguların önemli bir kısmında anti-HBs düzeyinin kontrol edilmemiş olması, kontrol edilenlerin %39’unda yanıtın yetersiz olması aşılama etkinliğinin mutlaka değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, AIDS, Aşılama, Bağışıklama

SS-48

### Antiretroviral Tedavi-Naif HIV Enfekte Hastalarda Osteoporoz Sıklığının ve İlişkili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi

Zeynep Burçin Yılmaz<sup>1</sup>, Funda Memişoğlu<sup>1</sup>, Ekrem Salduz<sup>1</sup>, Ayşe Aydınöz<sup>1</sup>, Sibel Altunışık Toplu<sup>1</sup>, Adem Köse<sup>1</sup>, Zeynep Çelik<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İnönü Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Malatya

**Giriş ve Amaç:** HIV ile yaşayan bireylerde osteoporozu değerlendirmek için Fracture Risk Assessment Tool” (FRAX) skoru ve “Dual Energy X-ray Absorptiometry” (DEXA) ölçümü olmak üzere iki önemli parametreden destek alınmaktadır. Bu testleri kullanmadan önce birey, kemik kırığı için majör risk faktörleri [frajilite kırığı öyküsü olması, steroid kullanımı ( $\geq 5\text{mg}$  prednizolon  $\geq 3$  ay) ve düşme riski olması] açısından değerlendirilmelidir. Bununla birlikte, çeşitli araştırmalar 50 yaşın altındaki HIV pozitif bireylerde de DEXA yöntemiyle kemik mineral yoğunluğunda (KMY) azalma saptandığını göstermektedir. Çalışmamızın amacı, DEXA taraması endikasyonu olmayan, antiretroviral tedavi (ART) almamış HIV enfeksiyonlu bireylerde osteopeni/osteoporoz sıklığını ve buna ilişkin risk faktörlerini belirlemektir.

**Gereç ve Yöntemler:** Bu çalışma, 2019–2025 yılları arasında İnönü üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran ve yeni HIV tanısı almış hastalar arasında yürütülmüş retrospektif bir çalışmadır. Çalışmaya, HIV enfeksiyonu tanısı yeni konmuş ve ART naif 18-50 yaş arası erkek ve premenopozal kadın hastalar dahil edilmiştir. Demografik verileri, antropometrik ölçümleri, eğitim durumu, yaşam alışkanlıkları, komorbiditeler kaydedilmiştir. HIV enfeksiyonuna özgü parametreler olarak ölçülen HIV RNA viral yükü, CD4 ve CD8 T lenfosit sayıları ile CD4/CD8 oranları retrospektif olarak toplanmıştır. Laboratuvar verileri arasında serum D vitamini düzeyleri, albümin, fosfor, kalsiyum kreatin yer almıştır. ART başlanmasından önce, DEXA ile bakılan KMY, lomber omurga ile femur bölgelerinden elde edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya yaş ortalaması ortalaması  $33,07 \pm 8,43$  olan 119 HIV pozitif ART naif hasta dahil edildi. Hastaların %82,4'ünde ( $n=98$ ) KMY iyi düzeyde iken, %17,6'sında ( $n=21$ ) KMY düşük olarak saptandı. Düşük KMY oranları femur boynu ve lomber bölgelerde sırasıyla %4,8 ve % 95,2 olarak bulundu. Tek değişkenli lojistik regresyon analizinde, ilaç kötüye kullanımı düşük KDM riski ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkili bulundu ( $OR=16.167$ ; %95 GA: 1.591-164.243;  $p=0.019$ ). İlaç kötüye kullanımı olan hastalarda düşük KDM görülme riski, kullanmayanlara göre 16 kat daha yüksekti. Komorbidite varlığı da düşük KDM ile anlamlı ilişkili saptandı ( $OR=3.956$ ; %95 GA: 1.229-12.731;  $p=0.021$ ). Komorbiditesi olan hastalarda düşük KDM riski, komorbiditesi olmayanlara göre yaklaşık 4 kat daha yüksekti. CD4/CD8 oranı ise düşük KDM ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermedi ( $OR=5.362$ ; %95 GA: 0.873-32.950;  $p=0.070$ ).

**Sonuç:** HIV ile enfekte bireylerin yaşam süresi uzamış, buna paralel olarak kronik komplikasyonlar daha belirgin hale gelmiştir. Hastalarımızda yüksek oranda kronolojik yaşa göre beklenenden daha düşük kemik kütlesi görülmesi, DEXA taraması endikasyonu olmayan, ART naif HIV enfeksiyonlu bireylerde de osteopeni/osteoporoz sıklığını araştırmanın ve buna ilişkin risk faktörlerini belirlemenin önemini göstermektedir. Özellikle madde bağımlılığı ve komorbiditesi olan yeni tanı HIV pozitif hastalarda tedavi öncesi kemik sağlığının değerlendirilmesi, uygun önlemlerin zamanında alınabilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** ART naif, HIV, DEXA, kemik mineral yoğunluğu

Tablo 1. Kategorik Değişkenlerin KMY Gruplarına Göre Dağılımı

| Grup                  | KMY iyi<br>n(%) | KMY düşük<br>n(%) | p        |
|-----------------------|-----------------|-------------------|----------|
| Cinsiyet              |                 |                   | 0.466*** |
| Kadın                 | 14 (14.29)      | 1 (4.76)          |          |
| Erkek                 | 84 (85.71)      | 20 (95.24)        |          |
| Sigara                |                 |                   | 0.790**  |
| İçmiyor               | 27 (27.55)      | 7 (33.33)         |          |
| İçiyor                | 71 (72.45)      | 14 (66.67)        |          |
| Alkol                 |                 |                   | 0.790**  |
| İçmiyor               | 71 (72.45)      | 14 (66.67)        |          |
| İçiyor                | 27 (27.55)      | 7 (33.33)         |          |
| İlaç kötüye kullanımı |                 |                   | 0.017*** |
| İçmiyor               | 97 (98.98)      | 18 (85.71)        |          |
| İçiyor                | 1 (1.02)        | 3 (14.29)         |          |
| Komorbidite           |                 |                   | 0.026*** |
| Yok                   | 89 (90.82)      | 15 (71.43)        |          |
| Var                   | 9 (9.18)        | 6 (28.57)         |          |
| Egzersiz              |                 |                   | 0.182**  |
| Var                   | 21 (21.43)      | 8 (38.10)         |          |
| Yok                   | 77 (77.57)      | 13 (61.90)        |          |
| Eğitim                |                 |                   | 0.350*   |
| İlköğretim            | 11 (11.22)      | 1 (4.76)          |          |
| Ortaöğretim           | 26 (26.53)      | 5 (23.81)         |          |
| Lise                  | 41 (41.84)      | 7 (33.33)         |          |
| Üniversite            | 20 (20.41)      | 8 (38.10)         |          |
| BMI Grubu             |                 |                   | 0.920*   |
| Zayıf                 | 8 (8.16)        | 1 (4.76)          |          |
| Normal                | 58 (59.18)      | 13 (61.90)        |          |
| Aşırı kilolu          | 25 (25.51)      | 6 (28.57)         |          |
| Obez                  | 7 (7.14)        | 1 (4.76)          |          |
| CD4 Grubu             |                 |                   | 0.239*** |
| 500 üstü              | 76 (77.55)      | 19 (90.48)        |          |
| 500 altı              | 22 (22.45)      | 2 (9.52)          |          |
| HIV RNA Grubu         |                 |                   | 0.988**  |
| 100 bin altı          | 31 (31.63)      | 6 (28.57)         |          |
| 100 bin üstü          | 67 (68.37)      | 15 (71.43)        |          |
| D Vitamini            |                 |                   | 0.590*   |
| <20 (Yetersiz)        | 24 (61.54)      | 10 (76.92)        |          |
| 20-30 (Sınırdan)      | 9 (23.08)       | 2 (15.38)         |          |
| >30 (Yeterli)         | 6 (15.38)       | 1 (7.69)          |          |

|            |             |             |          |
|------------|-------------|-------------|----------|
| Medikasyon |             |             | 0.480*** |
| Yok        | 86 (87.76)  | 17 (80.95)  |          |
| Var        | 12 (12.24)  | 4 (19.05)   |          |
| Sifiliz    |             |             | 0.376**  |
| Yok        | 67 (68.37)  | 17 (80.95)  |          |
| Var        | 31 (31.63)  | 4 (19.05)   |          |
| HBsAg      |             |             | 1.0***   |
| Negatif    | 94 (95.92)  | 20 (95.24)  |          |
| Pozitif    | 4 (4.08)    | 1 (4.76)    |          |
| Anti-HCV   |             |             | -        |
| Negatif    | 98 (100.00) | 21 (100.00) |          |
| Pozitif    | 0 (0.00)    | 0 (0.00)    |          |

Tablo 2. Sürekli Değişkenlerin KDM Gruplarına Göre Karşılaştırılması

| Grup        | KDM iyi<br>Median (Min-Maks) | KDM düşük<br>Median (Min-Maks) | p*           |
|-------------|------------------------------|--------------------------------|--------------|
| Yaş         | 33 (19-49)                   | 35 (19-44)                     | 0.947        |
| CD8         | 1123.5 (66-5346)             | 1000 (224-3160)                | 0.376        |
| CD4/CD8     | 0.33 (0-1.31)                | 0.51 (0.1-0.86)                | <b>0.035</b> |
| Trigliserid | 111 (45-410)                 | 118 (42-210)                   | 0.975        |
| Kolesterol  | 147 (61-269)                 | 152 (76-233)                   | 0.415        |
| LDL         | 87 (26-203)                  | 100 (33-158)                   | 0.568        |
| Kalsiyum    | 9.2 (3-10.6)                 | 9.3 (8.4-10.6)                 | 0.169        |
| Potasyum    | 3.1 (2.01-30.5)              | 3.01 (2.07-4.5)                | 0.297        |
| Albumin     | 4.2 (2.09-5.6)               | 4.1 (3.1-5.3)                  | 0.691        |
| Kreatinin   | 0.9 (0.59-3.01)              | 0.9 (0.7-1.2)                  | 0.846        |

Tablo 3. Tek Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Model 1: CD4/CD8 Oranı

| Değişken | B      | S.E.  | Wald   | df | p     | OR    | %95 GA       |
|----------|--------|-------|--------|----|-------|-------|--------------|
| CD4/CD8  | 1.679  | 0.926 | 3.286  | 1  | 0.070 | 5.362 | 0.873-32.950 |
| Sabit    | -2.247 | 0.485 | 21.510 | 1  | 0.000 | 0.106 | -            |

Model 2: İlaç Kötüye Kullanımı

| Değişken              | B      | S.E.  | Wald  | df | p     | OR     | %95 GA        |
|-----------------------|--------|-------|-------|----|-------|--------|---------------|
| İlaç kötüye kullanımı | 2.783  | 1.183 | 5.535 | 1  | 0.019 | 16.167 | 1.591-164.243 |
| Sabit                 | -0.293 | 0.591 | 0.245 | 1  | 0.620 | 0.746  | -             |

Model 3: Komorbidite Varlığı

| Değişken    | B      | S.E.  | Wald   | df | p     | OR    | %95 GA       |
|-------------|--------|-------|--------|----|-------|-------|--------------|
| Komorbidite | 1.375  | 0.596 | 5.316  | 1  | 0.021 | 3.956 | 1.229-12.731 |
| Sabit       | -1.093 | 0.298 | 13.436 | 1  | 0.000 | 0.335 | -            |





# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



## POSTER BİLDİRİLER

### PS-001

#### HIV Pozitif Bireylerde Düşük Düzey Viremiye Neden Olabilecek Faktörler

Fatma Güçlü<sup>1</sup>, Yeşim Yıldız<sup>1</sup>, Sevcan Arslan Delice<sup>1</sup>, Elif Çalışkan<sup>3</sup>, Hatice Eftal Şeyda Kanal<sup>4</sup>, Gülendam Bozdayı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ABD

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Viroloji ABD

<sup>3</sup>Başakşehir Çam ve Sakura Tıbbi Viroloji ABD

<sup>4</sup>Tokat Gazi Osmanpaşa Üniversitesi Halk Sağlığı ABD

**Giriş ve Amaç:** İnsan immün yetmezlik virüsü tip 1 (HIV-1), tedavi edilmediğinde AIDS'e yol açan, küresel yükü yüksek bir enfeksiyondur. Antiretroviral tedavinin (ART) temel hedefi virolojik baskılamadır; çoğu hastada viral yük < 50 kopya/mL'ye iner. Bununla birlikte, bazı olgularda ART altında 'düşük düzey viremi' (LLV) sürer. LLV için evrensel bir tanım yoktur; klinik uygulamada çoğunlukla 50–200 kopya/mL arası kabul edilirken, program göstergelerinde viral baskılanma eşiği genellikle < 1000 kopya/mL'dir (Türkiye'de < 200 kopya/mL yaygındır). LLV çoğu kez asemptomatiktir ve tedavi değişikliği gerektirmez; ancak uzun dönemde ilaç direnci, immün baskılanma ve bulaş dinamikleri açısından klinik önem taşıyabilir. Bu bildiride LLV ile ilişkili belirleyiciler ve klinik sonuçları incelenecektir.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışmanın amacı düşük düzey viremiyi etkileyen faktörleri ve antiretroviral tedavi çeşitlilikleri ile düşük düzey viremi arasındaki ilişkiyi ele almaktır. Bu çalışmada gazi üniversitesi enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji polikliniğinde HIV enfeksiyonu ile takipli 79 hastanın verileri retrospektif olarak kaydedilmiş ve analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Tek merkezli retrospektif kohortta (n=79) düşük düzey viremi (LLV) ile ilişkili belirleyiciler değerlendirildi. Erkek ağırlıklı ve geniş yaş dağılımlı popülasyonda LLV (+) hastalarda başlangıç CD4 belirgin düşük (medyan 252 vs 624,5; p=0,007) ve 6. ay CD4 daha düşük (426,5 vs 762,9; p=0,013). Bu bulgu erken immün rekonstitüsyonun zayıf olduğu bireylerde LLV daha sık olduğunu göstermektedir. Virolojik açıdan, 6. ve 12. ayda LLV (+) grupta HIV RNA medyanı sıfırın üzerinde (52 ve 15 k/mL aralığı belirtilmiş) iken LLV (-) grupta medyan 0; farklar anlamlı (p=0,003 ve p=0,029). 24. ayda iki grup arasındaki fark anlamsızlaşıyor (her iki grupta medyan 0; p=0,107). Bu patern, LLV'nin çoğunlukla tedavinin ilk yılındaki dalgalanmaları yansıttığını ve zaman içinde kalıcı baskılanmaya eğilim olduğunu düşündürmektedir. Kullanılan rejimlere göre LLV görülme sıklığı benzerdi (BIC/FTC/TAF vs 3TC/DTG; p=0,646), > 200 kopya/mL'lik viral ataklar açısından rejimler arasında anlamlı bir farklılık gözlenmedi (p=0,453).

Tablo 1: Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri

| Değişkenler      | Düşük Viral Yük (+) | Düşük Viral Yük (-) | p     |
|------------------|---------------------|---------------------|-------|
| Yaş              | 42,73 ± 14,85       | 39,25 ± 16,46       | 0,539 |
| Cinsiyet (Erkek) | 60 (88,23)          | 5 (62,50)           | 0,085 |
| VKİ              | 26,12 ± 4,49        |                     | 0,921 |
| Ek hastalıklar   |                     |                     |       |
| KVS              | 11 (16,17)          | 0 (0,00)            | 0,594 |
| Endokrin         | 8 (11,76)           | 2 (25,00)           | 0,282 |
| Psikiyatrik      | 2 (2,94)            | 0 (0,00)            | 1,000 |
| Renal            | 1 (1,47)            | 0 (0,00)            | 1,000 |
| Hepatik          | 0 (0,00)            | 0 (0,00)            | -     |
| Onkolojik        | 0 (0,00)            | 0 (0,00)            | -     |
| Supplement       | 19 (27,94)          | 2 (25,0)            | 1,000 |

|                           |                                    |                                 |       |
|---------------------------|------------------------------------|---------------------------------|-------|
| Tedavi rejimi             |                                    |                                 | -     |
| BIC/FTC/TAF               | 44 (64,70)                         | 5 (62,50)                       |       |
| 3TC/DTG                   | 12 (17,64)                         | 2 (25,00)                       |       |
| EVG/COBI/FTC/TAF          | 5 (7,35)                           | 0 (0,00)                        |       |
| ABC/DTG/3TC               | 3 (4,41)                           | 0 (0,00)                        |       |
| FTC/TDF/DTG               | 2 (2,94)                           | 1 (12,50)                       |       |
| FTC/TDF                   | 2 (2,94)                           | 0 (0,00)                        |       |
| Başlangıç koenfeksiyon    | 7 (10,29)                          | 2 (25,00)                       | 0,239 |
| 6. ay koenfeksiyon        | 6 (8,82)                           | 0 (0,00)                        | 1,000 |
| 12. ay koenfeksiyon       | 2 (2,94)                           | 0 (0,00)                        | 1,000 |
| 24. ay koenfeksiyon       | 6 (8,82)                           | 1 (12,50)                       | 0,557 |
| Başlangıç oportünist enf. | 6 (8,82)                           | 1 (12,50)                       |       |
| 6. ay oportünist enf.     | 1 (1,47)                           | 0 (0,00)                        | 1,000 |
| 12. ay oportünist enf.    | 0 (0,00)                           | 0 (0,00)                        | -     |
| 24. ay oportünist enf.    | 0 (0,00)                           | 1 (12,50)                       | 0,105 |
| Başlangıç HIV RNA         | 322.944,00 (225,00-254.250.000,00) | 76.300,00 (3.150,00-782.000,00) | 0,104 |
| 6. ay HIV RNA             | 52,00 (0,00-1.000.000,00)          | 0,00 (0,00-0,00)                | 0,003 |
| 12. ay HIV RNA            | 15,00 (0,00-108.000,00)            | 0,00 (0,00-0,00)                | 0,029 |
| 24. ay HIV RNA            | 0,00 (0,00-8.600,00)               | 0,00 (0,00-0,00)                | 0,107 |
| Başlangıç CD4             | 252,00 (8,00-1.469,00)             | 624,50 (16,00-806,93)           | 0,007 |
| 6. ay CD4                 | 426,50 (17,00-1.132,00)            | 762,90 (314,00-1.111,80)        | 0,013 |
| 12. ay CD4                | 504,80 (18,00-1.652,00)            | 759,00 (0,00-1.225,00)          | 0,137 |
| 24. ay CD4                | 554,40 (21,00-1.267,80)            | 626,25 (476,00-2.153,00)        | 0,455 |
| Takip süresi (yıl)        | 3,06 ± 1,55                        | 2,90 ± 1,31                     | 0,786 |
| Tedavi süresi (yıl)       | 3,03 ± 1,55                        | 2,88 ± 1,31                     | 0,794 |

\*Veriler, ortalama ± standart sapma, sayı (yüzde) ya da median (minimum-maksimum) olarak gösterilmiştir. Yüzde ler sütun yüzdesidir. Düşük viral yük verisi olmayan 3 hasta analize dahil edilmemiştir.

Tablo 2: Antiviral tedavi rejimlerinde aylara göre düşük düzey viremiye sahip hasta sayısı (hasta sayısı ve yüzde oranları kullanılan rejimin kendi içerisindeki yüzdesidir)

| Tedavi Rejimi    | Viral Yükün < 50 Olduğu Zaman |           |           |          |          |         |          |
|------------------|-------------------------------|-----------|-----------|----------|----------|---------|----------|
|                  | 1. ay                         | 3. ay     | 6. ay     | 12. yıl  | 18. ay   | 24. ay  | Yok      |
| BIC/FTC/TAF      | 8 (16,3)                      | 13 (26,5) | 10 (20,4) | 4 (8,2)  | 5 (10,2) | 3 (6,1) | 6 (12,2) |
| 3TC/DTG          | 2 (13,3)                      | 2 (13,3)  | 5 (33,3)  | 2 (13,3) | 0 (0,0)  | 0 (0,0) | 4 (26,7) |
| EVG/COBI/FTC/TAF | 2 (40,0)                      | 2 (40,0)  | 0 (0,0)   | 1 (20,0) | 0 (0,0)  | 0 (0,0) | 0 (0,0)  |
| ABC/DTG/3TC      | 0 (0,0)                       | 2 (66,7)  | 1 (33,3)  | 0 (0,0)  | 0 (0,0)  | 0 (0,0) | 0 (0,0)  |
| FTC/TDF/DTG      | 0 (0,0)                       | 2 (66,7)  | 0 (0,0)   | 1 (33,3) | 0 (0,0)  | 0 (0,0) | 0 (0,0)  |
| FTC/TDF          | 1 (50,0)                      | 0 (0,0)   | 1 (50,0)  | 0 (0,0)  | 0 (0,0)  | 0 (0,0) | 0 (0,0)  |

\*Yüzde ler satır yüzdesidir.

**Sonuç:** Başlangıç CD4'ü düşük hastalarda ilk 12 ayda daha sık virolojik izlem, ilaç uyumu ve olası farmakokinetik etkileşimlerin sistematik sorgulanması gerektiğine işaret etmektedir. Çalışmanın tek merkezli, örneklem büyüklüğü göreceli küçük ve alt tip/CRF ile genişletilmiş direnç analizlerinin sınırlı olması önemli kısıtlılıklardır. Sonuç olarak, kohortumuzda LLV'nin en güçlü belirleyicisi düşük başlangıç CD4 görünmekte, LLV çoğu hastada geçici seyretmekte



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



ve modern INSTI-temelli rejimlerle orta vadede virolojik baskılanmaya yakınsama sağlanmaktadır. başlangıç CD4'ü düşük olgularda yakın virolojik izlem, gerekirse adherens değerlendirmesi ve ilaç-ilaç/ilaç-gıda etkileşimi taraması önerilir. Prospektif ve daha güçlü örneklemlerle çalışmalar, tekrarlayan LLV olgularında viral/konak faktörlerin bağımsız etkisini netleştirecektir.

**Anahtar Kelimeler:** viremi, antiviral ajan, tedavi uyumsuzluğu, oran

### PS-002

#### Direnç Genotipi Bilinmeyen HIV-1 ile Enfekte Kişilerde Dolutegravir + Lamivudin (DTG + 3TC) Rejimine Geçişin Etkililik ve Güvenlilik Sonuçları: Sistematik Literatür Taraması ve Meta-Analiz

John Boulos<sup>1</sup>, Jeremy Fraysse<sup>1</sup>, Eva Fernvik<sup>2</sup>, Bryn Jones<sup>3</sup>, Gustavo Verdier<sup>4</sup>, Julie Priest<sup>1</sup>, Emilio Letang<sup>5</sup>, Arşad Ozan Şimşek<sup>6</sup>

<sup>1</sup>ViiV Healthcare, Durham, NC, ABD

<sup>2</sup>ViiV Healthcare, Stockholm, İsveç

<sup>3</sup>ViiV Healthcare, Londra, UK

<sup>4</sup>ViiV Healthcare, Montréal, Kanada

<sup>5</sup>ViiV Healthcare, Tres Cantos, Madrid, İspanya

<sup>6</sup>GlaxoSmithKline İstanbul, Türkiye

**Giriş ve Amaç:** Girişimsel Faz 3 çalışmalarda DTG/3TC, virolojik baskılanması sağlanmış ve önceden dirençle ilişkili mutasyonu (RAM) veya virolojik başarısızlık (VF) öyküsü bulunmayan HIV-1 enfekte bireylerde kalıcı etkinlik göstermiştir. Klinik uygulamada ise başarısızlık veya başlangıçta yapılmış genotipik direnç testleri her zaman mevcut olmayabilir. TANGO ve SALSA çalışmalarının birleştirilmiş post-hoc analizinde, önceki genotipin mevcut olup olmamasına bakılmaksızın DTG/3TC'ye geçiş sonrasında yüksek virolojik baskılanma (VS) oranlarının korunduğu bildirilmiştir. Önceki çalışmalar, bilinen M184V/I mutasyonu varlığında dahi DTG + 3TC'ye geçişin tedavi etkililiğini olumsuz etkilemeyebileceğini göstermektedir. Bu çalışmada, önceden bilinen genotipik bilgi bulunmayan HIV-1 enfekte bireylerde DTG + 3TC rejimine geçişin gerçek yaşam verilerindeki etkililiği ve RAM'lerin olası etkisi değerlendirilmiştir.

**Gereç ve Yöntemler:** 1 Ocak 2013–Kasım 2024 tarihleri arasında yayımlanan, DTG + 3TC rejimine önceden genotip bilgisi olmaksızın geçen bireylerde etkinlik ve güvenlik sonuçlarını raporlayan yayınlar ve ilgili kongre bildirilerini içeren sistematik bir literatür taraması (SLR) gerçekleştirilmiştir. Meta-analiz yapılabilirliği değerlendirilmiş ve uygun bulunmuştur. SLR verilerine dayanarak, tek kollu meta-analizler çalışmalarda bildirilen virolojik başarısızlık (VF) oranları için nokta tahminleri oluşturacaktır.

**Bulgular:** DTG + 3TC kullanan toplam 61.334 HIV-1 enfekte bireyi içeren 310 yayından, 13'ü önceden genotipi bilinmeyen 3402 bireyin sonuçlarını raporlamıştır. Etkililik sonuçlarını 6. ay ile 96. hafta (yaklaşık 24 ay) arasında bildiren 11 çalışmada (n=3380) yüksek virolojik baskılanma oranları (%96–100) geçiş sonrasında da korunmuştur. Genel olarak bireylerin %0,30'u (10/3380) virolojik başarısızlık yaşamış veya virolojik nedenlerle tedaviyi sonlandırmıştır. Virolojik başarısızlık sırasında M184V mutasyonu %0,06 (2/3380) oranında saptanmış; bir bireyde ise tedavi kesilme anında dolutegravire düşük düzeyde dirençle ilişkili T97A, E138K ve N155H mutasyonları bulunmuştur (%0,03; 1/3380; HIV-1 RNA: 540 kopya/mL). Güvenlilik ve/veya tolere edilebilirlik verilerini 30 hafta ile 36 ay arasında raporlayan 5 çalışmada (n=356), bireylerin %0,84'ü (3/356) çalışılan ilaçlarla ilişkili olmayan advers olaylar nedeniyle DTG + 3TC tedavisini sonlandırmıştır. Meta-analiz nokta tahminleri ileri raporlarda sunulacaktır.

**Sonuç:** Müdahale çalışmalarıyla tutarlı şekilde, DTG + 3TC rejimi klinik uygulamada da önceden genotip bilgisi bulunmayan HIV-1 enfekte bireylerde etkili ve iyi tolere edilmiştir. M184V/I veya integras RAM'lerinin ortaya çıkışı nadir olarak gözlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Dolutegravir, İkili Tedavi, Gerçek Yaşam Verisi, Direnç Genotipi

PS-003

### HIV ile Yaşayan Bireylerde Mikobakteri Enfeksiyonlarının On Yıllık Retrospektif Analizi

Zeliha Karazeybek<sup>1</sup>, Canan Pekgüzel<sup>1</sup>, H. Beril Özalp<sup>1</sup>, Suna Seçil Öztürk Deniz<sup>1</sup>, Selda Sayın Kutlu<sup>1</sup>, Murat Kutlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Denizli

**Giriş ve Amaç:** Tüberküloz (TB), HIV ile yaşayan bireylerde en sık görülen fırsatçı enfeksiyonlardandır. DSÖ 2023 verilerine göre, tüberküloz tanısı alan 10,6 milyon kişinin yaklaşık %7'si HIV pozitif bireylerdir. Ülkemiz Sağlık Bakanlığı 2020 verilerine göre ise tüberküloz olgularının yaklaşık %1'inde HIV pozitifliği saptanmıştır. Bu posterde, Pamukkale Üniversitesi'nde son on yılda HIV ile yaşayan bireylerdeki mikobakteriyel enfeksiyonların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Bu çalışmada, 2015–2025 yılları arasında Pamukkale Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'nde, HIV ile yaşayan ve mikobakteriyel enfeksiyon tanısı alan hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Hastalara ait demografik özellikler, CD4 düzeyi, viral yük, ART durumu, mikobakteri türü, ilaç duyarlılığı, tutulum yeri ve klinik sonuçlar değerlendirildi.

**Bulgular:** Toplam 13 olgu saptandı. Hastaların medyan yaşı 48 yıl (22–69 ) ve olguların büyük çoğunluğu (%92,3) erkektir. Medyan CD4 hücre sayısı 41 hücre/mm<sup>3</sup> (4–375) ve HIV RNA düzeyi 2,86×10<sup>5</sup> kopya/mL olarak saptandı. Hastaların 6'sında (%46,1) akciğer tüberkülozu, 3'ünde (%23,1) ekstrapulmoner tüberküloz, 2'sinde (%15,4) miliyer tüberküloz, 1'inde (%7,7) hem akciğer hem ekstrapulmoner tüberküloz ve 1'inde (%7,7) dissemine MAC enfeksiyonu; 9 hastada (%69,2) Mycobacterium tuberculosis complex, 2 hastada (%15,4) atipik mikobakteri ve 2 hastada (%15,4) hem tipik hem atipik mikobakteri türleri birlikte saptandı. Hastaların 2'sinde yalnızca patoloji bulgularıyla, 1'inde klinik ve radyolojik değerlendirmeye, diğer 10 hastada (%76,9) ise PCR, kültür ve patoloji sonuçlarıyla birlikte tanı konulmuştu; M. tuberculosis olgularının tümünde ilaç duyarlılık testleri yapılmış ve antitüberküloz ilaç direnci saptanmamıştı. Eşlik eden koenfeksiyon 7 olguda saptanmış olup, en sık etkenler PCP (%15,4) ve sifilizdi (%15,4). 7 hastanın (%53,8) tedaviyi tamamladığı, 2 hastanın (%15,4) tedavisinin halen devam ettiği, 2 hastanın (%15,4) tedavi sırasında, 2 hastanın (%15,4) ise tedavi alamadan exitus olduğu görülmüştür (Tablo 1).

Tablo 1

| Hasta | Yaş | Cinsiyet | CD4 hücre/mm <sup>3</sup> | HIV RNA kopya/mL | Enfeksiyon tutulumu                                  | Etken                  | Tanı yöntemi                  | Tedavi      | Tedavi süresi | Koenfeksiyon                               | Sonuç  |
|-------|-----|----------|---------------------------|------------------|------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------|-------------|---------------|--------------------------------------------|--------|
| 1     | 58  | E        | 60                        | 11200            | Akciğer TB                                           | M.tuberculosis complex | Balgam kültür                 | HRZE        | 9 ay          | PCP                                        | Şifa   |
| 2     | 48  | K        | 9                         | Bilinmiyor       | Miliyer TB                                           | M.tuberculosis complex | Balgam MTB PCR, balgam kültür | HRZE        | alamadı       | Yok                                        | Exitus |
| 3     | 56  | E        | 73                        | 40370            | Akciğer TB+Ekstrapulmoner TB (tüberküloz lenfadenit) | NTM (M.abscessus)      | Balgam kültür                 | MAC         | 12 ay         | Sifiliz                                    | Şifa   |
| 4     | 31  | E        | 8                         | 109000           | Akciğer TB                                           | Tipik+NTM              | Klinik ve radyolojik          | HRZE<br>MAC | 6 ay<br>12 ay | CMV retinit<br>Toxoplasma ensefalit<br>PCP | Şifa   |
| 5     | 33  | E        | 375                       | Negatif          | Ekstrapulmoner TB (tüberküloz lenfadenit)            | M.tuberculosis complex | Balgam MTB PCR, balgam kültür | HRZE        | 9 ay          | Yok                                        | Şifa   |



|    |    |   |     |           |                                                            |                        |                               |             |               |                          |                     |
|----|----|---|-----|-----------|------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------|-------------|---------------|--------------------------|---------------------|
| 6  | 49 | E | 41  | 329000    | Miliyer TB                                                 | M.tuberculosis complex | Balgam MTB PCR, balgam kültür | HRZE        | 9 ay          | Yok                      | Şifa                |
| 7  | 48 | E | 29  | 1.200.000 | Akciğer TB                                                 | M.tuberculosis complex | Balgam MTB PCR                | HRZE        | Devam ediyor  | Yok                      | Tedavi devam ediyor |
| 8  | 31 | E | 115 | 2.190.000 | Ekstrapulmoner TB (tüberküloz menenjit)                    | M.tuberculosis complex | BOS MTB PCR, BOS kültür       | HRZE        | Devam ediyor  | Yok                      | Tedavi devam ediyor |
| 9  | 69 | E | 37  | 3.393.000 | Akciğer TB                                                 | M.tuberculosis complex | Balgam MTB PCR, balgam kültür | HRZE        | 2 ay          | Sifiliz<br>Kaposi sarkom | Exitus              |
| 10 | 57 | E | 37  | 7.074.000 | Akciğer TB                                                 | M.tuberculosis complex | Balgam kültür                 | HRZE        | 8 ay          | PCP                      | Exitus              |
| 11 | 22 | E | 4   | 243000    | Disemine MAC enfeksiyonu (dalak tutulumu)                  | NTM                    | Patoloji                      | MAC         | alamadı       | Sifiliz                  | Exitus              |
| 12 | 29 | E | 90  | Negatif   | Ekstrapulmoner TB (renal tüberküloz+tüberküloz lenfadenit) | Tipik+NTM              | Patoloji                      | HRZE<br>MAC | 6 ay<br>12 ay | Layşmanyaz               | Şifa                |
| 13 | 36 | E | 65  | 187000    | Akciğer TB                                                 | M.tuberculosis complex | Balgam MTB PCR                | HRZE        | 6 ay          | Yok                      | Şifa                |

### Olguların demografik ve klinik özellikleri

**Sonuç:** Çalışmamızdaki hastaların medyan CD4 hücre sayısı  $73 /\text{mm}^3$  ve HIV RNA düzeyi  $1,17 \times 10^6$  kopya/mL olarak bulundu. Bu bulgu, HIV/TB koenfeksiyonunda düşük CD4 ve yüksek viral yük ile ilişkili ağır seyir gösteren önceden yayımlanmış çalışmalarla benzerdir. Farklı enfeksiyon tablolarının görüldüğü olgularımız ileri immün baskılanmada mikobakteriyel enfeksiyon çeşitliliğinin arttığı fikrini güçlendirmektedir. Klasik akciğer TB bulgularının olmaması ve düşük bakteriyel yük, tanısal süreci zorlaştırmaktadır. Bu nedenle PCR, kültür ve patolojik incelemelerin birlikte değerlendirilmesi doğru tanı açısından kritik önemdedir. Koenfeksiyonların görülme oranı (%53,8) oldukça yüksektir. Bu da HIV ile yaşayan bireylerde çoklu fırsatçı enfeksiyon riskinin yüksek olduğunu göstermektedir. Atipik klinik seyir ve tanısal güçlükler nedeniyle yüksek klinik şüphe gereklidir. Erken tanı, eşzamanlı ART ve uygun antitüberküloz tedavisiyle mortaliteyi azaltmak mümkündür.

**Anahtar Kelimeler:** atipik mikobakteri, tüberküloz, koenfeksiyon

PS-005

### HIV ile Yaşayan Bireylerde Takip Kaybı: Gerçek Yaşam Verileri

Bahar Büşra Sivrikaya<sup>1</sup>, Özgür Günel<sup>1</sup>, Mustafa Usanmaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Samsun Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Bu çalışmada, hastanemizde tanı aldıktan sonra takiplere gelmeyen HIV ile yaşayan bireylerin sıklığı, takiplere gelmeme sebepleri ve demografik özelliklerinin araştırılması amaçlandı.

**Gereç ve Yöntemler:** 2013–2025 yılları arasında Samsun Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde HIV tanısı almış tüm bireylerin tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Tanıdan sonra  $\geq 12$  ay boyunca hiçbir kontrol randevusuna gelmeyen hastalar takip kaybı olarak kabul edildi. Demografik özellikler ve takip kaybı nedenleri analiz edildi. Takiplere gelmeyen tüm hastalar için öncelikle yerel bulaşıcı hastalıklar biriminde görevli hemşireler aracılığıyla iletişim kurulmaya çalışıldı. Bilgi alınamayan durumlarda, İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Birimi ve ilgili aile hekimleri ile iletişime geçilerek hastaların mevcut durumları ve takibin neden aksadığı araştırıldı.

**Bulgular:** Çalışma süresince tanı alan 728 HIV ile yaşayan bireyden 37'si (%5,1) takip kaybı olarak değerlendirildi. Bu hastaların büyük çoğunluğu erkekti (n=32, %86,4) ve daha az bir kısmı kadındı (n=5, %13,5). Takip kaybının en yaygın nedeni hastaya ulaşamama idi (n=24, %64,8); bunların içinde telefon numarası aktif olup cevap vermeyen hastalar (n=15) ve numarası değişmiş veya iptal edilmiş olanlar (n=9) yer aldı. Diğer nedenler arasında başka bir sağlık merkezinde izlemde olma (n=8, %21,6), başka merkezde vefat etme (n=3, %8,1), yurt dışına yerleşme (n=1) ve hiçbir sağlık kuruluşuyla ilişkisi tespit edilemeyen bir hasta (n=1) yer aldı. Bu hasta kendisine ulaşılmasına rağmen takip ve tedaviyi açıkça reddetmiş, kendini iyi hissettiğini ve tıbbi tedaviye ihtiyaç duymadığını ifade etmiştir.

Tablo 1

| Takip Kaybı Nedenleri                       | Hasta sayısı | Hasta yüzdesi |
|---------------------------------------------|--------------|---------------|
| Ulaşılamayanlar(telefona cevap vermeyenler) | 15           | 40,5          |
| Ulaşılamayanlar(telefon numarası değişmiş)  | 9            | 24,3          |
| Başka merkezde izlem                        | 8            | 21,6          |
| Ölüm (Başka merkezde)                       | 3            | 8,1           |
| Yurtdışına taşınma                          | 1            | 2,7           |
| Takip ve tedavi reddi                       | 1            | 2,7           |

#### Takip Kaybı Nedenleri

**Sonuç:** Genel takip kaybı oranı görece düşük olmasına rağmen, vakaların büyük bir kısmı eksik ya da güncel olmayan iletişim bilgileri nedeniyle ulaşamamış hastalardan oluşmaktadır. Bu durum, HIV bakımında kesintisiz hizmet sunumunu sağlamak için sistematik hasta takibi ve kurumlar arası veri paylaşımı ihtiyacını vurgulamaktadır. Tanı anında gerçek zamanlı iletişim doğrulaması ve kurumlar arası güçlü veri paylaşım protokolleri gibi müdahaleler, HIV ile yaşayan bireylerde takip kayıplarını azaltmaya yardımcı olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, AIDS, Halk sağlığı, Ambulatuvar İzlem, Takip kaybı

PS-006

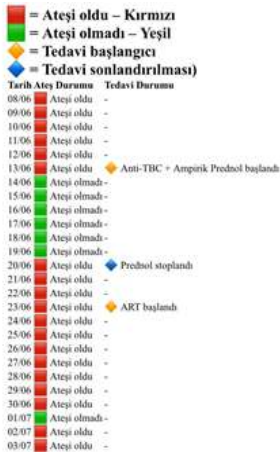
## İleri Evre HIV Enfeksiyonunda Dirençli Ateş ve CMV Menenjit: Tanı Sürecinin Önemi

Ömer Taşan, Nesibe Korkmaz, Semanur Kuzi, Gülnur Kul, Gönül Çiçek Şentürk<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Etlik Şehir Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Dirençli ateş ve nörolojik semptomlarla başvuran ileri evre HIV enfeksiyonlu bir hastada, ilk BOS incelemesinde tanı konulamayan ancak ateşin devamı üzerine yinelenen BOS'ta CMV pozitifliği saptanan bir olgunun tanı süreci ve tedaviye yanıtı sunuldu.

**Olgu:** Bilinen hipertansiyonu ve koroner arter hastalığı olan 62 yaşındaki erkek hasta presenkop, halsizlik nedeniyle acil servise başvurdu. Gelişinde ishal, ateş ve kilo kaybı şikayetleri vardı. Tetkiklerde HIV ile enfekte olduğu tespit edildi. Geliş kanlarında WBC: 3.070 hücre/mm<sup>3</sup>, lenfosit: 980 hücre/mm<sup>3</sup>, hemogloblin: 8.6 g/dL, üre: 32 mg/dL, kreatinin: 0.91 mg/dL, CD4: 33 hücre/μL, HIV RNA: 7.210.000 IU/mL olarak saptandı. Fizik muayenede bilinci açık, oryante ve koopereydi. Batını rahattı, defans ve rebound yoktu. Dört ekstremitte kas gücü 5/5 olan hastada istirahat ve postural tremor mevcuttu. Hastaya kranial MRG ve EEG planlandı, lomber ponksiyon (LP) yapıldı. LP sonucunda hücre görülmedi, glukoz: 46 mg/dL (parmak ucu 94), protein: 502 mg/L olarak sonuçlandı. MRG'de sol frontalde subkortikal periventriküler alanda, sol parietalde periventriküler alanda ve periventriküler beyaz cevherde gliozis ile uyumlu sinyal değişikliği dışında ek bulgu saptanmadı. BOS'ta CMV, JC, EBV, BK virüs, kriptokok PCR negatif; TBC PCR ve ARB negatif olarak saptandı. . Toraks BT'de (Şekil 1) yaygın nodüller saptanan hastaya FOB yapıldı. PCP PCR ve TBC PCR negatif saptandı. BAL örneğinde Mycobacterium tuberculosis complex üredi. Mantar kültüründe Candida albicans üredi. Hastaya dördü anti-tüberküloz tedavisi ve ampirik prednol tedavisi başlandı. Prednol tedavisi altında ateşi olmayan hastada, prednolün 7. gününde kesilmesinin ardından tekrar ateşi başladı (Şekil 2). Tüberküloz menenjit ve kriptokok menenjit dışlandığı için hastaya emtrisitabin/tenofovir alafenamid/biktegravir tedavisi başlandı. Devam eden ateşler nedeniyle güncel toraks BT çekildi. Mantar enfeksiyonu olarak yorumlanması üzerine vorikonazol tedavisi başlandı. Vorikonazol ve anti-tüberküloz tedavisi altında ateşleri devam eden hastaya tekrar LP yapıldı. İkinci LP sonucunda hücre görülmedi; BOS glukoz: 42 mg/dL (parmak ucu 120), protein: 319 mg/L, BOS CMV PCR: 120 IU/mL olarak saptandı. Vorikonazole yanıt alınamaması nedeniyle tedavi 14. günde sonlandırıldı. BOS CMV sonucuna istinaden gansiklovir tedavisi başlandı. Gansiklovir tedavisinin 3. gününden itibaren hastanın ateşi olmadı (Şekil 2), vital bulguları stabildi. Klinik yanıt alınan hastada taburculuk planlandı.



Şekil 2 Ateş ve tedavi çizelgesi

# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

4-7 ARALIK 2025  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



|       |                |                                             |
|-------|----------------|---------------------------------------------|
| 04/07 | Ateşi oldu -   |                                             |
| 05/07 | Ateşi oldu -   |                                             |
| 06/07 | Ateşi oldu -   |                                             |
| 07/07 | Ateşi oldu -   |                                             |
| 08/07 | Ateşi oldu -   |                                             |
| 09/07 | Ateşi oldu -   | Prednol tekrar başlandı                     |
| 10/07 | Ateşi oldu -   |                                             |
| 11/07 | Ateşi olmadı - |                                             |
| 12/07 | Ateşi oldu -   |                                             |
| 13/07 | Ateşi oldu -   |                                             |
| 14/07 | Ateşi olmadı - | Vorikonazol başlandı                        |
| 15/07 | Ateşi olmadı - |                                             |
| 16/07 | Ateşi olmadı - |                                             |
| 17/07 | Ateşi olmadı - | Prednol stoplandı                           |
| 18/07 | Ateşi oldu -   |                                             |
| 19/07 | Ateşi oldu -   |                                             |
| 20/07 | Ateşi oldu -   |                                             |
| 21/07 | Ateşi oldu -   |                                             |
| 22/07 | Ateşi olmadı - |                                             |
| 23/07 | Ateşi oldu -   |                                             |
| 24/07 | Ateşi oldu -   |                                             |
| 25/07 | Ateşi oldu -   |                                             |
| 26/07 | Ateşi oldu -   |                                             |
| 27/07 | Ateşi oldu -   |                                             |
| 28/07 | Ateşi oldu -   | Vorikonazol stoplandı, Gansiklovir başlandı |
| 29/07 | Ateşi oldu -   |                                             |
| 30/07 | Ateşi oldu -   |                                             |
| 31/07 | Ateşi oldu -   |                                             |
| 01/08 | Ateşi olmadı - |                                             |
| 02/08 | Ateşi olmadı - |                                             |
| 03/08 | Ateşi olmadı - |                                             |

### Şekil 2 devamı

**Sonuç:** Bu olgu, ileri evre HIV enfeksiyonu ve ciddi immün yetmezlik tablosunda gelişen dirençli ateşlerde tanı sürecinin uzun ve karmaşık olabileceğini göstermektedir. İlk lomber ponksiyonda tanı koydurucu bulgu saptanmasa da, ateşin devamı üzerine tekrarlanan BOS incelemesiyle CMV ensefalit tanısına ulaşıldı. Bu durum immünsüpresif hastalarda negatif ilk sonuçların tanıyı dışlamayabileceğini ve dirençli ateş olgularında BOS gibi invaziv tanı yöntemlerinin gerekirse tekrarlanması gerektiğini hatırlatmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, CMV ensefalit, dirençli ateş

PS-007

### Tedavi Uyumsuzluğu ve İlaç Aşırı Duyarlılığı Olan HIV ile Yaşayan Bireyde Tekrarlayan Toksoplazma Ensefaliti Olgusu

Deniz Özer<sup>1</sup>, Müge Güner<sup>1</sup>, Esra Erdem Kıvrak<sup>1</sup>, Şebnem Şenol Akar<sup>1</sup>, Çiğdem Banu Çetin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Manisa Celal Bayar Üniversite Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji A.D

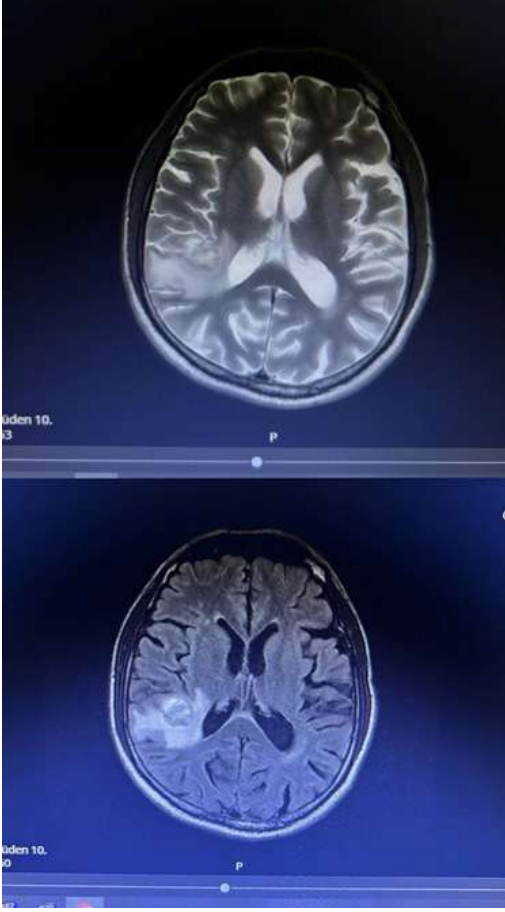
**Giriş ve Amaç:** İnsan bağışıklık yetmezlik virüsü(HIV) enfeksiyonuyla yaşayan bireylerde antiretroviral tedavi(ART) uyumsuzluğu ve ilaç aşırı duyarlılık reaksiyonları, fırsatçı enfeksiyonların gelişiminde ve tedavi yönetiminde ciddi zorluklara yol açar.Bu olguda, tedavi uyumsuzluğu öyküsü bulunan, ilaç erupsionları nedeniyle sınırlı kemoterapötik ajan seçeneği olan ve toksoplazma ensefalitiyle takip edilen olgunun klinik seyri sunulmaktadır.

**Gereç ve Yöntemler:** 2018 yılında HIV enfeksiyonu tanısı alan 47 yaş erkek hasta, tenofovir disoproksil fumarat(TDF)/emtrisitabin(FTC)+raltegravir(RAL) ile izleme alınmıştır.Yaklaşık 3 yıl ART kullanmayan hasta,1 haftadır unutkanlık, 2 gündür denge bozukluğuyla kliniğimize yönlendirildi.20 gün önce senkop atağı geçirdiği öğrenildi.Fizik muayene orofarenkste mukozit ve anal ülser dışında olağan saptandı.Beyin MR Resim-1'deki gibi raporlandı.Hastaya intravenöz meropenem, vankomisin, flukonazol, klindamisin ve peroral TMP-SMX başlanmıştır.3. gününde TDF/FTC+RAL tedavisi eklenmiştir.Tedavi öncesi/sonrası CD4+ T lenfosit sayısı ve HIV-RNA Tablo-1'deki serolojik testleri Tablo-2'deki gibidir. Kan, idrar, balgam nonspesifik ve mikobakteri kültürlerinde üreme saptanmadı.ART direnç testi Resim-2'deki gibi saptandı.





Resim-1



Sağda lateral ventrikül atriumu komşuluğunda yaklaşık 23x22 mm aksiyel çapta ölçülen, içerisinde ve ön kesimde yaklaşık 6 mm kalınlıkta nodüler komponent içeren, kistik komponenti ve etrafında geniş vazojenik ödem bulunan yer kaplayan oluşum izlenmektedir. Lezyon konsantrik hedef işareti göstermekte olup hastanın immün yetmezlik anamnezi ile birlikte değerlendirildiğinde öncelikle toksoplazmayı düşündürmektedir. Klinik ve laboratuvar korelasyon ve takip önerilir. Sağ serebeller hemisfer lateralinde , sağ temporal lobta ve sol frontal bölgede kortikal alanda milimetrik T2 hiperintens odaklar izlenmektedir.

Tablo-2

|                            |         |
|----------------------------|---------|
| Anti-Toxoplasma IgM/IgG    | Negatif |
| Toxoplasma PCR (HSGM)      | Negatif |
| Anti-CMV IgG               | Pozitif |
| EBV EBNA IgG               | Pozitif |
| EBV VCA IgG                | Pozitif |
| Anti-Rubella IgG           | Pozitif |
| Varicella zoster virus IgG | Pozitif |
| Kızamık IgG                | Pozitif |
| Anti-HBs                   | Pozitif |
| Anti-HBc IgG               | Pozitif |
| Anti-HAV IgG               | Pozitif |
| Anti-HCV                   | Negatif |

|                    |         |
|--------------------|---------|
| CMV PCR            | Negatif |
| HBV DNA            | Negatif |
| HCV RNA            | Negatif |
| VDRL-RPR           | Negatif |
| Leishmania IFA IGG | Negatif |
| Kist hidatik       | Negatif |

### Serolojik Testler

Tablo-1

| Tarih         | HIV-RNA (IU/mL) | CD4+ T Lenfosit Sayısı (hücre/mm <sup>3</sup> ) |
|---------------|-----------------|-------------------------------------------------|
| Tedavi öncesi | 513,588         | 14                                              |
| 07/09/2023    | -               | 327                                             |
| 11/09/23      | negatif         | -                                               |
| 22/05/2025    | 7,000           | 23                                              |
| 07/07/2025    | 1,000           | 136                                             |
| 14/08/2025    | -               | 121                                             |
| 09/09/2025    | 700             | 101                                             |
| 09/10/2025    |                 | 171                                             |

### CD4+ T lenfosit ve HIV-RNA takibi

**Bulgular:** Tedavinin 9. gününde yaygın makülopapüler döküntü nedeniyle Tip 4 aşırı duyarlılık reaksiyonu düşünülerek antibiyoterapi ve ART kesildi. 3 gün sonra TDF/FTC+RAL, klindamisin, meropenem başlandı. 05.09.2023'te beyin MR'ı enfektif patolojilerin progresyonuyla uyumlu bulundu. Tedaviyi tolere edemeyen ve kesin tanısı bulunmayan hasta için multidisipliner fikir alındı. Tanı amacıyla stereotaktik beyin biyopsisi ve TMP-SMX devamına karar verildi. Beyin biyopsisi için dış merkeze yönlendirilen, biyopsi yapılamayan, takiplerine düzenli gelmeyen hasta Mayıs 2025'te denge kaybı ve senkopla yatırıldı. ART'si TDF/FTC+dolutegravir(DTC) olarak düzenlendi. Kontrol beyin MR Resim-3'teki gibi olan hastaya TDF/FTC+DTC, meropenem, TMP-SMX, klindamisin başlandı. 2. gününde ilaç erupsiyonu nedeniyle antibiyotikler kesildi. Tedavi ret ile taburcu olan ve 07.07.2025'te konuşma bozukluğu, oryantasyon kaybı ve 38,5°C ateşle gelen hasta GKS düşüşü nedeniyle seftazidim, klindamisin, TMP-SMX ve ART ile entübe edilerek yoğun bakıma sevk edildi. 29.07.2025'te devir alınan immobil hastada sağ gözde pitoz, oküler hareket kısıtlılığı ve bilinç konfüzyonu saptanmıştır. Beyin MR Resim-4'teki gibi olan ve lezyonlarda regresyon izlenen hasta taburculuk sonrası TDF/FTC+DTG, TMP-SMX, klindamisin tedavisiyle poliklinik izlemine alınmıştır.



# HIV/AIDS

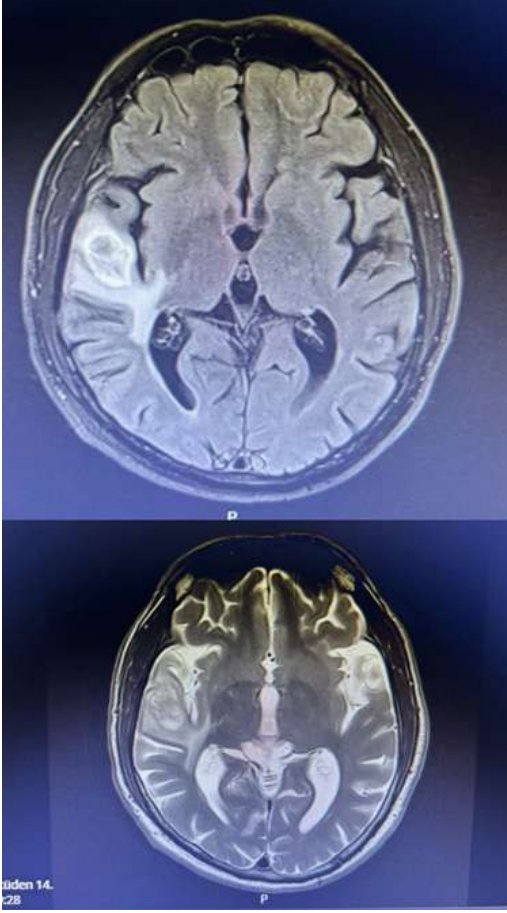
## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



Resim-3



Toksoplazma ensefalit tanısıyla takip edilen olgunun önceki tetkikinde sağ frontal bölgede milimetrik boyutta, sol insüler korteks anterior komşuluğunda izlenen lezyonlar güncel tetkikte belirgin regresedir. Sağ temporalbölgede 2 önceki incelemeye kıyasla belirgin boyut artışı gözlenen ve çevresinde yaygın ödemi bulunan 2,5x1,5 cm boyutunda lezyon izlenmiştir. Sağ lateral ventrikül gövdesi komşuluğunda önceki tetkikte izlenen lezyonda güncel tetkikte belirgin boyutsal regrese olup 9x5 mm boyutunda ölçülmüştür. Tanımlanan lezyon çevresindeki ödem güncel tetkikte minimal regresedir. Supratentorial alanda 3. ve mesanede normal lokalizasyonda izlenmiş olup önceki incelemeye kıyasla minimal belirginleşmiştir.



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

4-7 ARALIK 2025

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



Resim-4



Pons santralinde ve sol paramedian alanda, sol superior serebellar pedinkülde, mezensefalon her iki krusunda, her iki serebral hemisferde çok sayıda bazıları punktat özellikte bazıları daha büyük boyutlarda dağınık yerleşimde en büyüğü sağ temporal bölgede 22x17 mm boyutunda IVKM sonrası periferinden yoğun kontrast tutulumu gösteren difüzyon ağırlıklı incelemede duvarlarında difüzyon kısıtlanması izlenen yerleştikleri lojlarda çevrelerinde vazojenik ödematöz değişikliklere sebep olmuş multiple lezyonlar izlenmektedir. Toxoplazma tanılı olguda bir önceki kranial MRG 'si olan 09.08.2025 tarihli incelemeye kıyasla lezyonlarda sayısal ve boyutsal regresyon izlenmeye devam etmektedir. Bilateral talamik bölgedeki lezyonların yarattığı vazojenik ödeme sekonder ventriküler sistemdeki değişiklikler bir önceki inceleme ile benzer görünümde izlenmektedir.

**Sonuç:** Bu olgu, HIV enfeksiyonunda tedavi uyumsuzluğu, ilaç aşırı duyarlılığı ve sınırlı tedavi seçeneklerinin yönetimde karşılaşılan güçlükleri göstermektedir. Uygun izlem, yakın laboratuvar takibi ve bireyselleştirilmiş tedavi planı, karmaşık olguların yönetimde belirleyici öneme sahiptir. Uzun dönem takipte direnç gelişmemesi, HIV tedavisinde konak faktörlerinin ve immünolojik yanıtın önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV enfeksiyonu, antiretroviral tedavi, tedavi uyumsuzluğu, toksoplazma ensefaliti, ilaç aşırı duyarlılığı

PS-008

### Dirençli Tüberküloz ve Tüberküloz Menenjitli Gelişen HIV Enfekte Olgu

Fatma Betül Kılıç Aladağ<sup>1</sup>, Zülal Özkurt<sup>1</sup>, Ahmet Aladağ<sup>1</sup>, Ceylan Demir<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Tüberküloz (TB), Türkiye’de HIV ile ilişkili mortalitenin en önemli nedenlerinden biridir. HIV enfekte bireylerde CD4 sayısına bakılmaksızın antiretroviral tedavi (ART) başlanması önerilir. Ancak ART ve antitüberküloz ilaçlar arasındaki etkileşimler, tedavi yönetimini güçleştirmektedir. Bu olguda HIV enfeksiyonu tanısı sonrası gelişen akciğer tüberkülozu, dirençli TB ve tüberküloz menenjit süreci sunulmaktadır.

**Olgu:** Yirmi yedi yaşında erkek hasta, bir haftadır devam eden nefes darlığı, öksürük, balgam ve son altı ayda 10 kg kilo kaybı nedeniyle başvurdu. HIV testi pozitif saptanarak polikliniğimize yönlendirildi. CD4 sayısı 7 hücre/mm<sup>3</sup> idi ve profilaktik antimikrobiyal tedavi başlandı. Quantiferon testi belirsiz sonuçlandı. Göğüs hastalıkları kliniğince atipik pnömoni ön tanısıyla klaritromisin ve seftriakson başlandı. HIV açısından dolutegravir 50 mg/gün ve emtrisitabin/tenofovir disoproksil 200/245 mg/gün tedavileri eklendi. Tedavinin dördüncü ayında akciğer bulguları devam eden hastada yapılan bronkoskopi örneğinde MTB PCR pozitif, Quantiferon testi de pozitif saptandı. Akciğer tüberkülozu tanısıyla dördüncü antitüberküloz tedavi başlandı. Rifampin-dolutegravir etkileşimi nedeniyle dolutegravir dozu 2×50 mg olarak revize edildi. Tedavinin ikinci ayında öksürük, ateş ve nefes darlığı süren hastada direnç testinin pozitif gelmesi üzerine dirençli TB tedavisine geçildi. Takip sırasında çift görme ve şiddetli baş ağrısı gelişti. Beyin görüntülemesinde akut patoloji izlenmedi. Toksoplazma ensefaliti düşünülerek trimetoprim-sulfametaksazol başlandı. Bilinç bozulması devam eden hastaya lomber ponksiyon yapıldı; BOS’da 10 lenfosit, protein 179 mg/dL saptandı. TB menenjit ön tanısıyla linezolid ve moksifloksasin eklendi; mannitol, deksametazon ve ardından metilprednizolon tedavisi verildi. BOS’ta C. neoformans ve Toxoplasma gondii negatif bulundu. Genel durumu iyileşen, nörolojik semptomları gerileyen hasta 6–9 ay sürecek antitüberküloz tedavi planıyla taburcu edildi.

**Sonuç:** HIV enfekte olgularda tüberküloz koenfeksiyonu sık görülür ve klinik seyir genellikle ağırdır. Bu olgularda ilaç direnci ve ekstrapulmoner tutulum, özellikle tüberküloz menenjit riski artmaktadır. ART-antitüberküloz ilaç etkileşimlerinin dikkatli yönetilmesi ve tedaviye yanıtın yakın klinik-mikrobiyolojik izlemi hayati önem taşır. HIV enfekte bireylerde tüberküloz gelişimi, ilaç direnci ve santral sinir sistemi tutulumu açısından yüksek risk oluşturur. Bu nedenle multidisipliner yaklaşım, yakın izlem ve kişiye özel tedavi düzenlemeleri mortaliteyi azaltmada kritik rol oynar.

**Anahtar Kelimeler:** Tüberküloz, Menenjit, Antiretroviral, Dirençli



PS-009

### Malignite Birlikteliği Olan HIV/AIDS Hastalarımızın Değerlendirilmesi

Duygu Yener<sup>1</sup>, Özgür Günel<sup>1</sup>, Mustafa Usanmaz<sup>1</sup>, Süleyman Sırrı Kılıç<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Samsun Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD.

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** HIV ile enfekte bireylerde, genel popülasyona kıyasla birçok malignite daha sık görülmekte ve daha mortal seyretmektedir. AIDS tanımlayıcı maligniteler (AIDS-Defining Cancers, ADC) arasında Non-Hodgkin lenfoma (NHL), Kaposi sarkomu ve invaziv servikal kanser yer almaktadır. Bu çalışmada, kliniğimizde HIV enfeksiyonu ile takip edilmekte olup malignite tanısı da bulunan hastaların klinik ve demografik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Ocak 2014 - Eylül 2025 tarihleri arasında Samsun Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğinde takip edilen toplam 728 HIV ile enfekte hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya, HIV enfeksiyonu ile birlikte malignite tanısı alan hastalar dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, tanı anındaki CD4 T lenfosit sayıları, HIV RNA düzeyleri, eşlik eden komorbiditeleri ve antiretroviral tedavi (ART) uyum durumları manuel olarak tutulan hasta dosyalarından elde edilerek değerlendirildi.

**Bulgular:** Toplam 728 hastanın 15'inde (%2,06) malignite saptandı. Bu hastaların 14'ü (%93,3) erkek, 1'i (%6,6) kadındı. 15 hastanın HIV tanısı anındaki yaş ortalaması 44,66 , ortalama CD4 T lenfosit sayısı 209,33 hücre/mm<sup>3</sup> ve ortalama HIV RNA düzeyi ise 2.415.031,33 kopya/mL idi. Hastaların 10'unda (%66,6) AIDS tanımlayıcı malignite (ADC) ve 5'inde (%33,3) AIDS tanımlayıcı olmayan malignite (NADC) mevcuttu. ADC grubundaki 10 hastanın 5'inde Kaposi sarkomu ve 5'inde Non-Hodgkin lenfoma (NHL) saptandı. NADC grubunda yer alan 5 hastadan 1'inde Hodgkin lenfoma, 1'inde akciğer kanseri, 1'inde dudakta skuamöz hücreli karsinom, 1'inde anal kanser ve 1'inde burunda bazal hücreli karsinom tespit edildi. 5 hastada (3'ü ADC, 2'si NADC) malignite tanısının HIV tanısından önce konulduğu belirlendi. ADC ve NADC hasta gruplarına ait ayrıntılı demografik ve klinik veriler sırasıyla Tablo 1 ve Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 1: ADC hasta grubundaki hastaların demografik ve klinik verileri

| ADC grubu hasta numaraları                                     | 1       | 2                       | 3         | 4               | 5      | 6                      | 7         | 8         | 9       | 10        |
|----------------------------------------------------------------|---------|-------------------------|-----------|-----------------|--------|------------------------|-----------|-----------|---------|-----------|
| Cinsiyet (K:kadın, E:erkek)                                    | E       | E                       | E         | E               | E      | E                      | E         | E         | E       | E         |
| HIV tanısı aldığı yaş                                          | 39      | 47                      | 30        | 36              | 29     | 67                     | 30        | 65        | 33      | 48        |
| Cinsel yönelim (H:heteroseksüel, Ho:homoseksüel, B: biseksüel) | B       | H                       | H         | H               | Ho     | H                      | H         | H         | H       | H         |
| Ek hastalıklar                                                 | YOK     | Kronik Hepatit B, Siroz | YOK       | YOK             | YOK    | KOAH<br>BPH<br>HT, KAH | YOK       | DM<br>SVH | YOK     | YOK       |
| HIV tanısı aldığı an CD4 sayısı (hücre/mm <sup>3</sup> )       | 250     | 460                     | 114       | 15              | 77     | 218                    | 259       | 293       | 198     | 21        |
| HIV tanısı aldığı an HIV RNA sayısı (kopya/ml)                 | 137.868 | 2.136.225               | 2.860.000 | 479.000         | 91.400 | 14.352                 | 88.000    | 11.200    | 918.000 | 5.800.000 |
| ART uyumlu mu? (E: evet, H:hayır)                              | H       | H                       | E         | E               | E      | E                      | E         | E         | E       | E         |
| Kanser türü (K:kaposi sarkomu, L: Non-hodgkin lenfoma)         | K       | K                       | K         | K               | K      | L                      | L         | L         | L       | L         |
| Kanser anatomik bölgesi                                        | Cilt    | Ağız içi                | Cilt      | Cilt<br>Akciğer | Cilt   | Lenf nodu<br>Akciğer   | Lenf nodu | Beyin     | Mide    | Mide      |



|                                                                                          |      |       |      |      |      |       |       |         |              |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|------|------|------|-------|-------|---------|--------------|--------------|
| Kanser tedavisine uyumlu mu?<br>(E:evet,H:hayır,B:başlanamadı)                           | E    | B     | E    | B    | B    | E     | E     | E       | E            | E            |
| Kanser tanısını HIV tanısı aldıktan sonra mı aldı?                                       | E    | E     | E    | E    | E    | E     | E     | E       | H            | H            |
| (E: evet, H: hayır)                                                                      | 6 ay | 1 yıl | 1 ay | 1 ay | 1 ay | 2 yıl | 2 yıl | 1 hafta | (eş zamanlı) | (eş zamanlı) |
| Evet ise aradaki süre nedir?                                                             |      |       |      |      |      |       |       |         |              |              |
| Önce HIV tanısı aldı ise kanser öncesi ART tedavisini düzenli aldı mı? (E:evet, H:hayır) | E    | H     | E    | E    | E    | E     | H     | E       | -            | -            |
| Hastanın güncel durumu<br>(S:sağ, E:ex)                                                  | S    | E     | S    | E    | E    | S     | S     | S       | E            | S            |

Not: ART:Antiretroviral tedavi, KOAH:Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, BPH:Benign prostat hiperplazisi, HT:Hipertansiyon, KAH: Koroner arter hastalığı, DM: Diabetes mellitus, SVH: Serebrovasküler hastalık

Tablo 2: NADC hasta grubundaki hastaların demografik ve klinik verileri

|                                                                                                         |                 |             |                           |            |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|---------------------------|------------|------------|
| NADC hasta numaraları                                                                                   | 1               | 2           | 3                         | 4          | 5          |
| Cinsiyet (K:kadın, E:erkek)                                                                             | K               | E           | E                         | E          | E          |
| HIV tanısı aldığı yaş                                                                                   | 42              | 43          | 79                        | 44         | 38         |
| Cinsel yönelim (H:heteroseksüel, Ho:homoseksüel, B: biseksüel)                                          | H               | H           | H                         | H          | H          |
| Ek hastalıklar                                                                                          | YOK             | YOK         | KOAH, HT, DEMANS, BPH, DM | KAH,DM     | YOK        |
| HIV tanısı aldığı an CD4 sayısı (hücre/mm <sup>3</sup> )                                                | 250             | 368         | 456                       | 10         | 151        |
| HIV tanısı aldığı an HIV RNA sayısı (kopya/ml)                                                          | 10.900.000      | 24.425      | 841.000                   | 124.000    | 11.800.000 |
| ART uyumlu mu? (E: evet, H:hayır)                                                                       | H               | E           | E                         | E          | H          |
| Kanser türü                                                                                             | Hodgkin lenfoma | Akciğer SCC | SCC                       | SCC        | BCC        |
| Kanser anatomik bölgesi                                                                                 | Lenf nodu       | Akciğer     | Dudak                     | Anal bölge | Burun      |
| Kanser tedavisine uyumlu mu?<br>(E:evet,H:hayır,B:başlanamadı)                                          | E               | E           | E                         | E          | E          |
| Kanser tanısını HIV tanısı aldıktan sonra mı aldı?                                                      | E               | E           | H                         | E          | E          |
| Evet ise aradaki süre nedir?                                                                            | 1 yıl           | 6 yıl       |                           | 1 yıl      | 8 yıl      |
| Önce HIV tanısı aldı ise kanser öncesi ART tedavisini düzenli aldı mı? (E:evet, H:hayır, B: bilinmiyor) | H               | E           | -                         | B          | H          |
| Hastanın güncel durumu (S:sağ, E:ex)                                                                    | E               | S           | S                         | S          | S          |

Not: ART:Antiretroviral tedavi, KOAH:Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, HT:Hipertansiyon, BPH:Benign prostat hiperplazisi, DM: Diabetes mellitus, SCC:Skuamöz hücreli karsinom, BCC:Bazal hücreli karsinom

**Sonuç:** Çalışmamızda elde edilen verilere göre, vefat eden hastaların büyük çoğunluğu HIV enfeksiyonu tanısı aldıkları dönemde ileri immün yetmezlik (CD4 < 200 hücre/mm<sup>3</sup>) düzeyinde olup kısa süre içinde malignite gelişimi saptanan olgulardı. Ayrıca, bazı hastalarda HIV tanısı ile malignite gelişimi arasında bir yıldan uzun süre bulunmasına rağmen düzensiz ART kullanımı tespit edilmiştir. HIV ile yaşayan bireylerde kanser gelişimi ve sağkalım; immün sistem durumu, tanı zamanı ve tedaviye uyumla yakından ilişkilidir. HIV enfeksiyonunun erken dönemde tanınması, etkili antiretroviral tedaviye hızlı başlanması ve tedaviye düzenli uyumun sağlanması, malignite gelişiminin önlenmesinde ve sağkalımın artırılmasında kritik öneme sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, malignite, CD4

PS-010

**Dissemine Kriptokokoz ile Başvuran İleri HIV Enfeksiyonu Olgusunda Eş Zamanlı Kaposi Sarkomu ve Primer Adrenal Yetmezlik**

**Aybike Özdağ<sup>1</sup>, Betül Elmacı<sup>1</sup>, Meryem Billur Miroğlu<sup>1</sup>, Sibel Yıldız Kaya<sup>1</sup>, Rıdvan Karaali<sup>1</sup>, Bilgöl Mete<sup>1</sup>, Fehmi Tabak<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji*

**Giriş ve Amaç:** Cryptococcus neoformans, genellikle immünsüpresif bireylerde santral sinir sistemi (SSS) enfeksiyonlarına yol açan kapsüllü bir mantardır. Bulaş çoğunlukla güvercin dışkısıyla ilişkilidir. Bu olguda, yeni tanı HIV enfeksiyonu zemininde gelişen dissemine kriptokok enfeksiyonu (DKE), Kaposi sarkomu (KS) ve primer adrenal yetmezlik (PAY) birlikteliği sunulmuştur.

**Olgu:** 34 yaşında erkek hasta, 2 haftadır baş ağrısı, çift görme, hıçkırık ve bulantı ile başvurdu. Dış merkezde pnömoni tanısı sonrası HIV pozitifliği saptanmış, ancak tedavi almadan taburcu edilmişti. Başvurusunda ense sertliği, papil ödem ve yaygın lenfadenopati (LAP) mevcuttu. Yapılan kraniyal görüntülemesinde yaygın beyin ödemi izlendi. Kafa içi basınç artış sendromu (KİBAS) nedeniyle lomber ponksiyon (LP) kontrendike (KE) bulundu. Menenjit tanısıyla ampirik olarak meropenem, vankomisin, liposomal amfoterisin B, flukonazol ve profilaktik amaçlı trimetoprim-sulfometoksazol (TMP-SXT) başlandı. Hemokültürde kapsüllü maya hücreleri görülmesi üzerine etken C. neoformans olarak tiplendi, antibiyotikler kesildi. HIV-RNA:10.978 kp/ml, CD4:6/mm<sup>3</sup> olarak sonuçlandı. Eşlik eden hiponatremi SSS enfeksiyonu zemininde gelişen uygunsuz ADH salınımı sendromu olarak değerlendirildi. Boşaltıcı LP'nin KE olması ve KİBAS bulgularının kötüleşmesi nedeniyle deksametazon başlandı ve KİBAS'ta gerileme oldu. Takibinde ciltte mor papülönodüler lezyonlar gelişti, biyopsi KS olarak raporlandı. KS lezyonlarının steroid ile indüklendiği düşünüldü ancak takip sırasında Pneumocystis jirovecii pnömonisi (PCP) ve hipoksi gelişmesi nedeniyle steroid tedavisine devam edilmek zorunda kalındı. Bu süreçte KS lezyonları sayı ve boyut olarak artış gösterdi. Yatışının 22. gününde menenjit bulgularının toparlaması, KS lezyonlarının hızlı artışı ve PCP gelişmesi nedeniyle emtrisitabin/tenofovir+dolutegravir başlandı. Yatış süresince klinik belirti oluşturmada devam eden dirençli hiponatremi, başlangıçta uygunsuz ADH salınımı sendromu olarak değerlendirildi; ancak yatışın 78. gününde hiponatreminin derinleşmesi (Na:119 mEq/L) ve senkop gelişmesi üzerine tekrar değerlendirildi. ACTH: 233 pg/ml, kortizol: 6 µg/dl olup sintaktin testi sonrası primer adrenal yetmezlik tanısı kondu. Hidrokortizon sonrası hızlıca elektrolitler düzeldi ve ateş tekrarlamadı. Yineleyen ateşler üzerine çekilen PET-CT'de yaygın FDG tutan LAP saptandı. LAP biyopsisinde PAS + maya formları saptanması üzerine DKE tanısı kesinleşti. Karın BT'de sol sürrenalde nodüler kalınlaşmanın da izlenmesi üzerine, DKE sekonder adrenal tutulumu ve buna bağlı PAY tablosu olduğu düşünüldü. Hasta 90. günde flukonazol ve düşük doz hidrokortizon tedavisiyle taburcu edildi. KS lezyonları ise paklitaksel tedavisiyle tamamen geriledi.

**Ateş-CRP-Sodyum Seyri**





# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



### CD4 Sayısı Seyri

|             | 1. Gün | 11. Gün | 46. Gün | 103. Gün | 117. Gün | 132. Gün |
|-------------|--------|---------|---------|----------|----------|----------|
| CD4 Yüzdesi | 0,5    | 0,1     | 0,1     | 0,7      | 0,5      | 0,6      |
| CD4 Sayısı  | 6      | 8,8     | 4       | 15,47    | 15,8     | 39       |

**Sonuç:** Bu olgu, ileri evre HIV enfeksiyonunda birden fazla fırsatçı patolojinin eş zamanlı seyredebileceğini göstermektedir. Steroid kullanımı KS progresyonunu artırabileceğinden dikkatli olunmalı ve açıklanamayan hiponatremide PAY olasılığı akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Cryptococcus neoformans, Kaposi sarkomu, İleri HIV Enfeksiyonu, Hiponatremi, Dissemine Kriptokok Enfeksiyonu, Primer Adrenal Yetmezlik

### PS-011

#### Gecikmenin Bedeli: Çok Sayıda HIV İlişkili Patolojinin Bir Arada Bulunduğu İleri Evre HIV İle Yaşayan Mülteci Bir Olgu

Aysu Zafer<sup>1</sup>, Ece Öztürk<sup>1</sup>, Aslı Coşar<sup>1</sup>, Merve Yıldız Ergin<sup>1</sup>, Selma İlkay Şahin<sup>1</sup>, Burçak Varol<sup>1</sup>, Gülben İşken<sup>1</sup>, Zuhal Yeşilbağ<sup>1</sup>, Hayat Kumbasar Karaosmanoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Bu çalışmada, çok sayıda HIV ilişkili fırsatçı patolojinin bir arada bulunduğu, tanısı ve tedavisi gecikmiş, mülteci bir HIV pozitif olgu sunulmuştur.

**Olgu:** 51 yaşında kadın, 5 yıl önce HIV pozitif saptanmasına karşın tedavi almamış ve Acil Servisimize bir aydır olan öksürük, üç ayda 12 kg kayıp ve nefes darlığı ile başvurmuş. Yapılan tetkiklerinde CRP: 200 mg/L, PaO<sub>2</sub>: 41mmHg. Toraks BT'de bilateral yaygın yamasal infiltrasyonlar saptanması üzerine ön planda PCP düşünülerek, Pnömoni ön tanısıyla kliniğimize interne edildi. TMP/SXT, Seftriakson, Klaritromisin, Prednizolon ve ART (TDF/FTC/DTG) başlandı. Hastanın CD4 sayısı: 2/mm<sup>3</sup> (%5) ve HIV RNA:959.000 kp/mL saptandı. Antibiyotik tedavisinin birinci haftasında pnömoni kliniği tamamen düzelen, akut faz reaktanları gerileyen hastanın ART'nin üçüncü Haftasında periferik lenfadenopatilerde progresyon, günde 5-6 kez sulu dışkılama, ateş ve dört gün sonra da ani gelişen görme kaybı olması üzerine kan ve dışkı kültürleri alınarak, kolonoskopi, lenf nodu eksizyonel biyopsisi ve LP planlandı. BOS incelemesinde: Lökosit sayısı: 2, protein: 128 ve glukoz: 35 idi. Göz muayenesinde Retinit bulgusuna rastlanmadı. Kolonoskopinin makroskopik ve patolojik değerlendirmesinde CMV ile ilişkili bulgulara rastlanmadı. Eş zamanlı sepsis bulguları görülen olguya ampirik Piperasilin/Tazobaktam tedavisi başlandı. Kan kültüründe Salmonella spp üredi ve tedavisi Seftriakson 1x2 gr iv olarak değiştirildi. üç gün sonra klinik bozulmanın devam etmesi üzerine Seftriakson tedavisi Meropenem 3x2 gr iv ile değiştirildi. Meropenem tedavisinin üçüncü gününde klinik bulguları düzelmeye ve CRP gerilemeye başladı. Meropenem tedavisi sonlandıktan iki gün sonra hastanın yeniden günde 6-7 kez sulu dışkılaması, ateşi ve genel durum bozukluğu oldu. Kan ve dışkı kültürleri alındı. Meropenem ve IRIS ön tanısıyla Prednizolon tedavisi başlandı. Alınan kan ve dışkı kültürlerinde tekrar Salmonella spp üremesi üzerine rekürrent Salmonella bakteriyemisi düşünüldü. Salmonella spp antibiyogram sonucunda Seftriakson dirençli idi. Tedavinin ikinci gününden itibaren bulgular geriledi. Bu arada BOS Menenjit Panelinde EBV PCR pozitif saptandı ve lenf nodu eksizyonel biyopsisinin patolojik değerlendirmesi Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma ile uyumlu bulundu. İleri evre HIV enfeksiyonu ile interne edilen PCP, Salmonella Bakteriyemisi ve Lenfoma tanıları ile takip edilen ve genel durumu iyi olan olgunun Lenfoma tedavisi için Hematoloji Kliniği'ne sevki planlandı.

**Sonuç:** Tanısı ve tedavisi geciken pek çok HIV pozitif olguda, birbiri ile karışabilen fırsatçı patolojilerin olduğu, tanısız güçlüklerle karşılaşılacak, yönetimi zor, dramatik bir klinik tablo gelişebilmektedir. Hastalığın morbidite ve mortalitesinin artışına ilave olarak uzun hastane yatışları, ek tedavilerin maliyeti ve toplumda yayılımı etkisi de düşünüldüğünde tanı ve tedavide aksamaların olumsuz etkilerini vurgulamak ve gerekli stratejilerin hayata geçirilmesi için farkındalık yaratmak son derece önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, PCP, Salmonella Bakteriyemisi, Lenfoma, Fırsatçı Enfeksiyonlar, Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma

### PS-012

#### Uzamış Dispnenin Nadir Nedeni: PCP ile Prezente Olan Altı AIDS Olgusu

Dilek Bulut<sup>1</sup>, Fatma Zehra Şahin<sup>1</sup>, Semanur Kuzi<sup>1</sup>, Nesibe Korkmaz<sup>1</sup>, Dilek Karamanlıoğlu<sup>1</sup>, Serap Akçalı Duru<sup>1</sup>, Gönül Çiçek Şentürk<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Etilik Şehir Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Pneumocystis jirovecii pnömonisi (PCP), ileri evre HIV enfeksiyonunun en sık başlangıç tablolarından biridir. Nefes darlığı ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Bu çalışma, göğüs hastalıkları kliniğine dispne nedeniyle yatırılan, PCP tanısı alan ve HIV enfeksiyonu saptanan altı olgunun klinik, radyolojik ve laboratuvar özelliklerini özetlemektedir. Çalışmanın amacı, bilinen immünsüpresyon öyküsü olmayan ve nefes darlığı ile başvuran hastalarda PCP-HIV birlikteliğine dikkat çekmek; bu klinik tabloda HIV taramasının atlanmaması ve olası olgularda tedavinin erken başlanması önemi vurgulamaktır.

**Gereç ve Yöntemler:** Bu çalışmada, Etilik Şehir Hastanesi Göğüs Kalp ve Damar Hastanesi Kulesi'ne 30 Aralık 2022 – 30 Eylül 2025 tarihleri arasında dispne nedeniyle yatırılan hastalar retrospektif olarak incelendi. PCP tanısı alan ve yeni tanı HIV enfeksiyonu saptanan olgular çalışmaya dâhil edildi. PCP tanısı; klinik ve radyolojik (toraks bilgisayarlı tomografi (BT)) olarak uyumlu bulguların varlığında, bronkoalveoler lavaj (BAL) örneğinde PCP-PCR pozitifliği saptanmasıyla konuldu. PCP şiddeti, NIH OI (Opportunistic Infections) Kılavuzu'na göre aşağıdaki şekilde sınıflandırıldı: Hafif: PaO<sub>2</sub> ≥ 70 mmHg; orta: PaO<sub>2</sub> = 60–70 mmHg; şiddetli: PaO<sub>2</sub> < 60 mmHg veya ventilasyon desteği gereksinimi bulunan olgular.

**Bulgular:** Kriterleri karşılayan toplam altı hastaya ait demografik, klinik, laboratuvar, görüntüleme ve tedavi verilerine ilişkin genel bilgiler Tablo 1'de sunulmuştur. Hastaların yaş ortalaması 37,3 yıl olup, dördü erkekti. Dispneye ek olarak tüm hastalarda kilo kaybı mevcuttu. Dispne yakınmasının başvuru öncesi ortalama süresi 29 gün olarak hesaplandı. Başvuru anında oda havasındaki ortalama oksijen saturasyonu %87,8, PaO<sub>2</sub> ortalaması 63,4 mmHg idi. Başvuru anındaki değerlere göre PCP şiddeti, iki hastada ağır, üç hastada orta, bir hastada hafif olarak sınıflandırıldı. Hastaların beşinde CD4 sayısı 50/mm<sup>3</sup>'ün altındaydı (ortalama: 17,6/mm<sup>3</sup>) ve tümünde toraks BT'de buzlu cam paterninde infiltrasyon izlendi; tutulum yerleri ve yoğunlukları hastalar arasında farklılık göstermekteydi. Başvurudan sonra uygun tedavi başlanma süresi ortalama 7,5 gün olarak hesaplandı. Yoğun bakım gereksinimi olan iki hastada mekanik ventilasyon ihtiyacı gelişti ve bu hastalar eksitus oldu.

#### Nefes Darlığı ile Başvuran ve PCP Tanısı Sonrası HIV Saptanan 6 Olguluk Seri

| Değişken                            | Olgu 1                            | Olgu 2                            | Olgu 3       | Olgu 4                                     | Olgu 5                      | Olgu 6                            |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------|--------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Yaş / Cinsiyet                      | 37/E                              | 22/E                              | 40/K         | 55/E                                       | 38/K                        | 32/E                              |
| Meslek                              | Nörofizyoloji teknikeri           | Öğrenci                           | Ev hanımı    | Emekli şöfor                               | Sekreter                    | İşsiz, mahkum                     |
| Başvuru Ya-kınması (dispne dışında) | Kilo kaybı, öksürük, balgam, ateş | Kilo kaybı, öksürük, balgam, ateş | Dispne, ateş | Hemoptizi, ateş kilo kaybı, gece terlemesi | Kilo kaybı, öksürük, balgam | Kilo kaybı, öksürük, balgam, ateş |
| Nefes darlığı Semptom Süresi (gün)  | 14                                | 30                                | 10           | 60                                         | 30                          | 30                                |
| SpO <sub>2</sub> (oda havası, %)    | 88                                | 87                                | 83           | 95                                         | 80                          | 89                                |
| PaO <sub>2</sub>                    | 66                                | 65                                | 50           | 82                                         | 55                          | 62                                |



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

4-7 ARALIK 2025

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



| PCP Şiddeti<br>(Hafif / Orta / Ağır)             | orta                                                              | orta                                                              | ağır                                                | hafif                                                                                               | ağır                                                                             | orta                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| HRCT Bulgusu                                     | Bilateral yaygın yamasal buzlu cam görünümü, yorum:atipik pnömoni | Bilateral yaygın yamasal buzlu cam görünümü, yorum:atipik pnömoni | Bilateral yoğun buzlu cam dansiteleri, NSIP paterni | Sol akciğer alt lob bazalde, sağ akciğer üst lob posteriorda buzlu cam dansitesinde asiner nodüller | Bilateral yaygın yamasal buzlu cam görünümü<br>Yorum: hipersensitivite pnömonisi | Bilateral yaygın buzlu cam görünümü ve retikülonodüler dansite artımı<br>Yorum: covid pnömonisi başta olmak üzere viral pnömoniler |
| LDH (IU/L)                                       | 1162                                                              | 450                                                               | 704                                                 | 159                                                                                                 | 456                                                                              | 549                                                                                                                                |
| CRP (0-5 mg/L)                                   | 51                                                                | 33                                                                | 210                                                 | 10                                                                                                  | 43                                                                               | 52                                                                                                                                 |
| Prokalsitonin (ng/mL)                            | 0,11                                                              | 0,13                                                              | 0,08                                                | 0,15                                                                                                | 0,07                                                                             | --                                                                                                                                 |
| Beyaz Küre (WBC, / mm <sup>3</sup> )             | 6000                                                              | 9300                                                              | 11780                                               | 3770                                                                                                | 4460                                                                             | 7370                                                                                                                               |
| BAL-PCP-PCR                                      | pozitif                                                           | pozitif                                                           | pozitif                                             | pozitif                                                                                             | pozitif                                                                          | pozitif                                                                                                                            |
| CD4 (hücre/ mm <sup>3</sup> )                    | 17<br>%6                                                          | 6<br>%2                                                           | 7<br>%2                                             | 69<br>%11                                                                                           | 4<br>%4                                                                          | 3<br>%0,3                                                                                                                          |
| HIV RNA (kopya/mL)                               | 2.540.000                                                         | 3.840.000                                                         | 21.700                                              | 2.030.000                                                                                           | 488.000                                                                          | 616.000                                                                                                                            |
| SXT ve steroid tedavisine kadar geçen süre (gün) | 9                                                                 | 7                                                                 | 5                                                   | 10                                                                                                  | 7                                                                                | 7                                                                                                                                  |
| SXT tedavisine bağlı yan etki                    | Kemik iliği supresyonu                                            | Kemik iliği supresyonu                                            | Kemik iliği supresyonu                              | yok                                                                                                 | Hiponatremi                                                                      | yok                                                                                                                                |
| SXT dışında tedavi verilme durumu                | Atovocuan                                                         | Atovocuan                                                         | Meropenem<br>Flukonazol,<br>Gansiklovir             | Yok                                                                                                 | Kaspofungin+<br>klindamisin                                                      | Yok                                                                                                                                |
| Ventilasyon Desteği/ oksijen desteği             | Nasal 4lt/dk oksijen                                              | Nasal 4lt/dk oksijen                                              | Diffuzor 6-8 lt/dk                                  | Oda havasında                                                                                       | Mekanik ventilasyon                                                              | Nasal 2lt/dk oksijen                                                                                                               |
| Entübasyon/ GÜN                                  | Yok                                                               | Yok                                                               | Var                                                 | Yok                                                                                                 | Var                                                                              | Yok                                                                                                                                |
| Yoğun Bakım Gereksinimi                          | Yok                                                               | Yok                                                               | Var                                                 | Yok                                                                                                 | Var                                                                              | Yok                                                                                                                                |
| Yoğun bakım yatış günü                           | --                                                                | --                                                                | 16                                                  | --                                                                                                  | 16                                                                               | --                                                                                                                                 |





# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



|                       |         |         |         |         |         |         |
|-----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Hastanede Yatış (gün) | 30      | 24      | 22      | 20      | 33      | 33      |
| Sonuç / Klinik Seyir  | Taburcu | Taburcu | Eksitus | Taburcu | Eksitus | Taburcu |

**Sonuç:** PCP, HIV enfeksiyonunun önemli bir göstergesidir. Tanıdaki gecikme, mortal seyreden olgularda tedavinin de gecikmesine yol açabilir. Uzun süren ve açıklanamayan dispne ve kilo kaybı olan, toraks BT’de nonspesifik buzlu cam opasiteleri saptanan hastalarda PCP–HIV birlikteliği mutlaka akla getirilmeli ve HIV testi gecikmeden yapılmalıdır. Bu hastalarda HIV doğrulama testlerinin zaman alabileceği göz önünde bulundurulmalı; klinik şüphe varsa erken örnekleme yapılmalı ve HIV sonucu beklenmeksizin PCP açısından ampirik tedavi başlanmalıdır. Bu yaklaşım, erken tedaviye olanak sağlayarak hem PCP’ye bağlı mortaliteyi azaltır hem de HIV enfeksiyonunun erken kontrolüne katkı sağlar.

**Anahtar Kelimeler:** PCP, HIV, Pneumocystis jirovecii, DİSPNE, UZAMIŞ DİSPNE, Pneumocystis jirovecii pnömonisi

### PS-013

## Tedavi Uyumsuzluğu Nedeniyle Çoklu Rejim Değişikliği Gerektiren Bir HIV Olgusunda Uzun Dönem Viral Baskılanma

Esra Erdem Kıvrak<sup>1</sup>, Müge Güner<sup>1</sup>, Deniz Özer<sup>1</sup>, Şebnem Şenol Akar<sup>1</sup>, Çiğdem Banu Çetin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji A.D

**Giriş ve Amaç:** Antiretroviral tedavi(ART) başarısızlığı ve direnç gelişimi, insan bağışıklık yetmezlik virüsü(HIV) enfeksiyonu yönetiminde önemli bir klinik sorundur.Tedavide başarısızlığın en sık nedenlerinden biri tedaviye uyumsuzluktur ve bu yetersiz ilaç alımı, düzensiz takip, psikososyal faktörlerden kaynaklanabilir; tedavide direnç izlenimine yol açabilir ve gereksiz rejim değişikliklerine neden olabilir. Bu olguda, tedavi uyumsuzluğu nedeniyle birden fazla rejim değişikliği gerektiren ve uzun dönemde viral baskılanma sağlanan hastadan bahsedilmektedir.

**Gereç ve Yöntemler:** 2016 yılında beşinci gebeliğinin 34. haftasında HIV tanısı alan, 47 yaşında Kamerun vatandaşı kadın hasta izleme alınmıştır. Manisada yaşamasına rağmen yeterli Türkçe bilmemesi nedeniyle kontrolleri efektif yapılamamaktaydı. Özgeçmişinde depresyon ve sezaryen operasyonu bulunmaktadır.Tanı anında HIV RNA 31.500 kopya/mL olup, direnç testi gönderilerek Tenofovir disoproksil fumarat(TDF)/Emtrisitabin(FTC)+Raltegravir(RAL) tedavisi başlanmıştır. Viral yük izlemi Tablo-1'deki gibi olup artış gözlenmesi üzerine integras direnci şüphesiyle tedavi Lopinavir/Ritonavir+Dolutegravir(DTG) kombinasyonuna çevrilmiştir.Hasta, şehir değişikliği nedeniyle Haziran 2017'de merkezimize başvurmuş, mevcut tedaviye devam edilmiştir.Aralık 2017'de HIV RNA 118.494 kopya/mL, CD4+ T lenfosit sayısı 301 hücre/mm<sup>3</sup> bulunmuştur. Direnç testinde integras dışındaki ilaç sınıflarına duyarlılık saptanmıştır.Viral baskılanma sağlanamaması üzerine Şubat 2018'de DTG kesilerek, Lopinavir/Ritonavir ile kombine TDF/FTC tedavisi başlanmıştır.

Tabla-1

|                                       | Eylül<br>2016 | Ekim<br>2016 | Ocak<br>2017 | Şubat<br>2017 | Mart<br>2017 |
|---------------------------------------|---------------|--------------|--------------|---------------|--------------|
| Viral yük(kopya/<br>mm <sup>3</sup> ) | 31.500        | 33.600       | 36.300       | 38.200        | 52.900       |

**Bulgular:** Tedavi değişikliğini takiben ilk ayda HIV RNA negatifleşmiş, üçüncü ayda CD4+ T lenfosit sayısı 554 hücre/mm<sup>3</sup> (%25,3) olarak ölçülmüştür.2018–2025 yılları arasında, düzensiz kontrollerine rağmen tüm viral yük sonuçları negatif seyretmiştir.Haziran 2025'te ilaç temininde yaşanan güçlük nedeniyle 3 haftalık tedavi kesintisi olmuştur. Bu dönemde HIV RNA 500 kopya/mL saptanmış, kontrol direnç testi gönderilmiştir.Tedavi Darunavir/Ritonavir(DRV/r)+DTG+TDF/FTC şeklinde düzenlenmiş; ancak DRV/r'nin temin edilememesi nedeniyle direnç testi sonuçlanan kadar TDF/FTC + DTG ile devam edilmiştir.Böbrek ve kemik parametreleri normal sınırlarda seyretmiş, metabolik yan etki gözlenmemiştir.Eylül 2025'te bakılan HIV RNA negatif bulunmuş ve direnç testinde viral yük saptanmadığı için sekans analizi değerlendirilememiştir.

**Sonuç:** Tedavi direnci düşünülen HIV+ hastalarda bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımının ve direnç testleri doğrultusunda uygun rejim seçiminin önemini göstermektedir.Uzun dönem viral baskılanmanın sürdürülebilmesi, düzenli izlem ve tedaviye erişimin sürekliliği ile mümkündür.Bu olguda depresyon, mülteci olmak, hasta-hekim arasındaki iletişimsizlik, tedaviye uyumsuzluk, dil bariyeri gibi faktörler tedavi uyumsuzluğuna yol açmış; bu durum virolojik başarısızlık şeklinde izlenmiştir.Ancak kanıtlanmış direnç saptanmamış, tedavi düzenlemesi sonrası viral baskılanma yeniden sağlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Antiretroviral tedavi, Tedavi uyumsuzluğu, Direnç gelişimi, Viral baskılanma, Bireyselleştirilmiş tedavi, Uzun dönem izlem

PS-014

### HIV ile Yaşayan Bireyde Ekstrapulmoner Tüberküloz

Narmin Safarova<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi , Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

**Giriş ve Amaç:** Dünya genelinde HIV ile yaşayan bireylerde en sık görülen fırsatçı enfeksiyon tüberkülozdur. HIV, özellikle CD4+ T lenfositlere saldırarak hücrel bağışıklığın bozulmasına yol açar. Tüberküloz ise HIV replikasyonunu artırarak hastalığın ilerlemesine ve latent enfeksiyonun reaktif olmasına neden olabilir. Tüberkülozun ekstrapulmoner ve disemin formlarına daha sık rastlanır. Ekstrapulmoner tutulum (lenf nodu, plevra, MSS, batin, kemik) HIV negatif olgulara göre HIV pozitiflerde daha sık görülmektedir. HIV pozitif hastalarda tanı klinik şüphe, radyolojik bulgular ve moleküler testler (PCR, GeneXpert) ön plana çıkmaktadır. Tedavide antiretroviral tedavi (ART) ile tüberküloz tedavisinin birlikte uygulanması gerekmekte olup, ilaç etkileşimleri yönetiminde dikkat edilmesi gereken en kritik noktalardan biridir. Özellikle rifampisin, bazı antiretrovirallerin (ör. proteaz inhibitörleri, integras inhibitörleri) metabolizmasını etkileyerek doz ayarlaması gerektirir. ART'nin tüberküloz tedavisinden sonra başlanması (genellikle ilk 2-8 hafta içinde) mortaliteyi anlamlı şekilde azaltır. İmmün yetmezliğe bağlı fırsatçı enfeksiyonlar, HIV/AIDS hastalarında önemli morbidite ve mortalite nedenleri arasındadır. Bu olguda, antiretroviral tedaviyi bırakan ve sağ kolda abse ile başvuran bir hastada saptanan tüberküloz enfeksiyonu tartışılmaktadır.

**Olgu:** Polikliniğimizde 2 yılsır HIV ile takipli, orta yaş erkek hasta; bir haftadır devam eden ateş, üşüme, titreme ve sağ kolda ele gelen şişlik şikayetleri ile başvurdu. Hastanın yaklaşık 6 aydır kontrollerine gelmediği ve ilaçlarını kullanmadığı öğrenildi. HIV RNA:  $3,8 \times 10^5$  kopya/mL, CD4: 191 hücre/mm<sup>3</sup> olarak sonuçlandı. Biktegravir/Emtrisitabin/Tenofovir Alafenamid tedavisi tekrar başlandı. Sağ kola yapılan yüzeysel ultrasonografide (USG), sağ üst kol posteriorda 4x2,5 cm apse ile uyumlu görünüm saptandı. Hastanın kliniğimize yatışı yapıldı. Apse drenajı yapılarak örnekler mikrobiyoloji laboratuvarına gönderildi. Apse örneğinin mikobakteri kültüründe Mycobacterium tuberculosis kompleksi üredi. Dörtlü antitüberküloz tedavisi başlandı. İlaç etkileşimi nedeniyle ART, Raltegravir/Emtrisitabin/Tenofovir Disoproksil tedavisine değiştirildi. Hastaya aksiller, inguinal ve servikal lenfadenopati açısından USG yapıldı; ayrıca toraks ve batin bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi. Batin BT'de patoloji saptanmadı. Toraks BT'de sol akciğer alt lob posteriobazalde multifokal tomurcuklanmış ağaç görünümleri ve eşlik eden buzlu cam dansiteleri izlendi. USG'de sağ aksillada 17x9 mm, sağ inguinalde 21x10 mm lenf nodları izlendi. Hastaya bronkoskopi planlandı. Kliniğimizde takip ve tedavisine devam edilmektedir.

Resim-1



Sağ üst kol posteriorda 4x2.5 cm abse

Resim-2



sol akciğer alt lob posteriobazalde multifokal “tomurcuklanmış ağaç” görünümleri ve eşlik eden buzlu cam dansiteleri izlendi



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



Tablo-1: Laboratuvar parametreleri

|        | WBC                | NEU  | LY   | CD4 | HIV RNA              | CRP    | PCT    |
|--------|--------------------|------|------|-----|----------------------|--------|--------|
|        | (mm <sup>3</sup> ) | (μL) | (μL) |     | (IU/mL)              | (mg/L) | (ng/L) |
| 1.Gün  | 5,64               | 3,44 | 1,63 | 238 | 3,87*10 <sup>5</sup> | 31     | 0,08   |
| 14.Gün | 5,33               | 2,7  | 1,76 | 191 | 3,59*10 <sup>2</sup> | 6      | 0,06   |

**Sonuç:** Sonuç HIV enfeksiyonu olan hastalarda ateş, kilo kaybı ve lenfadenopati varlığında tüberküloz öncelikli olarak düşünülmelidir. Özellikle tedavi uyumsuz olgularda atipik prezantasyonda olabileceği unutulmamalıdır. Erken tanı ve uygun kombine tedavi, mortalite oranlarını belirgin şekilde azaltır.

**Anahtar Kelimeler:** fırsatçı enfeksiyon, tüberküloz, HIV

PS-015

### Viral Ensefalit Tablosunda Tanı Alan İleri Evre HIV Enfeksiyonu

Zeynep Bilgin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Amaç: HSV ensefaliti HIV ile yaşayan bireylerde görülebilmekle birlikte, HIV enfeksiyonunun ilk klinik bulgusu olarak ortaya çıkması oldukça nadirdir. Bu olguda, viral ensefalit tanısı ile nöroloji kliniğinde takip edilirken yapılan tetkiklerinde tesadüfen HIV enfeksiyonu saptanan ve komplike klinik seyir gösteren bir olguyu sunmayı amaçladık.Yöntem: Bu olgu sunumunda viral ensefalit tanısıyla yatırılan ve takibinde HIV enfeksiyonu saptanan bir hastanın klinik seyri geriye yönelik değerlendirilmiştir.

**Olgu:** Bulgular: Bilinen Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı tanılı 70 yaşında erkek hasta kafa karışıklığı şikâyeti ile acil servise başvurdu. BOS protein:35mg/dl, glukoz:83mg/dl, eş zamanlı kan şekeri:180mg/dl, BOS hücre sayımı:4 lökosit /mm<sup>3</sup>, 2 eritrosit/mm<sup>3</sup> olarak sonuçlandı. BOS multileks PCR'da HSV tip1 pozitif saptandı ve viral ensefalit tanısı ile nöroloji servisine yatırıldı. Asiklovir tedavisi başlandı. Çekilen kontrastlı kranial MRG'de sol temporal lob, hipokampus ve insular bölgede belirgin sinyal artışı izlendi; bulgular viral ensefalit lehine değerlendirildi.Servise yatışında bakılan rutin ELISA tetkiklerinde Anti-HIV reaktif olarak sonuçlandı. Doğrulama testi gönderildi.Servis takibinde desatüre olan ve çekilen akciğer bilgisayarlı tomografisi aspirasyon pnömonisi ile uyumlu olan hasta yoğun bakım ünitesine devredildi. Aspirasyon pnömonisi nedeni ile önce piperasilin tazobaktam başlandı. Oksijen ihtiyacında ve akut faz reaktanlarında artış devam etmesi üzerine tedavi genişletildi. Yoğun bakım takibinde nöbet geçiren hastaya antiepileptik tedavisi eklendi.HSV ensefaliti nedeni ile başlanan asiklovir tedavisi 21 güne tamamlandı.Yoğun bakım takibi sürecinde doğrulama testi pozitif, HIV-RNA: 11600 CP/ML, CD4:52 hücre, %17 olarak saptanması üzerine hastaya tenofovir disoproksil fumarat-emtricitabin-dolutegravir tedavisi başlandı.Uzun süre entübe takip edilmesi nedeni ile PEG ve trakeostomi açılan hastanın vitalleri stabil olunca enfeksiyon hastalıkları servisine devredildi.Servis takibinin 23. gününde batında distansiyon gelişti. Güncel görüntülemeleri çekilen hasta genel cerrahi tarafından parolitik ileus olarak değerlendirildi. BT çekimi sonrası ani desatürasyon gelişen ve aspirasyon ihtiyacında artış olan hastanın PEG'den verilen kontrastı aspire ettiği düşünülerek aspirasyon pnömonisi ön tanısı ile yeniden piperasilin tazobaktam başlandı ve yoğun bakım ünitesine devredildi.Hasta yoğun bakım ünitesi takibinde ex oldu.

**Sonuç:** Sonuç: HIV enfeksiyonu fırsatçı enfeksiyonlar dışında HSV ensefaliti gibi tablolarla da karşımıza çıkabilir. Geç tanı alan olgumuz; uzamış yoğun bakım ve servis takibi, PEG ve trakeostomi ihtiyacı, aspirasyon pnömonisi gelişimiyle mortal sonlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV enfeksiyonu, HSV ensefaliti, Aspirasyon Pnömonisi



PS-016

### HIV-Kaposi Sarkomu Birlikteliği: Dört Olgu Sunumu

**Burkay Kılınç<sup>1</sup>, Elif Şahin Horasan<sup>1</sup>, Tuğçe Şimşek Bozok<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** HIV ile yaşayan bireylerde normal popülasyona göre malignitelerin görülme olasılığı artmıştır. Kaposi sarkomu (KS), lenfoma ve servikal kanserler özellikle AIDS (Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu) tanımlayıcı maligniteler arasında yer alır. Özellikle CD4 T lenfosit sayısı < 200 mm<sup>3</sup>/hücre sayısının altında olanlarda risk belirgin artmıştır. Bu posterde takip edilen HIV ile yaşayan dört Kaposi sarkomlu olgu sunulmuştur.

**Olgu:** OLGU 1: 34 yaşında erkek hasta, beş-altı aydır süren kilo kaybı, iştahsızlık, halsizlik ve üç-dört gündür gelişen nefes darlığı ile başvurdu. Hastanın yapılan tetkiklerinde HIV-RNA:13220 cp/mL, CD4 T lenfosit sayısı: 12 hücre/mm<sup>3</sup> saptandı. Hastaya eş zamanlı olarak KS tanısı konuldu. Hastaya dolutegravir/tenofovir disoproksil fumarat/emtricitabin (DTG/TDF/FTC) tedavisi başlandı. Yapılan PET-CT'de visseral tutulumu olmayan hastaya takip önerildi. Bir yıllık tedavi sonunda hastanın HIV-RNA değeri negatifleşti. Hastanın takiplerinde cilt lezyonu kayboldu. OLGU 2: 40 yaşında erkek hasta, yedi yıldır HIV ile yaşayan hasta yutma güçlüğü, kilo kaybı şikayeti ile başvurdu. KS ve HIV tanısını eş zamanlı alan hastanın yapılan tetkiklerinde HIV-RNA:100162 cp/mL, CD4 T lenfosit sayısı: 12 hücre/mm<sup>3</sup>tü. Hastaya DTG/TDF/FTC tedavisi başlandı. Hastanın görüntülemelerinde visseral tutulumu mevcut değildi ve takip önerildi. Hastanın birinci yıl takiplerinde HIV-RNA'nın negatifleştiği ve hastanın daha sonraki takiplerinde cilt lezyonlarının tamamen kaybolduğu görüldü. OLGU 3: 36 yaşında erkek hasta, on yıldır HIV ile yaşayan hasta iştahsızlık, kilo kaybı, ciltte döküntü şikayetleri ile başvurdu. Hastanın tetkiklerinde HIV-RNA:286785 cp/mL, CD4 T lenfosit sayısı:87 hücre/mm<sup>3</sup>tü. Hastaya tenofovir disoproksil fumarat/emtricitabin/lopinavir/ritonavir (TDF/FTC/LPV/r) tedavisi başlandı. Hastanın cilt ve mideden alınan biyopsilerinde KS saptandı. Visseral tutulumu olan hastaya radyoterapi verildi. Bir yıllık tedavi sonucunda HIV-RNA'sı negatifleşen ve lezyonları tamamen gerileyen hastanın takiplerine devam edilmektedir. OLGU 4: 69 yaşında erkek hasta, üç aydır iştahsızlık yutkunamama, öksürük, döküntü şikayeti ile başvurdu. Yapılan tetkiklerde HIV-RNA: 134210 cp/mL, CD4 T lenfosit sayısı: 87 hücre/mm<sup>3</sup> olarak saptandı. Hastaya DTG/TDF/FTC tedavisi başlandı. Hastanın cilt lezyonlarından alınan biyopside KS saptandı. Görüntülemelerde yaygın lenfadenopati ve dalak ile kemik iliği tutulumu saptandı. Visseral tutulumu olan hastaya onkoloji tarafından Doksorubisin kemoterapisi başlandı. Hastanın bir yıllık tedavi sonucunda HIV-RNA negatifleşti ve kemoterapiye yanıt alındı. Cilt lezyonlarında da büyük oranda gerileme mevcuttu.

**Sonuç:** Bu dört olguluk seri, HIV ile yaşayan bireylerde ileri immünsüpresyonun ve yüksek vireminin KS ile güçlü biçimde ilişkili olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla ART'nin hemen başlanması KS tedavisindeki en önemli adımdır.

**Anahtar Kelimeler:** AIDS, HIV, Kaposi Sarkomu

PS-017

### Geç Tanı Almış HIV Pozitif Olguda Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu Tablosu

**Ozan Yorulmaz<sup>1</sup>, Tuğçe Şimşek Bozok<sup>1</sup>, Elif Şahin Horasan<sup>1</sup>, Mustafa Serhat Şahinoğlu<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Mersin Üniversitesi Tıp fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Antiretroviral tedavi (ART) dönemiyle birlikte insidans azalmış olsa da, akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS) HIV ile yaşayan kişilerde önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Pneumocystis jirovecii pnömonisi (PJP) ARDS'nin klasik tetikleyicisi olmakla birlikte ayrıca bakteriyel pnömoniler (Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus, Gram negatif basiller), tüberküloz, viral pnömoniler (influenza, SARS-CoV-2), daha nadiren CMV gibi patojenler ve IRIS (immün yeniden yapılanma inflamatuvar sendromu) de neden olabilmektedir. Bu olguda HIV pozitif bir hastada ARDS'nin klinik seyri ve prognozunun sunulması amaçlandı.

**Olgu:** 43 yaşında erkek hasta, acil servise bir haftadır olan nefes darlığı ve öksürük şikayeti ile başvurdu. Pnömoni ön tanısıyla göğüs hastalıkları servisine yatırılan hastaya ampirik olarak meropenem ve moksifloksasin tedavisi başlandı. Anti-HIV testinin pozitif gelmesi üzerine enfeksiyon hastalıkları servisine devir alındı. Fizik muayenesinde; vücut ısısı: 36.8°C ve saturasyonu nazal 4 litre/dk'dan 95 olarak saptandı. Dinlemekle akciğerlerde bilateral yaygın raller duyuldu. Laboratuvar tetkiklerinde; CRP: 158 mg/L lökosit sayısı: 5370/mm<sup>3</sup> CD4 T lenfosit sayısı: 25 mikro/L, HIV-RNA: 351000 kopya/ml saptandı. İnterferon gama salınım testi negatifti. Balgamda ARB 5 kez negatif saptandı. Çekilen toraks BT'de hiler bölgeden periferik uzanım gösteren bilateral buzlu cam dansitesinde alanlar gözlemlendi. Hastaya bronkoskopi planlandı ancak klinik instabilite nedeniyle uygulanamadı. Mevcut tedaviye ek olarak PJP ön tanısıyla trimetoprim-sülfametoksazol 15-20 mg/kg ve metilprednizolon tedavisi başlandı. Tedavinin 14. gününde dolutegravir-lamivudin (DTG/3TC) tedavisi başlandı. DTG/3TC tedavisinin 6. ve yatışının 20. gününde oksijen ihtiyacı artan hastaya HFNO (Yüksek Akımlı Nazal Oksijen) ile oksijen desteği sağlandı. DTG/3TC tedavisinin 8.gününde kontrol CD4 T lenfosit: 28 mikro/L saptandı. Kontrol toraks BT'sinde bilateral yamasal buzlu cam konsolidasyon alanlarında progresyon, pnömatosel alanları ve kaldırım taşı paterni izlendi. Hastanın mevcut tedavisine ampirik gansiklovir ve lipozomal amfoterisin-b tedavisi eklendi. Metilprednizolon tedavisine devam edildi. Klinik progresyonu devam eden hastaya linezolid tedavisi başlandı. Yoğun bakımda HFNO ile takip ve tedavisi devam etmektedir.

**Sonuç:** Bu olgu, geç tanı almış HIV pozitif bir hastada, ARDS'nin hızlı kötüleşebilen seyrini göstermektedir. Bronkoskopi yapılamaması etken patojenin tespitini kısıtlasa da, PJP'ye bağlı olabileceği düşünülerek trimetoprim-sülfametoksazol ve kortikosteroid tedavisi başlanmıştır. Klinik yanıtsızlık ve progresyon üzerine; CMV pnömonisi, invaziv fungal enfeksiyon ve diğer bakteriyel enfeksiyon olasılıklarını kapsayacak biçimde gansiklovir, lipozomal amfoterisin-B ve linezolid eklenmiştir. Mevcut bulgular, erken ampirik tedavinin, yakın solunum takibinin ve etken doğrulamasına yönelik girişimlerin (bronkoskopi/indükte balgam, non-invaziv testler) önemini vurgulamaktadır.



# HIV/AIDS

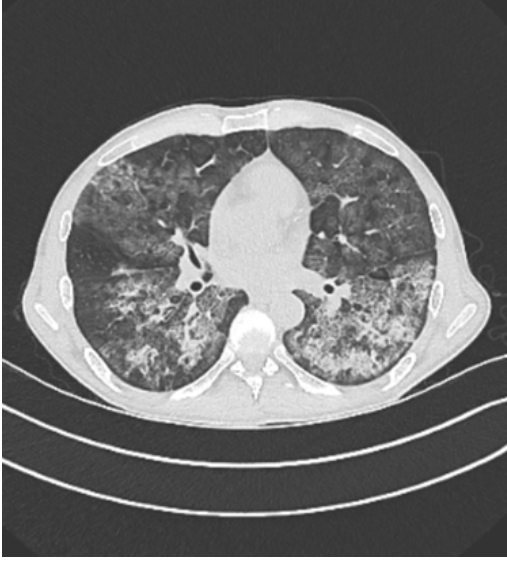
## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA

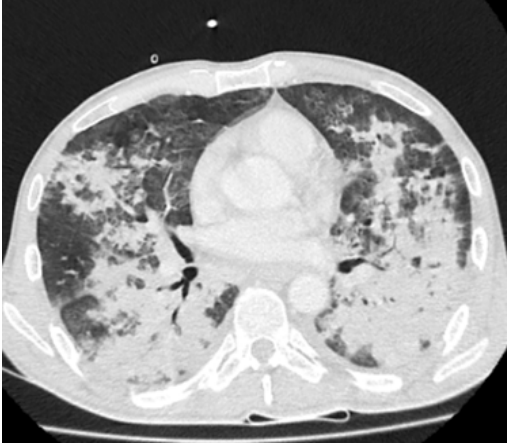


### 07.10.25 Toraks BT Bulguları



Bilateral akciğer parankiminde yamasal buzlu cam - konsolidasyon alanları, septal kalınlaşmalar, kaldırım taşı paterni ile uyumlu görünüm

### 15.10.25 Toraks BT Bulguları



Bilateral akciğer parankiminde santral kesimlerde yaygın konsolidasyon alanları-buzlu cam dansiteleri, kistik-bronşektazik değişiklikler, bilateral plevral effüzyon

**Anahtar Kelimeler:** HIV, ARDS, PJP, FIRSATÇI ENFEKSİYON

PS-018

### HIV Ensefalopatisi Tanısı Alan Hastada Uzun Süreli Steroid Kullanımının Sonuçları

**Merve Sabancı<sup>1</sup>, Aylin Şahin<sup>1</sup>, Damla Ertürk<sup>1</sup>, Ayşe Seza İnal<sup>1</sup>, Ferit Kuşcu<sup>1</sup>, Süheyla Kömür<sup>1</sup>, Aslıhan Candevir<sup>1</sup>, Yeşim Taşova<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Adana

**Giriş ve Amaç:** Ülkemizde insan immün yetmezlik virüsü(HIV) ile enfekte birey sayısı hızla artmaktadır. Artan vaka sayısı komplikasyonları da beraberinde getirmektedir. Sık karşımıza çıkanlardan biri de özellikle yeni tanı almış HIV ile yaşayan bireylerde gördüğümüz nörolojik komplikasyonlardır. Bu olgumuzda HIV ensefalopatisine bağlı nörolojik tutulum ile seyreden bir hastanın takibinde ortaya çıkan HIV ve ilaç ilişkili komplikasyonların irdelenmesi amaçlanmıştır.

**Olgu:** 42 yaş erkek hasta, 3 ay önce başlayan kişilik değişikliği, algıda bozukluk, son 1 ayda 5 kg kaybı ile polikliniğimize başvurdu. Vital bulguları stabildi. Fizik muayenede bilinç açık, oryantasyon ve kooperasyon kısıtlıydı, haricinde patolojik bulgu yoktu. Anti-HIV test pozitifliği de olmasıyla hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla kliniğimize yatırıldı. Başlangıçtaki HIV RNA 240600 kopya/ml idi, CD4 sayısı 57 HS/µl, CD8 sayısı 216 HS/µl idi. Nöroloji ile değerlendirme sonrası hastaya serebral görüntüleme ve elektroensefalografi (EEG) yapılması planlandı. Lomber ponksiyon yapıldı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) direk bakısında hücre görülmedi, biyokimya sonuçları normaldi. Menenjit/ensefalit PCR panelinde etken saptanmadı. Antiretroviral tedavi (biktegravir/ emtrisitabin/ tenofovir alefenamid) ve Pneumocystis Jirovecii pnömonisi profilaksisi için trimetoprim sülfametoksazol başlandı. BOS'ta HIV RNA 162000 kopya/ml, CMV PCR 0 kopya/ml idi. Kontrastlı beyin MR ve EEG bulguları ensefalopati lehine değerlendirildi. Tüm bulgular sonucunda hastaya HIV ensefalopatisi tanısı koyuldu. Beyin ödemi olması nedeniyle 10 gün mannitol tedavisi verildi. Antiretrovial tedavi ile bilinç durumunda iyileşme görüldü. Dekametazon 2x8 mg 4 ay süre ile ayaktan takibe devam etti. Poliklinik kontrolüne her iki bacakta ödem, her iki ayakta yara, sırt ağrısı ve vücut ağırlığında 20 kg artış ile başvurdu. Fizik muayenesinde bilinci açık, oryantasyon ve kooperasyonu tamdı. Yuvarlak ve kırmızı yüz, sırtta buffalo hörgücü, karında ve her iki bacakta strialar mevcuttu. Sağ ayak dorsalinden bacağa uzanan kötü kokulu açık yara, sol ayak dorsalinde kızarıklık, şişlik, ısı artışı, 5x5 cm büyüklüğünde akıntısız yara mevcuttu (Resim 1). Hasta iyatrojenik cushing sendromu ve yumuşak doku enfeksiyonu ile yatırıldı. Hastanın antiretroviral tedavisine devam edildi. Dekametazon tedavisi azaltılarak kesildi. Ayaktaki yaraları için alınan kültür sonuçlarına uygun olarak antibiyoterapi başlandı. Sırt ağrısı için çekilen torakolomber MR 'T4-T5 ve L1 vertebra üst platolarında kompresyon fraktürleri saptanmıştır' olarak raporlandı. Uygun tedavi prosedürleri uygulandı. Hastanın yatışının 15. gününde takip ve tedavisine kliniğimizce devam edilmektedir.

Resim 1



**Sonuç:** HIV ile yaşayan bireylerde gelişen komplikasyonlar hastaların yönetiminde zorluklarla karşılaşmamıza sebep olmaktadır. Bu komplikasyonlar artan morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Hastaların takibinde yeni gelişen bulgular yakından izlenmeli, verilen tedavilerin yan etkileri göz ardı edilmemelidir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV ensefalopatisi, steroid, iyatrojenik cushing sendromu

PS-019

### HIV Koinfeksiyonu Olan Hastalarda Otosifilizin Klinik Özellikleri ve Tanısal Zorluklar: Retrospektif Bir Analiz

Aslı Haykır Solay<sup>1</sup>, Sümeyra Doluğlu<sup>1</sup>, Dilek Bulut<sup>1</sup>, Ali Bahadır Bulut<sup>1</sup>, Semanur Kuzi<sup>1</sup>, Nesibe Korkmaz<sup>1</sup>, Gönül Çiçek Şentürk<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Etilik Şehir Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Sifiliz, küresel ölçekte yeniden artış göstermektedir. Enfeksiyon çoğunlukla asemptomatik seyretmekle birlikte, semptomların varlığında atipik bulgularla prezente olabilir. HIV ile yaşayan bireylerde ise hastalığın atipik seyretme olasılığı daha da yüksektir. Bu çalışmada, HIV koinfeksiyonu olan sifiliz hastalarında görülen otolojik tutulumlar değerlendirilmektedir.

**Gereç ve Yöntemler:** Ocak 2023 – Haziran 2024 arasında Etilik Şehir Hastanesi'nde sifiliz ve HIV enfeksiyonu tanısı alan hastaların kayıtları retrospektif olarak incelendi. Odyometri ile doğrulanmış sensörinöral işitme kaybı (SNİK) olan  $\geq 18$  yaş hastalar tarandı. HIV enfeksiyonu olan hastalarda sifiliz serolojisi değiştiğinden treponemal veya non-treponemal testlerden biri pozitif olan hastalar çalışmaya dahil edildi. İşitme kaybına neden olabilecek durumlar (70 yaş üstü, temporal bölgede lezyon varlığı, ototoksik ilaç kullanımı, Meniere hastalığı, çevresel gürültü maruziyeti ve travma) çalışma kapsamı dışında bırakıldı. Hastaların demografik, klinik, laboratuvar, görüntüleme ve tedaviye ilişkin veriler değerlendirildi.

**Bulgular:** Ocak 2023 – Haziran 2025 arasında hastanemizde sifiliz tanısı alan 591 hasta incelendi, 152'si HIV pozitif. Altı olguda otosifiliz saptandı; 70 yaş üstü bir hasta dışlanarak beş olgu analiz edildi. Tümü erkekti, ortalama yaş 39,6 yıl olup üçü 30 yaş altındaydı. Dört hastada HIV yeni tanıydı, biri takipli hastaydı. Hiçbir hasta başvuruda işitme zorluğu yakınmasını bildirilmedi; dört hastada hekimin yaptığı sistem sorgulaması ile öğrenildi, birinde ise hekim muayenesiyle fark edildi ve tüm hastalarda tanı odyometriyle doğrulandı. Serolojide üç olguda TPHA+VDRL, birinde yalnızca TPHA, diğerinde VDRL pozitif. Dört hastaya lomber ponksiyon (LP) yapıldı; ikisinde pleositoz ve protein artışı izlendi, bunların birinde BOS VDRL pozitif. Diğer iki hastada BOS bulguları normaldi. LP yapılmasına izin vermeyen hastanın kranil MR incelemesinde beyaz cevher hiperintensiteleri görüldü ve nörosifilizle uyumlu değerlendirildi. CD4+ sayıları iki hastada  $< 200$ , ikisinde 200–500, birinde  $> 500$  hücre/mm<sup>3</sup> idi. Dört olgu ART almıyordu, HIV RNA 51.200–627.000 IU/mL aralığındaydı; bir hasta BIC/FTC/TAF kullanıyordu ve viral yükü negatif. Tüm hastalara 14 gün IV penisilin G ve 12 günde azaltılarak sonlandırılan prednizolon verildi. Odyogram kayıtlarına ulaşılan dört olguda özellikle kemik iletim eşiklerinde iyileşme izlendi; ulaşılamayan bir olgu ise subjektif düzelme bildirdi. İzlemde BOS VDRL pozitif olguda dokuzuncu ayda LP tekrarlandı ve BOS VDRL'nin negatif olduğu görüldü. Yeni tanı HIV enfeksiyonu olan dört olgu HIV RNA takibi ise; üçünde altıncı ayda, birinde dokuzuncu ayda saptanamaz düzeye indi.

Klinik, Laboratuvar ve Görüntüleme Özellikleri ile HIV Durumu





# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

4-7 ARALIK 2025

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



|                        | Hasta 1                    | Hasta 2                    | Hasta 3   | Hasta 4                                    | Hasta 5   |
|------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------|--------------------------------------------|-----------|
| Yaş                    | 54                         | 27                         | 24        | 27                                         | 66        |
| VDRL/TPHA              | 1:8/+                      | -/+                        | 1:128/-   | 1:128/+                                    | 1:2/+     |
| BOS mikroskopisi       | 10 lökosit/mm <sup>3</sup> | 10 lökosit/mm <sup>3</sup> | Hücre yok | Çalışılmadı                                | Hücre yok |
| BOS protein (mg/L)     | 537                        | 639                        | 371       | Çalışılmadı                                | 2591      |
| BOS VDRL               | 1/8                        | Negatif                    | Negatif   | Çalışılmadı                                | Negatif   |
| Kontrastlı kranial MRI | Normal                     | Normal                     | Normal    | Periventriküler subkortikal hiperintensite | Normal    |
| HIV tanı süresi        | 2 hafta                    | 4 hafta                    | 4 hafta   | 4 hafta                                    | 3 yıl     |
| CD4                    | 57                         | 137                        | 243       | 311                                        | 661       |
| HIV RNA (IU/mL)        | 627000                     | 51200                      | 221000    | 458000                                     | Negatif   |

BOS: Beyin omurilik sıvısı \*CD4: CD4 T lenfosit sayısı (hücre/mm<sup>3</sup>) \*\*\*MRI: Manyetik rezonans inceleme

### Otosifilizde Tedavi Öncesi ve Sonrası Saf Ses Odyogram Bulguları

|                                           | Hasta 1 | Hasta 2 | Hasta 3 | Hasta 5 |
|-------------------------------------------|---------|---------|---------|---------|
| Tedavi öncesi hava yolu eşiği, sağ (dB)   | 20      | 45      | 10      | 35      |
| Tedavi sonrası hava yolu eşiği, sağ (dB)  | 18      | 42      | 12      | 28      |
| Tedavi öncesi kemik yolu eşiği, sağ (dB)  | 20      | 31      | 9       | 33      |
| Tedavi sonrası kemik yolu eşiği, sağ (dB) | 17      | 24      | 5       | 25      |
| Tedavi öncesi hava yolu eşiği, sol (dB)   | 29      | 46      | 40      | 40      |
| Tedavi sonrası hava yolu eşiği, sol (dB)  | 17      | 24      | 30      | 27      |
| Tedavi öncesi kemik yolu eşiği, sol (dB)  | 25      | 36      | 35      | 36      |
| Tedavi sonrası kemik yolu eşiği, sol (dB) | 19      | 42      | 31      | 33      |

### Tedavi Sonrası Serolojik ve Virolojik Sonuçlar

|                                     | Hasta 1 | Hasta 2 | Hasta 3 | Hasta 4 | Hasta 5 |
|-------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| VDRL-TPHA, 6. ay                    | 1:4/+   | -/+     | 1:2/+   | 1:4/+   | -/+     |
| CD4 (hücre/mm <sup>3</sup> ), 6. ay | 356     | 287     | 584     | 428     | 672     |
| HIV RNA (IU/mL), 6. ay              | 127     | Negatif | Negatif | Negatif | Negatif |
| CSF VDRL, 9. ay                     | Negatif | -       | -       | -       | -       |
| HIV RNA (IU/mL), 9. ay              | Negatif | Negatif | Negatif | Negatif | Negatif |

BOS: Beyin omurilik sıvısı \*CD4: CD4 T lenfosit sayısı (hücre/mm<sup>3</sup>)

**Sonuç:** Otosifiliz, işitsel semptomları olan HIV enfeksiyonlu bireylerde göz önünde bulundurulmalı ve açıklanamayan SNİK vakalarında sifiliz testleri yapılmalıdır. Erken tanı ve zamanında tedavi, geri dönüşsüz işitme kaybını önlemek açısından kritik öneme sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** Otosifiliz, HIV koinfeksiyonu, Sensörinöral işitme kaybı, Sifiliz, Penisilin



PS-021

### HIV ile Yaşayan Bireylerde Enflamasyon Belirteçlerinin Risk Faktörlerine Göre Değişimi

**Pınar Şen<sup>1</sup>, Tuna Demirdal<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** HIV enfeksiyonu, kronik immün aktivasyon ve sistemik enflamasyonla karakterize bir hastalıktır. Bu süreç hematolojik parametrelerde değişikliklere yol açarak enflamasyonun dolaylı göstergeleri olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmada amacımız klinik pratikte kolaylıkla hesaplanabilen, sistemik enflamasyon ve immün disfonksiyonla ilişkili bulunan hematolojik ve lipid temelli oranların HIV ile enfekte bireylerdeki düzeylerini ve risk faktörlerine göre değişimlerini araştırmaktır.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışmamız kliniğimizde takip edilen HIV ile enfekte bireylerde gerçekleştirildi. Hastaların sosyo-demografik, klinik ve laboratuvar verileri risk durumuna göre gruplandırıldı. Hastaların tanı anında alınan laboratuvar sonuçlarından elde edilen oranlarla hesaplanan enflamasyon belirteçlerinin düzeyleri istatistiksel olarak değerlendirildi. İstatistiksel olarak  $p < 0.05$  değeri anlamlı olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 270 hasta dahil edildi. Demografik verilerden erkek cinsiyet, alkol ve sigara kullanımı enflamatuvar parametrelerde artışa sebep olurken, madde bağımlılığı olan bireylerde bu parametrelerin etkilenmediği gözlemlendi. Komorbidite varlığında CRP, ESH ve lipid temelli enflamatuvar parametrelerin düzeyleri anlamlı farklılık gösterirken; hematolojik enflamasyon endeksleri düzeylerinin bu değişkenlerden etkilenmediği gösterildi (Tablo 1). Yaş grupları incelendiğinde 50 yaş üstü bireylerde, daha genç bireylere kıyasla hematolojik parametrelerin daha yüksek olduğu bulundu. Nötrofil/lenfosit oranı (NLR) ve sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII) düzeyi 65 yaş üstü bireylerde anlamlı oranda daha yüksek bulundu (Tablo 1). Vücut kitle endeksi (BMI) 19'dan düşük bireylerde enflamatuvar parametrelerin hiçbirisi etkilenmez iken; 19'un üstünde olan bireylerde tüm enflamatuvar parametrelerin etkilendiği gözlemlendi (Tablo 1). CD4+T lenfosit 200 hücre/mm<sup>3</sup>' den düşük bireylerde CRP ve ESH düzeylerinin etkilendiği gözlemlenir iken; hematolojik enflamatuvar endekslerin hiçbirisi CD4+T lenfosit düzeyine göre anlamlı değişiklik göstermedi. CD4+T lenfosit düzeyi 100 hücre/mm<sup>3</sup> altında olması lipid temelli parametrelerden sadece Trigliserid/HDL oranında anlamlı değişime sebep oldu (Tablo 1). Yüksek HIV RNA düzeyleri ESH, NLR ve sistemik enflamasyon yanıt endeksi (SIRI) düzeylerini etkiler iken; lipid temelli parametrelerde değişikliğe sebep olmadı (Tablo 1). Hepatit virüsü ile koenfekte bireylerden Hepatit B varlığında enflamatuvar parametrelerde bir değişiklik gözlenmez iken; hepatit C ile koenfekte bireylerde NLR ve SII düzeylerinin etkilendiği gözlemlendi (Tablo 1).

Tablo 1. HIV ile enfekte bireylerde enflamasyon belirteçlerinin rolü



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

4-7 ARALIK 2025

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



| ENFLAMASYON BELİRTEÇLERİ                            | Hematolojik Biyobelirteçler |      |      | Hematolojik Enflamasyon Endeksleri |      |      |      |      | Sistemik Enflamasyon Endeksleri |      | Lipid Temelli Aterojenik/Enflamatuvar Endeksler |         |                  |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------|------|------|------------------------------------|------|------|------|------|---------------------------------|------|-------------------------------------------------|---------|------------------|
|                                                     | CRP                         | ESH  | NLR  | PLR                                | LMR  | PNR  | PMR  | NMR  | SII                             | SIRI | Total kolesterol /HDL                           | LDL/HDL | Trigliserid /HDL |
| <b>Demografik veriler</b>                           |                             |      |      |                                    |      |      |      |      |                                 |      |                                                 |         |                  |
| Erkek cinsiyet                                      | ,107                        | ,111 | ,399 | ,625                               | ,328 | ,189 | ,518 | ,665 | ,523                            | ,288 | ,106                                            | ,623    | ,031             |
| Komorbidite varlığı                                 | ,036                        | ,018 | ,627 | ,986                               | ,224 | ,960 | ,284 | ,379 | ,666                            | ,500 | ,052                                            | ,042    | ,034             |
| Madde bağımlılığı                                   | ,381                        | ,445 | ,971 | ,564                               | ,344 | ,792 | ,857 | ,602 | ,781                            | ,772 | ,359                                            | ,489    | ,651             |
| Alkol                                               | ,405                        | ,965 | ,119 | ,560                               | ,088 | ,506 | ,589 | ,508 | ,360                            | ,280 | ,016                                            | ,214    | ,010             |
| Sigara                                              | ,536                        | ,109 | ,606 | ,824                               | ,450 | ,254 | ,586 | ,290 | ,370                            | ,539 | ,036                                            | ,105    | ,061             |
| Yaş (yıl)                                           |                             |      |      |                                    |      |      |      |      |                                 |      |                                                 |         |                  |
| ≥40                                                 | ,075                        | ,257 | ,323 | ,647                               | ,270 | ,889 | ,946 | ,762 | ,195                            | ,590 | ,386                                            | ,084    | ,291             |
| ≥50                                                 | ,042                        | ,042 | ,146 | ,041                               | ,863 | ,761 | ,032 | ,106 | ,116                            | ,286 | ,335                                            | ,123    | ,805             |
| ≥60                                                 | ,079                        | ,047 | ,651 | ,334                               | ,264 | ,580 | ,722 | ,878 | ,463                            | ,383 | ,256                                            | ,305    | ,620             |
| ≥65                                                 | ,322                        | ,175 | ,005 | ,064                               | ,103 | ,315 | ,565 | ,170 | ,011                            | ,057 | ,842                                            | ,805    | ,451             |
| <b>Vücut Kitle İndeksi (BMI)</b>                    |                             |      |      |                                    |      |      |      |      |                                 |      |                                                 |         |                  |
| <19                                                 | ,274                        | ,115 | ,064 | ,829                               | ,435 | ,101 | ,533 | ,258 | ,269                            | ,251 | ,267                                            | ,211    | ,327             |
| 19-24                                               | ,898                        | ,256 | ,077 | ,093                               | ,006 | ,342 | ,445 | ,270 | ,106                            | ,008 | ,023                                            | ,025    | ,137             |
| 25-29                                               | ,438                        | ,928 | ,868 | ,759                               | ,392 | ,971 | ,222 | ,047 | ,496                            | ,749 | ,542                                            | ,720    | ,048             |
| ≥30                                                 | ,819                        | ,758 | ,599 | ,720                               | ,631 | ,853 | ,888 | ,846 | ,276                            | ,337 | ,566                                            | ,302    | ,732             |
| Bel çevresi (cm)                                    | ,661                        | ,094 | ,624 | ,258                               | ,856 | ,274 | ,042 | ,220 | ,450                            | ,446 | ,236                                            | ,352    | ,332             |
| <b>CD4 T Lenfosit Sayısı (hücre/mm<sup>3</sup>)</b> |                             |      |      |                                    |      |      |      |      |                                 |      |                                                 |         |                  |
| <50 hc/mm <sup>3</sup>                              | ,001                        | ,000 | ,608 | ,392                               | ,346 | ,360 | ,701 | ,494 | ,942                            | ,836 | ,525                                            | ,876    | ,007             |
| <100 hc/mm <sup>3</sup>                             | ,000                        | ,000 | ,551 | ,420                               | ,851 | ,536 | ,843 | ,890 | ,821                            | ,357 | ,454                                            | ,877    | ,021             |
| <200 hc/mm <sup>3</sup>                             | ,018                        | ,000 | ,487 | ,738                               | ,893 | ,053 | ,846 | ,165 | ,428                            | ,175 | ,870                                            | ,943    | ,189             |
| <b>HIV RNA Düzeyi (kopya/mL)</b>                    |                             |      |      |                                    |      |      |      |      |                                 |      |                                                 |         |                  |
| ≥1,000,000 K/mL                                     | ,211                        | ,390 | ,014 | ,101                               | ,098 | ,669 | ,923 | ,406 | ,059                            | ,075 | ,923                                            | ,959    | ,141             |
| ≥500,000 K/mL                                       | ,236                        | ,010 | ,169 | ,169                               | ,127 | ,775 | ,445 | ,755 | ,224                            | ,109 | ,762                                            | ,282    | ,167             |
| ≥100,000 K/mL                                       | ,230                        | ,000 | ,195 | ,290                               | ,124 | ,184 | ,741 | ,485 | ,098                            | ,033 | ,995                                            | ,395    | ,106             |
| <b>Hepatit Koenfeksiyonu</b>                        |                             |      |      |                                    |      |      |      |      |                                 |      |                                                 |         |                  |
| Hepatit B                                           | ,507                        | ,634 | ,586 | ,718                               | ,805 | ,954 | ,733 | ,704 | ,665                            | ,767 | ,375                                            | ,992    | ,328             |
| Hepatit C                                           | ,077                        | ,055 | ,037 | ,072                               | ,127 | ,116 | ,121 | ,102 | ,049                            | ,142 | ,207                                            | ,326    | ,163             |

\*CRP: C-Reaktif Protein, ESH: Eritrosit Sedimentasyon Hızı, NLR=nötrofil-lenfosit oranı, PLR=trombosit-lenfosit oranı, LMR=lenfosit-monosit oranı, PNR=trombosit-nötrofil oranı, PMR=trombosit-monosit oranı, NMR=nötrofil-monosit oranı, SII (Sistemik İmmün-inflamasyon İndeksi)= nötrofil/lenfosit × trombosit, SIRI (Sistemik İnflamasyon Yanıt İndeksi)=nötrofil × monosit/lenfosit, \* Tablodaki değerler p değerlerini göstermekte olup p değeri <0,05 olan kısımlar koyu renk ile işaretlenmiştir. \*Bel Çevresi risk faktörü erkeklerde 102 cm üstü, kadınlarda 88 cm üstü olarak değerlendirilmiştir.

**Sonuç:** HIV enfeksiyonunda hematolojik ve lipid temelli biyobelirteçler enflamasyonun değerlendirilmesinde kullanılabilir. Ancak bu oranların bireysel faktörlerden etkilenebilmesi sebebiyle dikkatli yorumlanmalıdır. Geniş örneklemli, belirli hasta gruplarında yapılacak prospektif çalışmalar bu belirteçlerin klinik değerini daha net ortaya koyacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, enflamasyon, risk faktörleri

PS-022

### Toksoplazma Ensefaliti: Serebral Kitle ile Başvuran HIV/AIDS Olgusu

#### Kazım Kıratlı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hatay Hizmet Binası Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisi

**Giriş ve Amaç:** Toksoplazma ensefaliti (TE) insan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu veya edinilmiş immün yetmezlik sendromu (AIDS) hastalarında santral sinir sistemi (SSS) tutulumunun başta gelen sebeplerindendir. Bu olguda, nörolojik semptomlarla ilk önce başka branşa başvuran, sonrasında HIV'e bağlı toksoplazma ensefaliti tanısı alan hastamız paylaşılmıştır.

**Olgu:** 41 yaş, kadın hasta, Ağustos 2021'de sağ kolda uyuşma ve cisimleri tutamama şikayetleri ile acil servise başvurmuş. Serebral MR sonucunda, parietal lobda kitle +, KİBAS bulguları olan hasta beyin cerrahisi tarafından acil opere edilmiş. Postoperatif takiplerinde komplikasyon gözlenmeyen hastayı, taburcu edilmiş. 2 hafta sonra bilinç bulanıklığı, nöbet geçirme şikayeti ile tekrar acile başvurmuş. GD orta-iyi bilinç konfüze, ateş 36°C idi. Ense sertliği neg., konuşma bozukluğu-anlamada gecikme +. Sağ alt-üst ekst. kas gücünde azalma (3/5) saptandı. Wbc 6200/mm<sup>3</sup>, hgb 10,1 g/dL, plt 216.000/mm<sup>3</sup>, CRP 275,9 mg/dL, ALT 24 U/L, AST 40 U/L saptanmış. Serebral MRG'de, sol serebral hemisferde pariyatel lobta 14\*12 mm boyutlarında irregüler kontrastlanma oluşturan kitle lezyon ve lezyonun hemen komşuluğunda perirölandik mesafeyi tutan yaklaşık 5,5 cm çapında vazojenik ödem alanı saptanmış. Görünüm primer bir glial tm ya da serebral parankim metastazı ile uyumlu şeklinde raporlanmış. Patolojisinde ise; yaygın nekroz ve bunu çevreleyen kapillerler, mononükleer ve polimorfonükleer inflamatuvar hücre infiltrasyonu izlenmiş. Çevrede histiosit toplulukları, az sayıda reaktif astrositler görülmüş, ayrıca nekroz zemininde toksoplazma ile uyumlu olabilecek parazit ile uyumlu görünüm mevcuttur şeklinde raporlanmış. Enfeksiyon Hastalıkları konsültasyonu sonucunda, anti-HIV pozitif bulunması üzerine, TE düşünülerek klindamisin 4\*600 mg, TMP/SMX 5mg/kg ve deksametazon 4\*4 mg tedavisi başlandı. 2 hf tedavi sonrası klinik bulgularında düzelme saptandı. Klindamisin ve TMP/SMX tedavisi 6 haftaya tamamlanarak kesildi. Hastada TMP/SMX 160/800mg 1\*1 tablet dozunda idame tedavisi planlanarak taburcu edildi. HIV RNA: 279.000 IU/ml, CD4+ 66/mm<sup>3</sup>, HIV doğrulama pozitif tespit edildi. Tokso IgM neg., IgG ise pozitif idi. Anti-retroviral tedavisi (elvitegravir/kobisistat/emtrisitabin/tenofovir alafenamid) başlandı. Dört hafta sonraki serebral MRG'de, serebral, serebellar ve beyin sapında yerleşimli toxoplazma ile uyumlu lezyonları olan hastanın takip incelemesinde bir önceki MRG ile kıyaslandığında lezyonların boyut ve kontrastlanmasında minimal azalma izlendiği rapor edildi. Yine 4 hafta sonraki HIV RNA: 139 000 IU/ml, CD4 sayısı: 98/ mm<sup>3</sup> olarak saptandı.

**Sonuç:** TE, HIV/AIDS hastalarında görülen önemli bir fırsatçı enfeksiyondur ve tanısı güçtür. Geç başvuran hastalarda tedaviye rağmen sekel ve fatal seyir görülebildiği halde, erken tedavi verilen olgularda başarı oranı yüksektir. Ülkemizdeki yüksek toksoplazmoz seroprevalansı, son yıllarda artan HIV/AIDS olguları arasında TE olgularıyla daha sık karşılaşılabilceğini düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Toksoplazma, HIV, Antiretroviral, Ensefalit, KİBAS

PS-023

**CMV Retinit, Özofageal Kandidiyaz , PCP Pnömonisi ile Tedavi Edilen ve Sonrasında Progresif Multifokal Lökoensefalopati Gelişen Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromlu Olgu Sunumu**

**Haluk Erdoğan<sup>1</sup>, Betül Arslan Akdağ<sup>2</sup>**

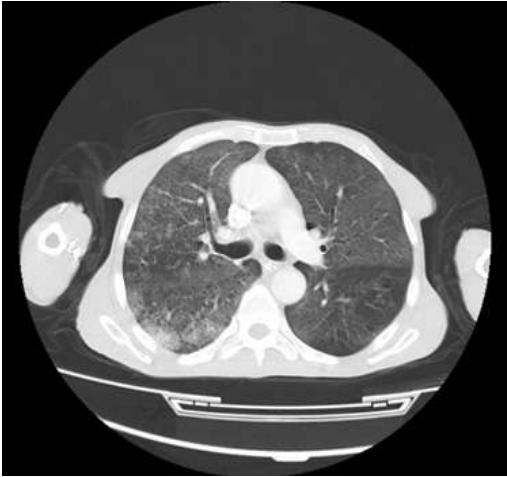
<sup>1</sup>Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD

<sup>2</sup>Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Tedavi edilmeyen HIV olgularının çoğunluğunda virüsün edinilmesinden ortalama 8-10 yıl sonra AIDS ortaya çıkar. Burada CMV retinit, özofageal kandidiyaz, progresif multifokal lökoensefalopati (PML) ve HIV tükenmişlik sendromunun görüldüğü ileri evre bir HIV olgusu sunulmuştur.

**Gereç ve Yöntemler:** Olgu Sunumu: Üç aydır yorgunluk, kilo kaybı şikayeti olan 53 yaş erkek hastanın Anti-HIV antikor pozitif saptanması üzerine kliniğimize yönlendirilmiş. Anamnezinde son üç ayda 10 kg kaybettiği, öksürük ve ara ara ishal şikayeti olduğu, yürürken dengesizlik yaşadığı ve dış merkezde candida özefajitine yönelik flukonazol tedavisi başlandığı öğrenildi. Fizik muayenesinde bilinç açık, oryante, meninks irritasyon bulgusu yoktu. Kaşektik görünümde ve konuşması yavaşlamıştı. Vitalleri Ateş: 38°C, NB: 87/dk, TA: 110/70 mmHg, SpO2: %88.

Resim-1 : Hastanın ilk yatışında çekilen Toraks BT görüntülemesi



Bilateral yaygın zayıf buzlu cam atenuasyon alanları

**Bulgular:** HIV-RNA: 743.094 kopya CD4: %1 CD4+ T hücre: 5,7/μL CMV-PCR: 71.350 kopya, Anti-Toxoplasma IGG negatif saptandı. Toraks BT'si interstisyel pnömoniyle uyumluydu ve TMP-SMX 15-20 mg/kg/gün tedavi başlandı. Göz dibi bakışında bilateral multiple retinit odakları saptandı. CMV retinit için gansiklovir 2x5 mg/kg/gün başlandı. Baş ağrısı olunca Beyin MR çekildi "bilateral serebral beyaz cevherde milimetrik boyutta T2-FLAIR hiperintens non-spesifik odaklar gözlenmektedir" şeklinde raporlandı. BOS hücre sayımında nadir maya hücreleri görüldü. BOS CMV, VZV, HSV, Toxoplasma, Tüberküloz negatif saptandı. BOS kültüründe üreme olmadı. BOS kriptokok antijeni negatif. Hastaya başlanan 5 mg/kg/gün lipozomal Amfoterisin B tedavisi 14 güne tamamlanıp flukonazol 1x 800 mg oral tedavisine geçildi. Yatışının 20.gününde antiretroviral tedavi (ART) (emtrisitabin 50mg/gün, tenofovir 200mg/gün, biktgravir 25mg/gün) başlandı. Tedavinin üçüncü haftasında valgansiklovir 1x900 mg oral ve TMP-SMX forte tablet 1x1 tedavisine geçildi. Kliniğinde düzelme olan hasta kendi isteği ile taburcu edildi. Taburculuktan 15 gün sonra konuşmada bozulma, dengesizlik şikayetlerinin artması sebebiyle yeniden hastaneye yatırıldı. Beyin MR'da öncekine benzer şekilde bilateral beyaz cevherde T2 hiperintens patolojik odaklar saptandı. BOS JC virüs PCR 19.548 kopya/ml pozitif saptandı. PML tanısı kesinleştikten sonra pembrolizumab tedavisi için endikasyon dışı ilaç başvurusu



# HIV/AIDS

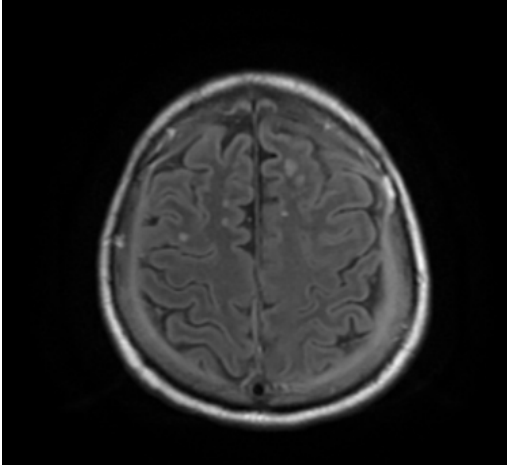
## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



onayı alındı. Genel durumu kötüleşince yoğun bakım ünitesine çekildi. Hastanın çekilen akciğer grafisi pnömoniyle uyumluydu. Endotrakeal aspirat kültüründe karbapenem ve seftazidim-avibaktam dahil herşeye dirençli Klebsiella spp. üremesi oldu. Hasta verilen tedavilere yanıt vermeyerek exitus oldu .

Resim 2: Hastanın 2. yatışında çekilen beyin MR T2-FLAIR sekans görüntüleme



Her iki serebellar hemisferde beyaz cevherde T2 hiperintens sinyal sahaları izlenmektedir

**Sonuç:** İleri evre HIV hastalarında birden fazla fırsatçı enfeksiyon ile başvurulabilir. Bu hastalarda PML insidansı azalmış olmakla beraber mortalitesinin yüksek olması ve etkin bir tedavi seçeneğinin olmaması sebebiyle hala önem arz etmektedir. Hastane kaynaklı enfeksiyonların önlenmesi bu hastalarda hayatidir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV/AIDS, Progresif multifokal lökoensefalopati, CMV retinit, PCP pnömonisi



PS-024

### HIV ile Yaşayan Bireyde Nadir Görülen Fırsatçı Enfeksiyon; Nokardiyoz

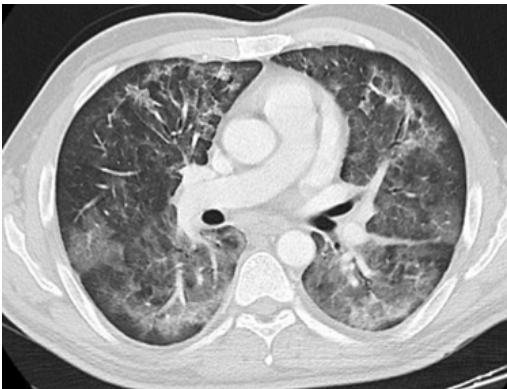
Canan Pekgüzel<sup>1</sup>, Lena Nur Kaymaz Kendirci<sup>1</sup>, Suna Seçil Öztürk Deniz<sup>1</sup>, Selda Sayın Kutlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Denizli

**Giriş ve Amaç:** Nokardiyozis, genellikle bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda aerobik Actinomycetesler tarafından oluşturulan bir enfeksiyondur (1,2,3). Kutanöz, pulmoner veya dissemine klinik formlarda akut, subakut veya kronik seyirli enfeksiyonlar olarak görülmektedir (4). En sık görülen klinik tablo çoğunlukla merkezi kavitasyon gösteren iyi sınırlı nodüller, pnömonik infiltratlar ve plevral efüzyonlarla karakterize akciğer enfeksiyonlarıdır (5). HIV ile yaşayan bireylerde nadir görülen fırsatçı enfeksiyonlar arasında yer almış ve ileri derecede immün yetmezlikle ilişkilendirilmiştir (6,7). Bu çalışmada, solunum yolu enfeksiyonu belirtileri gösteren HIV-AIDS tanılı hastada gelişen pulmoner nokardiyoz enfeksiyonu sunulacaktır.

**Olgu:** Tarım işçisi olan 46 yaşında erkek hasta birkaç gündür artan nefes darlığı, öksürük, balgam, ateşlenme şikayetleriyle acil servise başvurdu. Hastanın öyküsünden, astım tanısının olduğu, 2023 yılında HIV-AIDS tanısı aldığı fakat ilaçları düzenli kullanmadığı ve son bir ayda 25 kg kilo kaybı olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde; vücut sıcaklığı 36.4°C, nabız 124 atım/dk, tansiyon 100/74 mmHg ve oksijen saturasyonu oda havasında %85 idi. Oral kandidiyazis yanı sıra solunum seslerinde kabalaşma ve yer yer raller duyulan hastanın diğer sistemik muayeneleri normaldi. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) her iki akciğerde yaygın peribronkovasküler buzlu cam alanları görülen hasta Pneumocystis jiroveci pnömonisi (PCP) (Resim 1) ön tanısıyla servisimize yatırıldı. Balgam sitolojisi ile tanısı doğrulanan hastaya trimetoprim/sülfametoksazol (TMP-SMX) ve steroid tedavisi başlandı. HIV RNA düzeyi 3770000 kopya/ml ve CD4 sayısı 25 hücre/mm3 saptanan hastaya emtrisitabin + tenofovir disoproksil 1\*1 tablet dozunda antiretroviral tedavi başlandı. 21 gün süreyle uygulanan PCP tedavisinin sonlanmasından üç gün sonra 39.5°C ateş yüksekliği ve öksürük şikayeti olan hastada yeni gelişen enfeksiyonlar açısından toraks BT çekimi tekrarlandı. Her iki akciğerde yaygın dağınık yerleşimli periferinde buzlu cam halosunun eşlik ettiği çok sayıda nodüler konsolide alanlar (Resim 2) izlenen hastaya ön planda pulmoner nokardiyoz düşünülerek imipenem ve tekrar TMP-SMX tedavileri başlandı. İki hafta sonra imipenem kesilerek taburculuk planlanan hastada linezolidde geçildi. Parenteral nokardiyoz tedavisinin 16.gününde klinik iyileşme ve radyolojik düzelme görülmesi üzerine (Resim 3) 14 gün linezolid ve en az 6-12 ay devamı planlanan TMP-SMX tedavileri planlanarak hasta taburcu edildi.

Resim 1.



Toraks BT'de PCP ile uyumlu her iki akciğerde yaygın peribronkovasküler buzlu cam alanları

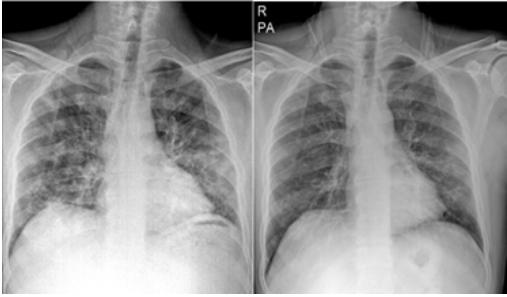


Resim 2



Toraks BT'de pulmoner nokardiyoz ile uyumlu her iki akciğerde yaygın dağınık yerleşimli periferinde buzlu cam halosunun eşlik ettiği çok sayıda nodüler konsolide alanlar.

Resim 3.



İki haftalık parenteral pulmoner nokardiyozis tedavisi öncesi (solda) ve sonrası (sağda) akciğer grafileri

**Sonuç:** Klinik ve radyolojik bulgular spesifik olmadığından ve mikrobiyolojik tanı klinik şüphe eksikliğinde genellikle zor olduğundan, bazı hastalarda pulmoner nokardiyozun tüberküloz veya bakteriyel pnömoni gibi diğer enfeksiyonlarla karıştırılması muhtemel görünmektedir (7). Bu olgu, solunum yolu enfeksiyonu bulguları ve akciğerde nodüler infiltratları olan HIV/AIDS tanılı hastalarda nokardiyozun da ayırıcı tanılar arasında değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** AIDS, fırsatçı enfeksiyonlar, Nokardiyozis

PS-025

## İleri Evre HIV Enfeksiyonu Olan Bir Hastada Pulmoner Mycobacterium Avium Complex Enfeksiyonu ve Eşlik Eden Entegre HHV-6 Pozitifliği

**Aygül Ordu<sup>1</sup>, Gürsel Ersan<sup>1</sup>, Sabri Atalay<sup>1</sup>, Muhammed Alper Özarslan<sup>1</sup>, Efsane Bahçeci<sup>1</sup>, Fevzi Onur Erer<sup>2</sup>, Can Bıçmen<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>SBÜ Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu, hücrel immünitenin bozulması sonucu fırsatçı enfeksiyonlara yatkınlık oluşturur. Bu enfeksiyonlar arasında Mycobacterium avium complex (MAC), ileri evre immünsüpresyonu olan bireylerde en sık görülen nontüberküloz mikobakteriyel enfeksiyonlardan biridir. Genellikle CD4 hücre sayısının 50/mm<sup>3</sup>'ün altına düştüğü olgularda disemine seyir gösterir; yalnızca akciğer tutulumu ile seyreden olgular ise nadirdir. Bu bildiride, ileri evre HIV enfeksiyonu olan bir hastada gelişen pulmoner MAC enfeksiyonu ve eşlik eden entegre HHV-6 pozitifliği sunulmuştur.

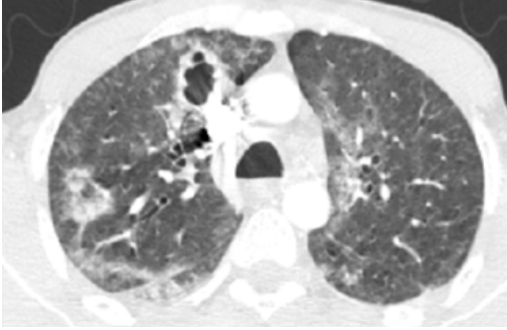
**Olgu:** Otuz dokuz yaşında erkek hasta, mazot tankı temizliği sonrası gelişen nefes darlığı, öksürük ve balgam şikayetleriyle dış merkeze başvurmuş. Toraks BT'de bilateral buzlu cam dansiteleri saptanarak kimyasal pnömoni ön tanısıyla yatırılmış. Kısmi düzelme sonrası taburcu edilen hasta, bir ay sonra şikayetlerinin devamı nedeniyle tekrar başvurmuş. Yeni BT'de sağ üst lobda kaviter lezyon ve bilateral nodüler infiltrasyonlar izlenmiş. Üç ardışık balgam ve BAL örneklerinde M. tuberculosis PCR ve ARB negatif saptanırken, kültüründe Mycobacterium avium complex (M. intracellulare) üremesi tespit edilmiş. Aminoglikozid ve makrolid direnci saptanmamış. Pulmoner MAC tanısı konulan hastada klaritromisin, etambutol, rifampisin ve amikasin tedavisi başlanmış. MAC enfeksiyonu üzerine yapılan anti-HIV testi reaktif saptanarak hasta enfeksiyon hastalıkları servisine devredildi. Kabulünde CD4 sayısı 76 hücre/mm<sup>3</sup>, HIV RNA düzeyi 197.691 kopya/mL idi. Disemine enfeksiyon araştırmalarında kan mikobakteriyel kültürleri negatifti, batın BT'de hepatosplenomegali veya odak saptanmadı. Serum kriptokok antijeni pozitifliği üzerine yapılan lomber ponksiyonda BOS kültürleri ve Cryptococcus neoformans PCR negatif bulundu, nörolojik bulgu izlenmemesi nedeniyle asemptomatik kriptokok antijenemisi olarak değerlendirilerek preemtif flukonazol tedavisi başlandı. BOS menenjit/enfektif panelinde HHV-6 DNA pozitifliği saptandı; saç ve tırnak örneklerinde de HHV-6 DNA gösterilmesi sonucu bu bulgunun aktif enfeksiyon değil entegre HHV-6 ile ilişkili olduğu düşünüldü. Hastada amikasin sonlandırılarak klaritromisin, etambutol ve rifabutin tedavisine geçildi. İki hafta sonra dolutegravir + tenofovir disoproksil fumarat + emtrisitabin (TDF/FTC+DTG) kombinasyonu ile ART başlandı, eş zamanlı olarak IRIS profilaksisi amacıyla prednizolon tedavisi eklendi. ART'nin üçüncü haftasında klinik iyileşme ve toraks BT'de minimal regresyon saptandı.

Şekil 1. İlk başvuru (A)



A

Şekil 2. Tanı (B)



B

Şekil 3. Tedavi sonrası (C) döneme ait toraks BT görüntüsü



C

**Sonuç:** İleri evre HIV enfeksiyonlu bireylerde Mycobacterium avium complex enfeksiyonu genellikle dissemine seyir gösterirken, yalnızca pulmoner tutulumla ortaya çıkan olgular nadirdir. Bu tür olgularda kalıcı pulmoner infiltrasyonların ayırıcı tanısında MAC enfeksiyonu mutlaka düşünülmelidir. Ayrıca, BOS'ta saptanan HHV-6 DNA pozitifliğinin entegre HHV-6 varlığına bağlı olabileceği unutulmamalı, bu tür pozitiflikler klinik tabloyla korele edilerek değerlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV enfeksiyonu, Mycobacterium avium complex, pulmoner MAC, fırsatçı enfeksiyon, entegre HHV-6

PS-026

### Düşük Ayak HIV'in İlk Sinyali Olabilir mi? Nadir Bir Olgu Sunumu

**Melis Demirci<sup>1</sup>, Melda Türken<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>İzmir Şehir Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** HIV enfeksiyonunda nörolojik komplikasyonlar çoğunlukla ileri evrelerde görülmekle birlikte, nadiren ilk bulgu olarak fokal nörolojik defisitlerle de karşımıza çıkabilir. Bu olguda, düşük ayak (fokal mononöropati) ile başvuran ve yapılan tetkikler sonucu yeni HIV tanısı konulan bir hasta sunulmaktadır. Çalışmanın amacı, HIV enfeksiyonunun nadir bir başlangıç bulgusu olarak ortaya çıkabilen fokal nöropatilerin literatürdeki sınırlı sayıda bildirilen örneklerine katkıda bulunmaktır.

**Gereç ve Yöntemler:** Hastanemize düşük ayak şikayeti ile başvuran, HIV enfeksiyonu tanısı konulan hastanın demografik, laboratuvar ve radyolojik bulguları hastane otomasyon sistemi verileri kullanılarak incelenmiştir.

**Bulgular:** 53 yaşında erkek hasta, solunum yolu enfeksiyonu sonrası bir aydır devam eden bel ve sol bacağına vuran ağrı, sol ayakta güçsüzlük yakınmasıyla nöroşirurji polikliniğine başvurmuştu. Eş zamanlı görüntülemelerinde nazofarengeal lenfoid dokuda belirginlik görülmüş ve KBB polikliniği tarafından biyopsisi planlanması nedeni ile yapılan tetkiklerde anti-HIV testi reaktif, doğrulaması pozitif saptanması üzerine enfeksiyon hastalıkları polikliniğimize yönlendirilmişti. HT dışında bilinen hastalığı yoktu ve 20 yıl önce geçirilmiş sifiliz öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde hasta koltuk değneği desteği ile sol ayağını oraklayarak yürüyordu. Nörolojik Muayenesinde sol ayakta güç kaybı ve düşük ayak mevcut, diğer nörolojik bulgular normaldi. Palpabl lenf bezi saptanmadı. Başvuru laboratuvar bulguları Tablo-1'de özetlendi. Hastanın TPHA ve VDRL ½ pozitif saptandı. Lomber ponksiyon bakısında beyin omirilik sıvısı (BOS) berrak, basınç yüksekti; lökosit 9 hücre/mm<sup>3</sup>, protein 40 mg/dL, glukoz 58 mg/dL idi. BOS'ta sifiliz, tuberküloz, Jc virus, diğer viral, bakteriyel ve fungal etkenler saptanmadı. Beyin MR'da talamus, ponsta sinyal artışı ve kortekste lezyon izlendi (Resim 1). Vertebra MR'da patoloji saptanmadı. EMG'de L5 radiküler etkilenme saptandı. Nöroloji ile klinik ve radyolojik değerlendirmeler sonrası HIV ensefalopatisi ile uyumlu bulundu. Hastaya antiretroviral tedavi olarak bictegravir/emtrisitabin/tenofovir alafenamid (B/FTC/TAF) başlandı. Viral yük altıncı ayda < 200 kp/ml düzeylerine geriledi; CD4 hücre sayısı 200 üzerine yükseldi. Altı ay sonraki kontrol MR incelemesinde lezyonlarda regresyon saptandı; önceden kontrastlanan lezyonlarda kontrastlanmanın kaybolduğu raporlandı (Resim 2).

Tablo 1

|            |                              |                       |                   |
|------------|------------------------------|-----------------------|-------------------|
| WBC        | 4920/μL                      | Glukoz                | 83 mg/dl          |
| Leüosit    | 780/μL                       | Kreatinin             | 0,87 mg/dl        |
| Hb         | 13,9 g/dL                    | GFR                   | 120 ml/dk         |
| Hct        | % 40,2                       | AST                   | 16 U/L            |
| PLT        | 163000/μL                    | ALT                   | 21 U/L            |
| CD 4       | 124/mm <sup>3</sup><br>(%16) | CMV<br>IgG/IgM        | Pozitif / Negatif |
| CD 8       | 390/mm <sup>3</sup><br>(%54) | EBV VCA<br>IgG/IgM    | Pozitif / Negatif |
| HIV<br>RNA | 704000<br>k/mL               | Toxoplasma<br>IgG/IgM | Pozitif / Negatif |



# HIV/AIDS

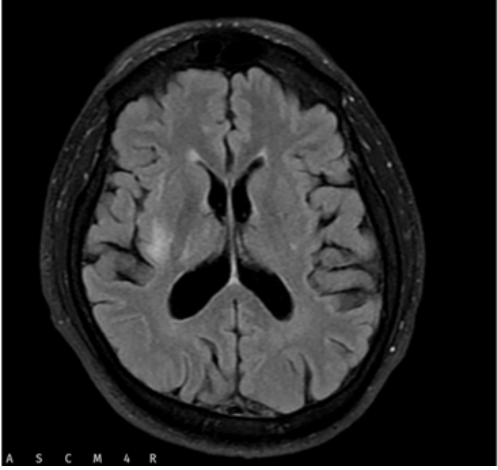
## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



Resim 1



Resim 2



**Sonuç:** HIV enfeksiyonunda nöropati genellikle distal simetrik polinöropati şeklinde görülürken, bu olguda izole peroneal sinir tutulumu ile seyreden düşük ayak HIV enfeksiyonunun ilk bulgusu olmuştur. Literatürde bu tür fokal mononöropati vakaları oldukça nadirdir. Düşük ayak birlikteliği olan sadece tek bir olgu sunumu bulunmaktadır. Erken antiretroviral tedaviyle hastanın klinik ve radyolojik bulgularında belirgin düzelme sağlanmıştır. Bu olgu, sağlıklı görünen bir bireyde düşük ayağın HIV enfeksiyonunun ilk bulgusu olabileceğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, düşük ayak, nöropati



PS-027

**Rhodococcus Hoagii, Pcp, Kriptokokkoz ve Olası CMV Pnömonisi ile Seyreden İleri Evre HIV Olgusu: Literatürde Nadir Tanımlanan Bir Klinik Tablo**

**Beyza Sarıoğlu<sup>1</sup>, Tuba Turunç<sup>1</sup>, Tuğba Arslan Gülen<sup>1</sup>, Esra Aybal<sup>2</sup>, Sezin Hoşgel Sevdimbaşı<sup>1</sup>, Nevzat Ünal<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

<sup>2</sup>SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

<sup>3</sup>SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** HIV hastalığının ileri evresinde ( $CD4 < 50$  hücre/ $mm^3$ ) fırsatçı enfeksiyonlar; morbidite ve mortalitenin en önemli belirleyicileri arasındadır. Bu olguda, ileri immünsupresif ve ART (antiretroviral) naive HIV ile enfekte bir bireyde, eşzamanlı Rhodococcus hoagii bakteriyemisi, Pneumocystis jirovecii (PCP), dissemine kriptokok enfeksiyonu ve olası Sitomegalovirüs (CMV) pnömonisi ile seyreden, literatürde nadir bildirilen bir klinik tablo sunulmuştur.

**Olgu:** 48 yaşında erkek hasta, acil servise 2.5 aydır olan nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Hasta metal işçisi olarak çalışıyordu, bilinen kronik hastalığı yoktu, yaklaşık 3.5 aydır kapalı cezaevinde mahkumdu. 10 yıl önce Afrika'da 1 yıl süreyle yaşadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durumu orta, oryante ve koopere, ateşi  $37.8^{\circ}C$ , nabız 70/dk, solunumu 24/dk, saturasyonu %88 idi, 6 lt/dk  $O_2$  desteği başlandı. Hasta toraks BT'deki bilateral buzlu cam alanları, sağ akciğer orta lobda 9.5 cm çapında kaviter lezyon nedeniyle göğüs hastalıkları tarafından takibe alınarak, ampirik piperasilin/tazobaktam ve moksifloksasin başlandı. Hastanın kan kültüründeki üreme sinyali sonrası gram boyama ile gram pozitif kokobasiller saptandı ve kültür sonucunda üreyen mikroorganizma MALDI-TOF-MS otomatize tanımlama sistemi ile Rhodococcus hoagii olarak belirlendi. Etkene yönelik imipenem ve azitromisin, toraks bt'sindeki kaviter lezyonun olası fungal etiyojisi düşünülerek vorikonazol tedavisi başlandı. Hastanın e-nabzından 6 ay önce Anti-HIV testinin pozitif olduğu, ancak ART tedavisi almadığı öğrenildi. Takibinde  $CD4:6$  hücre/ $mm^3$ ,  $CD8:155$  hücre/ $mm^3$ , HIV RNA:2.447.194 kopya/mL olması nedeniyle Dolutegravir+Emtricitabin/Tenofovir disoproksil fumarat , PCP profilaksisi amacıyla TMP/SMX başlanmış olup HBV DNA:4.687.423 IU/mL , HBsAg pozitifliği ile birlikte HIV/HBV koenfeksiyonu olarak değerlendirildi. Serumda Cryptococcus neoformans antijen pozitifliği saptanması nedeniyle tedavisi amfoterisin B ve flukonazol olarak değiştirildi. Serum CMV PCR:13551 olması, solunum sıkıntısının devam etmesi ve mevcut radyolojik bulgular nedeniyle fiberoptik bronkoskopi (FOB) yapıldı. Bronkoalveolar lavajda, PCP direkt floresan antikor(DFA) pozitifliği saptanarak PCP enfeksiyonu doğrulandı. Aspergillus PCR, tüberküloz PCR, ARB tetkikleri negatif, BAL CMV DNA 611.135 kopya/mL , doku içi inklüzyon cisimciği saptanmadı. Bu nedenle olası CMV pnömonisi lehine değerlendirilerek gansiklovir tedavisi başlandı.Klinik seyri kötüleşen hasta yoğun bakıma alındı ve kardiyak arrest sonrası exitus olarak kabul edildi.

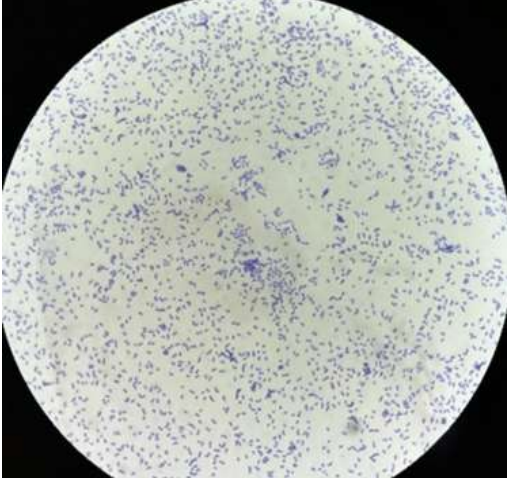
Figür 1.Rhodococcus hoagii kültür ortamlarındaki koloni morfolojisi.



(a) Rhodococcus hoagii kanlı agarda morfolojik özellikleri; (b) Çikolatamsı agarda morfolojik özellikleri. (c) EMB agarda üreme olmadı.



Figür 2. Kanlı ağarda Rhodococcus hoagii kolonilerinden Gram boyama



Figür 3. Toraks BT bulguları: Sağ akciğer orta lobda geniş kaviter lezyon ve bilateral buzlu cam infiltrasyonları.



Tablo 1. Rhodococcus hoagii antibiyotik duyarlılık testi sonuçları.

| Antibiyotik                   | MIC (µg/mL) | Zon çapı (mm) | Yorum |
|-------------------------------|-------------|---------------|-------|
| Amikacin                      | <=1         | 30            | S     |
| Ceftriaxone                   | <=0,25      | 36            | S     |
| Ciprofloxacin                 | <=0,06      | 27            | S     |
| Imipenem                      | <=0,25      | 37            | S     |
| Linezolid                     | 2           | 40            | S     |
| Meropenem                     | <=0,25      | 32            | S     |
| Moxifloxacin                  | <=0,06      | 28            | S     |
| Trimethoprim+Sulfamethoxazole | <=20        | 12            | S     |
| Vancomycin                    | <=0,5       | 30            | S     |

Not: S: duyarlı, R: dirençli

**Sonuç:** İleri evre HIV enfeksiyonu zemininde aynı dönemde Rhodococcus hoagii bakteriyemisi, PCP pnömonisi, dissemine kriptokok enfeksiyonu ve olası CMV pnömonisinin birlikte görülmesi, immünsuprese hastalarda nadir enfeksiyöz etkenlerin eşzamanlı ortaya çıkabileceğini göstermektedir. Bu vaka, nadir patojenlerin yer aldığı komplike klinik tabloların erken tanı ve tedaviyle yönetilebilmesi açısından multidisipliner yaklaşımın önemini vurgulamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Rhodococcus, HIV, PCP, Tüberküloz, CMV

### PS-028

## HIV Pozitif Bireylerde Metabolik Komorbiditelerin Sıklığı ve Antiretroviral Tedavi Rejimlerinin Değerlendirilmesi

**Feden Şimşek<sup>1</sup>, Melda Türken<sup>1</sup>, Bengü Gireniz Tatar<sup>1</sup>, Süheyla Serin Senger<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>İzmir Şehir Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Giriş ve Amaç: HIV enfeksiyonunun kronik bir hastalığa dönüşmesiyle birlikte, uzun dönem antiretroviral tedavi (ART) alan hastalarda metabolik sendrom, insülin direnci, dislipidemi, hipertansiyon ve karaciğer yağlanması gibi metabolik komorbiditeler giderek daha sık görülmektedir. Bu durum, HIV ile enfekte bireylerde morbidite ve mortalitenin önemli bir nedeni haline gelmiştir. Bu çalışmada HIV pozitif bireylerde metabolik komorbidite (dislipidemi, hipertansiyon, diyabet, non-alkolik yağlı karaciğer hastalığı) sıklığının belirlenmesi ve antiretroviral tedavi (ART) rejimlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada 15.09.2023 ile 19.10.2025 tarihleri arasında SBÜ, İzmir Şehir hastanesinde takipli HIV ile yaşayan bireyler (HİYB) retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmaya HIV enfeksiyonu olan 18 yaş üzeri olan bireyler dahil edildi. Gebe, aktif malignitesi olan ve veri eksikliği olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların demografik verileri (yaş, cinsiyet), HIV durumu (CD4 sayısı ve yüzdesi, viral yük, ART süresi ve rejimi), metabolik komorbiditeler ve kullandığı ilaçlar (antihipertansif, antidiyabetik, anti-hiperlipidemik vb) hasta dosyaları ve hastane otomasyon sistemi üzerinden kaydedildi.

**Bulgular:** Bulgular: Çalışmaya 142 HİYB dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 37 (min:20-max:74), erkek cinsiyet %83,8(n=119) idi. Hastaların tanı/ART süresi ort 28±36,9 ay, başvuru sırasında CD4 sayısı ortalama 509 ±303,7 hücre/mm<sup>3</sup>, viral yük ortalaması 348306±947366 kp/ml saptandı. Katılımcıların %10,6'sı (n=15) dislipidemi, %9,2'si (n=13) hipertansiyon, %7,7'si (n=11) tip 2 diyabet ve % 19,7'si (n=28) karaciğer USG'sinde non-alkolik yağlı karaciğer hastalığı (NAFLD) saptandı. Hastaların demografik ve klinik özellikleri tablo 1 'de özetlendi.Kullandığı ART rejimlerine göre karşılaştırılması tablo 2'de özetlendi.

HIV enfekte hastaların demografik ve klinik özellikleri

**Tablo-1. HIV enfekte hastaların demografik ve klinik özellikleri**

| Özellik                             | Ort ±SD /n (%) |
|-------------------------------------|----------------|
| Hasta sayısı                        | 142            |
| Yaş(yıl)                            | 37 ±12,8       |
| Cinsiyet /erkek                     | 119 (83,8)     |
| ART süresi (ay)                     | 28±36,9        |
| CD4 sayısı (hücre/mm <sup>3</sup> ) | 509 ±303,7     |
| Viral yük (kp/mL)                   | 348306±947366  |
| Komorbiditeler                      | 38 (26,8)      |
| Dislipidemi                         | 15(10,6)       |
| Hipertansiyon                       | 13(9,2)        |
| Tip 2 DM                            | 11(9,2)        |
| NAFLD/NASH                          | 28(19,7)       |

ART: Antiretroviral tedavi; DM: Diyabetes Mellitus;

NAFLD: non-alkolik yağlı karaciğer hastalığı; NASH:non-alkolik steatohepatit

Hastaların ART rejimlerine göre metabolik hastalıkların sıklığı



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



**Tablo 2. Hastaların ART rejimlerine göre metabolik hastalıkların sıklığı**

| Komorbidite n(%) | TAF+FTC+BIC | TDF+FTC+DTG | 3TC+DTG |
|------------------|-------------|-------------|---------|
| Dislipidemi      | 7 (46,7)    | 3(20)       | 5(33,3) |
| Hipertansiyon    | 7(53,8)     | 2(15,4)     | 4(30,8) |
| DM               | 6(60)       | 2(20)       | 2(20)   |
| NAFLD/NASH       | 11(39,3)    | 11(39,3)    | 6(21,4) |
| Toplam           | 31(45,6)    | 18(26,5)    | 17(25)  |

P>0,05

DM: Diabetes Mellitus; NAFLD: non-alkolik yağlı karaciğer hastalığı; NASH:non-alkolik steatohepatit ;TAF+FTC+BIC: Tenofovir alefenamit fumarat/ Emtricitabin/Biktegravir; TDF+FTC+DTG: Tenofovir disoproksil fumarat / Emtricitabin/ Biktegravir; 3TC+DTG:Lamivudin/Dolutegravir

**Sonuç:** Sonuç: HIV enfeksiyonunda uzun süreli ART kullanımı ile birlikte metabolik sendrom ve ilişkili risk faktörleri giderek daha sık görülmektedir. Çalışmamızda hastaların üçte birinde en az bir komorbidite saptanmış; en sık görülen metabolik risk faktörleri hiperlipidemi, hipertansiyon ve diyabet olmuştur. Metabolik hastalıklar ile integras inhibitörü temelli ART rejimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır(p > 0,05). Ancak TAF ve biktegravir içeren rejimlerde metabolik hastalıkların daha yüksek oranda izlendiği görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** hiv enfeksiyonu, hiperlipidemi, hipertansiyon, diabetes mellitus

PS-029

## Yeni Tanı İleri Evre HIV Enfeksiyonuna Eşlik Eden Edinsel Saf Eritroid Dizi Aplazisi ve Makrofaj Aktivasyon Sendromu

**Şule Arabacı<sup>1</sup>, Sibel Bolukçu<sup>1</sup>**

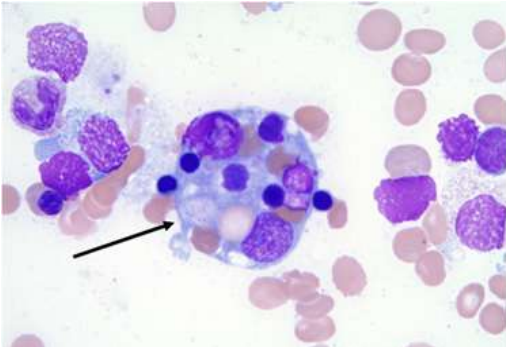
<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** HIV enfeksiyonunun hematolojik ve hiperinflamatuvar komplikasyonlara zemin hazırladığı bilinmektedir. Bu komplikasyonlardan edinsel saf eritroid dizi aplazisi(EDESA) ve makrofaj aktivasyon sendromu(MAS), nadir görülür ancak yüksek mortalite riski taşır.

**Gereç ve Yöntemler:** .

**Bulgular:** Otuz üç yaş erkek hasta, Genel cerrahi başvurularında tekrarlayan perianal apse drenajı yapılmış, fistül gelişmiş ve kolostomi açılmıştı. Operasyon öncesi anti-HIV pozitifliği saptanan hasta interne edildi. Yatışında genel durumu orta, bilinci açık, oryante ve koopereydi. Ateşi 38.4 °C, nabız 106/dk, kan basıncı 100/60 mmHg idi. Laboratuvar incelemelerinde HIV-RNA:650.000 kopya/mL, CD4:136 hücre/mm<sup>3</sup>, WBC:3170/mm<sup>3</sup>, Hgb:6.9 g/dL, PLT:110.000/mm<sup>3</sup> saptandı. Toraks ve batin bilgisayarlı tomografilerinde(BT) akciğer üst loblarında buzlu cam dansiteleri, apikal fibrotik sekel değişiklikler, bilateral plevral efüzyon ve rektumda postoperatif düzensizlik, stoma izlendi. Akut faz reaktanları(AFR) da yüksek olan hastaya piperasilin-tazobaktam, teikoplanin ve trimetoprim-sülfametoksazol tedavileri başlandı. Kan, idrar, balgam kültürlerinde üreme olmadı. BOS kültürü, ARB ve tüberküloz PCR negatifti. Takibinde oral kandidiyazis gelişmesi üzerine flukonazol eklendi. Balgam-idrar ARB, tüberküloz PCR negatif saptanan hastaya biktgravir/emtrisitabin/tenofovir alafenamid ile antiretroviral tedavi(ART) başlandı. Tedavinin ilk haftalarında karaciğer enzimlerinde yükselme (AST 250 U/L, ALT 220 U/L) ve pansitopenide derinleşme izlendi. Kemik iliği aspirasyon ve biyopsisi yapıldı. Kemik iliği normosellülerdi, eritroid seride belirgin azalma ve seyrek proeritroblastlar izlendi, EDESA? raporlandı. Parvovirüs B19 IgM, IgG ve DNA PCR testleri negatifti. Kemik iliğinden gönderilen tüberküloz tetkikleri (ARB, kültür, PCR) negatifti. Geniş spektrumlu antibiyotik, antifungal ve ART tedavilerine rağmen; dirençli ateş, taşikardi, hipotansiyon, replasmanlara dirençli pansitopeni ve AFR yüksekliği devam etmesi üzerine, hastaya disemine tüberküloz şüphesiyle ampirik dördü antitüberküloz tedavi başlandı. ART, lamivudin+dolutegravir olarak düzenlendi. Tetkiklerinde ferritin 3200 ng/mL, LDH 800 U/L, fibrinojen 180 mg/dL, D-dimer 13000 µg/L, CRP 104 mg/L ve trombosit 5000/mm<sup>3</sup> saptandı. Hastaya MAS tanısı ile yüksek doz metilprednizolon ve IL-1 reseptör antagonisti anakinra başlandı. İlk 48 saat içinde ateş yanıtı alındı, ferritin ve LDH değerlerinde belirgin gerileme izlendi. İmmünsüpresif tedavi sonrası kliniği ve vitalleri düzeldi; Hgb 8.7 g/dL, PLT 274.000/mm<sup>3</sup> görüldü, karaciğer enzimleri normale döndü. Kontrol BT'de akciğer infiltrasyonlarında gerileme ve plevral efüzyonda azalma saptandı. Hastanın klinik ve laboratuvar olarak stabilleşmesi üzerine anakinra sonlandırılarak ART, antitüberküloz ve düşük doz kortikosteroid tedavileriyle taburcu edildi.

Kemik iliğinde hemofagositoz



Makrofaj aktivasyon sendromu ile kemik iliği biyopsisinde hemofagositoz görünümü



# HIV/AIDS

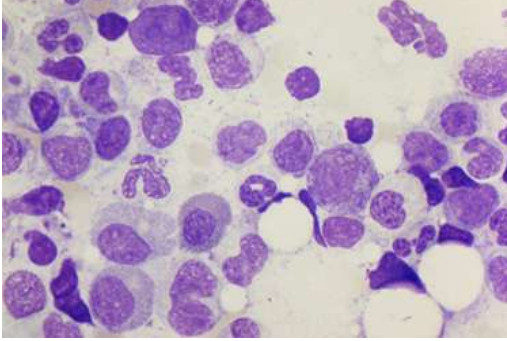
## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



### Kemik iliğinde EDESA



Edinsel saf eritroid dizi aplazisi (EDESA) gelişen, HIV ile enfekte hastadan alınmış kemik iliği aspirasyon örneği. Görüntünün merkezine yakın bölgede dev pronormoblastlar izlenmektedir (100x).

**Sonuç:** HIV ile yeni tanı almış, açıklanamayan pansitopeni ve inflamatuvar bulguları olan hastalarda tanı ve tedavide MAS ve EDESA akılda tutulmalı ve multidisipliner yaklaşım sergilenmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, makrofaj aktivasyon sendromu, edinsel saf eritroid dizi aplazisi, anakinra, antiretroviral tedavi



PS-030

### HIV Tanısında Gözden Kaçanlar: Bir Akut Retroviral Sendrom Olgusu

**Mahmut İlhan<sup>1</sup>, Eyyup Furkan Akarsu<sup>1</sup>, Tuba Damar Çakırca<sup>1</sup>, Mehmet Çelik<sup>1</sup>, Mehmet Reşat Ceylan<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Şanlıurfa Harran Üniversitesi Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Akut retroviral sendrom (ARS), İnsan İmmün Yetmezliği Virüsü' nün (HIV) ilk bulaşının ardından bireylerin %50'sinden fazlasında görülebilen mononükleoz ya da grip benzeri spesifik olmayan semptomlarla seyreden bir klinik tablodur. Bu yazıda, ARS kliniği ile bir çok kliniğe başvurup, enfeksiyon hastalıkları kliniğinde tanı alan bir olgu sunulmuştur.

**Olgu:** 61 yaşında erkek hasta, ateş, gece terlemeleri, halsizlik, yorgunluk ve son 1,5 ayda 13 kilo kaybı şikayetleri ile enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvurdu. Hastanın aynı şikayetler ile; son bir ayda enfeksiyon hastalıkları dışında birçok kliniğe başvurduğu, hastaya üst solunum yolu enfeksiyonu tanıları ile reçeteler yazıldığı ancak HIV tetkiki hiç istenmediği görüldü. Öyküsünde herhangi bir kronik hastalık bulunmayan hastanın fizik muayenesinde; sırtta yaygın soluk makülopapüler döküntü dışında patolojik bulguya rastlanmadı. Hastanın anamnezinde yaklaşık bir ay önce şüpheli bir cinsel temasta bulunduğu öğrenildi. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde ANTI-HIV: pozitif HIV-RNA:2.291.011IU/ml, CD4:11hücre/µl, CD8:468hücre/µl, WBC:4170 µL, PLT:166000µL, Hgb:12,7g/dL, üre:44.94mg/dL, kreatinin:0,78mg/dL, AST:29 U/L, ALT:31U/L, HbsAg:negatif, anti-Hbs:negatif, anti-HCV:negatif, anti-HAV IgG:pozitif, anti-CMV IgG:pozitif, anti-Tokso IgG:pozitif, VDRL:pozitif saptandı. Akciğer grafisinde patolojik bulguya rastlanmadı. Hasta ile görüşülerek tedaviye başlanma kararı alındı. Hastaya TDF/FTC +DTG tedavisi ve trimetoprim/sulfametoksazol profilaksisi başlandı. TPHA testi de pozitif saptanan hastaya Deposilin 2.4 milyon ünite 3 doz olarak yapıldı. Takiplerinde, 1.ayda HIV-RNA:23.728 IU/ml olarak ölçüldü. Tedavinin 2. ayında HIV-RNA:5344 IU/ml, CD4:170hücre/µl, CD8:1836 hücre/µl saptandı. Antiretroviral tedavinin ardından hastanın klinik şikayetlerinde düzelme görülmekte olup, takiplerine devam edilmektedir.

**Sonuç:** Yeni tanı HIV enfeksiyonu ARS kliniği ile başlayabilir ve klinik bulgular mononükleoz ya da grip benzeri enfeksiyonlar ile karışabilir. Mononükleoz benzeri semptomlarla başvuran, cilt döküntüsü ve VDRL pozitifliği gösteren hastalarda HIV enfeksiyonunun akılda bulundurulması gerekmektedir. ARS döneminde CD4+ T lenfosit hücreleri olgumuzda olduğu gibi hızla azalabilmektedir, bu nedenle erken tanı ve tedavi hayati öneme sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** Akut Retroviral Sendrom, HIV, Mononükleoz



PS-032

### Hekimlerin HIV ve AIDS Klinik Göstergeleri Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Farkındalıklarının Değerlendirilmesi

**Banu Sultan Uzoğlu<sup>1</sup>, Tuğba Arslan Gülen<sup>1</sup>, Tuba Turunç<sup>1</sup>, Keziban Dursun<sup>1</sup>, Kübra Başıbüyük Mendeş<sup>1</sup>, Beyza Sarıoğlu<sup>1</sup>**

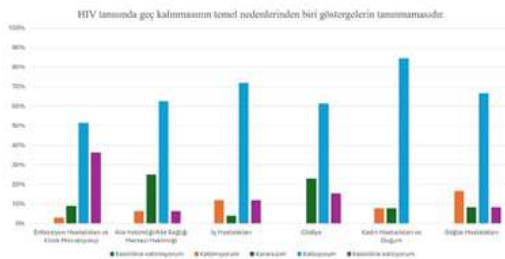
<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Adana

**Giriş ve Amaç:** Hekimlerin HIV/AIDS ilişkili göstergelere yönelik bilgi düzeyinin yetersizliği tanıda gecikmede önemli bir etkidir. Bu çalışmanın amacı, HIV/AIDS ile ilişkili klinik göstergeler konusunda hekimlerin bilgi düzeylerini değerlendirmek ve HIV tanısında göstergelere dayalı farkındalık durumunu ortaya koymaktır.

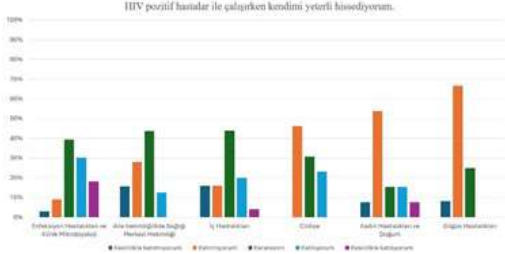
**Gereç ve Yöntemler:** İç Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları, Cildiye, Aile Hekimliği/Aile Sağlığı Merkezi Hekimliği (AH/ASM), Kadın Hastalıkları ve Doğum (KHD), Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji (EHKM) branşlarındaki hekimlerin HIV/AIDS ile ilişkili Amerika Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi klinik göstergeleri hakkındaki bilgi/tutumlarını ölçen toplam 68 soru yanıtı (7 demografik, 61 bilgi/tutum değerlendiren Likert tipi 5'li soru) değerlendirildi. Anket online olarak Google Formlar platformu aracılığıyla hekimlere uygulandı. Veriler SPSS programında analiz edildi.

**Bulgular:** 128 katılımcının yaş ortalaması 33, %65,5'i kadın idi. 71'i (%55,5) 24-29 yaş aralığında, hekimlik yılları 0-4 yıl arasındaydı. EHKM dışı branşlar HIV hastası görme sıklıklarını çoğunlukla "nadiren" olarak belirtmiş olup, tüm branşlarda göstergelerin tanınmamasının tanıda gecikmeye neden olabileceği görüşü hakimdi (Şekil-1). EHKM (%96,9) ve KHD (%69,3) hekimleri HIV testini sıkça önerdiklerini, EHKM hekimlerinin %39,4'ü HIV tanılı hastalarla çalışırken yeterli olduğu konusunda kararsız olduğunu belirtmiştir (Şekil-2). EHKM hekimlerinin %93,9'u ekstrapulmoner kriptokok, %97'si tüberküloz, tümü ise CMV retinitinde HIV testi istenmesi gerektiğini belirtmiştir. Biri P. jirovecii pnömonisi olan hastalarda AIDS düşünmeyeceği cevabını vermiştir (Tablo-1). İç Hastalıkları hekimlerinin %28'i tükenmişlik sendromunun gösterge olabileceğini, sırasıyla %88 ve %68'i Burkitt lenfoma ve İmmünoblastik lenfomalı hastalarda HIV testi istenmesi gerektiğini belirtmiştir (Tablo-2). AH/ASM hekimlerinin %31,3'ü kronik ishalli hastadan, %6,3'ü tüberküloz hastasından HIV testi istenmesine gerek olmadığı yanıtını vermiştir (Tablo-3). KHD hekimlerinin %69,2'si İnvaziv servikal kanser tanısı alan hastada HIV testi istenmesi gerektiğini, %23,1'i ise kararsız olduğunu belirtmiştir. Gebelikte %15,4'ü test istenmesine gerek olmadığı yanıtını vermiştir. Cildiye hekimlerinin birden fazla dermatomu tutan/aynı dermatomda tekrarlayan zona lezyonları olması durumunda %92,3'ü, Kaposi sarkomu tanısı konulduğunda tümü test istenmesi gerektiği cevabını vermiştir. Göğüs Hastalıkları doktorlarının %91,7'si tüberküloz hastasında HIV testi istenmesi gerektiği, %41,6'sı yılda ≥2 kez bakteriyel pnömoni geçirilmesi durumunun AIDS ilişkili olabileceğini, tümü ise P. jirovecii pnömonili hastada AIDS olasılığını düşüneceğini belirtmiştir.

Şekil 1. HIV tanısında geç kalınmasının temel nedenlerinden biri göstergelerin tanınmamasıdır



Şekil 2. HIV pozitif hastalar ile çalışırken kendimi yeterli hissediyorum



Tablo 1. EHKM Hekimlerinin HIV/AIDS Göstergelerine Yönelik Bilgi ve Tutumları

|                                                                                          | Kesinlikle katılmıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Kesinlikle katılıyorum |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|------------|-------------|------------------------|
|                                                                                          | n (%)                   | n (%)        | n (%)      | n (%)       | n (%)                  |
| Ekstrapulmoner kriptokok enfeksiyonunda AIDS'i öngörürüm                                 | -                       | -            | 2 (6,1)    | 10 (30,3)   | 21 (63,6)              |
| Yaygın/akciğer dışı MAC / M. kansasii enfeksiyonunda HIV'i düşünürüm                     | -                       | 1 (3)        | 1 (3)      | 12 (36,4)   | 19 (57,6)              |
| Tekrarlayan salmonella sepsisini, AIDS açısından değerlendiririm                         | -                       | -            | 9 (27,3)   | 8 (24,2)    | 16 (48,5)              |
| HSV ilişkili özofajit AIDS klinik göstergelerinden olup HIV testi isterim                | -                       | -            | 3 (9,1)    | 11 (33,3)   | 19 (57,6)              |
| Özofageal kandidiyaziste HIV/AIDS'i göz önünde bulundururum                              | -                       | -            | 1 (3)      | 10 (30,3)   | 22 (66,7)              |
| Tüberküloz hastasında, AIDS açısından test yapılması gereklidir                          | -                       | 1 (3)        | -          | 9 (27,3)    | 23 (69,7)              |
| HSV ilişkili bir kronik ülseri AIDS açısından değerlendiririm                            | -                       | 2 (6,1)      | 9 (27,3)   | 6 (18,2)    | 16 (48,5)              |
| HSV ilişkili bronşit veya pnömonide, AIDS'i göz önünde bulundururum                      | -                       | 2 (6,1)      | 2 (6,1)    | 12 (36,4)   | 17 (51,5)              |
| Karaciğer, dalak ve lenf düğümleri dışında CMV enfeksiyonu saptadığımda AIDS'i düşünürüm | -                       | -            | -          | 13 (39,4)   | 20 (60,6)              |
| CMV retiniti, AIDS'in bir göstergesi olabilir                                            | -                       | -            | -          | 12 (36,4)   | 21 (63,6)              |
| Listerioz, HIV/AIDS için dikkate aldığım fırsatçı enfeksiyonlardan biridir               | 1 (3)                   | 4 (12,1)     | 7 (21,2)   | 11 (33,3)   | 10 (30,3)              |
| Basiller anjiomatöz deri lezyonlarını HIV enfeksiyonu ile ilişkilendiririm               | -                       | -            | 6 (18,2)   | 13 (39,4)   | 14 (42,4)              |
| Klinik pratiğimde P. jirovecii pnömonisi gördüğümde, AIDS evresi aklıma gelir            | 1 (3)                   | -            | -          | 8 (24,2)    | 24 (72,7)              |
| Akciğer kandidozu olan hastaları, AIDS yönünden rutin olarak değerlendiririm             | -                       | 2 (6,1)      | 2 (6,1)    | 8 (24,2)    | 21 (63,6)              |

MAC: Mycobacterium avium complex HSV: Herpes simplex virüs CMV: Cytomegalovirus

Tablo 2. İç Hastalıkları Hekimlerinin HIV/AIDS Göstergelerine Yönelik Bilgi ve Tutumları

|                                                                           | Kesinlikle katılmıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Kesinlikle katılıyorum |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|------------|-------------|------------------------|
|                                                                           | n (%)                   | n (%)        | n (%)      | n (%)       | n (%)                  |
| Kaposi sarkomu tanısı alan hastada HIV'i araştırırım                      | 1 (4)                   | -            | 1 (4)      | 10 (40)     | 13 (52)                |
| Tükenmişlik Sendromunu bir gösterge olarak görmem                         | 2 (8)                   | 5 (20)       | 6 (24)     | 9 (36)      | 3 (12)                 |
| Orofarengeal kandidoz bir gösterge olabilir                               | -                       | 1 (4)        | 3 (12)     | 14 (56)     | 7 (28)                 |
| Kronik ishali olan hastadan HIV testi isterim                             | 1 (4)                   | 1 (4)        | 3 (12)     | 13 (52)     | 7 (28)                 |
| İTP tanısı alan bir hastadan HIV testi isterim                            | -                       | -            | 5 (20)     | 14 (56)     | 6 (24)                 |
| Burkitt lenfoma tanılı hastada AIDS'i öngörürüm                           | -                       | 2 (8)        | 1 (4)      | 9 (36)      | 13 (52)                |
| İmmünoblastik lenfoma tanılı hastada HIV testi isterim                    | 1 (4)                   | 3 (12)       | 4 (16)     | 9 (36)      | 8 (32)                 |
| HSV ilişkili özofajit AIDS klinik göstergelerinden olup HIV testi isterim | -                       | 1 (4)        | 3 (12)     | 11 (44)     | 10 (40)                |

İTP: İmmün Trombositopenik Purpura HSV: Herpes simplex virüs

Tablo 3. AH/ASM Hekimlerinin HIV/AIDS Göstergelerine Yönelik Bilgi ve Tutumları

|                                                                  | Kesinlikle katılmıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Kesinlikle katılıyorum |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|------------|-------------|------------------------|
|                                                                  | n (%)                   | n (%)        | n (%)      | n (%)       | n (%)                  |
| Tükenmişlik Sendromunu bir gösterge olarak görmem                | -                       | 3 (9,4)      | 19 (59,4)  | 9 (28,1)    | 1 (3,1)                |
| Kronik ishali olan hastadan HIV testi isterim                    | 3 (9,4)                 | 7 (21,9)     | 7 (21,9)   | 11 (34,4)   | 4 (12,5)               |
| Orofarengeal kandidiyazis bir gösterge olabilir                  | -                       | -            | 4 (12,5)   | 20 (62,5)   | 8 (25)                 |
| Tüberküloz hastasında, AIDS açısından test yapılması gereklidir  | -                       | 2 (6,3)      | 8 (25)     | 17 (53,1)   | 5 (15,6)               |
| Gebelik sürecinde HIV taraması yapılması gerektiğini düşünüyorum | -                       | 2 (6,3)      | 4 (12,5)   | 15 (46,9)   | 11 (34,4)              |

**Sonuç:** Gösterge durumların bilinme oranlarının özellikle EHKM dışı branşlarda yeterli düzeyde olmadığı, EHKM'de ise bilgi düzeyinde eksiklikler olduğu görülmektedir. Tüm branşlarda bilgi düzeyini arttırmak için tıp eğitiminden başlayarak eğitimler planlanmalı ve belirli periyotlarda tekrar edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV/AIDS, gösterge, bilgi düzeyi, tutum

PS-033

### Kaposi Sarkomu ile Tanı Alan HIV Pozitif Bir Olgu

**Birsen Cunetoğlu<sup>1</sup>, Tuğba Arslan Gülen<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Kaposi Sarkomu (KS), HIV enfeksiyonunun AIDS ile ilişkili en sık görülen malignitelerinden biridir. Genellikle mukokutanöz lezyonlarla kendini gösterir ve bazı olgularda HIV enfeksiyonunun ilk belirtisi olabilir. Bu bildiride, HIV enfeksiyonu daha önce bilinmeyen ve KS lezyonlarıyla tanı alan bir olgu sunulmaktadır.

**Olgu:** Otuz bir yaşında erkek hasta , altı ay önce başlayan ve giderek artan baş, boyun, gövde ve karın ön duvarında mor renkli lezyonlar nedeniyle hastaneye başvurdu. Sistem sorgusunda 4 ay önce başlayan ateş, öksürük, göğüs ağrısı şikayetleri mevcuttu. Gece terlemeleri ve 10 kg kilo kaybı tarif etti. Yapılan tetkiklerde HIV antikor testi pozitif saptandı. Fizik muayenede bilinci açık, oryante, koopere, ateş 36.3 °C, tansiyon 120/80mmHg, nabız 82/dk idi. Oral mukozada, baş, boyun, üst ve alt ekstremitelerde yaygın mor nodüler lezyonlar görüldü (Resim 1,2,3). Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar incelemesinde CD4 sayısı 113/mm<sup>3</sup>, HIV RNA düzeyi ise 16.048.950 kopya/ml idi. Hastaya Biktgravir (BIC) / Tenofovir Alefenamid (TAF) / Emtrisitabin (FTC) tedavisi ile birlikte trimetoprim/ sülfametoksazol profilaksisi başlandı. Toraks BT'de bilateral hiler lenfadenopati ve buzlu cam dansiteleri, batin BT'de hepatosplenomegali ve lenfadenopatiler saptandı. Lezyondan yapılan cilt biyopsisinde fusiform ve epiteloid hücre proliferasyonu izlendi; immünohistokimyasal incelemede HHV-8 pozitif bulundu ve KS tanısı doğrulandı. Tedavi protokolü açısından onkolojiye danışıldı, kemoterapi planlanmadı. Tedavi sonrası 1.ay kontrolünde HIV RNA düzeyi 11.357 kopya/ml olarak ölçüldü. Takiplerinde hastada yüklenme bulguları gelişti. Yapılan transtorasik ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu %30 olarak saptandı ve kalp yetmezliği nedeniyle yoğun bakımda takip edildi. Tüm tedaviye rağmen hasta 104. günde eksitus oldu.

Resim 1



Resim 2



Resim 3



**Sonuç:** Bu olgu, KS'nin HIV enfeksiyonunun ilk klinik bulgusu olabileceğini göstermektedir. Şüpheli mukokutanöz lezyonlarda HIV testinin mutlaka yapılması erken tanı için kritik önemdedir. İleri evrede başvuran hastalarda prognozun kötü olduğu ve erken tanı ile multidisipliner yaklaşımın yaşam süresini uzatabileceği bu olguyla bir kez daha vurgulanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Fırsatçı enfeksiyon, Kaposi sarkomu, HIV



PS-034

### İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü Enfeksiyonuna Eşlik Eden Koenfeksiyon, Malignite ve Fırsatçı Enfeksiyonlar

Ebru Çiçek Üzümcüoğlu<sup>1</sup>, Ceylan Demir<sup>1</sup>, Fatma Kesmez Can<sup>1</sup>, Handan Alay<sup>1</sup>, Ayşe Albayrak<sup>1</sup>, Kemalettin Özden<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

**Giriş ve Amaç:** Akut viral hepatit tablosu ile prezente olan ve eş zamanlı olarak Sifiliz, Akut Hepatit B virüsü (HBV) koenfeksiyonu saptanan HIV pozitif bir olguda, immün yetmezliğin hızla ilerlemesi ve AIDS tanımlayıcı malignitelerin erken tanı ve yönetim zorluklarına dikkat çekmeyi amaçladık.

**Olgu:** 41 yaşındaki erkek hasta, Aralık 2023'te karın ağrısı, sarılık, bulantı şikayetleriyle acil servise başvurdu. Kliniğimize Akut Hepatit B ön tanısı ile yatırıldı. Kişi 1.5 yıldan beri intravenöz metamfetamin bağımlısı, bilinen kronik bir hastalığı yoktu. Fizik muayenede hepatomegali ve skleralarda ikter saptandı. Başvurudaki laboratuvar incelemelerinde ALT:1855,7 U/L, AST:1059,8 U/, Total Bilirubin:12,05 mg/dL idi. Akut hepatit B ön tanısı ile istenen tetkiklerinde HBsAg ve HBeAg pozitif, Anti Hbc IgM pozitif, HBV DNA 5.017.808 IU/mL olarak saptandı. Treponema pallidum hemaglutinasyon testi pozitif. İmmün yetmezlik araştırılmasında Anti-HIV pozitif bulundu. HIV RNA 32.900 kopya/mL olarak ölçüldü. CD4 lenfosit sayısı 22 hücre/μL ile ileri evre immün yetmezlik (AIDS) olarak değerlendirildi. Tüberküloz ekarte edildi. Hastaya destek tedavisi, ardından Tenofovir/Emtrisitabin + Dolutegravir içeren antiretroviral tedavi başlandı. Benzatin penisilin g 2.4 milyon ünite yapıldı. Klinik stabilite sağlandıktan sonra taburcu edildi. Takiplerinde Hbs Ag negatifliği sağlandıktan sonra Hepatit B aşılama yapıldı. Hasta tedavi başlangıcından 16 ay sonra, sol supraklavikular bölgede giderek büyüyen şilik şikayetiyle tekrar başvurdu. CD4 T-lenfosit sayısı 154/mm<sup>3</sup> olarak saptandı, ancak HIV RNA 1900 kopya/mL olarak ölçüldü. (tedavi uyumsuz hasta) Quantiferon testi negatif. PCP profilaksisine devam edildi (trimetoprim/sulfametoksazol). Lenfoma şüphesiyle çekilen FDG PET-CT, yaygın lenfoproliferatif bir hastalığı düşündüren bulgular saptandı. Hastaya kesin tanı amacıyla biyopsi planlandı. Ancak hasta biyopsiyi kabul etmediğinden klinik stabilizasyon sağlanınca PCP profilaksisine devam edilerek taburcu edildi. Temmuz 2025'te 15 gün süren ateş şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenede servikal ve inguinal bölgelerde lenfadenopatiler saptandı. Laboratuvar incelemelerinde CD4:45 hücre/μL, anemi, trombositopeni, CRP:309,9 mg/L, GGT:428 U/L, ALP:369 U/L idi. Görüntülemelerde, lenfadenopatilerin morfolojik agresifliğinde artış olduğu görüldü. Ampirik olarak geniş spektrumlu antibiyoterapi başlandı. EBV PCR 198.200 kopya/mL olarak geldi. Asiklovir tedavisi eklendi. Yapılan tüm mikrobiyolojik incelemelerde enfeksiyöz etken gösterilemedi. Sol inguinal bölgeden yapılan eksizyonel biyopsi Hodgkin lenfoma ile uyumlu olarak raporlanınca, hasta hematoloji kliniğine devredildi.

**Sonuç:** Bu olgu, HIV ve HBV koenfeksiyonu olan tedavi uyumsuz bireylerde, antiretroviral tedaviye rağmen hızlıca gelişen derin immünsüpresyonun Hodgkin Lenfoma gibi AIDS tanımlayıcı malignitelere zemin hazırlayabileceğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** İnsan immünyetmezlik virüsü, Akut Hepatit B, Hodgkin lenfoma, Epstein-Barr virüsü, Lenfadenopati, Sifiliz



PS-035

### Bir Tıp Fakültesi Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Servisinde 2019-2025 Yılları Arasında İzlenen Edinsel İmmün Yetmezlikli Olguların İrdelenmesi

Hande Hazır Konya<sup>1</sup>, Elif Özkan<sup>1</sup>, Güliz Uyar Güleç, Serkan Öncü, Şerife Barçın Öztürk<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

**Giriş ve Amaç:** Son 7 yılda servisimize yatırarak izlediğimiz edinsel immün yetmezlikli olgularımızın özelliklerini ve yıllar içinde değişimini ortaya koymak.

**Olgu:** Gereç ve Yöntem: 1 Ocak 2019-20 Ekim 2025 tarihleri arasında servise yatırılan 63 HIV pozitif hasta çalışmaya alındı. Klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulguları incelendi. Veri analizi için SPSS (versiyon 28) kullanıldı. Bulgular:Hastaların 55(%87,3)'i erkekti. Yaş ortalaması 41,8 ( $\pm 11,4$ ) idi. Hastaların 41(%65,1)'inin ilk başvurusuydu ve yeni tanı almışlardı. Ateş yüksekliği 38(%60,3) kişide, öksürük 30(%47,6), balgam çıkarma 27(%42,9), kilo kaybı 28(%44,4), gece terlemesi 10(%15,9), ishal 14(%22,2) kişide mevcuttu. Solunum sıkıntısı ve oksijen desteğine ihtiyaç 11(%17,5) kişide saptandı. Hastaların 10(%15,9)'unda eşlik eden sifiliz, 5(%7,9)'inde üretrit, 4(%6,3)'ünde HPV, 2(%3,2)'sinde HSV lezyonları saptandı. Lenfadenopati 21 (%33,3) kişide mevcuttu.Laboratuvar: CD4 sayısı ortalama: 277/mm<sup>3</sup> (1-1228) idi. Lenfopenik ( < 1000/mm<sup>3</sup>) olan 24(%38) hasta mevcuttu. HIV RNA ortalama:1.812.659(0-70.000.000) IU/ml saptandı. Rutin taramalarında 49(%77,8) kişi VZV, 58(%92,1) kişi CMV, 40(%63,5) kişi kızamık, 41(%65,1) kişi kabakulak, 42(%66,7) kişi EBV, 17(%27) kişi toxoplasma için bağışık bulundu. Klinik tanılar: Pneumocystis jiroveci pnömonisi olan 12 (%19) kişi, tüberküloz olan 6(%9,5) kişi, CMV hastalığı olan 5(%7,9), kriptokok menenjitisi olan 2 (%3,1) kişi bulundu. 1 kaposi sarkomu, 1 akciğer kanseri, 1 burkitt lenfoma, 1 nazofarenks kanseri tanısı kondu. 7(%11,1)kişi servis yatışı esnasında kaybedildi.Yıllara göre yatan hasta sayısı, ilk kez tanı alarak servis yatışı gerekmesi, ilk tanı anında AIDS tablosunda olmak, antiretroviral tedavi deneyimli olmak veya olmamak, servis yatışı anındaki CD4 sayısı, HIV RNA sayısı, tanı konan fırsatçı enfeksiyonlar ve maligniteler açısından irdeleme yapıldığında, 2019-20 ile 2022-23 yıllarında sağlık hizmetine başvuruda duraklama yaşandığı, başvuru olduğunda hastaların daha ciddi klinik tabloda geç tanı aldığı, ilerleyen yıllarda ise hem sayı hem ciddiyetin hızla arttığı gözlenmektedir.

Tablo 1: Hastaların yıllara göre özellikleri ile dağılımı

| Yıllar | Hasta sayısı | Yaş ortalaması $\pm$ SD (median) | Yeni tanı alan hasta sayısı (%) | AIDS tablosundaki hasta sayısı (%) | ART deneyimli hasta sayısı | Ortalama CD4 sayısı (mm <sup>3</sup> ) | Ortalama HIV RNA (IU/ml) | Fırsatçı Enfeksiyon ve malignite sayısı (%) |
|--------|--------------|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------|
| 2019   | 4            | 54( $\pm 7$ )(55)                | 2(%50)                          | 4(%100)                            | 2(%50)                     | 159                                    | 2.748.946                | 2                                           |
| 2020   | 6            | 38( $\pm 10,5$ )(38)             | 2(%33,3)                        | 4(%66,6)                           | 3(%50)                     | 417                                    | 198.783                  | 1                                           |
| 2021   | 12           | 38( $\pm 10,8$ )(36)             | 6(%50)                          | 8(%66,6)                           | 5(%41)                     | 365                                    | 5.947.975                | 2                                           |
| 2022   | 6            | 44( $\pm 7,9$ )(48)              | 6(%100)                         | 5(%83,3)                           | 0                          | 277                                    | 873.106                  | 3                                           |
| 2023   | 4            | 46( $\pm 8,3$ )(45)              | 3 (%75)                         | 3 (%75)                            | 1(%25)                     | 165                                    | 842.475                  | 1                                           |
| 2024   | 14           | 37( $\pm 7,4$ )(36)              | 11 (%78)                        | 11 (%78)                           | 9(%62)                     | 194                                    | 1.128.259                | 6                                           |
| 2025   | 17           | 44( $\pm 14,4$ )(41)             | 11(%64)                         | 13(%76)                            | 6(%35,3)                   | 274                                    | 528.124                  | 9                                           |

**Sonuç:** Stigma etkisi kendini göstermektedir. Hastalığın bulaşma yolları ve korunma yöntemleri daha yaygın şekilde anlatılmalı, tanıda gecikme olmaması adına tarama testlerinin yaygınlaştırılması için sağlık meslek örgütleri ve sivil toplum kuruluşlarıyla iş birliği yapılmalı, özellikle genç popülasyonun eğitime önem verilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, AIDS, fırsatçı enfeksiyon, geç tanı

PS-036

### Genç Bir Olguda Dirençli Ateş ve Bilinç Değişikliği ile Seyreden Akut Retroviral Sendrom

**Narmin Safarova<sup>1</sup>, Elmas Bereketli<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

**Giriş ve Amaç:** Akut retroviral sendrom, HIV enfeksiyonunun primer döneminde (bulaştıktan sonraki 2–6 hafta içinde) görülen, yüksek düzeyde viral replikasyon ve geçici immün yanıtla karakterize klinik tablodur. Bulguların nonspesifik olması nedeniyle sıklıkla influenza veya mononükleoz ile karıştırılmaktadır. En sık semptomlar ateş, lenfadenopati, boğaz ağrısı, döküntü, miyalji ve artraljidir. ARS döneminde HIV RNA testleri yüksek pozitiflik gösterir, viral yük çoğunlukla  $> 10^6$  kopya/mL'dir. CD4 T lenfosit sayısı bu evrede geçici olarak düşebilir. Bazı hastalarda nörolojik semptomlar (ör. baş ağrısı, aseptik menenjit, ensefalopati) de gelişebilir. Erken tanı ve antiretroviral tedavi (ART) başlanması, hem bireysel prognozu iyileştirmekte hem de HIV bulaş zincirinin kırılmasına katkı sağlamaktadır. Akut retroviral sendrom (ARS), HIV enfeksiyonunun primer döneminde ortaya çıkan, çoğunlukla nonspesifik semptomlarla seyreden bir tablodur. Bu olgu sunumunda, uzamış ateş ve bilinç değişikliği ile başvuran genç bir erkekte ARS tanısı tartışılmaktadır.

**Olgu:** Bilinen kronik hastalığı olmayan 24 yaşındaki erkek hasta, acil servise ateş ve bulantı şikayeti ile başvurdu. Hastada yaklaşık 15 gündür devam eden şikayetler mevcut olup, bu süreçte zaman zaman bilinç değişiklikleri ve halüsinasyon görme tariflenmekteydi. Ayrıca gece terlemeleri de eşlik etmekteydi. Son iki gündür şikayetlerine karın ağrısı da eklenmişti. Evde ölçülen en yüksek ateşinin  $42^{\circ}\text{C}$  olduğu bildirildi. Dış merkezde üst solunum yolu enfeksiyonu ön tanısı ile penisilin tedavisi başlanmış ancak fayda görülmemişti. Acil serviste yapılan kan tahlillerinde karaciğer fonksiyon testlerinde artış ve tam kan sayımında pansitopeni saptandı. Batın ve toraks görüntülemelerinde akut patoloji görülmedi. Yapılan yüzeyel ultrasonografide sol servikal zon 2 düzeyinde  $10 \times 7$  mm, sağ servikal zon 2 düzeyinde  $17 \times 8$  mm, bilateral aksiller ve inguinal bölgede ise birkaç adet kısa aksları 1 cm'yi geçmeyen, öncelikle reaktif olduğu düşünülen lenf nodları izlendi. Dirençli ateşi devam eden hasta enfeksiyon hastalıkları servisine yatırıldı. Ateş etyolojisi araştırılan hastada Anti HIV, HIV RNA, TPHA, viral markerlar ve immün yetmezlik paneli istendi. Yapılan LPde BOS cbcde özellik saptanmadı. Solunum yolu etken paneli negatif sonuçlandı. CD4+ T lenfosit sayısı  $145$  hücre/ $\text{mm}^3$ , HIV RNA düzeyi ise  $10^7$  kopya/mL olarak sonuçlandı. Klinik ve laboratuvar bulgularla hasta Akut Retroviral Sendrom olarak değerlendirildi. Biktgravir/Emtricitabin/Tenofovir Alafenamid tedavisi başlandı. Takiplerinde karaciğer fonksiyon testleri geriledi ve ateş kontrol altına alındı. Hasta poliklinik takiplerine devam etmektedir.

Tablo-1 :Laboratuvar parametreleri

|       | WBC<br>( $\text{mm}^3$ ) | NEU<br>( $\mu\text{L}$ ) | LY<br>( $\mu\text{L}$ ) | PLT<br>( $\text{mm}^3$ ) | CD4 | AST | ALT | HIV-RNA            | CRP<br>( $\text{mg/L}$ ) | PCT<br>( $\text{ng/L}$ ) |
|-------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|-----|-----|-----|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.Gün | 2,47                     | 1,52                     | 0,85                    | 170                      | 184 | 632 | 394 | $10^7$             | 73                       | 0,32                     |
| 3.Gün | 3,13                     | 0,91                     | 1,65                    | 155                      | 199 | 922 | 675 | -                  | 35                       | 0,88                     |
| 7.Gün | 4,27                     | 1,48                     | 3,02                    | 216                      | 439 | 128 | 174 | $3,22 \times 10^4$ | 3                        | 0,12                     |

**Sonuç:** Genç erişkin hastalarda uzamış ateş ve lenfadenopati varlığında akut retroviral sendrom mutlaka ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır. HIV enfeksiyonunun gidişatını olumlu yönde etkilemek için erken tanı ve uygun antiretroviral tedavi kritik önem taşır. Ayrıca nonspesifik semptomların ihmal edilmemesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, retroviral sendrom

PS-037

### Yeni Tanı HIV Enfeksiyonu Olan Bir Hastada Tüberküloz Menenjit: Geç Tanı Sonucu Gelişen Fırsatçı Enfeksiyon

Furkan Barış Arıkan<sup>1</sup>, Sümeyra İstek<sup>1</sup>, Hüsni Pullukçu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

**Giriş ve Amaç:** İnsan immün yetmezlik virüsü (Human Immunodeficiency Virus – HIV) enfeksiyonu, hücrel bağışıklığın ilerleyici baskılanması sonucu fırsatçı enfeksiyonlara zemin hazırlar. HIV pozitif bireylerde en sık görülen ve en yüksek mortaliteye sahip fırsatçı enfeksiyon tüberküloz (TB). Özellikle tüberküloz menenjit (TBM), tanı ve tedavideki gecikme durumunda kalıcı nörolojik sekillere ve yüksek ölüm oranına yol açabilir. Erken tanı ve antiretroviral tedavi (ART) ile TBM sıklığı azalmış olsa da, geç tanı alan ya da ileri immün yetmezlik evresinde başvuran olgularda tablo hâlen ciddi seyretmektedir. Bu bildiride, bilinç bulanıklığı ve fokal nörolojik defisit ile başvuran yeni tanı HIV pozitif bir hastada TB menenjit tanısına giden sürecin ve tedavi yanıtının sunulması amaçlanmıştır.

**Olgu:** Otuz altı yaşında erkek hasta, son 20 gündür süren baş ağrısı, bilinç bulanıklığı ve dezoryante davranışlar nedeniyle “menenjit/ensefalit?” ön tanısıyla yönlendirildi. Acilde bilinci açık, basit emirlere koopere ancak oryantasyonu bozuktuk; ense sertliği saptanmadı. İzlemde sağ hemipleji gelişti. Serolojik incelemede HIV pozitifliği doğrulandı, HIV RNA düzeyi 3.907.943 kopya/mL, CD4 lenfosit sayısı 257 hücre/mm<sup>3</sup> (%28) olarak saptandı. İlk beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde 237 lökosit/mm<sup>3</sup> (%73 mononükleer), protein 258 mg/dL, glukoz 20 mg/dL (kan glukozu 140 mg/dL) bulundu. Kriptokok antijeni, Çinî mürekkep ve tüberküloz polimeraz zincir reaksiyonu (PZR) negatifti. Toraks yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografide TB lehine infiltrasyon saptanması üzerine hasta izolasyona alındı. Ampirik antifungal tedavi kısa sürede kesilerek seftriakson, vankomisin, dördü tüberküloz rejimi (izoniazid, rifampisin, pirazinamid, etambutol) ve prednizolon 1 mg/kg başlandı. Aynı dönemde antiretroviral tedavi (dolutegravir 50 mg 2x1 + lamivudin 300 mg 1x1) eklendi. Kontrol lomber ponksiyonda (14.10.2025) BOS lökosit 534/mm<sup>3</sup> (%56 polimorfonükleer), protein 288 mg/dL, glukoz 41 mg/dL olarak bulundu ve Mycobacterium tuberculosis complex PZR pozitif, rifampisin direnci saptanmadı. Bronkoalveoler lavajda sitomegalovirüs DNA düşük düzeyde pozitif (173 kopya/mL) olup antiviral tedavi verilmedi. Tedavi sürecinde bilinç ve motor fonksiyonlarda kademeli düzelme izlendi. Hasta tüberküloz tedavisinin 25 . gününde nörolojik semptomları tam gerilemesi üzerine taburcu edildi. ayaaktan takibe başlandı.

**Sonuç:** HIV enfeksiyonunda tüberküloz menenjit, immün baskılanmanın ilk göstergesi olabilir ve tanıda gecikme mortaliteyi artırır. Bu olguda, ilk testlerin negatif olmasına karşın klinik şüpheyle sürdürülen izlem ve tekrarlanan BOS incelemesiyle kesin tanıya ulaşılmış, erken başlanan antitüberküloz ve antiretroviral tedaviyle belirgin klinik iyileşme sağlanmıştır. HIV pozitif bireylerde santral sinir sistemi enfeksiyonlarında negatif ilk testlerin tanıyı dışlamadığı, tekrarlayan BOS incelemesi ve multidisipliner yaklaşımın tanı ve tedavi başarısı açısından hayati önem taşıdığı vurgulanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV enfeksiyonu, Tüberküloz menenjit, Fırsatçı enfeksiyon, Geç tanı, Antiretroviral tedavi

PS-038

### Lenfadenopati ile Başvuran Hastada HIV ve Tularemi Birlikteliği: Nadir Bir Olgu Sunumu

**Ahmet Basutçu<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Tularemi, bulaşıcılığı yüksek gram negatif hücre içi kokobasil olan *F.tularensis*'in neden olduğu zoonotik bir hastalıktır. Bağışıklığı baskılanmış kişilerde daha ağır klinik tablolarla karşımıza çıkabilir. HIV-tularemi koenfeksiyonu son derece nadir olmakla birlikte, tanı ve tedavi açısından önemli zorluklar ortaya çıkarır. Bu olgu sunumunda servikal lenfadenopati nedenleri araştırılan ve tularemi-HIV koenfeksiyonuna rastlanan nadir bir olgu sunulmuştur.

**Olgu:** Olgumuz 27 yaşındaki erkek hasta, kronik hastalık öyküsü yok, bilateral servikal bölgede ağrılı şişlik (Resim-1) ile enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvurdu. Öyküsünde ateş yüksekliği, kilo kaybı, gece terlemesi yoktu. Ancak kırsal bölgede yaşayan hastanın içme suyu olarak kuyu suyu kullandığı, yaşadığı yerde benzer şikayetleri olan kişiler olduğu öğrenildi. Detaylı sorgulamada hastanın 4 yıl önce korumasız cinsel ilişkisi olduğu öğrenildi. Fizik muayenede hassas, büyümüş servikal lenf nodları tespit edilmiş olup diğer sistem muayeneleri doğaldı. Enflamatuvar belirteçler arasında CRP 19,8 mg/L (normal < 5) ve WBC  $9,35 \times 10^9/L$  olup böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normal saptandı. Boyun ultrasonografisinde en büyüğü sol submandibular ve sağ posterior servikal bölgede olmak üzere çok sayıda patolojik boyutta kistik nekrotik lenf nodu mevcuttu. Laboratuvar değerlendirmelerinde Anti-HIV pozitif saptanması üzerine doğrulama testi ve HIV-RNA istendi, *F. tularensis* için serolojik testleri Halk Sağlığı Merkez Laboratuvarına gönderildi. Tularemi testi pozitif saptanan hastanın, 1/1280 mikroaglutinasyon titresi görüldü ve tularemi tanısı doğrulandı. Oral doksisiklin 2x100 mg tedavisi başlanan hastanın HIV doğrulama testi de pozitif saptandı. HIV-RNA düzeyi 13.000 kopya/mL ve CD4+ T hücre sayısı 461/ $\mu L$  idi. Hastaya antiretroviral tedavi olarak Bictegravir/Emtricitabine/Tenofovir Alafenamide başlandı. Doksisiklin tedavisinin 10. gününde, sağ posterior servikal bölgede palpasyonla ağrılı fluktuasyon veren kitle ele gelmesi üzerine kulak burun boğaz uzmanı tarafından apse düşünülerek ultrasonografi eşliğinde apse aspirasyonu yapıldı. Pürülan görümlü örnek mikrobiyolojik ve histopatolojik değerlendirmeye alındı. Aspire edilen sıvının gram boyamasında mikroorganizma görülmedi, seyrek lökosit saptandı. ARB negatif, tüberküloz kültüründe üreme olmadı. Takip muayenelerinde klinik iyileşme ve lenf nodu boyutunda küçülme görüldü. Komplikasyon gözlenmeyen hastanın doksisiklin tedavisi 21 güne tamamlanarak kesildi ve antiretroviral tedavi ile takibe alındı.

Resim-1:Bilateral Servikal Lenfadenopati



**Sonuç:** Bu vaka, lenfadenopati ile başvurmuş bir hastada yeni tanı HIV-1 enfeksiyonu ve apse oluşumu ile komplike olmuş tularemi enfeksiyonunun nadir birlikteliğini ortaya koymaktadır. Tulareminin sık görüldüğü bölgemizde anamnezde korunmasız cinsel ilişki durumu sorgulanmamış olsaydı tanıda gecikme yaşanması mümkün olabilirdi. HIV epidemisine karşı rutin poliklinik değerlendirmesinde her hastanın risk faktörleri açısından sorgulanması büyük önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV-1, tularemi, lenfadenopati, apse



PS-039

### HIV ile Yaşayan Bireyde CMV Retinit ve Sifilitik Üveit Birlikteliği: Olgu Sunumu

**Saida Ahmadova<sup>1</sup>, Tuna Demirdal<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*Izmir Katip Çelebi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi*

**Giriş ve Amaç:** HIV enfeksiyonu, immün sistemin zayıflaması sonucu fırsatçı enfeksiyonların gelişmesine zemin hazırlayan kronik bir viral hastalıktır. Sitomegalovirüs (CMV) retinit, HIV ile yaşayan bireylerde (HİYB) görme kaybına neden olan en sık oküler fırsatçı enfeksiyonlardan biridir. Sifiliz de HİYB'lerde daha agresif seyredebilir ve üveit görülebilir. Hasta, palmoplantar psoriasis tanısı nedeniyle takip edilirken HIV(+)’liği saptanan, izleminde CMV retinit ve sifilitik üveit birlikteliği gelişen, sonrasında katarakt operasyonu uygulanan nadir bir olgudur. Hasta, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk EAH Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği’nde HIV enfeksiyonu tanısıyla yatırılarak izlenmiştir. Bilgiler dosyasından alınmıştır.

**Olgu:** Elli sekiz yaşında erkek hasta, bir yıldır ellerinde ve ayak tabanlarında mor-pembe renkli kuru lezyonlar nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Palmoplantar psoriasis ön tanısı ile yatırılan hastada yapılan tarama testlerinde anti-HIV(+)’liği saptanması üzerine enfeksiyon servisine yönlendirildi. Hastanın HIV-RNA:506.000 kopya/mL, CD4:277 hücre/μL olarak bulundu. Antiretroviral tedavi (ART) olarak tenofovir/emtricitabin+dolutegravir başlandı. Genel durumu iyi, ateşsiz, hemodinamik olarak stabildi. Laboratuvarında; AST: 80 U/L, ALT: 54 U/L, LDH: 587 U/L, GGT: 83 U/L idi. Tedavinin ilk ayında sol gözünde kızarıklık ve görme azalması gelişti. Göz konsültasyonunda; sol gözde belirgin vitreus opasitesi ve iki adet mum alevi tarzında retinit odağı saptandı. CMV retinit tanısı ile gansiklovir 5 mg/kg/doz IV 2X1 başlandı. CMV IgM pozitif, CMV-DNA yüksek saptandı. On dört günlük IV tedavi sonrası klinik iyileşme gözlemlendi, tedavi oral valgansiklovir 900 mg/gün idame dozuyla sürdürüldü. Tedavi sonrası viral yük azaldı. Takiplerinde Treponema pallidum hemagglütinasyon (TPHA)(+), RPR 1/128(+) saptandı. Sifilitik üveit tanısıyla seftriakson 2 g/gün IV başlandı, yedi gün sonra kristalize penisilin G 6x4 milyon ünite 10 gün süreyle verildi. Toplam 17 günlük tedavinin ardından görme keskinliğinde artış sağlandı. Tedavi sırasında Jarisch-Herxheimer reaksiyonu gelişti ve 40 mg/gün prednizolon başlandı. Hastada görmede azalma tariflemesi üzerine yapılan muayenede bilateral katarakt saptandı. Hastaya lens implantasyonu yapıldı. Antiretroviral tedavisi hasta uyumunu arttırmak için üç yıl sonra tenofovir alafenamid/emtricitabin/biktegravir kombinasyonuna çevrildi. Son kontrollerinde HIV-RNA negatif, CD4 sayısı 227 hücre/μL idi. CMV retinit ve sifilitik üveit bulguları remisyona girmişti. Hasta halen poliklinik kontrolünde olup, görmesi stabil durumdadır.

**Sonuç:** HİYB’lerde CMV retinit, HİYB’lerde en sık görülen oküler fırsatçı enfeksiyondur ve tedavi edilmediğinde kalıcı görme kaybına yol açabilir. Sifilitik üveit ise, daha ağır seyretmekte ve erken tanı konulmadığında ciddi görme kayıplarına neden olabilmektedir. Bu olgu, CMV retinit ve sifilitik üveit birlikteliğinin olabileceğini göstermekte, tanı ve tedavi sürecinde multidisipliner yaklaşımın önemini vurgulamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, CMV retinit, sifilitik üveit, katarakt, fırsatçı enfeksiyon.

PS-041

### İleri Evre HIV Enfeksiyonunda Tromboembolik Komplikasyonlar, Fırsatçı Enfeksiyonlar ve IRIS: Kompleks Seyirli Bir Olgu

**Atakan Muhammet Parlak<sup>1</sup>, Berkan Alp Usta<sup>1</sup>, Sibel Yıldız Kaya<sup>1</sup>, Rıdvan Karaali<sup>1</sup>, Bilgöl Mete<sup>1</sup>, Fehmi Tabak<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji*

**Giriş ve Amaç:** HIV(+) hastalar AIDS safhasında iken şiddetli immünsüpresyona bağlı olarak bir veya birden fazla oportünistik enfeksiyon, malignite, komplikasyonla başvurabilir. Posterimizde geç tanı almış ve tromboembolik olay sonrasında gelişen bakteremi, fırsatçı pnömoni ve IRIS (Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome) görülen genç erkek hastamızı sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 32 yaşında bilinen kronik hastalığı olmayan erkek hasta, Mayıs 2022'de dispne, ateş, hemoptizi ile dış merkezde sağ alt lob pnömonisi tanısıyla seftriakson ve klaritromisin başlanmış, Haziran 2022'de göğüs ağrısı şikayeti sonrası bilateral segmenter pulmoner emboli saptanarak 6 aylık antikoagülan tedavi verilmiş. Etiyoloji araştırılmamış. Mart 2025'te başlayan halsizlik, kilo kaybı, ateş, gece terlemesi şikayetleri ilerleyen hastanın Ağustos 2025 dış merkez başvurusunda BT'si bilateral yaygın mozaik perfüzyon paterni olarak değerlendirilmiş. 12/08/2025 tarihinde anti-HIV testi pozitif saptanan hasta polikliniğimize Eylül 2025'te 38°C ateş, 40 kg kilo kaybı, dispne ile başvurdu. 02.09.2025'de enfeksiyon hastalıkları servisine interne edildi. Laboratuvarında WBC:9400 NEU:8300 LYMPH:570 CRP:9 CD4: 47 hücre/mm<sup>3</sup>, HIV RNA: 1.360.000 kopya/mL idi. Pneumocystis jirovecii pnömonisi (PJP) ön tanısıyla trimetoprim-sülfametoksazol, metilprednizolon ve klaritromisin başlandı. Kan kültüründe Salmonella spp. üremesi üzerine 3 gün sonra meropenem eklendi. 05.09.2025'te ART (emtrisitabin + tenofovir disoproksil + dolutegravir) başlandı. Ateş ve plöretik ağrı şikayetleri sebat eden hastada 07.09.2025'te bilateral pulmoner emboli, pulmoner enfarkt ve perikardiyal efüzyon saptandı. Kardiyoloji tarafından perikardit tanısıyla kolşisin + ibuprofen başlandı. Alt ekstremitelerde doppler'de DVT saptanarak antikoagülasyon başlandı. Ateşlerinin devam etmesi üzerine teikoplanin eklendi. Ateşi devam eden hastada 22.09.2025'te toraks BT'de "yeni yaygın yamasal buzlu cam dansiteleri CMV? PCP?" yorumu üzerine gansiklovir eklendi. 24.09.2025'te üşüme titremelerinin devam etmesiyle amfoterisin-B ve levofloksasin başlandı. 25.09.2025'te 4'lü anti-TB tedavi başlandı ve IRIS düşünülerek metilprednizolon dozu 60mg'a çıkarıldı. (18.09 cmv-pcr: 308 iu/ml)(1.10 cmv-pcr: 573 IU/ml). 26.09.25 bronkoscopisinde BAL örneğinde Pneumocystis jirovecii PCR pozitif saptandı. Kültürlerde Candida tropicalis ve Candida krusei dışında üreme olmadı. Hastanın tüm sistemik tedavilere klinik yanıtı izlendi. 15.10.2025'te klinik olarak stabil ve semptomsuz olarak taburcu edildi.

PCP tutulumu



22.09.2025 Toraks BT: Her iki akciğerde yeni gelişen üst lobda belirgin yaygın yamasal buzlu cam dansiteleri, sentrilobüler nodülleri mevcut. cmv pnömonisi/pcp.

**Sonuç:** Geç tanı almış HIV hastalarında multisistem tutulumu, fırsatçı enfeksiyonlar ve tromboembolik komplikasyonlar sık görülmektedir. Bu olguda PJP, CMV pnömonisi, salmonelloz, fungal kolonizasyon ve tüberküloz tedavisi gerekmiş; IRIS gelişimiyle semptomatik kötüleşme izlenmiştir. ART başlangıcı sonrası oluşabilecek IRIS, tedavi planını doğrudan etkilemekte ve ayırıcı tanıda kritik rol oynamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** İmmün Rekonstrüksiyon İnflamatuvar Sendromu, İleri evre HIV enfeksiyonu, geç tanı



PS-042

### Mide ve Testis Tutulumlu DBBHL Tanılı Zor HIV Olgusu

**Fatma Betül Kılıç Aladağ<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV ) Enfeksiyonu, hastaları birçok maligniteye karşı yatkın hale getirir. AIDS hastalığını da tanımlayan bu malignitelerden biri Non Hodgkin Lenfoma'dır. Bu bozukluklar öncelikle daha ileri HIV enfeksiyonu olan ve CD4 sayısı genellikle 100 hücre/mikroL'nin altında olan hastalarda görülür. Olgumuzda testis ve mide tutulumlu CD4 sayısı 100 hücre/mikroL'nin altında Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma'lı hastanın Hematoloji Kliniği'ndeki takip süreci incelenmiştir. Hastanın organ tutulumları ilişkili cerrahi müdahalelerden bahsedilmiş ve postoperatif dönemde gelişen komplikasyonların üzerinde durulmuştur.

**Olgu:** 51 yaş erkek hastanın yapılan orşiektomi ameliyatı sırasında anti hiv+'lığı tespit edilip , gönderilen ikinci anti hiv testi ve doğrulama testinin pozitifliği sonrası hasta kliniğimize ileri tetkik ve tedavi amacıyla yatırıldı. Hastaya bicittegravir/emtricitabin/tenofovirafenamid tedavisi başlandı. CD4 sayısı 65 hücre/mikroL olan hastaya HIV tedavi protokolü gereğinde profilaksileri başlandı. Tedavi sırasında alınan mide biyopsisi sonucu Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma olarak görüldü ve hasta Hematoloji Servisi'ne devredildi. Hematoloji Kliniği'ndeki takibinin birinci haftasında karın ağrısı ve melena şikayeti olan hasta akut batın şüphesi ile Genel Cerrahi Kliniği'ne danışıldı. Çekilen batın bt şifai raporunda perforasyon? olması üzerine hasta Genel Cerrahi Kliniği'ne devredildi. Operasyon sonrası tekrar Hematoloji Kliniği'ne devredildi. Postoperatif dönemde saturasyon düşüklüğü, nefes darlığı gelişen hastada postop yüklenme düşünüldü. Diüretik tedavi başlandı. Takiplerinde VRE tarama pozitifliği olan nötropenik, hipotansif hastaya vankomisin tedavisi başlandı. Postop onuncu günde hastanın dren bölgesinde insizyon altında apse gelişti. Dreni çıkarıldı. Girişimsel Radyoloji Kliniği'nce apse drenajı yapıldı. Apseler materyalinden gönderilen yara kültüründe üreme tespit edilmedi. Hasta bir sonraki kemoterapi dozunu alacağı döneme kadar önerilerle taburcu edildi.

### Mide Biyopsi Patoloji Raporu

**MAKROSKOPİK BULGULAR**  
Büyüğü 0.2 cm çapta küçüğü takipte kaybolabilir özellikte gri beyaz renkli 9 biyopsi materyalinin tamamı bir kasette örneklendi. 9BMH1K

**MİKROSKOPİK BULGULAR**  
İmmünohistokimyasal çalışmada neoplazik hücrelerde CD20 pozitif, CD10 pozitif, LCA pozitif, bcl-6 pozitif, CD3 negatif, CD5 negatif, CD30 negatif, MUM-1 negatif, ALK negatif, EMA negatif, bcl-2 negatif ve ki-67 proliferasyon indeksi %90 olarak değerlendirilmiştir.

**TANI:** BÜYÜK B HÜCRELİ LENFOMA İNFİLTRASYONU  
mide biyopsi materyali

**AÇIKLAMA:** Bulgular Diffüz büyük B hücreli lenfoma, germinal merkez hücre fenotipi ile uyumludur.

**Sonuç:** HIV enfeksiyonu, kanserlerin gelişimine yatkınlık oluşturan hücrel bağışıklığın bozulmasına neden olur. Bu bozulma sonrası hastaların %25 ila %40'ında malignite gelişirken , yaklaşık %10'unda Hodgkin dışı lenfoma NHL gelişir. Özellikle CD4 sayısı düşük, iç organ tutulumu bulguları olan hastalarda morbidite ve mortalitesi yüksek Non Hodgkin Lenfoma düşünülmeli, tetkik ve tedavi bu doğrultuda yönlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** non hodgkin lenfoma, hiv, cd4, malignite, mide, testis, komplikasyon, morbidite, mortalite, perforasyon

PS-044

### İleri Evre HIV Enfeksiyonu Olan Bir Hastada Sitomegalovirüs Pnömonisi Olgusu

Esra Erdem Kıvrak<sup>1</sup>, Müge Güner<sup>1</sup>, Deniz Özer<sup>1</sup>, Şebnem Şenol Akar<sup>1</sup>, Çiğdem Banu Çetin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji A.D

**Giriş ve Amaç:** İleri evre insan bağışıklık yetmezlik virüsü(HIV) enfeksiyonu olan hastalarda fırsatçı enfeksiyonlar morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerindendir.Bu olguda, düşük CD4+ T lenfosit düzeyine sahip bir hastada gelişen sitomegalovirüs(CMV) pnömonisi klinik özellikleriyle sunulmuştur.

**Olgu:** Kasım 2023'te göğüs ağrısı, öksürük ve seröz balgam şikayetiyle başvuran pnömoni ve candidal özefajit ön tanısıyla sefiksim, flukonazol, moksifloksasin tedavileri verilen hasta, HIV tanısıyla tarafımızca takibe alındı. Özgeçmiş ve soygeçmişinde; ek hastalığı bulunmayan, evli, su arıza işçisi olarak çalışan ve tüberküloz temas şüphesi bulunmakta. Yaklaşık bir yıldır tüm vücutta makulopapüler tarzda döküntü ve en son bir ay önce kulak burun boğaz başvurusuna neden olacak perioral bölgede lezyonları mevcut olan hastanın başvurusundaki fizik muayenede sol tibia ön yüzde ve sırtta yaklaşık 1x1 cm, 0.5x0.5 cm erode alanlar; dil lateralinde kahverengi renk değişikliği izlendi.Göğüs hastalıkları tarafından aktif solunum yolu enfeksiyonu düşünülmeyen hastaya izoniazid profilaksisi başlandı.Başvuru CD4+ T lenfosit sayısı 44 hücre/mm<sup>3</sup> ve 2\*100000 kopya/mL viral yük saptanmış olup başvurunun 4. gününde biktegravir(BIC)/emtrisitabin(FTC)/tenofovir alafenamid(TAF) ile profilaksi amacıyla trimetoprim/sülfametoksazol(TMP-SMX) ve flukonazol başlandı.Anti CMV IgG, EBV VCA IgG/EA IgG, anti HAV IgG, anti-Rubella IgG, VZV IgG, Kızamık IgG, anti Toxoplazma IgG pozitif; anti-HCV, HBsAG, anti-HBcIgG, anti-HBs, EBV EBNA IgG, VDRL-RPR, TPHA, anti Toxoplazma IgM, Brucella aglütinasyon negatif olarak sonuçlandı.Ocak 2024'te çekilen toraks BT 'Her iki akciğer alt loba giden bronş lümenlerinde mukus tıkaçları ve sekreyon birikimleri mevcuttur. Alt lob posterobazal kesimde yaygın sentrilobüler dansite artışları izlenmekte, pnömoni etkenleri açısından değerlendirilmesi uygundur.' şeklinde raporlandı.Takiplerinde solunumsal şikayetlerin tedaviye rağmen regrese olmaması, gece terlemesinin eşlik etmesi ve CMP PCR 2\*100000 IU/mL sonuçlanması nedeniyle ileri tetkik amacıyla Ocak 2024'te interne edildi.Oftalmolojik muayenesi olağan saptanan, aktif gastrointestinal yakınması olmayan hastaya CMV pnömonisi, candida özofajiti ve non-spesifik pnömoni etkenlerini kapsayacak şekilde gansiklovir, kaspofungin, levofloksasin başlandı.Tedavinin 5. gününde ürtiker tarzı lezyonlar oluşması nedeniyle levofloksasin kesildi.Alınan solunum yolu enfeksiyon paneli; kan, idrar, balgam, mikobakteri idrar-balgam kültürlerinde üreme saptanmayan hastanın intravenöz gansiklovir tedavisi 14 güne tamamlandıktan sonra 8 haftalık valgansiklovir ile taburcu edildi.Hastanın birinci ayından itibaren takip edilen HIV-RNA negatif ve 29/11/23-25/06/24 tarihli CMV PCR negatif olarak saptandı

**Sonuç:** İleri evre HIV enfeksiyonu olan hastalarda CMV pnömonisi nadir ancak ciddi seyirli bir fırsatçı enfeksiyondur. Klinik, radyolojik ve laboratuvar bulguların birlikte değerlendirilmesi erken tanı ve uygun ART başlanması açısından önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV enfeksiyonu, CMV pnömonisi, fırsatçı enfeksiyon, düşük CD4, gansiklovir

PS-046

### Antiretroviral Tedavinin HIV ile Yaşayan Bireylerde Nörobilişsel ve Psikiyatrik Parametreler Üzerindeki Etkisi: Tanımlayıcı İlk Bulgular

**Büşra Merve Yıldırım<sup>1</sup>, Nesibe Korkmaz<sup>1</sup>, Gönül Çiçek Şentürk<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ankara Etlik Şehir Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** HIV ile enfekte bireylerde bellek, dikkat, konsantrasyon ve motor becerilerde bozulmalar HIV negatif bireylere kıyasla daha sık görülmektedir. Bu durum, HIV ile ilişkili nörobilişsel bozukluklar (HAND) olarak tanımlanır. Bu çalışmada HIV ile enfekte bireylerde nörobilişsel fonksiyonların Montreal Bilişsel Değerlendirme (MoCA) testiyle, depresyon ve anksiyete düzeylerinin Beck envanterleriyle değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca HIV RNA düzeyi, CD4 hücre sayısı ve CD4/CD8 oranı ile nörobilişsel ve psikiyatrik parametreler arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışmaya hastanemizde takipli 30 HIV ile enfekte birey dahil edilmiştir. Katılımcılara antiretroviral tedavi (ART) başlanmadan önce (0. ay) ve tedavinin 7. ayında MoCA testi, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Envanteri uygulanmıştır. Demografik ve klinik veriler, hastane bilgi sistemi ve hasta dosyalarından elde edilmiştir. Veriler tanımlayıcı eğilimler temelinde değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Bulgular, çalışma kapsamında elde edilen ilk analiz verilerini yansıtmaktadır. Katılımcıların 27'si erkek, 3'ü kadındır; yaş ortalaması 44'tür. Yedi hastada diabetes mellitus, hipertansiyon veya koroner arter hastalığından en az biri; bir hastada bipolar affektif bozukluk öyküsü bulunmaktadır. Tedavi öncesinde 24 hastada HIV RNA düzeyi > 100.000 IU/ml olarak saptanmıştır. Tedavinin 7. ayında 10 hastada HIV RNA düzeyi saptanamaz düzeye gerilemiştir. Dört hasta 7. ay kontrolüne gelmemiş, bunlardan ikisi 4. ayda saptanamaz HIV RNA düzeyine ulaşmıştır. Bir hastada ilaç uyumsuzluğuna bağlı geçici viral yük artışı gözlenmiş, uyumun sağlanmasıyla 7. ayda viral yükte düşüş izlenmiştir. Tedavi öncesi 7 hastada CD4 hücre oranı %14'ün altında olup, bu grubun 4'ünde CD4 < 200/mm<sup>3</sup>tür. Tedavi sonrası 7. ayda %14'ün altında CD4 oranına sahip hasta kalmamıştır. Başlangıçta 4 hastada CD4/CD8 oranı > 1 iken, 7. ayda bu oran 6 hastada > 1 olarak saptanmıştır. Tedavi sonrası 20 hastada MoCA skorlarında artış (> 2) gözlenmiştir. MoCA skorunda iyileşme olmayan 5 hastanın 4'ü ilkökul, 1'i ortaokul mezunudur. Tedavi sonrası 7. ayda 24 hastada depresyon düzeyinde azalma, 2 hastada artış saptanmıştır. Ayrıca 16 hastada anksiyete düzeyi azalmış, 1 hastada artış görülmüştür. Genel olarak tedavi süreci, depresyon ve anksiyete düzeylerinde belirgin düşüş eğilimi göstermiştir.

**Sonuç:** ART sonrası HIV RNA düzeylerinde azalma, CD4 hücre oranı ve CD4/CD8 oranında artış, MoCA skorlarında iyileşme ve depresyon-anksiyete düzeylerinde azalma izlenmiştir. Bulgular, ART'nin yalnızca viral baskılanma değil, bilişsel ve psikiyatrik iyileşme eğilimi de oluşturabileceğini göstermektedir. Çalışma sınırlı örneklem ve istatistiksel analiz eksikliği nedeniyle tanımlayıcı niteliktedir; ancak immünolojik iyileşme ile bilişsel toparlanma arasındaki ilişkiye dikkat çekmektedir. HIV ile yaşayan bireylerde erken tedaviye erişim ve rutin nörobilişsel değerlendirmeler, bilişsel işlevlerin korunmasına ve toplumsal işlevselliğin artırılmasına katkı sağlayabilir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, nörokognitif, psikiyatrik

PS-047

### Klasik Tedaviye Yanıtsız Pneumocystis jirovecii Pnömonisi: Alternatif Tedavi Yaklaşımı

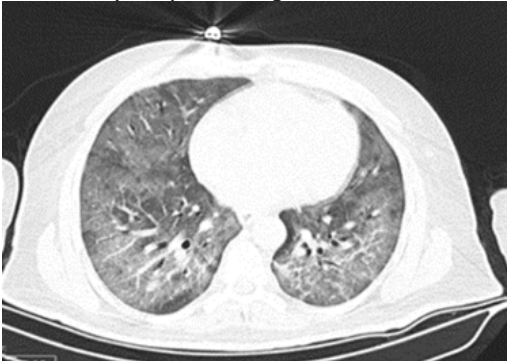
Edip Koç<sup>1</sup>, Özlem Gül<sup>1</sup>, Ahsen Öncül<sup>1</sup>, Okan Derin<sup>1</sup>, Dilek Yıldız Sevgi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** Edinsel immün yetmezlik sendromu (EİYS) tanısı olan hastalarda fırsatçı enfeksiyonlar, özellikle Pneumocystis jirovecii pnömonisi (PJP) sık görülmektedir (1-2). Bu olguda, standart PJP tedavisine yanıtsızlık gelişmesi üzerine uygulanan alternatif tedavi süreci sunulmuştur.

**Olgu:** Son 15 gündür öksürük, balgam ve nefes darlığı şikayetleri bulunan 47 yaşındaki erkek hasta, acil servise başvurdu. Bir ay önce yapılan tetkiklerde anti-HIV testinin pozitif olduğu ancak takip edilmediği ve antiretroviral tedavi (ART) almadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde ateşi 36.9 °C, solunum sayısı 34/ dakika, kan basıncı 124/92 mmHg, nabızı 129/ dakika ve oksijen satürasyonu %86 olarak ölçüldü. Bilinci açık, koopere ve oryante olan hastanın solunum sistemi muayenesinde bilateral bazallerde raller duyuldu. Ağız içinde kandidal plaklar izlendi; diğer sistem muayeneleri doğaldı. Yapılan tetkiklerinde lökosit 8.000/mm<sup>3</sup>, nötrofil oranı %85, lenfosit 660/mm<sup>3</sup>, CRP 186 mg/L, LDH 647 U/L olarak bulundu. Çekilen toraks BT'de her iki akciğerde yaygın buzlu cam dansiteleri izlendi (Şekil 1). Hasta, PJP, atipik pnömoni ve orofaringeal kandidiyazis ön tanıları ile kliniğimize yatırıldı. TMP-SMX 400 mg IV 3x1, levofloksasin 750 mg IV 1x1, prednol 40 mg IV 2x1 ve flukonazol 200 mg IV 1x1 tedavileri başlandı. Servis takibinde nazal oksijen desteği altında izlenen hastada CD4 T lenfosit sayısı 10 hücre/mm<sup>3</sup>, HIV RNA düzeyi 204.634 kopya/mL olarak saptandı. Yapılan bronkoskopide alınan bronkoalveoler lavaj örneğinde Pneumocystis jirovecii DNA(PCR) pozitif saptandı, ARB ve M.tuberculosis complex PCR negatif olarak sonuçlandı. Yapılan göz dibi muayenesinde bilateral HIV retinopatisi tespit edildi. Flukonazol ve levofloksasin tedavileri yedi güne tamamlanarak sonlandırıldı. İzleminin 13. gününde, ART olarak bictegravir 50 mg/ emtrisitabin 200 mg/tenofovir alafenamid 25 mg tablet (1x1) başlandı. Takiplerinde hastada takipne gelişti, oksijen ihtiyacı arttı ve yoğun bakım ünitesine sevk edildi. TMP-SMX tedavisi 21 güne tamamlanmasına rağmen ateşi ve oksijen ihtiyacı devam eden, akciğer grafisinde infiltrasyonlarında gerileme görülmeyen hastada, TMP-SMX tedavisine yanıtsızlık düşünüldü. Tedavi, klindamisin 3x600mg IV ve kaspofungin 1x70 mg IV yükleme dozu ardından 1x50 mg IV idame dozu şeklinde revize edildi. Bu tedavinin 3. gününde hastanın ateşi düştü, oksijen ihtiyacı azaldı ve nazal oksijen desteği ile serviste izlemine devam edildi. ART'nin 24. gününde yapılan kontrol tetkiklerinde HIV RNA düzeyi 242 kopya/mL, CD4 T lenfosit sayısı ise 57 hücre/mm<sup>3</sup> olarak saptandı. Takiplerinde oksijen ihtiyacı giderek azalan ve oda havasında stabil izlenen hasta, klindamisin ve kaspofungin tedavileri üç haftaya tamamlanarak taburcu edildi.

Pneumocystis jirovecii pnömonisi



**Sonuç:** PJP nedeni ile izlenen ancak standart TMP-SMX tedavisine yanıt alınamayan olgularda alternatif tedavi protokollerinin göz önünde bulundurulması gereklidir. Klindamisin ve kaspofungin kombinasyonu, dirençli PJP vakalarında etkili bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Pneumocystis jirovecii pnömonisi, HIV/AIDS, Alternatif tedavi, TMP-SMX yanıtsızlığı



PS-048

### Ülkemizde Nadir Gözlenen HIV-2 ile Yaşayan Olgu ve Gebelik Süreci

**Eren Gülmüş<sup>1</sup>, Berkay Bozan<sup>1</sup>, Sabri Atalay<sup>1</sup>, Gürsel Ersan<sup>1</sup>, İlkay Akbulut<sup>1</sup>, Ufuk Sönmez<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Dünyada 2025 yılı itibarıyla 40,8 milyon kişi HIV ile yaşamaktadır. Bu bireylerin 21 milyon kadarını kadınlar oluşturmaktadır. HIV ile yaşayan yaklaşık 1,3 milyon kadın ve kız çocuğu her yıl hamile kalmaktadır. Müdahale edilmediği takdirde, HIV ile yaşayan bir anneden hamilelik, doğum ve doğum sonrası döneminde çocuğuna HIV bulaşma oranı %15 ile %45 arasında değişmektedir. HIV ile yaşayan bireylerin 2 milyon kadarı HIV-2 ile enfektir. HIV-2, Batı Afrika, İspanya, Portekiz ve Goa gibi bölgelerde görülmektedir. Bu bölgelerden göçle birlikte HIV-2 enfeksiyonu dünyanın birçok yerinde görülmeye başlanmıştır. Bu olgu HIV-2 ile yaşayan olguların ve gebelerin ülkemizde nadir görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

**Olgu:** Yirmiiki yaşında Gine doğumlu kadın, evlilik öncesi 2023 yılında yapılan tarama testlerinde Anti-HIV-2 testi reaktif saptanmış, fakat yaklaşık iki yıl tedavi almadığı öğrenilmiştir. Gebelik nedeniyle başvurduğu dış merkezde Anti-HIV-2 doğrulama testi ve HIV-2 RNA pozitif saptanmıştır. Hastaya 30. gebelik haftasında tenofovir disoproksil fumarat/emtrisitabin + dolutegravir (TDF/FTC+DTG) kombinasyonu başlanmış ve 31. gebelik haftasında tarafımıza başvurmuştur ve tedavisine aynı rejimle devam edilmiştir. Hastanın eşinin HIV-1 ve HIV-2 açısından negatif olduğu görülmüştür. Ayrıca hastanın beş yaşında, Afrika'da yaşayan bir çocuğu olduğu ve çocuğun HIV negatif olduğu hasta tarafından bildirilmiştir. Laboratuvar tetkiklerinde CD4+T lenfosit sayısı 420/mm<sup>3</sup> (%32) saptanmıştır. Hastanın HIV-2 RNA sonucu tedavi başladıktan 3 ay sonraki tetkiklerde negatif saptanmıştır. Gebelik boyunca yakınması olmayan ve ilaç uyumu tam olan hastanın 34. gebelik haftasında; eski sezaryenli ve oligohidroamniyozu olması üzerine sezaryen ile doğumu gerçekleştirilmiştir. Doğumdan önce anneye profilaksi olarak IV Zidovudin başlanmıştır. Bebek doğumdan sonra yıkanmış ve zidovudin oral süspansiyon profilaksisi günde 2 kez başlanmış, tedavi süresi 6 haftaya tamamlanmıştır. Doğumda anne ve bebekte herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir. Bebeğin doğumdan hemen sonra, ikinci haftada ve altıncı haftada bakılan anti-HIV-2 testleri negatif görülmüştür. Anneye, bu virüsün sütle çocuğa geçebileceği detaylı anlatılmasına rağmen anne, çocuğunu emzireceğini belirtmiştir. Bebeğin takipleri sürmekte olup takiplerinde herhangi bir komplikasyon ve HIV-2 açısından pozitiflik görülmemiştir.

**Sonuç:** HIV-2 ile enfekte olan bireylerde kanda HIV-2 düzeyini kantitatif olarak ölçülememesi ve bu konuda bir standart olmaması bu bireylerin takibini daha da önemli hale getirmiştir. Özellikle endemik bölgelerden gelen kişilerde HIV-2 mutlaka tetkik edilmelidir. HIV-2'nin anneden bebeğe geçiş riski düşük olmakla birlikte, perinatal bulaşın engellenmesi için uygun antiretroviral tedavi (ART) ve profilaksi büyük önem taşımaktadır. Tedavi ve profilaksi planlanırken non-nükleozid revers transkriptaz inhibitörlerine (NNRTI) direnci göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** "HIV-2", "Gebelik"

PS-049

### HIV ile Yaşayan Gebeler ve Bebekleri

**Habibe Tülin Elmaslar Mert<sup>1</sup>, Şükran Özkan<sup>1</sup>, Merve Aytekin<sup>1</sup>, Hüsnüye Figen Kuloğlu<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Günümüzde HIV ile yaşayan gebeden bebeğe perinatal bulaşın önlenmesinde antiretroviral tedavi (ART) kullanımı, viral yükün baskılanması, planlı sezaryen ve emzirmenin engellenmesi önemli noktalardır. Bu çalışmada polikliniğimize başvuran HIV ile yaşayan gebelerin ve bebeklerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

**Gereç ve Yöntemler:** Polikliniğimize Ağustos 2020-Eylül 2025 arasında başvuran HIV ile yaşayan yedi gebenin ve bebeklerinin verileri retrospektif olarak incelendi (Tablo 1).

**Bulgular:** Toplam yedi gebe takip edildi. Altı gebenin yedi bebeği dünyaya geldi. Olgu1 ikiz bebek doğurdu. Olgu7 henüz doğum yapmadı. Tüm veriler Tablo1'de özetlendi. Olgu1 tanı aldıktan sonra Tenofovir Disoproksil Fumarat (TDF)/ Emtristabin (FTC)/ Raltegravir (RAL) başlandı. HIV RNA negatifleştikten sonra İn vitro Fertilizasyon yöntemi ile gebe kaldı. Gebelik takibinde HIV RNA 100 IU/ml saptanınca Dolutegravir (DTG)/ TDF/ FTC rejimine geçildi. Olgu2 tanı aldıktan sonra Tenofovir Alafenamid (TAF)/FTC/Biktegravir (BIC) başlandı. Gebelik planlanınca TDF/FTC/RAL rejimine geçildi. HIV RNA negatif seyrederken doğuma iki ay kala 1232 IU/ml saptandı. Gebelik takviyeleriyle etkileşim düşünüldü, takviyeler kesildi. TDF/FTC/DTG rejimine geçildi. Olgu3 Lamivudin (3TC)/DTG alırken gebe kaldı. Başvurusunda 28 haftalık gebeydi, HIV RNA negatif seyretmekteydi, tedavi değiştirilmedi. Olgu4 TDF/FTC/RAL aldığı süreçte tedaviye bir ay ara vermişken gebe kaldı. 13 haftalık gebeyken başvurdu. HIV RNA 9020 IU/ml saptandı. Genetik bariyeri yüksek olan TAF/FTC/BIC rejimine geçildi. Olgu5 TDF/FTC/DTG aldığı süreçte tedaviye bir ay ara vermişken gebe kaldı, dokuz haftalık gebeyken başvurdu, başvurusunda HIV RNA negatifti, tedaviye devam edildi. Olgu6 14 haftalık gebeyken tanı aldı. HIV RNA 147138 IU/ml saptanınca TDF/FTC/DTG başlandı. Olgu7 Nisan 2023'te dış merkezde 3TC/DTG başlanmış olan hasta tedavisine bir yıl ara verdiği süreçte gebe kaldı. Beş haftalık gebeyken başvurdu. HIV RNA 1398500 IU/ml iken TDF/FTC/DTG başlandı. Tedavinin ikinci ayında HIV RNA negatifleştirdi. Gebelik takibi devam etmekte. Toplam altı gebe HIV RNA negatifikten doğuma girdi, bu nedenle gebelere intravenöz Zidovudin (ZDV) verilmedi. Doğan toplam yedi bebeğe oral ZDV verildi. Bebeklere 0-6-18. aylarda HIV RNA bakılması planlandı. Şimdiye kadar bakılmış olan bebeklerdeki HIV RNA değerleri negatif saptandı.

Tablo1- Polikliniğimize son beş yıl içerisinde başvuran HIV ile yaşayan gebelerin ve bebeklerinin klinik/laboratuvar verileri

|       | TARAFI-MIZA İLK BAŞVURU TARİHİ | TANI ALMA TARİHİ | GEBE KALMA TARİHİ | BAŞLANGIÇ TEDAVİ | İLK BAŞVURUDA CD4 T LENFOSİT SAYISI | İLK BAŞVURUDA HIV RNA PCR (IU/ml) | TEDAVİ DEĞİŞİKLİĞİ | GEBELİK SAPTAN-DIĞINDA DÜZENLİ İLAÇ KULLANIMI | DOĞUM ÖNCESİ CD4 SAYISI | BEBEKLERİN TAKİPLE-RİNDEKİ HIV RNA PCR DEĞERLERİ      |
|-------|--------------------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------|
| OLGU1 | AĞUS-TOS,20                    | AĞUS-TOS,20      | ARALIK,23         | TDF+FTC+RAL      | 294                                 | 10400                             | TDF+FTC+DTG        | VAR                                           | 846                     | İKİZ BEBEKLERİN HER İKİSİNİN DE 1-6. AYLARDA NEGATİF* |
| OLGU2 | ARALIK,20                      | KASIM,20         | AĞUS-TOS,23       | TAF+FTC+BİC      | 866                                 | 731                               | TDF+FTC+RAL        | VAR                                           | 595                     | 1-6. AYLARDA NEGATİF                                  |





# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



|       |            |             |             |             |     |            |             |                      |           |                         |
|-------|------------|-------------|-------------|-------------|-----|------------|-------------|----------------------|-----------|-------------------------|
| OLGU3 | OCAK,21    | AĞUS-TOS,19 | AĞUS-TOS,21 | 3TC+DTG     | 621 | NEGATİF    | YAPILMADI   | VAR                  | 928       | 1-6-18. AYLARDA NEGATİF |
| OLGU4 | KASIM,22   | KASIM,22    | EYLÜL,23    | TDF+FTC+RAL | 257 | İSTENMEMİŞ | TAF+FTC+BİC | YOK                  | 404       | 1-6. AY-LARDA NEGATİF   |
| OLGU5 | MAYIS,23   | MAYIS,23    | ŞUBAT,23    | TDF+FTC+DTG | 997 | NEGATİF    | YAPILMADI   | YOK                  | 1091      | 1-6-18. AYLARDA NEGATİF |
| OLGU6 | ŞUBAT,25   | OCAK,25     | KASIM,24    | TDF+FTC+DTG | 505 | 147138     | YAPILMADI   | GEBELİK-TE TANI ALDI | 690       | 1. AYDA NEGATİF         |
| OLGU7 | HAZİRAN,25 | NİSAN,23    | NİSAN,25    | 3TC+DTG     | 72  | 1398500    | TDF+FTC+DTG | YOK                  | HALA GEBE | HENÜZ DOĞMADI           |

\*Olgu1 ikiz bebek dünyaya getirdi. Tüm gebelerin HIV RNA değeri doğumdan önce negatif saptandı. Olgu7'nin gebeliği hala devam etmektedir.

**Sonuç:** Bu olgu serisi, doğurganlık çağındaki HIV ile yaşayan kadınların tedavilerini düzenli kullanmaları halinde HIV ile enfekte olmayan bebek sahibi olabileceklerini tekrar göstermektedir. Doğumda viral yükün saptanamayacak düzeyde olması çok önemlidir; bu koşul gebelerin ART kullanımı hakkında bilgilendirilmeleri ve yakın izlemi ile sağlanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** ART, HIV ile yaşayan gebe, Gebelik

PS-050

## HIV ile Yaşayan Bireylerin Olduğu Türk Kohortunda Pre-diabetik Popülasyonun Takip Sonuçları

**Türkan Seynan Erten<sup>1</sup>, Sibel Bolukçu<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Kartal Dr Lütü Kırdaş Şehir Hastanesi

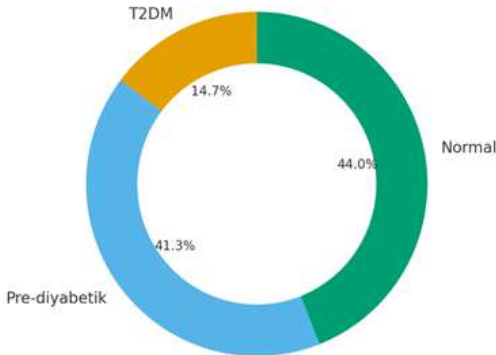
**Giriş ve Amaç:** Aralık 2020'de UNAIDS 95/95/95 hedeflerini koymuştur ayrıca bu hedeflere ilave olarak yaşam kalitesinin artırılması hedeflenmektedir. People living with HIV(PLWH) genel popülasyona göre Tip 2 diabetes mellitus(T2DM) görülme sıklığı daha yüksektir. UNAIDS hedeflerine ulaşıldıkça beklenen yaşam süreleri uzayacak ve ko-morbiditelerin tanı, tedavi ve takibi hayati öneme sahip olacaktır. Çalışmamızda sıklığında artış gösteren T2DM ve pre-diabet sıklığını PLWH popülasyonunda değerlendirmeyi amaçladık.

**Gereç ve Yöntemler:** HIV ile yaşayan bireylerin(HIVYB) dahil olduğu kohortumuza Ocak 2023-Aralık 2024 tarihleri arasında ayaktan başvuruda tanı alan olguların, tanı anında bilinen T2DM tanısı olan ve pre-diabetik hastalar ve tedavi sonrası ilk yıl verileri mevcut hastaların, takipte diabetik ya da pre-diabetik olma durumları ve risk faktörleri, demografik verileri, anti-retroviral tedavi (ART) rejimi seçimleri ve tedavi seçimlerinin diabet gelişimine etkisi değerlendirildi. T2DM ve pre-diabet tanımlamaları American Diabetes Association (ADA) kriterlerine göre yapıldı.

**Bulgular:** Çalışmamıza belirlenmiş döneme ait 77 olgu dahil edildi. Tanı anında olguların 10%'unda T2DM tanısı mevcuttu. Tanı anında CD4+ lenfosit sayılarının ve yüzdelerinin ortalaması sırasıyla 390/mm<sup>3</sup> ve 20.9%, HIV RNA 112.500 kopya/mL idi. Tanı anında ADA kriterlerine göre olguların 14.7%'si T2DM, 41.3%'ü pre-diabetikti. Başvuruda eşlik eden diğer komorbiditeleri sırasıyla 6% hipertansiyon, 3.9% koroner arter hastalığı, 1.3% kronik böbrek yetmezliği idi. İlk başvuruda açlık kan şekeri 90 mg/dL, HbA1C 5.5% idi. Tedavi sonrası ilk yıl takibi olan 40 olgunun 27.5% pre-diabetik, 15% T2DM idi. İlk takiplerinde açlık kan şekeri değerinin ortancası 89 mg/dL ve HbA1C 5.5% idi. İlk yıl takiplerinde öncesin pre-diabetik olgularda 25%'i yaşam tarzı değişiklikleri ile normal değer aralığına gerilerken tanı anında pre-diabetik olan 17.5% olgu T2DM tanısı almıştır. En sık tercih edilen başlangıç anti-retroviral tedavi(ART) rejimi bic/f/taf(42.9%) idi, ikinci sırada edilen rejim lam+dtg(39%) ve üçüncü sırada tdf/f+dtg(14.3%) kombinasyonları tercih edildi. Tanı anında pre-diabetik olan olguların T2DM olma açısından risk faktörlerinin tek değişkenli analizlerinde cinsiyet, yaş, seçilen başlangıç ART rejimleri, tedaviye başlanana kadar geçen süre, tanı anındaki HIV RNA, CD4+ lenfosit sayı ve yüzdesi açısından istatistiksel bir fark yoktu.

### Tanı Anında ADA Kriterlerine Göre Dağılım

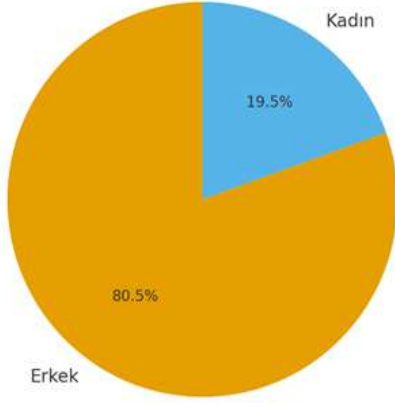
Tanı Anında ADA Kriterlerine Göre Dağılım



American Diabetes Association (ADA:American Diabetes Association)

## Cinsiyet Dağılımı

### Cinsiyet Dağılımı



Çalışmamıza belirlenmiş döneme ait 77 olgu dahil edildi. Bunların 80.5%'i erkekti.

**Sonuç:** Türkiye'de yürütülen TURDEP-II çalışması verilerine göre T2DM oranı 7.5% ve pre-diabet oranı 28.7%dir. Çalışmamıza HIVYB popülasyonunda tanı anında T2DM'in eşlik ettiği olgularda ve pre-diabet saptanma oranları genel popülasyona göre daha yüksektir. Çalışmamızda HIV ile infekte bireyler arasında tanı anında ve yıllık takiplerle pre-diabet ve diabet durumlarının takip edilmesi, yaşam tarzı değişikliğinin önerilmesi ve yıllık izlemelerin yapılmasının etkili olduğu gösterilmiştir. HIV ile infekte bireylerin beklenen yaşam süreleri uzamakta ve uzun dönem takip sonuçlarını içeren çalışmalara gereksinim vardır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, Diabet, Pre-diabet

PS-051

### Döküntü ile Başvuran Hastada HIV ve Kaposi Sarkomu Birlikteliği

Nur Bahar Oğuz<sup>1</sup>, Mustafa Kemal Çelen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

**Giriş ve Amaç:** Kaposi sarkomu (KS), insan herpes virüsü tip 8 (HHV-8) ile ilişkili, vasküler kökenli bir malign tümördür. Özellikle HIV enfeksiyonu ile ilişkili immünsupresyon zemininde gelişir ve AIDS'in tanımlayıcı hastalıklarından biridir. Genellikle deri ve mukozaları tutar, bazen visseral organlara da yayılabilir. Kutanoz lezyonlar genellikle morumsu, kırmızımsı veya kahverengimsi renk değişiklikleri şeklinde; makül, papül veya nodül tarzında ortaya çıkar. Lezyonlar ağrısız olup sıklıkla baş-boyun, gövde ve ekstremitelerde simetrik dağılım gösterir. Zamanla birleşerek plak halini alabilir veya mukozal yüzeyleri tutabilir. Bu olguda, döküntü ve kilo kaybı yakınmalarıyla başvuran bir hastada HIV enfeksiyonu ve Kaposi sarkomu birlikteliği sunulmuştur.

**Olgu:** Altmış altı yaşında, bilinen ek hastalığı olmayan erkek hasta, son aylarda gelişen anemi, iştahsızlık ve kilo kaybı nedeniyle hematoloji polikliniğine başvurdu. Yapılan tetkiklerde anti-HIV testi pozitif saptanması üzerine hasta ileri değerlendirme için Enfeksiyon Hastalıkları polikliniğine yönlendirildi. Fizik muayenede baş, boyun ve gövde bölgelerinde morumsu renkli, makülonodüler deri lezyonları tespit edildi. Laboratuvar bulgularında lökosit (WBC): 4.300 /mm<sup>3</sup>, hemogloblin (HGB): 6.7 g/dL, platelet (PLT): 154.000 /µL olarak saptandı. C-reaktif protein, aspartat aminotransferaz (AST), alanin aminotransferaz (ALT) ve kreatinin değerleri normaldi. Ayrıca doğrulama testi pozitif, HIV RNA: 67.500 kopya/ml, CD4: 64 hücre/µl olarak saptandı. Lezyonlardan alınan deri punch biyopsisinde Kaposi sarkomu ile uyumlu histopatolojik bulgular, immünohistokimyasal incelemede ise HHV-8 fokal pozitif boyanma izlendi. Hematoloji konsültasyon notunda, hastanın mevcut tablosunun HIV hastalığı ilişkili kemik iliği baskılanmasına bağlandığı belirtildi. Bu bulgularla hasta HIV ile ilişkili Kaposi sarkomu (AIDS tanımlayıcı hastalık) olarak değerlendirildi. Hastaya antiretroviral tedavi (ART) olarak Tenofovir/Emtrisitabin + Dolutegravir başlandı. CD4 düşüklüğü nedeniyle fırsatçı enfeksiyonlar açısından tarama testleri yapıldı, gerekli profilaksi tedavileri verildi. Hasta Enfeksiyon Hastalıkları poliklinik kontrolüne alındı.

Baş-boyun bölgesinde morumsu renkli, makülonodüler deri lezyonları.



**Sonuç:** Kaposi sarkomu, HIV enfeksiyonunda görülen en sık AIDS tanımlayıcı malignitelerden biridir. HHV-8 enfeksiyonu zemininde gelişen bu tümör, bağışıklık baskılanmasının derecesiyle ilişkilidir. Deri lezyonlarıyla başvuran olgularda HIV enfeksiyonu mutlaka akılda tutulmalı, erken tanı ve etkili antiretroviral tedaviye başlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, Kaposi sarkomu, HHV-8

PS-052

### EİYS İlişkili CMV Enfeksiyonu

Deniz Özer<sup>1</sup>, İsmail Işıktaş<sup>1</sup>, Esra Erdem Kıvrak<sup>1</sup>, Şebnem Şenol Akar<sup>1</sup>, Çiğdem Banu Çetin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Celal Bayar Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Sitomegalovirüs (CMV), yaygın bir herpesvirüs olup ileri düzey immünsüpresyonu bulunan bireylerde ciddi enfeksiyonlara yol açabilir. CMV'ye bağlı ensefalit ve retinit, HIV enfeksiyonunun/Edinilmiş İmmün Yetmezlik Sendromu'nun (EİYS) ileri evrelerinde, CD4 lenfosit düzeylerinin belirgin olarak azaldığı durumlarda ortaya çıkar. Bu iki tutulumun eşzamanlı görülmesi nadirdir; görüldüğünde kalıcı görme kaybı ve nörolojik sekeller gibi ağır sonuçlara neden olabilir. Bu bildiride, yeni HIV tanısı alan bir hastada CMV ilişkili ensefalit ve retinit birlikteliği sunulmaktadır.

**Olgu:** Nisan 2024'de hastanemizin acil servisine 10 gündür süren bilinçte dalgalanma ve unutkanlık şikayetleri ile getirilen 53 yaşındaki erkek hastaya menejit/ensefalit ön tanısıyla lomber ponksiyon yapıldı. BOS PCR panelinde CMV (+) saptanarak servise yatırıldı. Etkene dayalı şüphe duyulması nedeniyle yapılan anti HIV testi ve doğrulaması pozitif gelen hastada tüberküloz düşünülmendiğinden aynı gün tenofovir alafenamid/emtrisitabin/biktegravir tedavisi başlandı. Bilinen hipertansiyon tanısı olan hastaya 3 ay önce başlayan halsizlik, iştahsızlık, günde 5-6 kez olan aralıklı kanlı ishal şikayeti ile dış merkezde endoskopi ve kolonoskopi yapılmış. Kandida özofajiti ve Chron hastalığı tanıları düşünülmüş. Flukonazol ve nistatin reçete edilmiş. Fizik muayenesinde bilinci açık olan ancak oryantasyon ve kooperasyonu sınırlı olan hastada bilateral sola ve sağa bakışta belirgin nistagmus gözlemlendi. Diğer sistem muayene bulguları normaldi. Hastanın yatış CD4+ T hücre sayısı 75(%6,71), HIV-RNA:6000 IU/mL, kan CMV-DNA: 100 IU/mL olarak bulundu. Başlangıç ve kontrol LP sonuçları tabloda belirtilmiştir. Acil serviste santral sinir sistemi enfeksiyonu ön tanısıyla başlanan seftriakson, vankomisin, asiklovir ve ampisilin tedavileri menenjit panelinde CMV PCR pozitifliği saptanması üzerine gansiklovir ve meropenem olarak revize edildi. BOS kültürü negatif bulunduktan sonra meropenem kesildi. PCP profilaksisi başlandı. Retinal muayenesi CMV retiniti ile uyumlu bulundu. Yapılan SSS görüntülemeleri CMV ile uyumlu bulundu. Görüntüleme ve laboratuvar bulguları ile başka bir enfeksiyon odağı saptanmadı. Belirgin klinik yanıtı olan ve gansiklovir tedavisinin 60.gününde BOS CMV PCR negatif gözlenen hasta valgansiklovir ile tedavisi devam edecek şekilde taburcu edildi. Tedavisinin 6. ayında olan hasta, klinik, radyolojik ve laboratuvar bulguları iyileşme halinde takiplerine devam etmektedir.

### LP SONUÇLARI

|             | LP-ACİL                   | LP-KONTROL-1              | LP-KONTROL-2               |
|-------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|
|             | Lökosit görülmedi         |                           | 50 Lökosit                 |
| MİKROSKOBİ  | 4-5 Eritrosit             | 10 Lökosit                | Bol Eritrosit              |
|             | Pandy (+)                 | Bol Eritrosit             | Pandy (+)                  |
|             | Protein:102 mg/dL         | Protein:77 mg/dL          | Protein:116,5 mg/dL        |
| BİYOKİMYA   | Glukoz:45 mg/dL(Kanda 85) | Glukoz:43 mg/dL(Kanda 96) | Glukoz:58 mg/dL(Kanda 128) |
|             | Klor:120 mEq/L            | Klor:126 mEq/L            | Klor:123 mEq/L             |
| KÜLTÜR      | Üreme yok                 | Üreme yok                 | Üreme yok                  |
|             | PCR (-)                   | PCR (-)                   | PCR (-)                    |
| MİKOBAKTERİ | ARB (-)                   | ARB (-)                   | ARB (-)                    |
|             | Üreme olmadı              | Üreme olmadı              | Üreme olmadı               |
| PANEL       | CMV PCR (+)               | CMV PCR (+)               | Negatif                    |



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



**Sonuç:** İmmünsüprese bireylerde CMV, eş zamanlı ensefalit-retinite yol açabilir; EİYS'de düşük CD4 ile risk artar. Hızlı nörolojik düzelme erken tanı ve uygun antiviral ve antiretroviral tedavinin önemini vurgular. Prognoz, immünsüpresyon düzeyi ve zamanında multidisipliner tedaviye bağlıdır.

**Anahtar Kelimeler:** CMV, ensefalit, retinit, özofajit, HIV, AIDS, EİYS, gansiklovir, yeni tanı, valgansiklovir



PS-053

**Merkezimizde Takipli HIV ile Yaşayan Bireylerin İlk Yönlendirildikleri Kurum ve Branşların Değerlendirilmesi**

**Ömer Faruk Yardımcı<sup>1</sup>, Ongun Yeniçeri<sup>1</sup>, Damla Ertürk<sup>1</sup>, Ayşe Seza İnal<sup>1</sup>, Süheyla Kömür<sup>1</sup>, Ferit Kuşcu<sup>1</sup>, Aslıhan Candevir<sup>1</sup>, Behice Kurtaran<sup>2</sup>, Yeşim Taşova<sup>1</sup>**

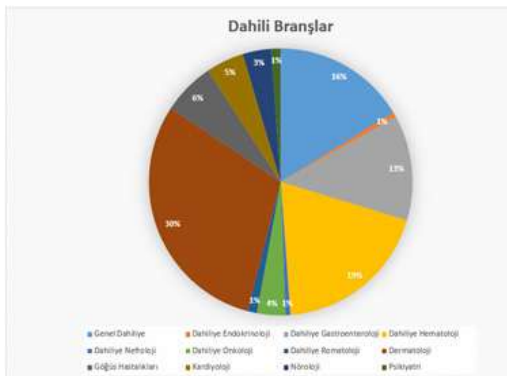
<sup>1</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

<sup>2</sup>Acıbadem Adana Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** HIV ile yaşayan bireylerde (HIYB) tanı ve tedavi süreçlerinin etkinliği, hastaların sağlık sistemine ilk başvuru ve yönlendirilme noktalarının belirlenmesiyle yakından ilişkilidir. Bu çalışmada, merkezimize başvuran HIYB'lerin hangi kurum ve branşlardan yönlendirildiği, yönlendirme kaynaklarının dağılımı ve erken tanı-tedaviye erişime etkileri değerlendirilmiştir. Böylece tanı gecikmesine yol açabilecek basamakların saptanması ve yönlendirme zincirinin güçlendirilmesine katkı sağlanması amaçlanmıştır.

**Olgu:** Bu retrospektif çalışma, merkezimize en az bir kez başvuran tüm HIYB'leri kapsamaktadır. Hastaların dosyaları incelenmiş, eksiksiz verisi bulunan olgular dahil edilmiştir. Yaş, cinsiyet, ilk başvuru CD4 T lenfosit sayısı, yönlendirildiği kurum ve branş verileri değerlendirilmiş; analizler Jamovi programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerle birlikte uygun durumlarda değişkenler arası ilişkiler incelenmiştir. Toplam 820 HIYB çalışmaya dahil edilmiştir. Yaş ortalaması  $35.8 \pm 11.9$ , medyanı 33 (15–85) olup, %88.4'ü erkek (n=725), %11.6'sı kadındır (n=95). Olguların %51.1'inde CD4 T lenfosit sayısı  $< 350$  hücre/mm<sup>3</sup> ve %24.6'sında ise CD4 T lenfosit sayısı  $< 200$  hücre/mm<sup>3</sup> olarak saptanmıştır. Hastalar en sık üniversite (%35.5; n=291) ve devlet hastanelerinden (%33.8; n=277) yönlendirilmiştir. Bunu aile sağlığı merkezleri ve Kızılay (her biri %13.2), özel hastaneler (%3.2), cezaevleri (%0.9), TSK (%0.2) ve AMATEM (%0.1) izlemiştir. Branş düzeyinde en sık yönlendirenler Enfeksiyon Hastalıkları (%30.1; n=247), Kızılay (%13.2; n=108) ve Aile Hekimliği (%13.0; n=107) olup, diğer yönlendirmelerin %28.7'si dahili, %15'i cerrahi branşlardan yapılmıştır. Branşların alt dağılımı Şekil-1 ve 2 de gösterilmiştir. CD4 T lenfosit sayısı  $< 350$  hücre/mm<sup>3</sup> olanlarda branşların kendi içindeki oranları incelendiğinde dahili branşlarda Göğüs Hastalıkları (%81.8), Kardiyoloji (%75) ve Dahiliye-Hematoloji (%72.7), cerrahi branşlarda Üroloji (%70), Kulak Burun Boğaz (%67.6) ve Beyin Cerrahisi (%62.5) öne çıkmıştır. Aile Hekimliği (%39.3) ve Kızılay (%32.4) yönlendirmelerinde oranlar daha düşüktür (p < 0.001). Diğer branşlardaki dağılım oranları Tablo-1'de gösterilmiştir. CD4 T lenfosit sayısı  $< 200$  hücre/mm<sup>3</sup> olanlarda branşların kendi içindeki oranları incelendiğinde ise en yüksek oranlar Göğüs Hastalıkları (%72.7), Dahiliye Hematoloji (%51.5) ve Genel Dahiliye (%39.2); cerrahi branşlarda Göz (%27.3), KBB (%27) ve Kadın Doğum (%25.9) bölümlerinde saptanmıştır (p < 0.001). Diğer branşlardaki dağılım oranları Tablo-2'de gösterilmiştir.

Şekil-1: Yönlendirilen Hastaların Branşlara Göre Dağılımı (Dahili)





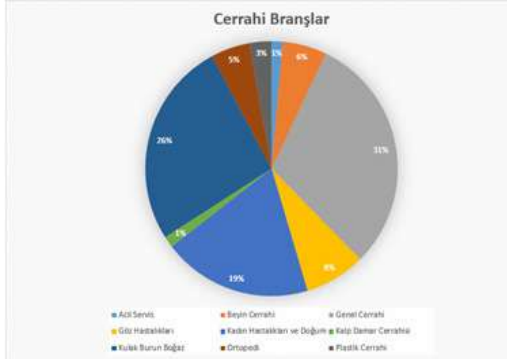
# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

4-7 ARALIK 2025  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



Şekil-2: Yönlendirilen Hastaların Branşlara Göre Dağılımı (Cerrahi)



Tablo-1: Bazı branşların kendi içerisindeki CD4 T lenfosit sayısı <350 hücre/mm<sup>3</sup> dağılım oranı

| Dahili Branşlar           | (%78,5; n:329) | Cerrahi Branşlar            | (%21,5; n:90) |
|---------------------------|----------------|-----------------------------|---------------|
| KIZILAY                   | (%32,4; n:35)  | Kadın Hastalıkları ve Doğum | (%40,7; n:11) |
| Aile Hekimliği            | (%39,3; n:42)  | Genel Cerrahi               | (%48,8; n:21) |
| Dermatoloji               | (%42,3; n:22)  | Göz Hastalıkları            | (%54,5; n:6)  |
| Dahiliye Gastroenteroloji | (%45,5; n:10)  | Ortopedi                    | (%71,4; n:5)  |
| Dahiliye Onkoloji         | (%50; n:3)     |                             |               |
| Nöroloji                  | (%50; n:3)     |                             |               |
| Enfeksiyon Hastalıkları   | (%57,9; n:143) |                             |               |
| Genel Dahiliye            | (%71,4; n:20)  |                             |               |

Tablo-2: Bazı branşların kendi içerisindeki CD4 T lenfosit sayısı <200 hücre/mm<sup>3</sup> dağılım oranı

| Dahili Branşlar           | (%82,2; n:166) | Cerrahi Branşlar | (%17,8; n:36) |
|---------------------------|----------------|------------------|---------------|
| Dahiliye Gastroenteroloji | (%22,7; n:5)   | Genel Cerrahi    | (%14; n:6)    |
| Dermatoloji               | (%17,3; n:9)   | Beyin Cerrahi    | (%25; n:2)    |
| Kardiyoloji               | (%25; n:2)     |                  |               |

**Sonuç:** Sonuç olarak HIYB'ler en sık üniversite ve devlet hastanelerinden, branş düzeyinde Enfeksiyon Hastalıkları, Aile Hekimliği ve Kızılay aracılığıyla yönlendirildiği görülmüştür. İlk başvuruda düşük CD4 düzeylerinin sık olması, yönlendirme sürecinde hâlen gecikmeler yaşandığını göstermektedir. Erken tanı ve yönlendirme için tüm branş hekimlerinin farkındalığının artırılması, risk grupları için tarama programlarının yaygınlaştırılması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, Yönlendirilen branş, yönlendirilen kurum, Yönlendirilme zinciri

### PS-054

## Serolojik Sessizliğin Ardında Klinik Şüphenin Gücü: HIV ile Yaşayan Bireyde BOS'ta FTA-ABS ile Tanı Konan Nörosifiliz Olgusu

**Minevver Zencirci<sup>1</sup>, İrem Simge Sezer<sup>1</sup>, Sabri Atalay<sup>1</sup>, Gürsel Ersan<sup>1</sup>, Muhammed Alper Özarslan<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Nörosifiliz, T. pallidum'un merkezi sinir sistemine invazyonu sonucu gelişir. Tabes dorsalis veya geç parankimal nörosifiliz denen arka kök tutulumunda kraniyal sinir paralizileri, derin duyu bozukluğu gibi nörolojik bulgular görülebilir. Sifiliz ve HIV benzer bulaşma yollarına sahip olup nörosifiliz insidansı HIV pandemisiyle birlikte yeniden artış göstermiştir. HIV ile yaşayan bireylerde atipik seyir ve tanısız zorluklar sık görülür. Bu durum, klasik serolojik testlerin duyarlılığını da etkileyebilmektedir. Bu olguda, BOS'ta VDRL negatifliğine rağmen FTA-ABS pozitifliği saptanan bir nörosifiliz vakasının tanısız süreci sunulmaktadır.

**Olgu:** Yaklaşık üç yıldır ellerde güçsüzlük, unutkanlık ve denge kaybı şikayetleriyle nöroloji polikliniğine başvuran 73 yaşında erkek hastada anti-HIV testi pozitif saptandı. İki yıl önce şüpheli cinsel ilişki sonrası peniste yaralar nedeniyle üroloji polikliniğine başvurduğu; kas güçsüzlüğü, unutkanlık şikâyetleriyle nöroloji kliniğine çoklu başvuruları olduğu ancak tanı alamadığı öğrenildi. Sensörinöral işitme kaybı sebebiyle işitme cihazı kullanmaktaydı. Daha önce cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar açısından tetkik edilmemişti. Nörolojik muayenesinde bilinç açık, oryantasyon kooperasyon tamdı. Sol üst ve alt ekstremitte kas gücü 4/5, üst ekstremitte ve dilde fasikülasyonlar görüldü. Ellerde tenar ve hipotenar atrofi mevcuttu. Romberg testi pozitif. Derin tendon refleksleri artmıştı ve Argyll Robertson pupil görüldü. Laboratuvar değerlerinde HIV-1 RNA: 248.279 kopya/mL, CD4+ T lenfosit sayısı 517 hücre/uL (%31) olarak saptandı. Ters sifiliz tanı algoritmasına göre serum T. pallidum total antikor (ELİSA IgG+IgM; Centaur, Siemens, Almanya) ve TPHA pozitif, RPR (BioMedica Diagnostics, Kanada) ise 1/32 titrede pozitif bulundu. Hastanın mevcut durumunu açıklayacak serebrovasküler patoloji saptanmaması, öyküsü ve TPHA pozitifliği göz önünde bulundurularak nörosifiliz ön tanısıyla lomber ponksiyon (LP) yapıldı. BOS bulguları tablo 1'de verilmiştir. BOS'ta VDRL (Tulip diagnostics, Hindistan) negatif saptanmasına rağmen klinik şüphe devam ettiğinden tekrarlanan LP sonucunda FTA-ABS (IgG, Euroimmun, Almanya) pozitif sonuçlandı. Hastaya geç parankimal nörosifiliz tanısıyla 14 günlük yüksek doz kristalize penisilin G ve sonrasında tek doz intramusküler benzatin penisilin G tedavisi verildi. Eş zamanlı olarak BIC/FTC/TAF şeklinde antiretroviral tedavi başlandı. İzlemede bir ay içinde hastanın tüm semptomlarının gerilediği görüldü.

Tablo-1: Laboratuvar bulguları

|                                    |                                                      |
|------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Serum TPHA                         | Pozitif                                              |
| Serum VDRL                         | 1/32                                                 |
| BOS görünüm                        | Berrak                                               |
| BOS basınç                         | Artmış                                               |
| BOS direkt bakı                    | 25 lökosit /mm <sup>3</sup> , lenfosit hakimiyetinde |
| BOS mikroprotein                   | 80,8 mg/dl                                           |
| BOS glikoz - Eş zamanlı kan şekeri | 54 mg/dL – 101 mg/dL                                 |
| BOS VDRL                           | Negatif                                              |
| BOS FTA-ABS                        | Pozitif                                              |



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



**Sonuç:** Nörosifiliz, nörolojik ve psikiyatrik bulgularla başvuran bireylerde, özellikle HIV koinfeksiyonu varlığında ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. BOS'ta non-treponemal testler yalancı negatif sonuçlanabilir; bu nedenle klinik şüphe devam ediyorsa treponemal testler, özellikle BOS FTA-ABS, tanı açısından belirleyici olmaktadır. Bu olgu, BOS FTA-ABS testinin VDRL'ye kıyasla daha yüksek duyarlılığa sahip olduğunu desteklemekte ve tanının kesinleştirilmesinde kritik bir rol üstlendiğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** nörosifiliz, geç sifiliz, tabes dorsalis, treponemal test, HIV

PS-055

## Küreselden Yerele: HIV Araştırmalarının 10 Yıllık Bibliyometrik Analizi ve Türkiye'nin Dünyadaki Yeri

Yağmur Ekenoğlu Merdan<sup>1</sup>, Selim Merdan<sup>2</sup>, Ayşe Serra Özel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Biruni üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

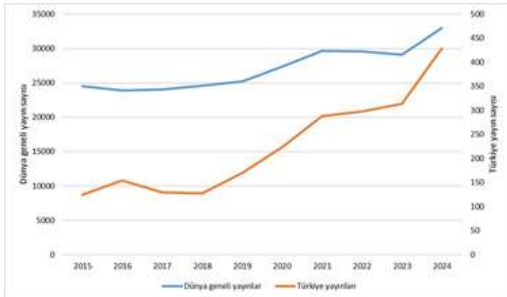
<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV), edinsel immün yetmezlik sendromunun (AIDS) etkenidir ve küresel ölçekte önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. HIV enfeksiyonu dünya genelinde yüksek morbidite ve mortalite oranlarıyla seyretmekte, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde ciddi bir yük oluşturmaktadır. Literatürde HIV/AIDS ile ilgili çok sayıda araştırma olup periyodik olarak bu yayınların özelliklerini tanımlamak için temel bibliyometrik verilere gereksinim vardır. Bu bağlamda, HIV/AIDS konusundaki bilimsel yayınların son 10 yıldaki eğilimlerini incelemek, ayrıca Türkiye'nin bu küresel araştırma ekosistemi içindeki yerini ortaya koymak amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Scopus veri tabanında HIV/AIDS ile ilişkili spesifik anahtar kelimeler kullanılarak tüm dünya ve Türkiye'den bilimsel yayınlar 2015-2024 dönemi için analiz edilmiştir. Arama sorgusu görüntüsü "TITLE-ABS-KEY ( "acquired immunodeficiency syndrome" OR "human immunodeficiency virus" OR "aids" OR "hiv" ) AND PUBYEAR > 2014 AND PUBYEAR < 2025" şeklinde olmuştur. Elde edilen verilerin nicel ve nitel analizi uygun bibliyometrik göstergeler kullanılarak, yayın sayısı, yayın dili, etkili kurumlar, yazarlar, destekleyen kuruluşlar ve dergiler bakımından incelenerek sunulmuştur.

**Bulgular:** 2015–2024 yılları arasında dünya genelinde toplam 271035, Türkiye'de ise 2260 HIV/AIDS ile ilişkili yayın tespit edilmiştir. Küresel düzeyde 33016, ulusal düzeyde 429 yayınla en fazla çalışma 2024 yılında yapılmıştır (Şekil 1). Dünya genelinde Türkiye %0,8'lik oranla 33. sırada yer almıştır (Şekil 2). En fazla yayına sahip ülke ABD (%36,3; n=98.351) olup, ilk 10 kurumun 6'sı ABD'de bulunmaktadır. Dünya genelinde en fazla yayın PLOS One (n=6.647; %2,45), Türkiye'de ise Klimik Dergisinde (n=55; %2,43) yayımlanmıştır. Dünya genelinde en fazla yayına sahip yazar Mayer, K.H. (621 yayın; %0,23; ABD), Türkiye'de ise Sayan, M. (33 yayın; %1,46; İzmir, Türkiye) olmuş, ayrıca ilk on yazarın sadece üçünün Türkiye'den olduğu görülmüştür. Dünya genelinde 190320 (%70,2) ve Türkiye'de 1705 (%75,4) yayın ile en çok makale türünde yayın yapılmıştır. Yayınlar en çok tıp alanında yapılmıştır (Şekil 3). Dünya genelinde yayınların %81,5'i, Türkiye'den yayınların ise %57'si fonlanmıştır.

Şekil 1: Yıllara göre HIV ile ilgili yayınların Dünya genelinde ve Türkiye'de yıllara göre dağılımı (2015–2024).



 261



PS-056

## Non-kutanöz, Gastrointestinal Sistem Tutulumlu Kaposi Sarkomu İle Prezente Olan İleri Evre Edinsel İmmün Yetmezlik Olgusu

**Reşide Börçe Aydın<sup>1</sup>, Meliha Meriç Koç<sup>1</sup>, Alper Gündüz<sup>1</sup>, Ramazan Korkusuz<sup>1</sup>, Özlem Altuntaş-Aydın<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir SUAM, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** Kaposi sarkomu, insan herpes virüs tip 8 (HHV-8) enfeksiyonuyla ilişkili, anjiyoproliferatif, yavaş ilerleyen bir tümördür. En sık kutanöz lezyonlarla seyretmekle birlikte, non-kutanöz tutulumlar da görülebilir. Özellikle ileri immünoşüpresyon durumlarında belirgin hale gelir. En sık etkilenen non-kutanöz tutulum yerleri, gastrointestinal sistem (GİS), akciğerler, lenf nodları ve oral mukozalardır. Non-kutanöz Kaposi sarkomu, tanısal güçlükleri ve klinik olarak spesifik olmayan bulguları nedeniyle özel dikkat gerektirmektedir. Çalışmamızda bu nadir klinik durumu vurgulamak için, non-kutanöz Kaposi sarkomu ile prezente olan, yeni tanı HIV ile yaşayan bir kişi sunulmuştur.

**Olgu:** Bilinen sistemik hastalığı olmayan 35 yaşında erkek hasta, 3 aydır olan dispeptik yakınmaları nedeniyle gastroenteroloji polikliniğine başvurmuş. Yapılan üst GİS endoskopisinde midenin fundus mukozasında multipl koyu kırmızı renkli nodüler lezyon saptanmış (Resim-1 ve Resim-2). Lezyondan alınan biyopsi Kaposi sarkomu ile uyumlu olarak raporlanmış. İmmünohistokimyasal incelemede CD-31 pozitif, CD-34 pozitif ve HHV-8 yaygın pozitif olarak görülmüş ve hasta polikliniğimize HIV statüsünün değerlendirilmesi amaçlı refere edilmiş. Polikliniğimize başvuran hastanın yeni gelişen şikayeti yoktu, ayrıntılı fizik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı, deri muayenesi ayrıntılı olarak yineleni ancak deri lezyonu yoktu. Kaposi sarkomu AIDS tanımlayıcı hastalıklar arasında yer aldığından Anti-HIV testi istendi. Anti-HIV testi reaktif olarak saptanan hastanın ayrıntılı tetkikleri yapıldı. Tanı anında HIV RNA 695.000 kopya/ml, CD4+T hücre sayısı 56 /µL idi. Kriptokok antijeni negatif ve klinik olarak tüberküloz menenjit düşünüldüğü için hızlıca antiretroviral tedaviye (ART) tenofovir disoproksil fumarat (TDF)/emtrisitabin (FTC) + dolutegravir (DTG) olarak başlandı. Eş zamanlı trimetoprim sülfometaksazol profilaksisi (3/7) de reçete edildi ve hastanın onkoloji kliniğinde yapılan değerlendirmesinde, olası metastaz tespiti için yapılan görüntülemelerde ekstra tutulum saptanmadı. Visseral Kaposi sarkomu nedeniyle onkoloji kliniği tarafından, liposomal doxorubicin kemoterapisi (20 mg/m<sup>2</sup>/2 haftada bir olarak) eklendi. Şuan ART'nin 7. ayında polikliniğimizde takibine stabil olarak devam edilmektedir. Onkoloji kliniği tarafından da izlemi sürmektedir.

Resim-1



Resim-2



**Sonuç:** Gastrointestinal Kaposi sarkomu, özellikle ileri immünosüpresyonu olan bireylerde nadir ancak klinik olarak önemli bir tablodur. Kutanöz lezyon olmadan da gelişebileceği için, açıklanamayan gastrointestinal semptomlarda ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Erken endoskopik değerlendirme ve histopatolojik doğrulama, tanı ve uygun tedavi için kritik öneme sahiptir. Multidisipliner yaklaşım, hastalığın yönetiminde ve prognozun iyileştirilmesinde temel unsurdur.

**Anahtar Kelimeler:** Non-kutanöz Kaposi sarkomu, HIV ile yaşayan birey

PS-057

### HIV Enfeksiyonu ve Kemik Kaybı: Sessiz Bir Komorbidite

Ferah Ögüt<sup>1</sup>, Meltem Arzu Yetkin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Giresun Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** HIV enfeksiyonu yalnızca immün sistemi baskılayan bir hastalık olmayıp, metabolik, endokrin ve iskelet sistemini de etkileyen multisistemik bir kronik durumdur. Gelişen tedavi yaklaşımları sayesinde HIV pozitif bireylerin yaşam süresi belirgin şekilde uzamış, buna paralel olarak uzun dönem komplikasyonlar ve sessiz komorbiditeler giderek daha görünür hâle gelmiştir. Bu komplikasyonlardan biri olan kemik mineral dansitometri (BMD) kaybı, sıklıkla asemptomatik seyretmekle birlikte, kırık riski, fonksiyonel kısıtlılık ve yaşam kalitesinde düşüş gibi sonuçlara yol açabilmektedir. Kronik inflamasyonun yol açtığı sitokin salınımı (IL-6, TNF- $\alpha$ ), osteoklast aktivasyonunu artırarak kemik rezorbsiyonunu hızlandırmakta; ayrıca antiretroviral tedavide (ART) kullanılan ajanlardan özellikle Tenofovir disoproksil fumarat (TDF), renal fosfat kaybı ve osteoblast disfonksiyonu üzerinden kemik kaybını derinleştirmektedir. Buna ek olarak vitamin D eksikliği, hipogonadizm, kortikosteroid kullanımı, sigara ve alkol tüketimi gibi faktörler de kemik sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı, HIV enfeksiyonunda sık göz ardı edilen fakat uzun dönem yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen kemik dansitometri kaybına dikkat çekmek, olası mekanizmaları ve risk faktörlerini tartışmak, ayrıca erken tanı ve koruyucu yaklaşımların önemini vurgulamaktır.

**Olgu:** Hastanemizde takip edilmekte olan toplam 216 HIV pozitif birey dâhil edilmiştir. Katılımcıların 34'ü kadın (%15,7), 182'si erkek (%84,3) olup, kadınların yaş ortalaması 31 yıl, erkeklerin yaş ortalaması 45 yıl olarak bulunmuştur. Kadın hastalarda BMD sonuçları incelendiğinde, 10 hastada (%29,4) osteoporoz, 8 hastada (%23,5) osteopeni saptanmış; 16 hastada (%47,1) ise normal BMD değerleri elde edilmiştir. Erkek hastalarda ise 21 hastada (%11,5) osteoporoz, 11 hastada (%6,0) osteopeni tespit edilmiş; 150 hastada (%82,4) BMD ölçümleri normal sınırlarda bulunmuştur. Genel toplamda değerlendirildiğinde, 216 hastanın 31'inde (%14,4) osteoporoz, 19'unda (%8,8) osteopeni, 166'sında (%76,8) normal BMD sonucu saptanmıştır. Bu veriler, HIV pozitif bireylerde özellikle kadın cinsiyetin, genç yaşta olmasına rağmen belirgin kemik mineral kaybı açısından daha yüksek risk taşıdığını göstermektedir.

Tablo 1.

| Cinsiyet | Sayı (n) | Yaş Ortalaması | Osteoporoz(n,%) | Osteopeni (n,%) | Normal (n,%) |
|----------|----------|----------------|-----------------|-----------------|--------------|
| Kadın    | 34       | 31             | 10 (%29,4)      | 8(%23,5)        | 16(%47,1)    |
| Erkek    | 182      | 45             | 21(%11,5)       | 11(%6,0)        | 150(%82,4)   |
| Toplam   | 216      | 43             | 31(%14,4)       | 19(%8,8)        | 166(%76,8)   |

#### Cinsiyete Göre Kemik Dansitometri Dağılımı

**Sonuç:** HIV enfeksiyonlu bireylerde kemik mineral yoğunluğu kaybı sık görülmekte olup, özellikle kadın hastalar erkeklere kıyasla belirgin olarak daha yüksek osteoporoz ve osteopeni oranlarına sahiptir. Bu durum, kemik sağlığı izleminin HIV yönetiminin ayrılmaz bir parçası olması gerektiğini vurgulamaktadır. HIV enfeksiyonu, sessiz ama klinik olarak önemli kemik kaybı ile ilişkilidir. Düzenli BMD takibi, uygun ART seçimi ve koruyucu önlemler, kırık riskini anlamlı biçimde azaltır. Multidisipliner yaklaşım enfeksiyon hastalıkları, endokrinoloji, diyetisyen ve fizik tedavi iş birliğiyle hastaların uzun dönem yaşam kalitesini artırmada önemli rol oynamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, HIV ve komorbidite, HIV ile yaşam, HIV ile yaşayan kadınlar

PS-058

### HIV'le Enfekte Erkek Hastalarda Prematür Ejekülasyon ve Depresyon İlişkisinin Değerlendirilmesi: Çok Merkezli Olgu-Kontrol Çalışması

**Öğuz Evlice<sup>1</sup>, Emre Bülbül<sup>2</sup>, Fatih Üstün<sup>3</sup>, Mustafa Deniz<sup>1</sup>, Ahmet Basutçu<sup>1</sup>, Serhat Şahinoğlu<sup>4</sup>, Yusuf Arslan<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Van, Türkiye

<sup>2</sup>Vakfikebir Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Trabzon, Türkiye

<sup>3</sup>Sultanbeyli Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

<sup>4</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Mersin, Türkiye

<sup>5</sup>Batman Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Batman, Türkiye

**Giriş ve Amaç:** Amaç: Bu çalışmada HIV ile enfekte hastalar ile sağlıklı kontrol grubunda prematür ejakülasyon (PE) ve depresyon ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Yöntem Bu çalışma çok merkezli olgu-kontrol çalışması olarak tasarlanmıştır. Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji polikliniklerinde HIV enfeksiyonu tanısıyla en az altı aydır takip edilen hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. HIV enfeksiyonu olan 112 hasta ve 110 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. PE tanısında, Türk erkeklerinde geçerliliği kanıtlanmış beş maddelik prematür ejakülasyon Tanı Aracı (PEDT) kullanılmış olup, PEDT skoru  $\geq 11$  olan hastalarda PE tanısı konulmuştur. Spinal kord yaralanması, nörolojik defisit, ürolojik cerrahi öyküsü dışlama kriterleri olarak belirlenmiştir. Depresyon değerlendirmesinde Beck depresyon ölçeği kullanılmıştır.

**Olgu:** Bulgular: HIV'le yaşayan hastalarda erektil disfonksiyonun değerlendirildiği IIEF-5 (Uluslararası Erektile Fonksiyon Endeksinin beş maddelik versiyonu) skoru anlamlı olarak yüksekti. HIV ile enfekte hastalarda ortalama IELT  $152 \pm 91$  saniye iken, kontrol grubunda  $252 \pm 102$  saniyeydi ( $p < 0.001$ ). Ortalama PEDT skoru HIV ile enfekte grupta  $8.7 \pm 4.3$  iken kontrol grubunda  $6.1 \pm 3.2$  idi ( $p < 0.001$ ). HIV'le yaşayan hastaların 49 (%43.8)'unda ve kontrol grubunun ise 23 (%20.9)'ünde PE mevcuttu ( $p < 0.001$ ). HIV hastalarında, PE'si olanlarda Beck depresyon skoru  $16.8 \pm 10.1$  iken PE'si olmayanlarda ise  $10.7 \pm 8.9$ 'du ( $p=0.009$ ).

**Sonuç:** Sonuç: PE, HIV ile enfekte hastalarda sağlıklı bireylere göre daha yaygındır. Depresyon, HIV ile enfekte PE'li hastalarda daha yaygındır. Bildiğimiz kadarıyla, bu çalışma HIV enfeksiyonu ile PE arasındaki ilişkiyi araştıran ilk çalışmadır

Tablo 1. HIV'le enfekte hastalar ile sağlıklı kontrol grubunun özelliklerinin karşılaştırılması

| Özellik                                       | HIV grubu (n=112) | Kontrol grubu (n=110) | p                  |
|-----------------------------------------------|-------------------|-----------------------|--------------------|
| Yaş (yıl), ort $\pm$ SS                       | 36,3 $\pm$ 11,9   | 39,6 $\pm$ 10,8       | 0,174 <sup>a</sup> |
| Partner yaşı (yıl), ort $\pm$ SS              | 34,1 $\pm$ 8,6    | 35,3 $\pm$ 9,2        | 0,523a             |
| Partnerlik süresi (yıl), ort $\pm$ SS         | 12,8 $\pm$ 13,9   | 11,6 $\pm$ 13,2       | 0,374a             |
| Cinsel ilişki sıklığı (Ay)                    | 6,2 $\pm$ 4,3     | 6,7 $\pm$ 4,8         | 0,239a             |
| Sigara kullanımı, n (%)                       | 54 (48,2)         | 56 (50,1)             | 0,694b             |
| Alkol kullanımı, n (%)                        | 39 (34,8)         | 36 (32,7)             | 0,428b             |
| BKİ (kg/m <sup>2</sup> )                      | 24,6 $\pm$ 3,3    | 26,2 $\pm$ 4,8        | 0,217a             |
| Beck depresyon skoru, ort $\pm$ SS            | 13,4 $\pm$ 9,7    | 4,8 $\pm$ 2,7         | <0,001a            |
| IELT (saniye), ort $\pm$ SS                   | 152 $\pm$ 91      | 252 $\pm$ 102         | <0,001a            |
| PEDT skoru, ort $\pm$ SS                      | 8,7 $\pm$ 4,3     | 6,1 $\pm$ 3,2         | <0,001a            |
| IIEF-5 skoru, medyan (çeyrekler arası aralık) | 11 (5–18)         | 22 (8–24)             | <0,001c            |
| PE varlığı, n (%)                             | 49 (43,8)         | 23 (20,9)             | <0,001b            |

a: Bağımsız örneklem t-testi; b: Ki-kare testi; c: Mann-Whitney U testi SS: Standart sapma; IELT: Vajinal içi ejakülasyon gecikme süresi; PEDT: Prematür Ejakülasyon Tanı Aracı; PE: Prematür ejakülasyon (PEDT skoru  $\geq 11$ ); BKİ: Beden kitle indeksi; IIEF-5: Uluslararası Eretil Fonksiyon İndeksi'nin beş maddelik versiyonu

Tablo 2. Prematür ejakülasyon ile HIV hastalarının özellikleri arasındaki ilişki

| Özellik                                   | PE grubu (n=49)   | PE olmayan grup (n=63) | p      |
|-------------------------------------------|-------------------|------------------------|--------|
| Yaş (yıl), ort $\pm$ SS                   | 40,1 $\pm$ 14,1   | 33,4 $\pm$ 9,1         | 0,014a |
| Partner yaşı (yıl), ort $\pm$ SS          | 33,5 $\pm$ 9,3    | 34,6 $\pm$ 9,6         | 0,218a |
| Partnerlik süresi (yıl), ort $\pm$ SS     | 13,2 $\pm$ 12,3   | 12,4 $\pm$ 12,6        | 0,329a |
| Aylık cinsel ilişki sıklığı, ort $\pm$ SS | 6,1 $\pm$ 3,8     | 6,3 $\pm$ 3,9          | 0,416a |
| Sigara kullanımı, n (%)                   | 21 (42,9)         | 33 (52,4)              | 0,359b |
| Alkol kullanımı, n (%)                    | 13 (26,5)         | 27 (42,8)              | 0,074b |
| BKİ (kg/m <sup>2</sup> ), ort $\pm$ SS    | 25,2 $\pm$ 2,9    | 23,9 $\pm$ 3,4         | 0,083a |
| Beck depresyon skoru, ort $\pm$ SS        | 16,8 $\pm$ 10,1   | 10,7 $\pm$ 8,9         | 0,009a |
| Hastalık süresi (çeyrekler arası aralık)  | 26,7 (1-75,1)     | 36,5 (1-77,5)          | 0,044c |
| CD4+ T lenfosit sayısı                    | 554,4 $\pm$ 256,1 | 643,3 $\pm$ 285,4      | 0,093a |
| HIV-RNA pozitif, n (%)                    | 25 (51,0)         | 21 (33,3)              | 0,082b |
| ESE, n (%)                                | 15 (30,6)         | 24 (38,1)              | 0,548b |

a: Bağımsız örneklem t-testi; b: Ki-kare testi; c: Mann-Whitney U testi SS: Standart sapma; PE: Prematür ejakülasyon (PEDT skoru  $\geq 11$ ); BKİ: Beden kitle indeksi

**Anahtar Kelimeler:** HIV, Edinsel immun yetmezlik, depresyon, prematüre ejakülasyon



PS-059

### Kombine Tedaviyle Regresyon: AIDS İlişkili Kaposi Sarkomu Olgusu

Aydın Runi Yağmur<sup>1</sup>, Şahin Acar<sup>1</sup>, Ayşe Özlem Mete<sup>1</sup>, İlkay Karaoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

**Giriş ve Amaç:** Kaposi sarkomu (KS), insan herpes virüsü-8 enfeksiyonu ile ilişkili düşük dereceli bir vasküler tümördür. AIDS ile ilişkili KS, tesadüfi bir bulgu olarak ortaya çıkan minimal hastalıktan, morbidite ve mortaliteye yol açabilecek kadar geniş bir klinik tabloda ortaya çıkabilir. Bu olguda pansitopeniye rağmen başlanan kombine tedavi ile alınan olumlu sonuca dikkat çekilmek istendi.

**Gereç ve Yöntemler:** Hastanın klinik, laboratuvar, görüntüleme ve tedavi verileri incelendi.

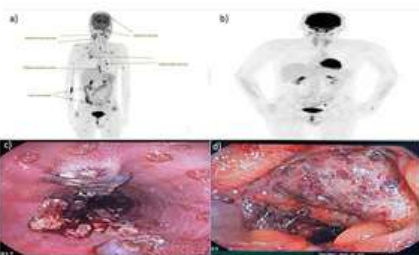
**Bulgular:** Bilinen hastalığı olmayan 25 yaşında erkek hasta yaklaşık 1,5 aydır olan kanlı ishal, kilo kaybı, vücutta ve ağız içinde yaygın mor nodüller, öksürük, balgam, idrarda yanma ve anal bölgede ağrı şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Fizik muayenede hastanın post-auriküler bölgede ele gelen şişliği, burun, gövde ve ayaklarda mor-kahverengi nodüller şeklinde yaygın lezyonları mevcuttu (Şekil 1a, 1b). Hastanın laboratuvarında Anti-HIV reaktif, CD4: 14 (%2), HIV RNA: 647 bin copy/ml, HBV DNA: 630 milyon IU/ml. Hastada ön planda AIDS ilişkili KS düşünüldü. Hastaya FDG-PET çekildi. FDG-PET: Her iki akciğer parankimi, cilt-cilt altı alanlarında, özefagus, kolon ve bağırsak anslarında diffuz hiper metabolik tutulumlar gözlenmiştir (Şekil 2a). Burun ucundan biyopsi alındı. PATOLOJİK TANI: "Kaposi sarcoma (nodular stage)" olarak raporlandı. Kanlı ishali olan hastaya endoskopi ve kolonoskopi yapıldı. Özefagus ve kolonda yaygın tutulumları olduğu görüldü (Şekil 2c, 2d). Onkolojiye danışıldı. Metastatik kaposi sarkomu düşünüldü ancak sistemik KT için HIV enfeksiyonunun kontrol altına alınması ve pansitopeni durumunun düzelmesi gerektiği şeklinde görüş alındı. Genel durumu kötüleşen hasta tekrar Onkolojiye danışıldı. Diğer fırsatçı enfeksiyonlar dışlandıktan sonra hastaya ART (FTC, TDF, DTG) ve sistemik KT (paklitaksel) başlandı. Anti-HIV tedavisinin 1. ayında HIV RNA: 72 copy/ml, CD4: 38 (%5), HBV DNA: 398 bin IU/ml. Hasta yatarak 6 kür KT aldı. Genel durumda iyileşme, iştahta artış, lezyonlarda gerileme gözlemlendi (Şekil 1c, 1d). Taburculuk sonrası 6 kür kemoterapi aldı. 6. ay kontrol FDG-PET; Anlamlı düzeyde regresyon olarak değerlendirildi (Şekil 2b). Hastaya 12 kür daha KT rejimi planlandı. Takiplerinin 6. ayında CD4: 318 (%12) HIV RNA: 0 copy/ml olan hastanın yakını takibi devam ediyor.

Şekil 1



Şekil 1a, 1b tedavi öncesi ayak ve boyun resimleri Şekil 1c, 1d tedavi sonrası ayak ve boyun resimleri

Şekil 2



Şekil 2a FDG-PET tedavi öncesi Şekil 2b FDG-PET tedavi sonrası Şekil 2c, 2d tedavi öncesi özefagus ve kolon tutulumu





# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



**Sonuç:** Günümüzde kullanılan güçlü ART rejimleri ile AIDS ilişkili KS vakaları azalmış olsa da morbidite/mortalite sebebi olmaya devam etmektedir. ART ile birlikte sistemik KT endikasyonu olan ancak genel durumun kötü, immün sistemin zayıflamış olması, kemik iliği baskılanması gibi sorunlar hastaların sistemik KT alamamasına neden olmaktadır. Vakamızda hastanın sistemik KT endikasyonu mevcuttu ancak kötü kondisyon durumu tolere edebilmesi ile ilgili ciddi kaygılar oluşturmaktaydı. Hastanın genel durumunun hızla kötüleşmesi sonrası kâr/zarar oranı göz önüne alınarak hastaya ART ile beraber sistemik KT tedavisi verilmiş ve olumlu sonuç alınmıştır. Sonuç olarak bu vaka sistemik KT kararı verirken HIV ile yaşayan bireylerin diğer hasta popülasyonlarının farklı olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, Kaposi Sarkomu, Sistemik Kemoterapi, Kombine Tedavi

PS-060

### HIV ile İlişkili Yüksek Olası Visseral Kaposi Sarkomu Olgusu

**Merve Akbulut<sup>1</sup>, Damla Pampallı<sup>1</sup>, İlkay Akbulut<sup>1</sup>, İlker Ödemiş<sup>1</sup>, Gürsel Ersan<sup>1</sup>, Sabri Atalay<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>İzmir SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Human Immunodeficiency Virus (HIV) enfeksiyonu, fırsatçı enfeksiyonlar ve malignitelere yatkınlık oluşturur. Bunlar arasında, Human Herpesvirüs-8 (HHV-8) ile ilişkili Kaposi sarkomu ise en sık görülen malignitedir. HIV ile ilişkili olgularda erken antiretroviral tedavi (ART) başlanması ve yaygın tutulumda kemoterapi eklenmesi önerilmektedir. Bu olguda, HIV zemininde gelişen visseral Kaposi sarkomu ve tedavi süreci sunulmaktadır.

**Olgu:** 2018'de HIV tanısı alan, son bir yıldır antiretroviral tedavi uyumsuzluğu bulunan 53 yaşında erkek hasta, göğüs ağrısı ve sağ yan ağrısı şikayetiyle dış merkeze başvurmuş. Akciğer grafisinde sağ kostofrenik sinüs kapalı olarak izlenmiş; malignite ve tüberküloz açısından tetkik edilmiş. Bronkoalveoler lavajda ARB ve tüberküloz PCR negatif, ince iğne aspirasyon biyopsisinde benign sitoloji görülmüş. Hasta ileri tetkik amacıyla interne edildi. Şikayetleri arasında batıcı göğüs ağrısı, dispne, kilo kaybı ve gece terlemesi bulunuyordu. Fizik muayenede genel durum iyi, vitalleri stabildi. Sol supraklavikular lenfadenopati ve sağ hemitoraksta azalmış solunum sesleri, her iki alt ekstremitte ve sağ üst ekstremitde maküler mor lezyonlar görüldü. Tomografide bilateral plevral efüzyon, buzlu cam ve konsolidasyon alanları tespit edildi. Hastaya tenofovir disoproksil fumarat (TDF), emtrisitabin (FTC), dolutegravir (DTG), TMP/SMX profilaksisi ve pnömoni ön tanısıyla piperasilin-tazobaktam tedavisi başlandı. Balgam örneği tüberküloz ve kültüre gönderildi, negatif sonuçlandı. Klinik kötüleşme nedeniyle piperasilin tazobaktam 3. gününde sonlandırıldı ve meropenem, polimiksin B, teikoplanin ile kriptokok pnömonisine yönelik amfoterisin B ve flukonazol tedavisi başlandı. Takibinde artan solunum güçlüğü ile yoğun bakıma alınan hastaya, sol hemitoraksta loküle sıvı (ampiyem şüphesi) nedeniyle göğüs cerrahisi tarafından tüp torakostomi uygulandı. Torasentez sıvısı eksüda vasfında, kültür ve ARB negatif, ADA değeri 4 U/L olarak raporlandı. Yoğun bakım izleminde vitalleri stabilleşen hasta servis izlemine alındı. İzleminde hipofosfatemi ve 24 saatlik idrarda 1,3 g proteinüri gelişmesi üzerine nefroloji danışıldı, tübülopati düşünülerek TDF yerine tenofovir alafenamid (TAF içeren) ART rejimine geçildi. Alt ekstremitte maküler lezyonundan biyopsi alınarak, patoloji sonucu Kaposi sarkomu ile uyumlu, HHV-8 pozitif bulundu. Sağ inguinal lenfadenopati eksizyonel biyopsi ile Kaposi sarkomu ile uyumlu raporlandı. Onkoloji tarafından hastaya lipozomal doksorubisin tedavisi başlandı ve poliklinik takibi planlanan olgu taburcu edildi.

**Sonuç:** Antiretroviral tedavi (ART) nin yaygınlaşması, HIV ile ilişkili Kaposi sarkomu insidansını belirgin biçimde azaltmıştır. Bununla birlikte, tedavi uyumsuzluğu veya kesintileri malignite gelişimine zemin hazırlamaktadır. Bu olgu, tedavi uyumsuzluğu sonrası gelişen yaygın sistemik Kaposi sarkomunu göstermekte olup, HIV enfeksiyonunda tedavi sürekliliğinin AIDS ile ilişkili malignitelerin önlenmesinde kritik önemini vurgulamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Kaposi sarkomu, HIV, HHV-8

PS-061

### Kliniğimizde İzlenen Akut HIV Enfeksiyonu Olgularının Retrospektif Değerlendirilmesi

**Ebru Budak<sup>1</sup>, Minevver Zencirci<sup>1</sup>, Sabri Atalay<sup>1</sup>, Gürsel Ersan<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Ülkemizde HIV prevalansı artmaktadır. Artan farkındalıkla birlikte tanı sayısı da yükselmiştir. Bu çalışmada, hastanemizde tanı alan akut HIV enfeksiyonu olgularının retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Hastanemizde Ocak 2003 ile Aralık 2025 tarihleri arasında AHE tanısı alan on sekiz yaş ve üzeri olgular retrospektif olarak incelenmiştir. Hastane bilgi sisteminden ve dosyalarından retrospektif olarak incelenen parametreler arasında demografik veriler (Yaş, cinsiyet, cinsel yönelim, bulaş yolu), tanı (Anti-HIV, HIV doğrulama), immünolojik ve virolojik bulgular (CD4, CD8, CD4/CD8 oranları, HIV RNA sonuçları) ve tedavi/takip sonuçları (Tedavi başlama zamanı, viral başarı, tedavi uyumu, komorbidite, tedavide kalma, mortalite) yer almaktadır.

**Bulgular:** Çalışmaya %95'i erkek olan 76 olgu dahil edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 40.8 (21-73) yıldır. En sık bulaş yolları heteroseksüel cinsel ilişki (%44,7), homoseksüel cinsel ilişki (%36,8) ve dövme (%2,6) olarak saptanmıştır. Tanı anında ortalama CD4 sayısı 361 (22-1400) hücre/mikroL, CD4/CD8 oranı 0,38 ve ortalama HIV RNA düzeyi 1.72.189 milyon kopya/mL (11.200-1000000000)'dir. HIV doğrulama testi sonuçlarına göre, toplam 76 hastanın 2'si (%2,63) negatif ve 5'i (%6,58) belirsiz(indeterminate) olarak sonuçlanmıştır. Bu durumda geriye kalan 69 hasta (%90,79) pozitif (saptanmıştır) sonuç almıştır. Olgularda en sık saptanan semptomlar; ateş (21 olgu, %27,6), kilo kaybı (11 olgu, %14,5), deri döküntüsü (10 olgu, %13,2), ishal (9 olgu, %11,8) ve lenfadenopati (8 olgu, %10,5) olarak saptanmıştır. En sık saptanan ko-enfeksiyonlar sifiliz (11 olgu, %14,5) ve viral hepatit B (6 olgu, %7,9) olarak saptanmıştır. Tüm olgulara ART başlanmıştır. Altıncı ayda HIV RNA düzeyi < 50 kopya/mL saptanan olgu sayısı 59/76 (%77,6) olarak saptanmıştır. Viral baskılanma (HIV RNA < 50 kopya/mL) için ortalama süre 6 ay (1-60 ay) olarak saptanmışken, CD4/CD8 oranının 1'in üzerine çıkması için geçen ortalama süre 13,5 ay (1-166 ay) olarak saptanmıştır. Takipte %6,6 tedavi uyumsuzluğu, %13,2 viral başarısızlık, %28,9 blip ve %9,2 takip dışı kalma görülmüş, mortalite saptanmamıştır.

Tablo 1: Akut HIV Enfeksiyonu (AHE) Olgularının Demografik, Bulaş Yolu ve Laboratuvar Özellikleri (n=76)

| Özellik                                      | n (%) / Ortalama (Aralık) |
|----------------------------------------------|---------------------------|
| Demografik Özellikler                        |                           |
| Cinsiyet (Erkek)                             | 4 (%5)                    |
| Cinsiyet (Kadın)                             | 40,8 (21-73)              |
| Bulaş Yolu                                   |                           |
| Heteroseksüel Cinsel Yolla                   | 34 (%44,7)                |
| Homoseksüel Cinsel Yolla                     | 28 (%36,8)                |
| Dövme                                        | 2 (%2,6)                  |
| Bilinmeyen                                   | 11 (%14,5)                |
| Tanı Anı Laboratuvar Bulguları               |                           |
| HIV doğrulama testi pozitif                  | 69 (%90,79)               |
| HIV doğrulama testi negatif                  | 2 (%2,63)                 |
| HIV doğrulama testi belirsiz (indeterminate) | 5 (%6,58)                 |
| Ortanca İlk CD4 Sayısı                       | 361 hücre/mL              |
| Ortanca Nadir CD4 Sayısı                     | 324 hücre/mL              |

Başlangıç CD4/CD8 Oranı

0,38

Ortanca HIV RNA Yük

1.762.189 kopya/mL

Tablo 2: AHE Olgularının Klinik Yakınmaları, Ko-Morbidite ve Tedavi Takip Sonuçları (n=76)

| Özellik                                     | n (%) / Ortalama Süre (Aralık) |
|---------------------------------------------|--------------------------------|
| En Sık Yakınmalar (Başvuru Anı)             |                                |
| Ateş                                        | 21                             |
| Kilo Kaybı                                  | 11                             |
| Deri Döküntüsü                              | 10                             |
| İshal                                       | 9                              |
| Lenfadenopati (LAP)                         | 8                              |
| Sık Görülen Mononükleoz Benzeri Semptomlar  |                                |
| Ateş                                        | 21 (%27,6)                     |
| Deri Döküntüsü                              | 10 (%13,2)                     |
| LAP                                         | 8 (%10,5)                      |
| Ko-enfeksiyonlar                            |                                |
| Sifiliz                                     | 11                             |
| HBV                                         | 6                              |
| Tüberküloz                                  | 2                              |
| Gonore                                      | 1                              |
| Ko-morbidite Varlığı                        | 43 (%56,6)                     |
| KVH                                         | 14                             |
| Osteopeni/Osteoporoz                        | 12                             |
| Hipertansiyon                               | 2                              |
| Tedavi ve Takip Sonuçları                   |                                |
| HIV RNA <50 kopya/mL İnme Süresi Ortalaması | 6 ay (1-60 ay)                 |
| CD4/CD8 >1 Olma Süresi Ortalaması           | 13,5 ay (1-166 ay)             |
| 6.ayda HIV RNA <50 kopya/mL hasta sayısı    | 59/ %77,6                      |
| Tedavi Uyumsuzluğu                          | 5 (%6,6)                       |
| Viral Başarısızlık                          | 10 (%13,2)                     |
| Viral Blip                                  | 22 (%28,9)                     |
| Takip Dışı Kalma (LTFU)                     | 7 (%9,2)                       |
| Mortalite                                   | 0                              |

**Sonuç:** Akut HIV Enfeksiyonu olgularının çoğunluğunu genç-orta yaş grubu erkekler oluşturmaktadır. En sık saptanan klinik bulgular ateş, lenfadenopati, kilo kaybı ve deri döküntüsüdür. Bu semptomlar ve diğer CYBE saptanan bireylerde AHE ayırıcı tanıda düşünülmeli ve gerekli testler yapılmalıdır. Erken tanı ve başlanan tedavi ile olgularımızda yüksek viral baskılanma, tedavide kalma sağlanmıştır. HIV doğrulama testi sonuçlarına göre, toplam 76 hastanın 2'si (%2.63) negatif, 5'i (%6.58) belirsiz (indeterminate) ve 69'u (%90.79) saptanmıştır (pozitif). Belirsiz veya negatif çıkan 7 hasta gibi durumlarda, özellikle belirsiz sonuçların kesinleştirilmesi ve pencere döneminin dışlanması için virüsün genetik materyalini saptayan HIV RNA (viral yük) testi hayati öneme sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** AHE, HIV doğrulama, anti-HIV, CD4, CD8, CD4/CD8, HIV RNA, lenfadenopati, ishal, ateş

PS-062

### Pnömocystis Pnömonisi Tedavisinde Kaspofungin Deneyimlerimiz: İki Olgudan Öğrenilenler

Begün Rüveyda Aksu<sup>1</sup>, Nesibe Korkmaz<sup>1</sup>, Dilek Bulut<sup>1</sup>, Rabia Çakar<sup>1</sup>, Gülenay Türedi<sup>1</sup>, Gönül Çiçek Şentürk<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Etlik Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

**Giriş ve Amaç:** HIV ile yaşayan bireylerde şiddetli Pneumocystis pnömonisi (PCP), standart tedavi olan trimetoprim-sulfametoksazola (TMP-SXT) rağmen yüksek mortalite riski taşımaktadır. TMP-SXT'ye yanıtız şiddetli PCP'li iki hastada, kaspofungin ile sağlanan tedavi deneyimimiz özetlenmiştir.

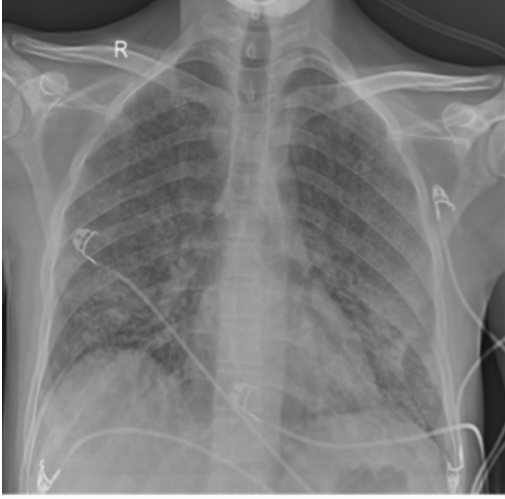
**Olgu:** Olgu 1- Yeni tanı 27 yaşında, erkek, mahkûm hasta; kilo kaybı, nefes darlığı, 3lt/dk 'dan nazal oksijen ihtiyacı nedeniyle yatırıldı. Hastaya PCP pnömonisi ön tanısıyla ampirik TMP-SXT ve 80 mg metilprednizolon tedavisi başlandı. HIV RNA'sı 2.010.000 IU/ml, CD4 40 hücre/ul, bronkoalveolar lavaj PCP PCR pozitif, tüberküloz PCR ve ARB negatif, CMV PCR 574 iu/ml, serum CMV PCR 1470 iu/ml olarak saptandı. Tedavisinin 6.gününde BIC/F/TAF tedavisi başlandı. TMP-SXT tedavisinin 13. gününde ateş yüksekliğinin devam etmesi ve oksijen ihtiyacında artış olması üzerine ampirik piperasilin tazobaktam, gansiklovir tedavisi başlandı, steroid tedavisine devam edildi. Hastanın kliniğinde progresyonun devam etmesi sebebiyle kaspofungin tedaviye eklendi ve kaspofungin tedavisinden bir gün sonra entübe edilen hasta tedavinin 3.gününde ekstübe edildi. Kaspofungin tedavisi 21 gün, TMP-SXT tedavisi 42 güne tamamlanıp taburcu edildi. Olgu 2- Yeni tanı 37 yaşında kadın hasta öksürük, nefes darlığı ve 4lt/dk 'dan nazal oksijen ihtiyacı nedeniyle yatırıldı. BT'sinde bilateral buzlu cam alanları mevcuttu. Hastaya PCP pnömonisi ön tanısıyla ampirik TMP-SXT ve 80 mg metilprednizolon tedavisi başlandı. HIV RNA'sı 488.000/ml, CD4 4 hücre/ul, bronkoalveolar lavajda PCP PCR pozitif, tüberküloz PCR ve ARB negatif, CMV PCR 89.307.276iu/ml, serum CMV PCR 413.000iu/ml olarak saptandı. Tedavisine gansiklovir eklendi. TMP-SXT tedavisinin 6. gününde ateşinin olması, oksijen ihtiyacının artması ve hiponatremi gelişmesi nedeniyle TMP-SXT tedavisi stoplandı. Kaspofungin ve klindamisin tedavisi başlandı. Kaspofungin ve klindamisin tedavisinin 2. gününde ateşinin devam etmesi, klinik kötüleşme olması nedeniyle tedavisine meropenem+klaritromisin eklendi ve hasta yoğun bakıma nakledildi. Meropenem +klaritromisin 13.gününde, kaspofungin+ klindamisin 15.gününde (toplam pcp 21.gününde), gansiklovir 20.gününde olan hastada klinik yanıt alınamadı ve hasta kaybedildi.

Olgu 1- PA Akciğer Grafisi



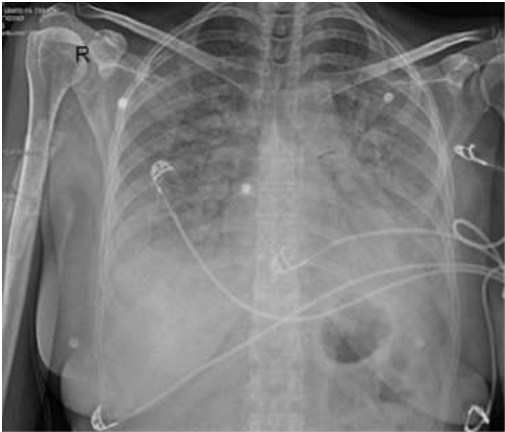
TMP-SXT 13.gün

Olgu 1- PA Akciğer Grafisi



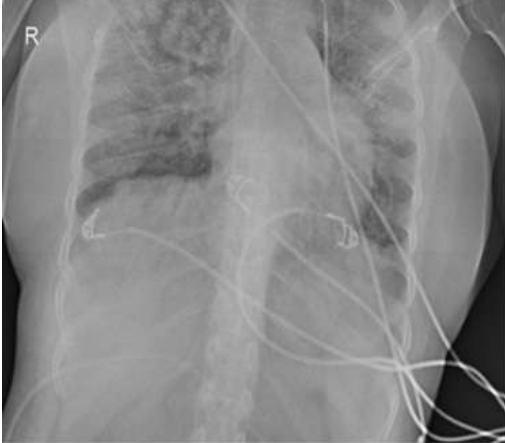
Kasprofungin Tedavi Sonu

Olgu 2- PA Akciğer Grafisi



TMP-SXT 6.gün

Olgu 2- PA Akciğer Grafisi



Kasprofungin 15.gün





# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



**Sonuç:** TMP-SXT tedavisine refrakter şiddetli PCP'li HIV ile enfekte bireylerde, kaspofunginin kurtarıcı bir tedavi seçeneği olabilir. Bu zorlu hasta grubunda kaspofungin kurtarma tedavisinin daha geniş çalışmalarla değerlendirilmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Pneumocystis Jirovecii Pnömonisi, Kaspofungin, Fırsatçı Enfeksiyon

PS-063

### HIV ve Koenfeksiyonlar: Tek Merkezli Deneyim

Firdevs Aksoy<sup>1</sup>, Hanife Nur Karakoç Parlayan<sup>1</sup>, Maşite Nur Özdemir<sup>1</sup>, Gürdal Yılmaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>KTÜ Farabi Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** HIV/AIDS enfeksiyonu dünya genelinde toplumun tüm kesimlerini etkileyebilmesi, sağlıklı yaşam süresini kısaltabilmesi ve kişiden kişiye bulaşarak yayılabilmesi nedeniyle önemli bir halk sağlığı tehdidi olmaya devam etmektedir. HIV virüsü aldıktan sonra hastalığın ortaya çıkmadığı, insanların taşıyıcı olduğu uzun bir sessiz dönem söz konusudur. Bu hastalık uzun bir sessiz dönem sonrasında tedavisiz olgularda ilerleyici bir seyir göstermektedir. HIV virüsü vücuda girdikten sonra vücudun bağışıklık sistemini hedef o alır ve CD4 lenfositleri tahrip ederek , miktarını azaltır ve vücudun enfeksiyonlara karşı olan bağışıklığını yok eder. Böylelikle koenfeksiyonların meydana gelmesi kolaylaşmış olur.

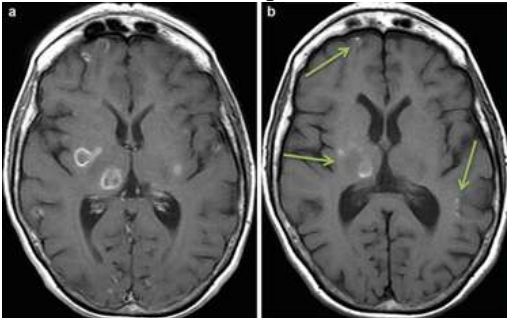
**Gereç ve Yöntemler:** Bu çalışmada 01.01.2010-01.01.2025 tarihleri arasında hastanemizde enfeksiyon hastalıkları servisinde yatan ve/veya enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvuran 200 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiş ve cinsiyet,koenfeksiyonlar,tanı anındaki cd4 sayısı açısından değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmada 156 Erkek(%78) 44 Kadın(%22) bulunmaktaydı.Erkeklerin 66(%42,3) sında,Kadınların 12 tanesinde(%27,2) koenfeksiyonlar bulunmaktaydı.33 sifiliz(%37,5)(31 Erkek-4 Kadın), 10 hepatit B(HBV)(%11,3)(9 Erkek-1 Kadın), 9 tüberküloz(10,2)(9 Erkek), 5 candida özefajit(%5,6)(3 erkek-2 kadın), 4 hepatit C(%4,5)(HCV)(2 Erkek-2 Kadın),4 serebral toksoplazma(%4,5)(4 Erkek),3 pcp(%3,4)(2 Erkek-1 Kadın), 2 kriptokok menenjit(%2,7) (2 Erkek), 2 hsv(1Erkek-1 Kadın),2 cmv pnöminisi(%2,7)(2 Erkek),1 fungal retinit(%1,1)(Erkek),1 hpv(1 Kadın),1 invaziv pulmoner aspergillozis(%1,1)(erkek),1 mikobakter enfeksiyonu(%1,1)(erkek),1 non-tüberküloz mikobakter enfeksiyonu(%1,1)(erkek) mevcuttu.14 hastada birden fazla koenfeksiyon bulunmaktaydı.Bunların 13 ü Erkek,1 i kadındı.Hastaların 24 ünde tanı anında cd 4 sayısı < 200 dü.

HIV ve Sifiliz



HIV ve Serebral Toksoplazma



## HIV ve Koenfeksiyonlar



## HIV ile Birlikte Görülen Koenfeksiyonların Sayıları

|                      | KADIN | ERKEK | TOPLAM |
|----------------------|-------|-------|--------|
| SİFİLİZ              | 4     | 31    | 35     |
| HEPATİT B(HBV)       | 1     | 9     | 10     |
| TÜBERKÜLOZ           |       | 9     | 9      |
| CANDİDA ÖZEFAJİT     | 2     | 3     | 5      |
| HEPATİT C(HCV)       | 2     | 2     | 4      |
| SEREBRAL TOKSOPLAZMA |       | 4     | 4      |
| KRİPTOKOK MENENJİTİ  |       | 2     | 2      |
| HSV                  | 1     | 1     | 2      |
| CMV PNÖMONİSİ        |       | 2     | 2      |
| İPA                  |       | 1     | 1      |
| HPV                  |       | 1     | 1      |
| DİĞER                |       | 3     | 3      |

**Sonuç:** HIV ile yaşayan bireylerde koenfeksiyonlar, hastalığın klinik yönetimini zorlaştırabilir ve morbiditeyi artırabilir. Bu çalışmada, sifiliz en sık görülen koenfeksiyon olarak saptanmıştır. HIV pozitif bireylerde düzenli tarama ve takip, koenfeksiyonların erken teşhisi ve yönetimi açısından kritik önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** hiv, sifiliz, koenfeksiyonlar

### PS-064

## Yeni Tanı Alan HIV ile Yaşayan Bireylerde Farklı Antiretroviral Tedavi Rejimlerinin Erken Dönem Virolojik ve İmmunolojik Yanıt Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması

**Elmas Bereketli<sup>1</sup>, Gamze Kalın Ünüvar<sup>1</sup>, Narmin Safarova<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

**Giriş ve Amaç:** Antiretroviral tedavi (ART), HIV ile yaşayan bireylerde viral baskılanma sağlayarak immünolojik iyileşmeyi sağlar. Güncel kılavuzlarda omurga tedavi olarak önerilen integras inhibitörü (INSTI) bazlı rejimlerin erken dönemdeki etkinlikleri, tedavinin uzun vadedeki başarısı için kritik öneme sahiptir. Bu çalışmada, yeni tanı alarak takibe alınan INSTI temelli Tenofovir alafenamid /Emtricitabin/ Bictegravir (TAF/FTC/BIC) veya Tenofovir disoproksil fumarat /Emtricitabin/Dolutegravir (TDF/FTC/DTG) tedavisi başlanan bireylerde, tedavinin ilk 3 ayındaki virolojik (HIV RNA kopya/ml) ve immünolojik (CD4 sayısı hücre /mm<sup>3</sup> ve yüzdesi) yanıtlarını karşılaştırmak amaçlanmıştır.

**Olgu:** Retrospektif olarak yürütülen bu çalışmaya, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji polikliniğine 2023-2025 yılları arasında başvurarak HIV tanısı alıp TAF/FTC/BIC (n=13) veya TDF/FTC/DTG (n=11) rejimlerinden biriyle tedaviye başlanan 18 yaş üzeri toplam 24 birey dahil edildi. Hastaların demografik verileri ile tedavi başlangıcı (0.ay), 1. ay ve 3. aydaki HIV RNA (log10 kopya/mL), CD4+T lenfosit sayısı (hücre/mm<sup>3</sup>) ve CD4+ T lenfosit yüzdesi verileri poliklinik kayıtlarından ve laboratuvar kayıtlarından elde edildi. Çalışmaya dahil edilen 24 hastanın yaş ortalaması 36.8±11.6 (20-60) olup 20'si (%83,3) erkekti. Tedavi grupları, yaş (p > 0.05) ve cinsiyet (p=0.855) dağılımı açısından benzerdi (Tablo 1). Tanı anında TDF/FTC/DTG grubunun ortalama CD4 + T Lenfosit sayısı daha düşük (223.9 /414.2) olmakla birlikte viral yükü daha yüksek bulundu (5.42/4.72 log10 kopya/ mL). Her iki tedavi rejimi de HIV RNA'yı tedavinin ilk ayında dramatik şekilde düşürmüştü ve 3. ayda düşük seviyelerde bulunmuştur. Gruplarda düşüş hızları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.508). Her iki grupta 3 ay boyunca CD4 +T lenfosit sayılarında artış görülmüştür. (p=0.045) Başlangıçta daha yüksek CD4 sayısına sahip olan TAF/FTC/BIC grubu, bu üstünlüğü takip süresince de korumuştur (p=0.014). Ancak iki tedavi rejiminin CD4 sayısını artırma hızı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p =0.244).CD4+T lenfosit yüzdesi de her iki grupta zamanla anlamlı şekilde artmıştır (p=0.016). Özellikle TDF/FTC/DTG grubunda ilk ayda keskin bir artış (%13.9 'dan %22.3'e) dikkat çekmiştir(Tablo 2).

Tablo 1.Olguların Demografik Özelliklerinin Tedavi Gruplarına Göre Dağılımı

|                    | TAF/FTC/BIC<br>(n=13) | TDF/FTC/DTG<br>(n=11) | Toplam<br>(n=24) | p değeri |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|----------|
| Yaş (Ortalama ±SS) | 34.7±12.6             | 39.5±8.7              | 36.8±11.6        | >0.05    |
| Cinsiyet, n (%)    |                       |                       |                  |          |
| Erkek              | 11 (%84,6)            | 9 (%81,8)             | 20 (%83,3)       | 0.855    |
| Kadın              | 2 (%15,4)             | 2 (%18,2)             | 4(%16,7)         |          |

Tablo 2: Tedavi Gruplarında Virolojik ve İmmunolojik Parametrelerin 3 Aylık Takip Süresince Değişimi

|                                       | Tedavi grupları | 0. Ay | 1.Ay  | 3.Ay  | p (Zaman içindeki değişim) | p (Gruplar arası fark) |
|---------------------------------------|-----------------|-------|-------|-------|----------------------------|------------------------|
| HIV RNA (log <sup>10</sup> kopya/ mL) | TAF/FTC/BIC     | 5.00  | 1.66  | 1.11  | 0.009                      | 0.308                  |
|                                       | TDF/FTC/DTG     | 5.03  | 1.68  | 1.88  |                            |                        |
| CD4 Sayısı (hücre/mm <sup>3</sup> )   | TAF/FTC/BIC     | 561   | 725   | 793   | 0.045                      | 0.014                  |
|                                       | TDF/FTC/DTG     | 292   | 322   | 357   |                            |                        |
| CD4 Yüzdesi (%)                       | TAF/FTC/BIC     | %27,5 | %29,8 | %32,7 | 0.016                      | 0.195                  |
|                                       | TDF/FTC/DTG     | %13,9 | %22,3 | %22,9 |                            |                        |

Yaşa bağlı kovaryans analiz (ANCOVA) yapılmış değerlerdir

**Sonuç:** Her ne kadar çalışmamızda vaka sayısı yeterli olmamasına rağmen, TAF/FTC/BIC ve TDF/FTC/DTG rejimlerinin her ikisinin de yeni tanı almış bireylerde erken dönemde oldukça etkin olduğu gösterilmiştir. Her iki tedavi rejiminde de viral yükü hızlı ve etkin bir şekilde baskılanmış; CD4 sayı ve yüzdesinde anlamlı bir artış sağlanmıştır. TDF/FTC/DTG tedavi rejimi alan grup başlangıçta daha düşük CD4 sayısına sahip olmalarına rağmen immünolojik yanıt açısından TAF/FTC/BIC tedavi grubu ile benzer etkinlik göstermiştir. Bu nedenle yanıt oranlarının daha iyi değerlendirilebilmesi açısından ileri çalışmaların yapılmasının daha iyi olacağı görüşündeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, Antiretroviral Tedavi, Erken Virolojik ve İmmunolojik Yanıt

PS-065

### Estetik Amaçlı Plateletten Zengin Plazma Uygulaması Sonrası Gelişen Bir Akut HIV Olgusu

**Bahar Örmen<sup>1</sup>, Banu Karaca<sup>1</sup>, Neslinur Baygül<sup>1</sup>, Nesrin Türker<sup>1</sup>, Figen Kaptan<sup>1</sup>, Alper Şener<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, İzmir

**Giriş ve Amaç:** İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV), başlıca cinsel temas, parenteral ve vertikal yol ile bulaşmakta olup son yıllarda estetik amaçlı parenteral farklı kan ürünü uygulamalarına bağlı bulaşlar da görülebilmektedir. HIV enfeksiyonunun nörolojik tutulumu akut HIV ilişkili nörokognitif bozukluklardan ilerleyici ensefalopatiye kadar geniş bir spektrumda karşımıza çıkabilmektedir. Bu olgu sunumunda, estetik amaçlı cilt altına başkasına ait plateletten zengin plazma (PRP) uygulaması sonrası gelişen ve akut ensefalit kliniği ile başvuran bir akut HIV olgusu bulaş yoluna dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur.

**Olgu:** 60 yaşında kadın hasta 1 haftadır olan üst solunum yolu enfeksiyonu sonrası bilinç kaybı ile acil servise getirildi. Bilinci kapalı, sözel uyaranlara yanıtsızdı. Hastanın ateşi 36.6 derece olup vitalleri olağandı. Fizik muayenesinde ense sertliği, meninks irritasyon kanıtları pozitif. Menenjit ön tanısıyla yapılan lomber ponksiyonda lökosit: 50 hücre/mm<sup>3</sup>, eritrosit: 10 hücre/mm<sup>3</sup>. BOS biyokimyasında protein: 219 mg/dL, glukoz: 49,9 mg/dL, eş zamanlı kan şekeri 110 idi. Hastanın kan lökosit: 9310, lenfosit: 5290 nötrofil: 3340 CRP: 7,5 idi. Beyin MR, ve toraks BT normaldi. HIV AG/AB testi pozitif saptandı. Hasta viral ensefalit ön tanısı ile yoğun bakıma yatırıldı. Seftriakson 2x2 gr IV ve asiklovir 3x750 mg IV başlandı. Kliniğinde düzelme sonrası enfeksiyon hastalıkları servisine nakil alındı. BOS viral menenjit paneli (HSV, CMV, EBV, VZV, JC virüs) negatif idi. BOS kültüründe üreme olmadı, BOS VDRL, ARB negatif saptandı mantar kültüründe üreme olmadı. Kan ve BOS'ta Cryptococcus neoformans antijeni negatif. Serum IGRA negatif, Toxoplazma IgG/IgM, Anti CMV IgG pozitif. Hastanın EEG'sinde orta zemin ritmi düzensizliği izlendi. HIV doğrulama testi pozitif olan hastada HIV RNA: 3369000 kopya/mL CD4: %4,235 hc/mm<sup>3</sup> idi. Hastanın klinik ve laboratuvar bulgularıyla akut HIV ensefaliti tanısıyla antiretroviral tedavi olarak bicitgravir/emtricitabin/tenofovir alafenamid başlandı. Ayrıca fırsatçı enfeksiyonlara yönelik TMP-SMX profilaksi başlandı. Bulaş açısından hasta irdelendiğinde hastanın 5 hafta önce veteriner oğlunun kanında elde edilen PRP nin yüzüne estetik amaçlı kardeşi tarafınca uygulandığı öğrenildi. Hastanın oğlunun da Anti-HIV testi pozitif. Bilinci açılan, nörolojik defisit gelişmeyen, klinik ve laboratuvar yanıt görülen hastanın ensefalit tedavisi 21 güne tamamlanarak taburcu edildi.

**Sonuç:** HIV enfeksiyonu en sık cinsel temas, intravenöz ilaç kullanımı ve anneden bebeğe bulaşmakta olup, günümüzde estetik amaçlı farklı kan ürünlerinin parenteral uygulamaları hastalık bulaşı için risk oluşturmaktadır. PRP uygulamaları yetkin kişiler tarafınca kişinin kendi kan örneğinden elde edilen ürünün yine kendisine asepti kurallarına uyularak yapılmalıdır. Sağlık otoritesi tarafınca bu uygulamaların belirli aralıklarla denetiminin sağlanması olası bulaşların önüne geçilmesi için değerlidir. Bunun yanında bu yöntemler hakkında toplumun bilgi ve bilinç kazandırılması önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** ensefalit, HIV, antiretroviral tedavi, PRP



PS-066

### Dolutegravir ve Lamivudin ile Hızlı Virolojik Baskılanma, Tedavi Deneyimsiz Erişkinlerde Uzun Etkili Kabotegravir Artı Rilpivirin Tedavisine Erken Geçişi Kolaylaştırır: Faz 3b Volition Çalışmasının Baskılama Evresi Sonuçları

Ezequiel Córdova<sup>1</sup>, Kai Hove<sup>2</sup>, Laurent Hocqueloux<sup>3</sup>, Riya Moodley<sup>2</sup>, Björn-Erik Ole Jensen<sup>4</sup>, Julie Priest<sup>5</sup>, Andrea Antinori<sup>6</sup>, Parul Patel<sup>5</sup>, Guillermo Cuevas Tascón<sup>7</sup>, Christopher Polk<sup>5</sup>, Marc Johnson<sup>8</sup>, Marty St Clair<sup>5</sup>, Francisco Xavier Zamora Vargas<sup>9</sup>, Suryakant Somvanshi<sup>10</sup>, Jason Szabo<sup>11</sup>, Jacob Radford<sup>2</sup>, Louise Garside<sup>12</sup>, Richard Grove<sup>12</sup>, Harmony P. Garges<sup>5</sup>, Jean van Wyk<sup>2</sup>, Bryn Jones<sup>2</sup>, **Halil Eralp**<sup>13</sup>

<sup>1</sup>IDEAA Foundation, Buenos Aires, Argentina

<sup>2</sup>ViiV Healthcare, London, UK

<sup>3</sup>Centre Hospitalier Universitaire d'Orléans, Orléans, France

<sup>4</sup>Department of Gastroenterology, Hepatology, and Infectious Diseases, Medical Faculty and University Hospital Düsseldorf, Heinrich Heine University, Düsseldorf, Germany

<sup>5</sup>ViiV Healthcare, Durham, NC, USA

<sup>6</sup>HIV/AIDS Department, National Institute of Infectious Diseases, L. Spallanzani, IRCCS, Rome, Italy

<sup>7</sup>Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, Spain

<sup>8</sup>Atrium Health Carolinas Medical Center, Charlotte, NC, USA

<sup>9</sup>Espacio EME, Región Metropolitana, Chile

<sup>10</sup>Development Statistics, GCC, GSK, Bengaluru, India

<sup>11</sup>Clinical Department, L'Actuel Medical Clinic, Montréal, QC, Canada

<sup>12</sup>GSK, London, UK

<sup>13</sup>GSK, İstanbul, TR

**Giriş ve Amaç:** Tedaviye yeni başlayan erişkinlerde günde tek doz dolutegravir/lamivudin ile hızlı virolojik baskılanma sağlanarak, baskılanmayı takiben her iki ayda bir uygulanan uzun etkili kabotegravir/rilpivirin tedavisine gönüllü ve erken geçiş olanağının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Faz 3b, çok merkezli, açık etiketli VOLITION çalışmasının baskılama evresinde erişkin ve antiretroviral tedavi-deneyimsiz katılımcılar, plazma HIV-1 RNA < 50 kopya/mL düzeyine ulaşınca (en erken 4. hafta, en geç 16. hafta) kadar dolutegravir/lamivudin kullanmıştır. İlk < 50 kopya/mL sonucundan sonra "Tercih Günü" ziyaretinde katılımcılar ya iki ayda bir uygulanan uzun etkili kabotegravir/rilpivirin rejimine geçmeyi ya da oral dolutegravir/lamivudin ile devam etmeyi seçmiştir. Birincil sonlanım noktaları; (i) başlangıçtan < 50 kopya/mL'e kadar geçen süre ve (ii) idame evresindeki anlık algoritmaya göre < 50 kopya/mL oranı olarak tanımlanmıştır. Baskılama evresi ikincil değerlendirmeleri; zaman içinde < 50 kopya/mL oranı, doğrulanmış virolojik başarısızlık (ardışık ≥200 kopya/mL) ve olası direnç gelişimi, CD4+ değişimi, güvenlik ve hasta bildirimi çıktılarına içermiştir. Virolojik etkinlik analizleri Abbott RealTime HIV-1 sonuçlarına dayandırılmıştır.

**Bulgular:** Toplam 171 katılımcı dahil edilmiştir (kadın %26; Hispanik/Latin kökenli %51; başlangıç CD4+ < 200 hücre/mm<sup>3</sup> olan %16; HIV-1 RNA ≥500.000 kopya/mL olan %9). Ortanca (%95 GA) baskılanmaya ulaşma süresi 4,1 hafta olarak bulunmuştur ve katılımcıların %97,7'si 16 hafta içinde < 50 kopya/mL düzeyine ulaşmıştır; Tercih Günü'nde baskılanmış oran %98'e yükselmiştir. Doğrulanmış virolojik başarısızlık bir olguda görülmüştür; tedavi değişikliğini gerektiren direnç saptanmamıştır. Baskılama evresi boyunca, başlangıç viral yükü ve CD4+ kategorilerine bakılmaksızın yüksek baskılanma oranları izlenmiştir (viral yük için %93–%99; CD4+ için %96–%98). Ortalama (SS) CD4+ artışı Tercih Günü'nde 157,3 (216,7) hücre/mm<sup>3</sup> olarak gözlenmiştir. Tedaviye bağlı 1–2. derece advers olaylar %10 oranında raporlanmıştır; ≥3. derece tedaviye bağlı advers olay görülmemiştir. Ciddi advers olayların hiçbirisi tedaviyle ilişkili bulunmamış ve yalnızca < %1 katılımcı advers olay nedeniyle çalışmadan ayrılmıştır. Hasta memnuniyeti yüksek seyretmiş ve semptom sıkıntısı, anksiyete (GAD-7) ile depresyon (PHQ-9) puanlarında iyileşme izlenmiştir. Tercih Günü'nde geçişe uygun katılımcıların %89'u uzun etkili rejime geçmeyi tercih etmiştir.

**Sonuç:** Dolutegravir/lamivudin ile kısa sürede ve geniş bir başlangıç özellik yelpazesinde elde edilen güçlü virolojik



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



baskılanmanın, kişiyi merkeze alan bakım yaklaşımıyla, tedaviye yeni başlayan kişilerde uzun etkili kabotegravir/rilpivirin tedavisine erken ve güvenli geçiş için uygulanabilir bir yol sunduğu gösterilmiştir. Güvenlilik bulgularının rejimin bilinen profilini doğruladığı ve hasta bildirimi ölçütlerinin baskılama evresi boyunca memnuniyet ile iyi oluşun korunduğunu gösterdiği sonucuna varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Kabotegravir, Uzun Etkili, Virolojik Baskılanma, Dolutegravir

PS-067

### Gebelikte Yeni Gelişen Sifiliz Olgusu: Eş Zamanlı HIV Taramasının Önemi

**Sema Yılmaz Kırık<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Manavgat Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Sifiliz ve HIV enfeksiyonları, benzer bulaş yollarına sahip olup biri saptandığında diğerinin araştırılması kritik öneme sahiptir. Gebelikte sifiliz hem maternal hem de fetal morbidite ve mortalite açısından ciddi sonuçlar doğurabilir. Bu nedenle, rutin prenatal taramalar ve riskli gruplarda tekrar testler büyük önem taşımaktadır.

**Olgu:** Yirmibir yaşında, 17. gebelik haftasında rutin prenatal izlemi yapılan bir kadın hasta, serolojik taramalar sonucunda yeni gelişen şüpheli sifiliz tanısı ile polikliniğimize yönlendirildi. İlk prenatal tarama (09.05.2025) sırasında VDRL testi negatif bulunmuşken, takip taramasında (11.07.2025) VDRL pozitif ve TPHA doğrulaması ile tanı kesinleşti. Bu bulgu, gebelikte enfeksiyonların dinamik seyredebileceğini ve taramaların tekrarlanması gerektiğini ortaya koymaktadır. Klinik değerlendirmede, dudak kenarında şankr ile uyumlu, siyah renkli ve ülseratif ağrısız bir lezyon gözlemlendi. Ek bir şikayet ve fizik muayenede bulgu saptanmadı. Serolojik ve klinik olarak değerlendirildiğinde gebelikte primer dönem sifiliz hastalığı düşünüldü. Herhangi bir penisilin alerji öyküsü tariflemeyen gebeye tek doz benzatin penisilin G 2.4 milyon ünite i.m uygulandı. Hasta, tedavi sonrası lezyonun daha hızla iyileştiğini belirtti (Şekil 1 ve 2). Tedavi süresince herhangi bir ek patoloji saptanmadı. Hastanın HIV değerlendirmesi eş zamanlı olarak gerçekleştirildi; Anti-HIV ve HIV RNA testleri negatif bulunmasına rağmen, anamnez ve partner sorgulaması sonucu eşinin yeni tanı HIV pozitif olduğu belirlendi. Partnerine de antibakteriyel ve antiviral tedavi önerildi. Bu durum, gebelikte hem anne hem de fetus açısından enfeksiyon riskini değerlendirmek için eş zamanlı tarama ve partner takibinin kritik önemini vurgulamaktadır. Gebelik süreci tedavi sonrası sorunsuz olarak devam etmekte olup, hasta halen 28. gebelik haftasında ve perinatoloji birimi tarafından düzenli olarak izlenmektedir. Tarafımızca sifiliz sonrası anti-HIV ve titreli VDRL ile takip önerildi. Bu olgu, prenatal tarama testlerinin düzenli tekrarının, partner araştırmasının ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar açısından kapsamlı değerlendirmenin, hem bireysel hem de toplum sağlığı açısından hayati öneme sahip olduğunu açıkça göstermektedir.

Şekil 1



Şankr ile uyumlu ağrısız ülsera yara.

Şekil 2



Atipik yerleşimli şankr iyileşme dönemi.

**Sonuç:** Sifiliz tanısı alan her bireyde HIV testi, HIV pozitif bireylerde ise sifiliz ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların taranması gereklidir. Gebelikte sifiliz, konjenital enfeksiyon riski nedeniyle erken tanı ve tedavi gerektirir. Sonuç olarak; Gebelikte yapılan rutin tarama testlerinin periyodik tekrarı, hem anne hem bebek sağlığı için kritik öneme sahiptir. Bu olgu, “HIV varsa sifilizi, sifiliz varsa HIV’i araştır!” yaklaşımının klinik önemini vurgulamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Sifiliz, HIV, Gebelik, Tarama, Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, Şankr

PS-068

### HIV Tanısına Götüren Soliter Talamik Lezyon: Toksoplazmoz ve Tromboemboli Eşlikli Olgu

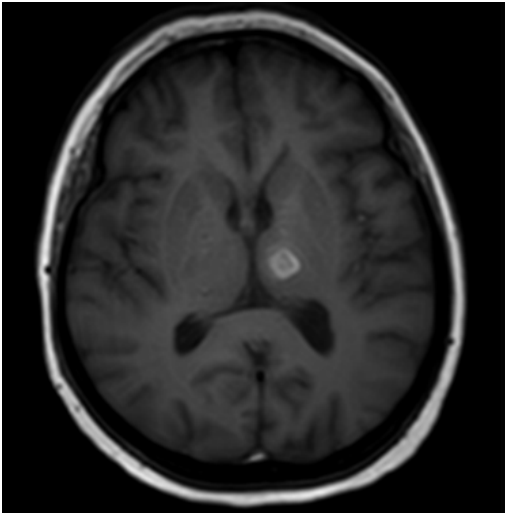
Elif Subaşı Sayın<sup>1</sup>, Bedia Mutay Suntur<sup>1</sup>, Tuğba Arslan Gülen<sup>1</sup>, Merve Üstüner Doğan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** HIV ile yaşayan bireylerde düşük CD4 sayısı ve yüksek viral yük fırsatçı enfeksiyonların yanı sıra HIV ile ilişkili kronik inflamasyon ve endotelial disfonksiyon tromboembolik komplikasyonlara zemin hazırlamaktadır. Bu posterde, CD4 düzeyi düşük bir hastada serebral toksoplazmoz ve eş zamanlı gelişen tromboembolik komplikasyonlar sunulmaktadır.

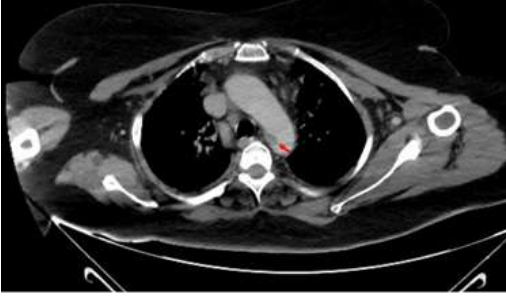
**Olgu:** Hipertansiyon tanılı 44 yaşında kadın hasta, Nisan 2024'te bulanık görme yakınmasıyla başvurmuş. Beyin BT'sinde sol talamusta glial neoplazi şüpheli lezyon saptanarak nöroşirurji yoğun bakıma yatırılmış. Takibinde Anti-HIV testi pozitif çıkan hasta enfeksiyon hastalıklarına devralındı. Fizik muayenesinde bilinç açık, vital bulguları stabildi. Nörolojik muayenesi ve akciğer sesleri olağandı. CD4 sayısı 32 mm<sup>3</sup>/hücre, HIV PCR 7309029 IU/ml, Anti-toxoplazma IgG pozitif, Anti-toxoplazma IgM ve serum kriptokok antijeni negatifti. Fundoskopide patoloji saptanmadı; görme bulanıklığı serebral ödemle ilişkilendirildi; antiödem tedavi başlandı. Ağızda yalanma, sabit bakışla seyreden fokal nöbet gelişti. Antikonvülsan tedavi başlandı. Beyin MR'da (Resim1) sol talamusta 13x12 mm boyutunda periferinde hipointens rim bulunan santrali yüksek sinyalli nodüler lezyon görüldü. Beyin omurilik sıvı (BOS)'nda 2 hücre/mm<sup>3</sup> görüldü. Glukoz 48 mg/dl (serum glukozu 82), LDH 30 IU/L, protein 574 mg/dl saptandı, BOS kültüründe üreme olmadı. BOS'ta CMV, Cryptococcus neoformans ve Mycobacterium tuberculosis PCR negatif olup sitolojide malign hücre izlenmedi. Başta SSS lenfoması olmak üzere ayırıcı tanılara yönelik çekilen PET'de sol talamusta patolojik FDG metabolizması izlenmedi, MR spektroskopide sol talamustaki lezyonda kolin/kreatin oranında artış, aminoasit ve asetat pikleriyle laktat-lipit pikleri izlendi. Serebral toksoplazmoz düşünülerek trimetoprim/sülfametoksazol (TMP-SMX) 2x3 ampul başlandı. Takibin 10. gününde takipne ve hipoksi gelişen hastada inen aortada mural trombüs (Resim 2), iki ana pulmoner arterde dolum defekti (Resim 3) izlendi. Trombolitik tedavi başlandı, üçüncü gününde sağ bacakta derin ven trombozu da saptandı. TMP-SMX tedavisinin 14. gününde tenofovir disoproksil fumarat/emtrisitabin/dolutegravir başlandı. Antibiyoterapinin 20. gününde kontrol MRG'de talamustaki lezyonda regresyon izlendi (Resim 4). Poliklinik takibine alınan hastanın birinci ay tetkiklerinde CD4 sayısı 132 /mm<sup>3</sup>, HIV PCR 11836 IU/ml'di. TMP-SMX tedavisi 6 haftaya tamamlanıp sekonder profilaksiye geçildi. Üçüncü ayda CD4 sayısı 153/mm<sup>3</sup>, HIV PCR 1220 IU/ml'di. Hasta halen polikliniğimizden takip edilmektedir.

Resim 1: Tanı Anındaki Kraniyal MR Görüntüsü



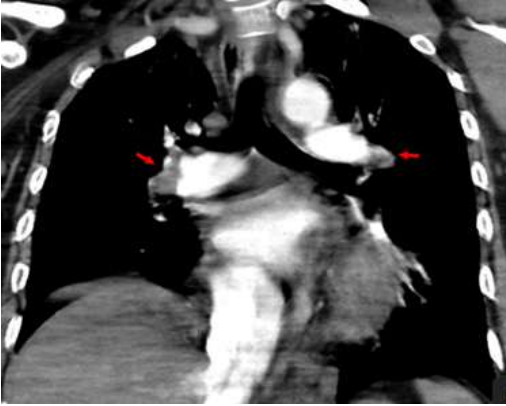


Resim 2: Toraks BT, Mural Trombüs

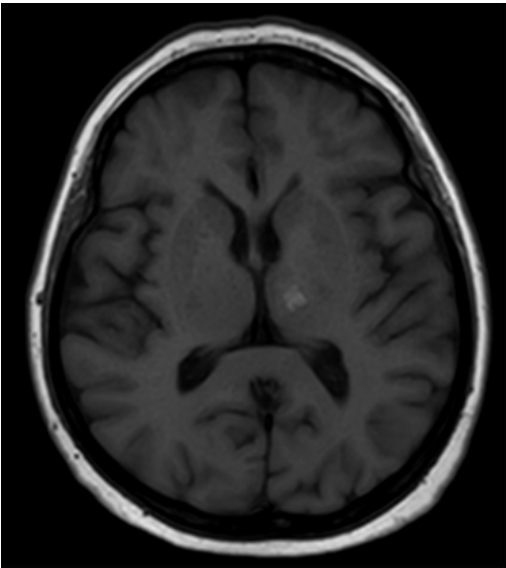


İnen aorta posterior duvar proksimalinde 1,1 cm çapında mural trombüs

Resim 3: Pulmoner BT Anjiyografi, Pulmoner Emboli



Resim 4: Tedavinin 20. Günündeki Kraniyal MR Görüntüsü



**Sonuç:** HIV enfeksiyonunda SSS lezyonlarında klinik uygunsuzluk, girişimsel işlem riskleri gibi nedenlerle patolojik ve mikrobiyolojik tanı her zaman mümkün değildir. Olgumuzda tedaviye alınan klinik ve radyolojik yanıt serebral toksoplazmoz tanımızı destekledi. Ek olarak, obezite ve metabolik sendrom HIV'e bağlı inflamasyonla birlikte tromboemboli riskini artırmıştır. Hastalarda enfeksiyöz ve kardiyovasküler risklerin bütüncül şekilde ele alınması büyük önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV/AIDS, Toksoplazma, Tromboemboli



PS-070

### HIV Pozitif Bir Hastada Böbrek Naklinde Enfeksiyon Yönetimi: Olgu Temelli Bir Değerlendirme

Seda Büyükçam Alkan<sup>1</sup>, Melda Türken<sup>1</sup>, Bengü Gireniz Tatar<sup>1</sup>, Banu Yılmaz<sup>1</sup>, Figen Kaptan Erdoğan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İzmir Şehir Hastanesi

<sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** HIV enfeksiyonuna bağlı böbrek hasarı, eşlik eden hastalıklar, nefrotoksik tedaviler böbrek nakil gereksinimini arttırmıştır. Etkili antiretroviral tedavilerle HIV pozitif hastalarda böbrek nakli güvenli uygulanabilmektedir. Bu olgu sunumunda HIV ile enfekte kronik böbrek yetmezliği hastasında, nakil sürecinde enfeksiyon yönetimi, antiretroviral tedavi optimizasyonu ve multidisipliner yaklaşımın önemi tartışılmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** İzmir Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniğinde takipli HIV pozitif hastanın nakil süreci retrospektif incelendi.

**Bulgular:** İzmir Şehir Hastanesi organ nakli biriminde takipli 30 yaş HIV ile enfekte trans birey, Haziran 2024'de böbrek nakil uygunluğu açısından Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniğine başvurdu. Hasta tip 1 diyabetes mellitus, hipertansiyon, HIV enfeksiyonu ve kronik böbrek yetmezliği(KBY) tanısıyla takipliydi. Bir yıldır hemodiyalize girmekteydi. Alkol, madde kullanımı yoktu. İki yıl önce sigarayı bırakmıştı. İnsülin, karvedilol, doksazosin, furosemid kullanmaktaydı. Antiretroviral tedavisi(ART) 2019-2023 arasında lamivudin, abakavir, dolutegravir iken 2023 yılında böbrek fonksiyon bozukluğu ve virolojik breakthrough(sıçrama) nedeni darunavir, ritonavir, dolutegravir olarak düzenlenmişti. Son bir aydır organ nakli planıyla emtricitabin, tenofovir alafenamid, biktgravir olarak değiştirilmişti. Fizik muayenede vücut kitle indeksi 18,4 idi. Sağ subklavyen vende kalıcı diyaliz kateteri, sol kolda fistülü vardı. Diğer muayene bulguları olağandı. Tanı aldığı(2019) CD4:544 hücre/mm<sup>3</sup>(%24), HIV RNA:144.623 k/ml iken son bir yıldır ART ile virolojik baskılanma sağlanmıştı( < 50kp/ml)(Tablo 1). Güncel AntiHIV IgG, AntiCMV IgG, AntiEBV VCA-EBNA IgG, VZV IgG, AntiHBs( > 1000IU/mL), AntiRubella IgG pozitif, diğer sonuçlar negatifti. Nakil öncesi Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak aşılmasıyla bağışıklık sağlandı. İnterferon Gama Salınım Testi pozitif görülen hastada akciğer grafisi olağandı. Aktif tüberküloz düşünülmeyi, dokuz ay İzoniazid profilaksisi başlandı. Donör değerlendirmesiyle nakil sonrası profilaksiler planlandı. ART uyumu tam olan hastanın preoperatif HIV RNA negatif;CD4:532hücre/mm<sup>3</sup>(%38)idi. Hastanın 25.04.2025'de dış merkezde nakil operasyonuna alındığı öğrenildi. Nakilden beş ay sonra kreatin progresyonuyla acil hemodiyalize alınan hastanın böbrek biyopsisinde akut antikor aracılı rejeksiyon izlendi. Son başvurusunda(Ağustos 2025) HIV RNA negatif, CD4:300 hücre/mm<sup>3</sup>(%40) görüldü.

Tablo 1. Olgunun HIV enfeksiyonu tanısı sonrası laboratuvar bulguları ve tedavi izlemi

| Tarih        | HIV RNA kp/ml | CD4 %/sayı | GFR ml/dk | Kreatinin (mg/dL) | Proteinüri | Tedavi      |
|--------------|---------------|------------|-----------|-------------------|------------|-------------|
| 2019         | 144.623       | %24/544    | 102       | 0,96              | eser       | ABC/3TC/DTG |
| 2020         | 369           | %25        | 61        | 1,57              | +          |             |
| 2022         | 6320          | 455        | 39        | 2,25              | ++         |             |
| 2023 Nisan   | 81.000        | %40/524    | 18        | 4,22              | +++        | DTG/DRVr    |
| 2023 Mayıs   | 5510          | %31/ 576   | 18        | 4,14              | HD         | HD          |
| 2023 Ağustos | Negatif       | %32/483    | 9         | 7,54              |            | TAF/FTC/BIC |
| 2024 Haziran | Negatif       | %38/532    | 11        | 6,5               |            |             |
| 2024 Eylül   | Negatif       | -          | 11        | 6                 |            |             |
| 2025 Mart    | Negatif       | %38/494    | 11        | 6,5               |            |             |
| 2025 Nisan   |               |            |           |                   |            |             |
| 2025 Ağustos | <50           | %40/300    | 21        | 3,7               | HD         |             |

GFR:Glomeruler filtrasyon hızı; HD: Hemodiyaliz; ABC/3TC/DTG:

Abakavir/Lamivudin/Dolutegravir; DTG/DRVr: Dolutegravir/Darunavir-ritonavir;

TAF/FTC/BIC: Tenofovir alafenamid fumarat/ Emtricitabin/Biktgravir

**Sonuç:** HIV pozitif hastalarda etkin antiretroviral tedavilerle virolojik baskılanma sağlandığında nakil güvenli uygulanabilir. Nakil öncesi değerlendirme, multidisipliner yaklaşım ve tedavi yönetimiyle HIV pozitif ve negatif alıcıların sonuçları benzerdir. Hastamızın nakil öncesi ve sonrası dönemde enfeksiyon parametreleri kontrol



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



altındadır; organ reddi akut rejeksiyona bağlıdır. Doğru yönetildiğinde HIV organ nakline engel değildir. Bu olgu, HIV tanılı hastalarda enfeksiyon kontrolü ve multidisipliner izlemin nakil sürecindeki önemini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, Böbrek nakli, Multidisipliner yaklaşım, ART

PS-071

### Yeni Tanı HIV ile Enfekte Bireyde Serebral Toksoplazmoz : Klinik Seyir ve Tedavi Yanıtı

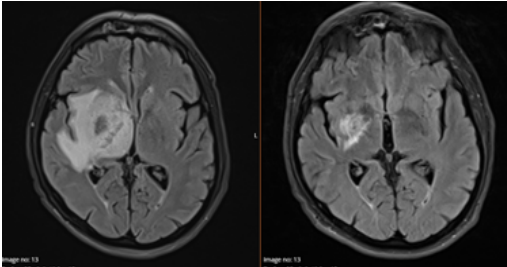
Rüya Sıla Evrenöz<sup>1</sup>, Dilara İnan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Antalya

**Giriş ve Amaç:** Toksoplazmoz, *Toxoplasma gondii*'nin etken olduğu paraziter bir hastalıktır. Edinsel immün yetmezlikli bireylerde, özellikle CD4 sayısı < 100 hücre/ $\mu$ L olan hastalarda en sık görülen santral sinir sistemi (SSS) enfeksiyonudur. Primer toksoplazmoz sonrası latent enfeksiyon ömür boyu devam eder. Etkin profilaksi ve antiretroviral tedavi (ART) almayan seropozitif hastalarda toksoplazmoz reaktivasyon riski %30'a kadar çıkabilir. Bu olgu sunumunda kliniğimizde takip edilen, yeni tanı almış HIV ile enfekte bireyde eş zamanlı saptanan serebral toksoplazmozun tanı, tedavi ve klinik seyir sürecinin paylaşılması amaçlanmıştır.

**Olgu:** Bilinen ek hastalığı olmayan 48 yaş erkek hasta, iki aydır olan ateş ve kilo kaybı nedeniyle İç Hastalıkları Kliniğine malignite tetkik amacıyla yatırıldı. Servis takibindeyken tarafımızca da değerlendirildi. İlk değerlendirmede bir aydır devam eden yürürken denge kaybı ve konuşmada yavaşlama mevcuttu. Etiyolojiye yönelik olarak HIV antikoru dahil tetkikleri istendi, HIV antikoru pozitif saptandı. HIV ensefalopatisi, toksoplazma, SSS kitlesi ön tanılarıyla kontrastlı beyin MR planlandı. MR sonucu 'Sağ lentiform nükleusta yaklaşık 14x11 mm boyutlu, postkontrast T1 ağırlıklı görüntülerde periferik halkasal kontrastlanma gösteren santrali hipointens, çevresinde superiorda sağ frontoparietal sentrum semiovale düzeyine, inferiorda temporal loba ve insuler kortekse, posteriorda mezensefalon sağ krus serebrisine ve sağ talamusa uzanan T2 FLAIR hiperintens vazojenik ödemin eşlik ettiği ve buna ventrikül düzeyinde yaklaşık 3,5 mm sola şifte neden olan odak izlenmektedir. HIV ön tanılı hastada ön planda toksoplazmoz lehine değerlendirilmiştir' olarak yorumlandı. Hastada serebral toksoplazmoz düşünüldü, intravenöz Trimetoprim-Sülfametoksazol (TMP-SMX) başlandı. MR'da masif kitle ve şift nedeniyle nöroşirurjiye danışıldı. Lezyonun konumu ve hastanın nörolojik muayenesi itibarıyla biyopsi için uygun görülmedi, antiödem tedavi amacıyla mannitol önerildi. Bu süreçte HIV-1 RNA 997.000 kopya/mL, CD4 sayısı 41 hücre/ $\mu$ L olarak saptandı ve ART olarak biktgravir/emtrisitabin/tenofovir alafenamid başlandı. Tedavinin 2.haftasında takip amacıyla kontrastlı beyin MR çekildi, nöroşirurji tarafından vazojenik ödemde azalma ve kitle boyutunda küçülme lehine değerlendirildi. Klinik yanıtı olan, tedavinin 4.haftasındaki beyin MR'ında regresyon bulguları devam eden hasta tedavinin 28.gününde TMP-SMX (800 mg/160 mg) 2x3 tablet ile taburcu edildi. Tedavinin 3.ayındaki tetkiklerinde HIV-1 RNA 518 kopya/mL, CD4 sayısı 361 hücre/ $\mu$ L olarak sonuçlandı. Hastanın takip ve tedavisi devam etmektedir.

Toksoplazmoz tedavisi öncesinde ve tedavinin 2.ayında çekilen MR görüntülerinin karşılaştırılması



**Sonuç:** CD4 sayısı 100 hücre/ $\mu$ L altında olan, ART ve profilaksi almayan HIV pozitif bireylerde toksoplazmoz gelişme riski artmıştır ve en sık tutulum SSS'de görülür. Erken tanı, uygun antimikrobiyal tedavi ve ART ile prognoz belirgin şekilde iyileşmektedir. Başlangıç tedavi süresi genellikle altı haftadır; ancak tedavi süresinin hasta özelinde değerlendirilmesi uygun yaklaşım olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Toksoplazma, HIV, serebral toksoplazmoz

PS-072

### Herpes Zoster Enfeksiyonu Lezyonları ile Başvuran HIV Olgusu

Hüsameddin Atay<sup>1</sup>, Yakup Demir<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon ve Klinik Mikrobiyoloji

<sup>2</sup>Diyarbakır Memorial Hastanesi, Enfeksiyon ve Klinik Mikrobiyoloji

**Giriş ve Amaç:** Herpesvirüs ailesinin üyelerinden olan Varicella-zoster virüsü (VZV) duyuşal ganglionlarda latens gösterir ve immün baskılanmış kişilerde zona (herpes zoster enfeksiyonu) oluşturmak üzere yeniden aktif hale geçebilir. AIDS pandemisinin başlarında, zoster HIV ile enfekte erişkinlerde ve çpeditrik ya gurubunda görölmüşdür (1). Biz de bu olgumuzda tedavisiz kaldığı için reaktive olan herpes zoster enfeksiyonu yönetimini sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 32 yaşında erkek hasta enfeksiyon polikliniğine sırtta karıncalanma ve ağrı sonrasında veziküler ve püstüler tarzda döküntüler ile başvurdu. Ek şikayet olarak son 3 ayda yaklaşık on kilo kaybı mevcuttu. Hastanın döküntülü lezyonları ile ilgili tetkikleri vzv ıgm, ıgg, kızamık ıgm, ıgg, anti Rubella ıgm, ıgg, ebv vca ıgm, ıgg, vdrl ve hbs ag, anti hcv, anti hiv vs istendi. Hastanın bakılan elisa sonucunda anti hiv sonucu yüksek titre pozitif geldi. Hastaya durum anlatıldığında aslında dış merkezde takipli ve abacavir lamuvudın dolutegravir rejimini kullandığı ancak ilaçlarını 6 aydır bıraktığını söyledi. İlaç ilaç etkileşimine de dikkat edilerek hastaya ART ve valasiklovir, dexketoprofen, pantoprazol ve topikal fucidik asit reçete edildi. Hasta düzenli ilaç kullanımı konusunda uyarıldı. Eşlik eden ek enfeksiyöz hastalık tespit edilmedi. Hastanın hiv rna sonucu: 250000 kopya/ml, cd 4 sonucu: 350 geldi. Tekrar başlanan tedavi sonrası takiplere çağrıldı.

**Sonuç:** HIV ile enfekte bireyler, herpes zoster ve sitomegalovirüs gibi diğer viral enfeksiyonlara da maruz kalabilir. Yetişkinlerle karşılaştırıldığında, çocuklarda HIV enfeksiyonunun oküler belirtilerinin görölme olasılığı daha düşüktür. HIV ile enfekte bireylerde, VZV reaktivasyon (zona) oranı genel popölasyondan 7 kat fazladır (1,2). Olgumuzda da göröldüğü üzere özellikle genç hastalarda iki dermatomdan fazla ve tekrarlayan tutulum varlığında anti-hiv mutlaka istemek gerekir.

### ZONA DÖKÜNTÜLERİ



veziküler ve püstüler tarzda döküntüler

**Anahtar Kelimeler:** zona, herpes, hiv

PS-073

### Akut HIV Enfeksiyonunun Farklı Klinik Seyirleri: Üç Olgudan Öğrenilenler

Selcan Arslan Özel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Bu çalışmada, farklı klinik tablolarla başvuran üç akut HIV enfeksiyonu olgusunun klinik ve laboratuvar özelliklerinin değerlendirilmesi, tanı süreci ve erken tedavi yaklaşımlarının tartışılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Olgu 1:49 yaşında erkek hasta, ateş, halsizlik, kas ağrısı, mide bulantısı ve karın ağrısı şikayetleri ile acil servise başvurmuş, yapılan değerlendirme sonucunda semptomatik tedavi düzenlenmiş. Hasta, şikayetlerinde düzelme olmaması üzerine 3 gün sonra ateş, terleme ve karın ağrısı yakınmalarıyla Enfeksiyon Hastalıkları polikliniğinde yapılan muayenede ateş saptanmamış, karın palpasyonunda hassasiyet belirlenmiş. Hastanın ilk başvuru tetkiklerinde nötropeni ve karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk saptanmış. İleri tetkiklerinde Anti-HIV pozitif, Anti-HCV negatif, Anti-HAV IgM negatif, HBsAg negatif, HBcIgM negatif, HBcIgG negatif, Anti-HBs negatif, CMV IgM negatif, CMV IgG negatif, EBV IgM negatif ve EBV IgG negatif bulunmuştur. Anti-HIV 1/2 antikor + p24 antijen testi pozitif, HIV antikor doğrulama testi negatif, HIV RNA düzeyi 10 milyon kopya/mL olarak saptanmış. Hastanın CD4 hücre sayısı 534 hücre/μL olarak bulunmuştur. Hastaya Tenofovir alafenamid, Emtrisitabin ve Bictegravir kombinasyonundan oluşan antiretroviral tedavi (ART) başlanmıştır. ART başlanmasının ardından hastanın klinik bulgularında belirgin düzelme izlenmiş, karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlara dönmüştür. Olgu 2: 52 yaşında kadın hasta, idrar yaparken yanma ve sık idrara çıkma şikayetleri ile Enfeksiyon Hastalıkları polikliniğine başvurmuş. Yapılan tetkiklerinde Anti-HIV pozitif saptanması üzerine, yapılan incelemelerde Anti-HIV 1/2 antikor + p24 antijen testi pozitif, HIV antikor doğrulama testi negatif, HIV RNA düzeyi 10 milyon kopya/mL olarak bulunmuş. Hastanın CD4 hücre sayısı 220 hücre/μL olarak ölçülmüş. Hastaya Tenofovir alafenamid, Emtrisitabin ve Bictegravir kombinasyonundan oluşan (ART) başlanmıştır. Olgu 3:20 yaşında kadın hasta, dispeptik şikayetler ile Dahiliye polikliniğine başvurmuş, yapılan tetkiklerde Anti-HIV pozitif saptanması üzerine, incelemelerde Anti-HIV 1/2 antikor + p24 antijen testi pozitif, HIV-1 antikor doğrulama testi indetermine, HIV RNA düzeyi 7.140.000 kopya/mL olarak bulunmuştur. Hastanın CD4 hücre sayısı 607 hücre/μL olarak ölçülmüştür. Hastaya Tenofovir alafenamid, Emtrisitabin ve Bictegravir kombinasyonundan oluşan ART başlanmıştır.

### Bulgular: .

Tablo 1. Olgu 1'in Laboratuvar sunumu

| Laboratuvar   | 0.gün<br>(Acil polk) | 4. gün<br>(Enfeksiyon polk) | 7.gün  | 15. gün<br>(Tedavi başlangıcı) | Tedavinin<br>1. ayı | Tedavinin<br>4. ayı |
|---------------|----------------------|-----------------------------|--------|--------------------------------|---------------------|---------------------|
| Tam kan sayım |                      |                             |        |                                |                     |                     |
| Beyaz küre    | 6600                 | 3600                        | 6200   | 5400                           | 7000                | 5800                |
| Nötrofil      | 4800                 | 1900                        | 2400   | 2400                           | 3200                | 2700                |
| Lenfosit      | 1200                 | 1300                        | 3300   | 2900                           | 2800                | 2500                |
| Platelet      | 107000               | 110000                      | 190000 | 187000                         | 189000              | 193000              |

|                                         |         |         |         |             |         |         |
|-----------------------------------------|---------|---------|---------|-------------|---------|---------|
| Biyokimya                               |         |         |         |             |         |         |
| ALT (0-35)                              | 18      | 122     | 248     | 350         | 44      | 25      |
| AST (0-35)                              | 45      | 149     | 223     | 290         | 33      | 24      |
| LDH (100-248)                           | 448     | 362     | 408     | 403         | 206     | 205     |
| GGT                                     | 92      | 81      | 105     | 93          | 64      | 33      |
| TBil/DBil                               | 0,4/0,1 | 0,4/0,1 | 0,4/0,2 | 0,4/0,2     | 0,6/0,2 | 0,5/0,1 |
| CRP (mg/L)0-5                           | 187     | 31      | 12      | 8           |         |         |
| Anti-HIV                                | pozitif |         |         |             |         |         |
| Anti-HIV1/2 antikor+p24 antijeni (ELFA) |         |         |         | pozitif     | pozitif |         |
| HIV antikor doğrulama                   |         |         |         | negatif     | pozitif |         |
| HIV RNA (kopya/mL)                      |         |         |         | > 10 milyon | 11767   | negatif |
| CD4 (hücre/ $\mu$ L)                    |         |         |         | 534(%13,2)  |         |         |

Olgu 1'in patolojik laboratuvar bulguları ve tedavi sonrası laboratuvar takip sonuçları Tablo 1'de özetlenmiştir

Tablo 2. Olgu 2'nin Laboratuvar sunumu

| Laboratuvar                             | İlk Başvuru | 15.gün (Tedavi başlangıcı) | Tedavinin 1. ayı | Tedavinin 6. ayı |
|-----------------------------------------|-------------|----------------------------|------------------|------------------|
| Tam kan sayım                           |             |                            |                  |                  |
| Beyaz küre                              | 4500        | 4000                       | 4600             | 5300             |
| Nötrofil                                | 3500        | 3000                       | 2000             | 3000             |
| Lenfosit                                | 700         | 600                        | 1900             | 1700             |
| Platelet                                | 154000      | 160000                     | 203000           | 295000           |
| Biyokimya                               |             |                            |                  |                  |
| ALT                                     | 46          | 65                         | 15               | 25               |
| AST                                     | 35          | 45                         | 18               | 23               |
| LDH                                     | 200         | 250                        | 178              | 179              |
| GGT                                     | 45          | 50                         | 14               | 18               |
| TBil/DBil                               | 0,3/0,2     | 0,5/0,1                    | 0,6/0,08         | 0,4/0,1          |
| CRP (mg/L)0-5                           | 30          |                            |                  |                  |
| Anti-HIV                                | pozitif     |                            |                  |                  |
| Anti-HIV1/2 antikor+p24 antijeni (ELFA) |             | pozitif                    | pozitif          |                  |
| HIV antikor doğrulama                   |             | negatif                    | pozitif          |                  |
| HIV RNA (kopya/mL)                      |             | > 10 milyon                | 690              | negatif          |
| CD4(hücre/ $\mu$ L)                     |             | 220 (%26,6)                |                  |                  |

Olgu 2'nin patolojik laboratuvar bulguları ve tedavi sonrası laboratuvar takip sonuçları Tablo 2'de özetlenmiştir.



Tablo 3. Olgu 3'ün Laboratuvar sunumu

| Laboratuvar                             | İlk Başvuru | 15.gün (Tedavi başlangıcı) | Tedavinin 1. ayı | Tedavinin 4. ayı |
|-----------------------------------------|-------------|----------------------------|------------------|------------------|
| Tam kan sayım                           |             |                            |                  |                  |
| Beyaz küre                              | 5600        | 5700                       | 7500             | 5700             |
| Nötrofil                                | 3000        | 3100                       | 4900             | 3200             |
| Lenfosit                                | 2200        | 2100                       | 1600             | 1800             |
| Platelet                                | 304000      | 311000                     | 260000           | 272000           |
| Biyokimya                               |             |                            |                  |                  |
| ALT                                     | 46          | 43                         | 20               | 30               |
| AST                                     | 35          | 30                         | 25               | 28               |
| LDH                                     | 185         | 172                        | 157              | 167              |
| GGT                                     | 18          | 18                         | 16               | 17               |
| TBil/DBil                               | 0,5/0,1     | 0,5/0,2                    | 0,6/0,1          | 0,5/02           |
| Anti-HIV                                | pozitif     |                            |                  |                  |
| Anti-HIV1/2 antikor+p24 antijeni (ELFA) |             | pozitif                    | pozitif          |                  |
| Anti-HIV1/2 antikor+p24 antijeni (ELFA) |             | HIV-1 Indetermin           | pozitif          |                  |
| HIV RNA (kopya/mL)                      |             | 7.140.000                  | 97               | negatif          |
| CD4(hücre/ $\mu$ L)                     |             | 607(%35,7)                 |                  |                  |

Olgu 3'ün patolojik laboratuvar bulguları ve tedavi sonrası laboratuvar takip sonuçları Tablo 3'te özetlenmiştir.

**Sonuç:** Akut HIV enfeksiyonu, özgül olmayan semptomlarla seyredebilmekte ve farklı klinik tablolarla karşımıza çıkabilmektedir. Bu nedenle açıklanamayan ateş, hepatit benzeri laboratuvar bulguları veya nonspesifik sistemik yakınmalarla başvuran bireylerde HIV enfeksiyonu mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Erken tanı ve ART gecikmeden başlanması; immün sistemin korunması, viral rezervuarın sınırlandırılması ve bulaştırıcılığın azaltılması açısından kritik öneme sahiptir. Bu üç olgu, akut HIV enfeksiyonunun klinik çeşitliliğini ve erken tanı konulmasının hastalığın seyrine olan olumlu etkisini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Akut HIV, erken tanı, antiretroviral tedavi

PS-075

### HIV Pozitif Bireylerde Cinsel Yolla Bulaşan Bakteriyel Etkenlerin Dağılımı

Hatun Öztürk Çerik<sup>1</sup>, Uğurcan Çetiner<sup>1</sup>, Arzu Altunçekiç Yıldırım<sup>1</sup>, Celali Kurt<sup>1</sup>, Hacer Özlem Kalaycı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

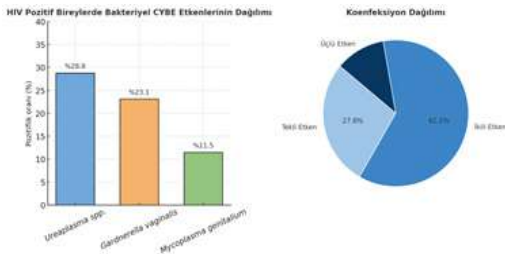
<sup>2</sup>Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBİ), HIV (Human immunodeficiency virus) ile yaşayan bireylerde hem HIV bulaşını kolaylaştıran hem hastalık progresyonunu olumsuz etkileyen koenfeksiyonlardır. CYBİ'lerin neden olduğu mukozal bütünlük kaybı ve artan inflamatuvar yanıt virüs replikasyonu uyarak bulaş riskini artırmaktadır. Asemptomatik dönemde CYBİ varlığının saptanmaması toplumda bulaş zincirinin devamına neden olabilir. European AIDS Clinical Society (EACS, 2023) rehberinde asemptomatik bireylerde Mycoplasma genitalium ve Ureaplasma spp. varlığında rutin tedavi önerilmemekle birlikte, HIV ile yaşayan bireylerde bu yaklaşım halen tartışmalıdır. Bu çalışmada HIV pozitif bireylerin idrar örneklerinde nükleik asit amplifikasyon testi (NAAT) ile Ureaplasma spp., Mycoplasma genitalium ve Gardnerella vaginalis varlığının araştırılması ve pozitiflik oranlarının rehberler ve literatür ışığında değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Bu retrospektif kesitsel çalışmaya 1 Haziran 2025-30 Eylül 2025 tarihlerinde Ordu Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniğinde CYBİ açısından değerlendirilmiş 52 HIV pozitif birey dahil edilmiştir. Hastaların idrar örnekleri steril idrar kabıyla gönderilmiştir. Bio-Speedy CYBİ RT-qPCR Panel Kiti (Bioeksen, İstanbul-Türkiye) kullanılarak ters transkripsiyon ve gerçek zamanlı multiplex PCR (RT-qPCR) prensibi ile CYBİ etkenleri araştırılmıştır. Demografik veriler retrospektif olarak kaydedilmiş; sonuçlar tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerle frekans ve yüzde olarak sunulmuştur. Bulgular, EACS (2023) kılavuzu ve güncel literatür ile karşılaştırılmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması  $41,8 \pm 12,0$  yıl olup, %94,2'si erkekti. En az bir etken pozitifliği 18 (%34,6) hastada saptandı. Etken dağılımı Ureaplasma spp. %28,8 (n:5), Gardnerella vaginalis %23,1 (n:12) ve Mycoplasma genitalium %11,5 (n:6) idi. Neisseria gonorrhoeae ve Chlamydia trachomatis ve Haemophilus ducreyi pozitifliği saptanmadı. Pozitif hastaların %27,8'i tekli, %61,1'i ikili, %11,1'i üçlü koenfeksiyon taşıyordu. Çalışmamızda saptanan genel pozitiflik oranı (%34,6), Lin ve ark. (2021) ile Bozdemir ve ark. (2021) tarafından bildirilen oranlara (%30,1 ve %41,1) yakın, asemptomatik HIV pozitif bireylerde %61 oranında pozitiflik bildiren Gürbüz ve ark. (2025) çalışmasına kıyasla ise daha düşük saptanmıştır.

### HIV Pozitif Bireylerde Bakteriyel CYBE Etkenlerinin Dağılımı ve Koenfeksiyon Oranları



**Sonuç:** HIV pozitif bireylerde bakteriyel CYBİ etkenlerinin yüksek oranda saptanması, bu popülasyonun bulaş zincirinde önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir. CYBİ enfeksiyonların yönetiminde; asemptomatik bireylerde bireysel bulaş riski, partner durumu, testlerin erişilebilirliği ve epidemiyolojik bağlam dikkate alınarak karar verilmesi önerilmektedir. Çalışmamız, HIV ile yaşayan bireylerde CYBİ taramasının erken tanı ve bulaşın önlenmesi açısından önemini desteklemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar, Koenfeksiyon, Ureaplasma spp., Mycoplasma genitalium, Gardnerella vaginalis, NAAT

PS-076

### İlaç-İlaç Etkileşimine Bağlı Düşük Düzey Viremi ile Seyreden Bir HIV/AIDS Olgusu: Antiretroviral Tedavi ve Multivitamin Kompleksleri

**Yakup Demir<sup>1</sup>, Hüsameddin Atay<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Diyarbakır Memorial Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

<sup>2</sup>Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

**Giriş ve Amaç:** HIV enfeksiyonunda antiretroviral tedavi (ART) sırasında düşük düzey viremi (DDV; viral yük 50-1000 kopya/mL), ilaç uyumsuzluğu, ilaç etkileşimleri veya direnç gelişimi gibi nedenlerle ortaya çıkabilir [1]. Özellikle integrase inhibitörleri (örn. biktgravir) içeren rejimlerde, magnezyum ve çinko gibi polivalent katyonlar emilimi azaltarak DDV'ye yol açabilir [2,3]. Bu olgu sunumu, multivitamin komplekslerine bağlı gelişen DDV'nin klinik yönetimini ve tedavi yanıtını sunmayı amaçlamaktadır

**Olgu:** 35 yaşında erkek hasta, 15 aydır HIV/AIDS nedeniyle takip edilmekteyken tarafımıza kontrol amaçlı başvurdu. Hastanın tanı anındaki başlangıç viral yükü 620.000 kopya/mL idi. Tanıdan itibaren 15 aydır biktgravir, emtrisitabin ve tenofovir alafenamid (BIC/FTC/TAF) kombinasyonu kullanıyordu. Başvuru esnasında yapılan rutin tetkiklerde viral yük 350 kopya/mL, CD4 sayısı 250/mm<sup>3</sup> idi. Hastanın herhangi bir şikayeti yoktu. Bakılan tetkiklerde koenfeksiyon ve fırsatçı enfeksiyon-malignite saptanmadı. Hastada mevcut viral yük ile DDV düşünüldü; ilaç uyumu sorgulandığında, hasta ayda 1-2 doz kaçırdığını ifade etti. Hastaya ilaç uyumu konusunda danışmanlık verildi, ancak rejim değişikliği yapılmadı. Üç ay sonraki kontrolde viral yük 240 kopya/mL'ye geriledi, CD4 sayısı 420/mm<sup>3</sup>'e yükseldi. Hasta bu sefer ilaçları düzenli kullandığını ifade etti. Mevcut ilaçların tablet sayımı yapıldı, hasta uyumu tam olarak düşünüldü. İlaç geçmişi detaylı sorgulandığında, hastanın magnezyum ve çinko içeren multivitamin kompleksi kullandığı öğrenildi. Biktgravir ile polivalent katyonların bilinen etkileşimi nedeniyle mevcut kullandığı multivitaminler kesildi. Altı ay sonraki (başvurudan 3 ay sonrası) kontrolde viral yük saptanamaz düzeyde (< 50 kopya/mL), CD4 sayısı 490/mm<sup>3</sup> idi. Mevcut klinik yanıt ilaç ilaç etkileşimle uyumlu bulundu. Hastaya ayrıntılı bilgi verildi, kontrol önerildi.

Olgunun Viral Yük ve CD4 Sayısı Seyri

| Zaman               | Viral Yük (kopya/mL) | CD4 Sayısı (mm <sup>3</sup> ) | Tedavi Notu                                                                     |
|---------------------|----------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Başlangıç (Tanı)    | 620.000              | Bilinmiyor*                   | BIC/FTC/TAF (biktgravir, emtrisitabin, tenofovir alafenamid) başlandı           |
| 15. Ay (Başvuru)    | 350                  | 250                           | DDV saptandı, ayda 1-2 doz kaçırma, uyum danışmanlığı verildi                   |
| 18. Ay (3 ay sonra) | 240                  | 420                           | Multivitamin (magnezyum/çinko) kullanımı saptandı, multivitaminler kesildi      |
| 21. Ay (6 ay sonra) | <50 (Saptanamaz)     | 490                           | Virolojik supresyon sağlandı, multivitaminlerin kesilmesinin etkisi gözlemlendi |

**Sonuç:** Tartışma: DDV, HIV yönetiminde önemli bir zorluktur ve ilaç etkileşimleri sıklıkla değiştirilebilir bir neden olarak öne çıkar [4]. Bu olguda, biktgravir'in magnezyum/çinko ile etkileşimi emilim azalmasına yol açmış, multivitaminlerin kesilmesiyle virolojik supresyon sağlanmıştır [2,3]. Literatür, integrase inhibitörleriyle polivalent katyonlar arasındaki etkileşimlerini desteklemekte ve klinisyenlere ART hastalarında ART dışı ilaç kullanımını sorgulama gerekliliğini vurgulamaktadır [1,3]. Bu vaka, DDV'de ilaç ilaç etkileşiminin önemini vurgulanması açısından önem arz etmektedir. **Sonuç:** İlaç-ilaç etkileşimine bağlı DDV, uygun yönetimle (etkileşimi olan ilaçların kesilmesi) tam virolojik supresyona ulaşılabilir. Klinisyenler, ART'li hastalarda rutin ilaç sorgulaması yaparak direnç gelişimi ve tedavi başarısızlığı riskini azaltabilir [2,4].

**Anahtar Kelimeler:** HIV/AIDS, İlaç Etkileşimleri, Düşük Düzey Viremi

PS-077

### Hiv İle Enfekte Hastada PCR Pozitif Tüberküloz Olgusu

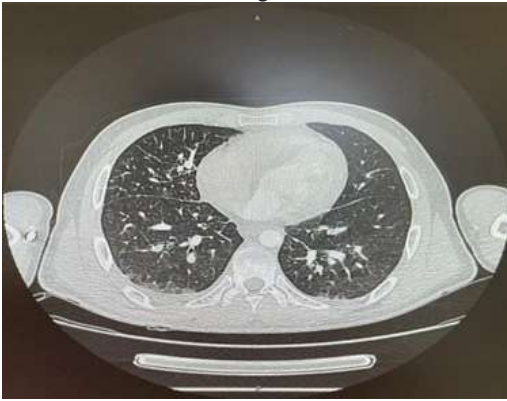
**Büşra Nur Özkan Ertay<sup>1</sup>, Deniz Borcak<sup>1</sup>, Şemsi Nur Karabela<sup>1</sup>, Kadriye Kart Yaşar<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) ve tüberküloz (TBC) birlikteliği önemli bir sorundur. Tüberküloz, tumor nekrozis faktör alfa (TNF- $\alpha$ ) üzerinden HIV replikasyonunu arttırarak HIV enfeksiyonunun AIDS'e(edinsel immün yetmezlik sendromu) progresyonunu hızlandırır.Ülkemizde, lenfadenopati ve B semptomları olan HIV ile yaşayan bireylerde tüberküloz ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken ilk fırsatçı enfeksiyonlardandır.Bu olgu ile HIV enfekte hastalarda tüberküloz sıklığının ve tanı koymadaki zorlukların vurgulanması amaçlandı.

**Olgu:** Bilinen ek hastalık öyküsü olmayan 23 yaş erkek hasta, bir aydır devam eden ateş ve öksürük şikayetleri ile acile başvurmuş olup, muayenesinde oral mukozada beyaz plak görülen hastaya oral mukokandidiyazis tanısıyla anti HIV istendi.Yapılan anti-HIV testinin pozitif gelmesi üzerine kliniğimize yönlendirilen hastanın servisimize yatırışı yapıldı. Laboratuvar bulgularında; HIV RNA:1.650.000 kopya/ml, CD4+ T lenfosit: 256 hücre/ $\mu$ l, sedimantasyon: 62 mm/saat bulundu. Yatışından itibaren kuru öksürüğü olan, oda havasında takip edilen hastanın toraks tomografisinde bilateral hiler ve sağ supraklavikular alanda konglomerasyon gösteren 20 mm çapa ulaşan multiple lenf nodları ve her iki akciğer alt loblarda buzlu cam dansiteleri, parankimal infiltrasyon alanları saptandı.Bakteriyel pnömoni, atipik pnömoni, PCP(Pneumocystis jirovecii pnömonisi) ön tanılarıyla bactrim 400/80mg 3\*3 ampul, seftriakson 2\*1 gr, klaritromisin 2\*500 mg başlandı.Tüberküloz şüphesiyle sağ supraklavikulardaki lenfadenomegalisinden ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı, patoloji saptanmadı.Mediastandeki lenfadenopatilerinden Endobronşial Ultrason(EBUS) ve bronkoskopi planlandı.İstenen üç gün üst üste idrar ve balgam ARB(aside rezistan basil)araması negatif raporlandı. Öksürük ve inatçı bulantı-kusmaları devam eden, kliniği kötüleşen hastaya antiretroviral tedavi(TDF/FTC+DTG) ve dörtlü anti-tüberküloz tedavisi başlandı.EBUS eşliğinde alınan örnekte TBC-PCR pozitifliği ile tanı doğrulandı. Tedavi altında kliniği düzelen ve laboratuvar bulguları toparlayan hasta poliklinikten takip edilmek üzere taburcu edildi.

Resim 1: Toraks tomografisi



**Sonuç:** Ülkemizde endemik görülen tüberküloz, HIV ile enfekte olgularda sık rastlanan fırsatçı enfeksiyondur.Klinik durumda kötüleşme ile seyreden, antibiyotik tedavisine yanıt alınamayan HIV ile enfekte olgularda ayırıcı tanıda mutlaka düşünölmelidir.Tüberkülozun laboratuvara dayalı tanısı rutin örneklerde uygulanan kültür ve PCR yöntemiyle henüz çok yüksek düzeylerde değildir. EBUS son zamanlarda öne çıkan bir radyolojik yöntem olarak ulaşılması zor olan bölgelerden örnekleme sağlayarak tüberkülozun laboratuvara dayalı tanısına büyük katkı sağlamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** tüberküloz, fırsatçı enfeksiyon, endobronşial ultrason

PS-078

### Hiv ve Nörosifiliz Koenfeksiyonu Olgusuna Yaklaşım

**İbrahim Keskin<sup>1</sup>, Abdulkadir Şipal<sup>1</sup>, Yılmaz Tunç<sup>1</sup>, Mahmut Sünnetçioğlu<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Van

**Giriş ve Amaç:** Sifiliz, Treponema pallidum'un neden olduğu bir hastalıktır. Treponema pallidum bulaştıktan sonra yaklaşık 3-18 ay içinde merkezi sinir sistemini(MSS) istila eder. Human Immunodeficiency Virus (HIV) ile sifiliz koenfeksiyonu, benzer bulaş yolları nedeniyle sık görülür ve bu da nörosifiliz tanısını zorlaştırabilir. Riskli cinsel temas sonrası gelişen nörolojik belirtiler, hem HIV hem de nörosifiliz açısından dikkatle değerlendirilmelidir. Bu olguda, HIV ve nörosifiliz koenfeksiyonuna sahip nadir bir vaka sunulmaktadır.

**Olgu:** Bilinen ek hastalığı olmayan 45 yaşında erkek hasta üç aydır var olan baş ağrısı, bulanık görme, ateş, gece terlemesi, kilo kaybı, yeni başlayan dizüri nedeni ile kliniğimize başvurdu. Anamnezinde üç yıl önce şüpheli cinsel birlikteliği olan hastanın üretral akıntısı ve döküntüsü yoktu. Gönderilen Anti HIV pozitif, VDRL ½ pozitif, Treponema Pallidum Hemaglutinasyon Testi (TPHA) pozitif, Anti Sifiliz Antikor 39,6S/CO pozitif, Ureaplasma urealyticum üremesi saptandı. Doksisiklin 2x100mg bir haftalık tedavisi başlandı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne gönderilen HIV-1 pozitif sonuçlandı. Bakılan CD-4 454/uL, HIV RNA 144900IU/mL olarak sonuçlandı. Göz hastalıkları tarafından oküler sifiliz açısından yapılan muayenesinde patolojik muayene izlenmedi. Beyin görüntülemelerinde patoloji izlenmedi. Nörosifiliz açısından lomber ponksiyon(LP) yapıldı. Beyin Omurilik Sıvısı(BOS)'nda 10 lenfosit/mm<sup>3</sup>, protein 70mg/dL, glukoz 48mg/dL, eş zamanlı kan glukozu 109mg/dL, BOS VDRL negatif, BOS TPHA pozitif ve Anti Sifiliz Antikor 3,4S/CO pozitif sonuçlandı. Hastaya yatış verildi. Bictegravir sodyum tenofovir alafenamid fumarat emtrisitabin 1x1 ve Penisilin G 6x4M IU başlandı. Tüberküloz için gönderilen tetkikleri negatif sonuçlandı. Şikayetleri gerileyen hastanın tedavisi 14 güne tamamlandı. Kontrol LP yapıldı. Bos protein 44mg/dL, glukoz 52mg/dL, eş zamanlı kan glukozu 96mg/dL, 15lenfosit/mm<sup>3</sup> Anti Sifiliz Antikor 2,8S/CO saptandı. BOS proteini normale dönen hasta poliklinik takibi önerilerek antiretroviral tedavi ile taburcu edildi.

**Sonuç:** HIV ve nörosifiliz koenfeksiyonu, özellikle riskli cinsel temas öyküsü olan bireylerde atipik ve sinsi semptomlarla ortaya çıkabilmektedir. Bu olgu, sifilizin, HIV ile birlikte seyrettiğinde merkezi sinir sistemi tutulumuna yol açabileceğini göstermektedir. Hastamızda erken tanı, uygun antimikrobiyal ve antiretroviral tedavi ile klinik ve laboratuvar bulgularında belirgin düzelme sağlanmıştır. HIV ile enfekte bireylerde nörolojik semptomlar varlığında nörosifiliz mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmeli; erken tanı ve tedavi ile kalıcı nörolojik hasarın önüne geçilmelidir. Bu vaka, HIV ve sifiliz birlikteliğinin dikkatli değerlendirilmesi gerektiğini ve bu hasta grubunda nörosifiliz taramasının önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, Nörosifiliz, TPHA



PS-079

### HIV ile Yaşayan Kişilerde Anti-VZV Seropozitifliğinin Değerlendirilmesi: Zona Aşılmasıyla Koruma Sağlanabilir mi?

Sevde Kart Altay<sup>1</sup>, Ayşe Özcan<sup>1</sup>, Ahsen Öncül<sup>1</sup>, Nazife Duygu Demirbaş<sup>1</sup>, Dilek Yıldız Sevgi<sup>1</sup>, İlyas Dökmetaş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Herpes zoster ve post-herpetik nevralji insidansı, HIV ile yaşayan kişilerde aynı yaştaki genel popülasyona kıyasla artmıştır. HIV ile yaşayan kişilerin yaklaşık %20-30'u yaşamları boyunca bir veya daha fazla herpes zoster atağı geçirir. İlk ataktan sonraki bir yıl içinde herpes zosterin rekürrens oranı %10 civarındadır. Olguların %10-15'inde postherpetik nevralji geliştiği bildirilmiştir. Güncel çalışmalar, rekombinant zoster aşısının HIV ile yaşayan kişilerde güvenli ve immünojenik olduğunu ortaya koymaktadır. Rekombinant aşının, CD4 sayısı < 200 hücre/mm<sup>3</sup> olan kişiler de dahil olmak üzere, iki doz uygulandıktan sonra VZV glikoprotein E (gE)'ye karşı humoral ve hücrel bağışıklığı artırdığı gösterilmiştir. Bu çalışma, HIV ile yaşayan kişilerde anti-VZV seropozitiflik oranlarını değerlendirerek, zona aşılmasının gerekliliği ve sağlanabilecek potansiyel koruma düzeyi hakkında öngörude bulunmayı amaçlamaktadır.

**Gereç ve Yöntemler:** Bu çalışma, retrospektif ve kesitsel bir tasarımla yürütülmüştür. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji polikliniğinde, 2016 yılında izlenmiş ve tedavi naif HIV ile yaşayan 181 kişi değerlendirmeye alınmıştır. Kişilere ait demografik ve klinik veriler hasta sisteminden elde edilmiştir. Anti-VZV antikor düzeyleri, mikrobiyoloji laboratuvarında enzim bağlı immünosorbent analiz (ELISA) yöntemi ile belirlenmiştir. Sonuçlar, test kitinin referans değerlerine göre pozitif, negatif veya sınırda olarak sınıflandırılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen kişilerin %92,3'ü erkek (n=167), %5,5'i kadın (n=10) ve %2,2'si transgender (n=4) idi (Bkz. Tablo 1). Antiretroviral tedavi başlangıcında yaş ortalaması 31,8 ± 9,4 yıl (min-maks: 19-68) olarak saptandı. Tedavi başlangıç HIV-RNA düzeyi ortalaması 47.954 kopya/mL (min-maks: 68-9.310.000 kopya/mL) olarak saptandı. Medyan HIV-RNA düzeyi 23.000 kopya/mL olup, olguların %72'sinde viral yük 100.000 kopya/mL'nin altındaydı. Tedavi başlangıç ortalama CD4 T lenfosit sayısı 423 ± 231 hücre/mm<sup>3</sup> (min-maks: 9-1.351 hücre/mm<sup>3</sup>) olarak saptandı. Olguların %15,5'inde (n = 28) CD4+ T lenfosit sayısı 200 hücre/mm<sup>3</sup>'ün altında bulundu. Tedavi başlangıcındaki varisella zoster virüs (VZV) IgG serolojisi değerlendirildiğinde; pozitiflik oranı %92 (n=116), negatiflik oranı %4,8 (n=6), sınırda sonuç oranı %3,2 (n=4) olarak belirlendi (Bkz. Tablo 2).

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

| Özellik            | Sayı | %    |
|--------------------|------|------|
| Toplam olgu sayısı | 181  | 100  |
| Erkek              | 167  | 92,3 |
| Kadın              | 10   | 5,5  |
| Transgender        | 4    | 2,2  |

Tablo 2. Varisella Zoster Virüs (VZV) IgG Serolojik Dağılımı

| Sonuç   | Sayı | (%)* |
|---------|------|------|
| Pozitif | 116  | 92   |
| Negatif | 6    | 4,8  |
| Sınırda | 4    | 3,2  |

\*% Seroloji bakılan 126 hasta üzerinden verilmiştir.





# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



**Sonuç:** Bu sonuçlar, HIV ile yaşayan kişilerde sık saptanan anti-VZV seropozitifliğinin, rekombinant zoster aşısı (RZV) ile yüksek düzeyde koruma sağlanabileceğini göstermektedir. Bağışıklama Uygulamaları Danışma Komitesi (ACIP), immüno Kompromize bireylerde ( $\geq 19$  yaş) iki doz RZV uygulamasını önermektedir. Bu yaklaşım, HIV ile yaşayan kişilerde herpes zoster ve komplikasyonlarının önlenmesini hedefleyen aşı programlarının önemini desteklemektedir. Yüksek seropozitiflik zemininde RZV'nin yaygınlaştırılmasının, HIV ile yaşayan kişilerde herpes zoster morbiditesini azaltmaya yönelik etkili bir halk sağlığı stratejisi olduğu düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV ile yaşayan bireyler, Anti-VZV seropozitiflik, Rekombinant zoster aşısı(RZV), Varisella Zoster Virüsü(VZV), Zona(Herpes zoster)

PS-080

### HIV ile Enfekte Bir Hastada Nocardia Beyin Apsesi: Nadir Bir Fırsatçı Enfeksiyon Olgusu

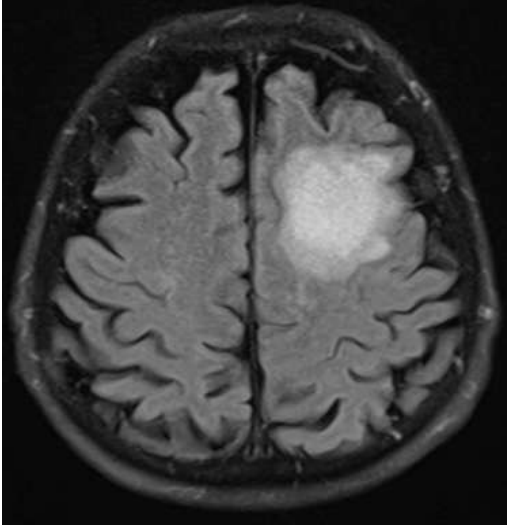
Sena Nur Doğan<sup>1</sup>, Bülent Durdu<sup>1</sup>, Yasemin Akkoyunlu<sup>1</sup>, Gülay Okay<sup>1</sup>, Turan Aslan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi

**Giriş ve Amaç:** HIV enfeksiyonu, bağışıklık sisteminin baskılanması sonucu fırsatçı enfeksiyonlara yatkınlık oluşturur. Nocardia türleri genellikle immüno kompetan bireylerde hastalık yapmazken, immünsüpresif bireylerde ciddi enfeksiyonlara neden olabilir. Nocardia beyin apseleri tüm serebral apselerin yaklaşık %2'sini oluşturur ancak mortalitesi diğer bakteriyel apselere göre üç kat daha yüksektir. Bu olguda, ileri evre HIV enfeksiyonu olan bir hastada gelişen Nocardia beyin apsесinin tanı ve tedavi süreci sunulmuştur.

**Olgu:** 71 yaşında erkek hasta, artan halsizlik, kilo kaybı ve efor dispnesi şikayetleriyle başvurdu. CD4 T lenfosit sayısı 9 hücre/mm<sup>3</sup> olarak saptandı ve AIDS tanısı konuldu. PJP, COVID-19 pnömonisi ve sifiliz tanılarıyla tedavi edilen hastaya trimetoprim-sülfametoksazol profilaksisi ve antiretroviral tedavi (TAF) başlanarak taburcu edildi. Dört ay sonra baş ağrısı, baş dönmesi ve unutkanlık yakınmalarıyla yeniden başvuran hastanın CD4 sayısı 23 hücre/mm<sup>3</sup> idi. Kontrastlı beyin MR'da sol frontalde 3 cm çapında, santrali hiperintens, vazojenik ödemle çevrili lezyon saptandı. Önceki görüntülemelerde lezyon izlenmediğinden apse lehine değerlendirildi. Dış merkezde yapılan drenaj ve patolojik incelemede malignite saptanmadı; Nocardia apsесi ön tanısı konuldu. İkinci görüş sonrası mikrobiyolojik inceleme önerildi ve meropenem ile linezolid tedavisi başlandı.

T2 Sekans Kranyal MR



**Sonuç:** Nocardia enfeksiyonları, HIV pozitif bireylerde nadir fakat ciddi seyirli fırsatçı enfeksiyonlardır. Bu olgu, ileri immünsüpresyonu olan hastalarda beyin apsесi etiyolojisinde Nocardia'nın da düşünülmesi gerektiğini; hızlı tanı, uygun antimikrobiyal tedavi ve disiplinler arası iş birliğinin mortaliteyi azaltmada kritik önem taşıdığını göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, Nocardia, Beyin apsесi, Fırsatçı enfeksiyon, AIDS

PS-081

### HIV ile Yaşayan Bireylerde Kızamığa Karşı Bağışıklık Durumu: Aşılama Stratejilerinin Gözden Geçirilmesi Gerekliyor mu?

**Cansu Tol<sup>1</sup>, Derya Kaya<sup>1</sup>, Melike Yaşar Duman<sup>2</sup>, Meltem Taşbakan<sup>1</sup>, Hüsnü Pullukçu<sup>1</sup>, Ayşe Deniz Gökengin<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

**Giriş ve Amaç:** Kızamık, oldukça bulaşıcı bir viral enfeksiyon olup, özellikle bağışıklık sistemi baskılanmış bireylerde ciddi morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır(1,2). HIV ile yaşayan bireyler, hücrel immün yanıtta bozulma nedeniyle kızamığa karşı daha yüksek duyarlılığa sahiptir ve bu popülasyonda kızamık seronegatifliğinin %10'a varabildiği bildirilmektedir(2,3). Küresel ölçekte aşılama oranlarında yaşanan düşüş ve pandeminin oluşturduğu bağışıklama açığı nedeniyle kızamık vakaları yeniden artış göstermiştir(1,2). Canlı atenüe virüs içeren kızamık-kabakulak-kızamıkçık (KKK) aşısı, HIV ile yaşayan bireylerden CD4 hücre sayısı 200 hücre/mm<sup>3</sup>'ün altında olanlarda kontraendike olup, bu durum bağışıklama stratejilerinde belirsizliklere yol açmaktadır(3,4). Bu nedenle, HIV ile yaşayan bireylerde kızamık bağışıklık düzeyinin değerlendirilmesi, salgın kontrolü ve halk sağlığı açısından kritik öneme sahiptir. Çalışmamızda HIV ile yaşayan bireylerde kızamığa karşı bağışıklık durumunu değerlendirmeyi amaçladık.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışmaya Ocak 2015 ve Mart 2025 tarihleri arasında polikliniğimizde takip edilen HIV ile yaşayan kişiler dahil edildi. Hastaların sosyodemografik verileri ve seroloji sonuçları hastane bilgi sisteminden ve hasta dosyalarından retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:** Çalışmaya kliniğimizde takip edilen toplam 1271 hasta 1138'i (%89,5) erkek, 133'ü (%10,5) kadın; tanı anındaki yaş ortalaması 35 ± 11,17) dahil edildi. Hastaların tanı anındaki yaş ortalaması 35,7 + 11,1 (min:18 maks:79). Hastalardan 131'inde (%10,3) kızamık antikorı bakıldığı görüldü. Hastaların 22'sinde (% 16,8) IgG negatif, 99'unda (%75,5) IgG pozitif olduğu görüldü.

**Sonuç:** Bu çalışmada HIV ile yaşayan bireylerde kızamık seronegatiflik oranının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Bulgularımız, HIV enfeksiyonu olan bireylerde rutin kızamık serolojisi taramasının gerekli olduğunu ve bağışıklığı olmayanlarda aşılamanın bireyselleştirilmiş bir yaklaşımla planlanması gerektiğini göstermektedir. Bu sonuçlar, kızamık epidemilerinin yeniden yükselişe geçtiği dönemde HIV ile yaşayan bireylerin korunması açısından kritik öneme sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** aşılama, bağışıklık, hiv, kızamık

PS-082

## HIV ile Yaşayan Bireyde Trimetoprim-Sülfametoksazol Profilaksisi Altında Tekrarlayan Serebral Toksoplazmoz

Haluk Erdoğan<sup>1</sup>, Derya Ulu<sup>2</sup>, Selman Zafer Uysal<sup>2</sup>, Dilara İnan<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD

<sup>2</sup>Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

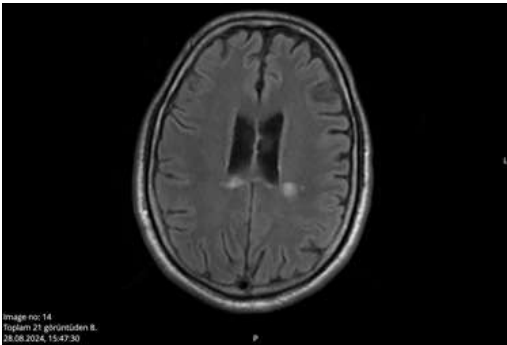
<sup>3</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD

**Giriş ve Amaç:** HIV ile yaşayan bireylerde Toksoplazma gondii enfeksiyonları için primer ve sekonder profilaktik trimetoprim-sülfametoksazol (TMP-SXT) tedavisi verilmektedir. Bu olgumuzda serebral toksoplazmozis tedavisi sonrası sekonder profilaksi tedavisi altındayken serebral toksoplazmoz gelişen bir olgu sunulmuştur.

**Gereç ve Yöntemler:** Elli dokuz yaşında erkek hasta bacaklarda güçsüzlük şikâyeti ile polikliniğe başvurdu. Hasta bir yıl önce AIDS tanısı almış ve serebral toksoplazmoz nedeniyle 5 mg/kg/günden tedavi verilmiş. Tedavisi dört haftaya tamamlandıktan sonra profilaktik TMP-SMX forte tablet ile taburcu edildiği öğrenildi. Hasta tenofovir disproksil+emtrisitabin+dolutegravir tedavisi alıyordu.

**Bulgular:** Hastadan alınan kan örneklerinden HIV-RNA: viral yük saptanmadı, CD4+: 258hc/mm<sup>3</sup> olarak değerlendirildi. C-reaktif protein (CRP), prokalsitonin normal aralıktaydı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) örneğinde mm<sup>3</sup>'te 50 eritrosit, 5 lökosit ve protein 52,9 mg/dL (15-45 mg/dL) saptandı. Menenjit PCR paneli (Bosphore CNS mini panel kit v2), Tüberküloz Polimeraz zincir reaksiyon (PCR) ve JC virüs PCR testi negatif saptandı. BOS kültüründe üreme olmadı. BOS'ta Toksoplazma gondii antikor Sabin Feldman Dye testi negatif idi, fakat Toksoplazma gondii PCR testi çalıştırılmadı. Hastanın beyin MR'ında bilateral frontoparyetal periventriküler beyaz cevherde hiperintens milimetrik boyutlu birkaç adet lezyon (Resim-1) saptandı. TMP-SMX tedavi dozuna tekrar çıkıldı. Hastanın kan takiplerinde hiponatremi, kreatinin klirensinde yükselme vardı. Kemik dansitometri ölçümleri hastada osteopeni, kan gazında asidoz olması üzerine tedavisi dolutegravir+lamivudin olarak değiştirildi. Kanda folat eksikliği olması üzerine oral folik asit verildi. Hastanın tedavinin 20. gününde çekilen kontrol MR'da (Resim-2) lezyonlarda büyüme ve sayısında artış vardı fakat kliniği daha iyi idi. Hasta primer beyin lenfoma ayırıcı tanısı yapılması için beyin biyopsi açısından değerlendirmek üzere HIV/AIDS takip eden başka bir merkeze yönlendirildi. Hastanın TMP-SXT tedavisi 20 mg/kg/gün olarak tekrar düzenlendi. Mevcut tedaviler ile şikayetleri düzeldi ve hastanın kontrol MR'da (Resim-3) lezyonlar kayboldu.

Resim-1



Bilateral frontoparietal periventriküler beyaz cevherde hiperintens milimetrik boyutlu birkaç adet lezyon.



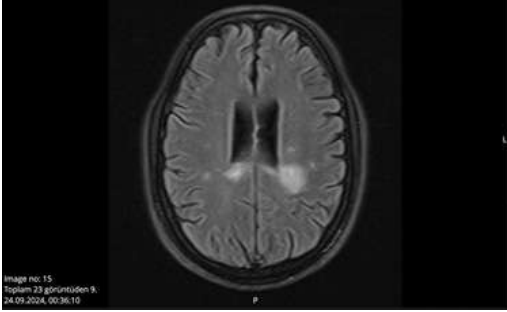
# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA

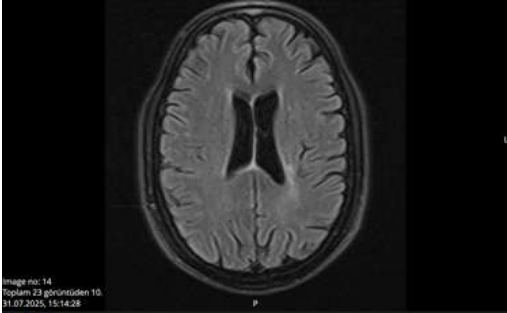


Resim-2



Bilateral frontoparietal periventricular white matter hyperintense lesions (previous lesions show growth)

Resim-3



**Sonuç:** Klinik ve radyolojik olarak uyumlu olması, kanda Toxoplazma gondii IgG pozitifliği ve verilen tedaviye yanıt alınması nedeniyle serebral toksoplazmoz tanısı konmuştur. HIV ile yaşayan bireylerin takiplerinde TMP-SMX profilaksi altındayken serebral toksoplazmoz relaps olabileceği akılda tutulmalıdır. Merkezi sinir sistemi tutulumu olan hastalarda profilaksinin varlığı ayırıcı tanıda serebral toksoplazmoz ekarte ettirmez. Önceki tedavinin süresi, dozu relapsta rol oynayabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Tenofovir disoproxil fumarate, AIDS, HIV, TMP-SMX, serebral toksoplazmoz, toksoplazma ensefaliti

PS-083

### Tenofovir Temelli Tek Tablet Rejimlerin Lipid Profili Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması: (E/C/F/TDF-E/C/F/TAF-B/F/TAF) Gerçek Yaşam Verisi

**Sibel Yıldız Kaya<sup>1</sup>, Alper Gündüz<sup>2</sup>, İnci Yılmaz Nakir<sup>3</sup>, Nazife Duygu Demirbaş<sup>4</sup>, Burçak Varol<sup>5</sup>, Bilgöl Mete<sup>1</sup>, Meliha Meriç Koç<sup>2</sup>, Esra Zerdali<sup>3</sup>, Ahsen Öncül<sup>4</sup>, Zuhal Yeşilbağ<sup>5</sup>, Özlem Altuntaş Aydın<sup>2</sup>, Mustafa Yıldırım<sup>3</sup>, Dilek Yıldız Sevgi<sup>4</sup>, Hayat Kumbasar Karaosmanoğlu<sup>5</sup>, Fehmi Tabak<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

<sup>2</sup>Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

<sup>3</sup>Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

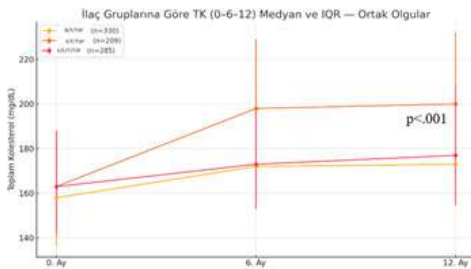
<sup>4</sup>Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

<sup>5</sup>Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Son yıllarda farmakokinetik özellikleri ve daha az ilaç-ilaç etkileşim özellikleri nedeniyle HIV ile yaşayan kişilerde (HİİK) elvitegravir/kobisistat/emtrisitabin/tenofovir disoproksil fumarat ya da tenofovir alafenamid (E/C/F/TDF, E/C/F/TAF) yerine biktgravir/emtrisitabin/tenofovir alafenamid (B/F/TAF) tercih edilmektedir. Ancak bu “Tek tablet” rejimlerinin lipid profili üzerine etkileri ile ilgili gerçek yaşam verileri kısıtlı ve tartışmalıdır. Bu çalışmada, üç farklı tenofovir temelli antiretroviral tedavinin (ART) lipid parametrelerine olan etkilerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

**Olgu:** Materyal-Metod: ACTHIV-IST (ACTion against HIV in Istanbul) grubunun kapsadığı beş merkezin katılımıyla gerçekleştirilen bu çok merkezli çalışmada 2015-2024 yılları arasında takip edilen ART naif hastalar geriye dönük olarak değerlendirildi. Hastaların demografik ve laboratuvar verileri ve kullandığı ilaçlar dosyalardan elde edilerek kaydedildi. Hastalar kullandıkları ART ilaç sınıflarına göre gruplandırıldı. Gruplar arasında total kolesterol, HDL, LDL, trigliserid düzeyleri, TK/HDL ve LDL/HDL oranları karşılaştırıldı. Bulgular: Toplamda 1326 hasta değerlendirmeye alındı. Hastaların %92.2’si erkek olup ortalama yaşı 40,9 yıl idi. Hastaların %45,5’i B/F/TAF, %26,5’i E/C/F/TAF, %28’i E/C/F/TDF kullanıyordu. HİİK’in % 53’ünde komorbidite mevcut olup %38’i aktif sigara içicisiydi. Bazal ortalama HIV RNA düzeyi 169.532 kopya /ml, CD4 düzeyi ise 402,5/mm<sup>3</sup> olarak saptandı. Yaş, sigara kullanımı, HIV RNA ve CD4 düzeyi, TK, LDL, üre, kreatinin değerleri ilaç grupları arasında istatistiksel farklılık gösteriyordu. Birinci yıl verileri mevcut olmayan hastalar elendiğinde değerlendirmeye toplam 824 HİİK alındı. Hastaların %40’ı B/F/TAF, %25’i E/C/F/TAF, %34.5’i E/C/F/TDF kullanıyordu. Başlangıçta ilaç grupları arasında farklılık gösterdiği bulunan sigara kullanımı, CD4’ün 200/mm<sup>3</sup>’ün altında/üstünde olması ve yaş değişkeni açısından düzeltilerek Genel Lineer Karma Model’de “Restricted Maximum Likelihood” tahmin modeli kullanılarak incelendi. Bu modelde ilaç ve yaş TK, LDL, LDL/HDL düzeyleri üzerinde; ilaç, sigara ve yaş trigliserid düzeyleri üzerinde anlamlı etkilere sahip olarak bulundu. Yapılan karşılaştırmada ortalama TK, trigliserid ve LDL düzeyi E/C/F/TAF kullanan grupta diğer gruplara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek düzeyde olarak saptanırken (p < 0,001), B/F/TAF ve E/C/F/TDF grupları arasında anlamlı fark saptanmadı (Figür).

İlaç gruplarına göre bir yıl içerisinde total kolesterol düzeylerinde değişim







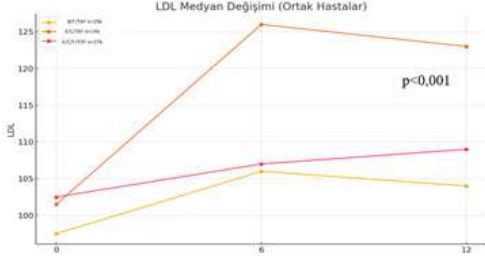
# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

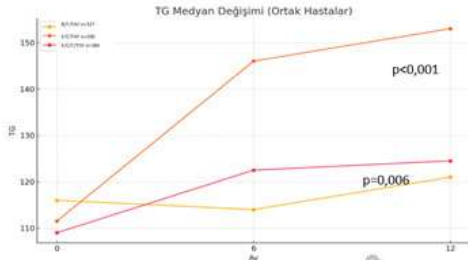
4-7 ARALIK 2025  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



İlaç gruplarına göre bir yıl içerisinde LDL kolesterol düzeylerinde değişim



İlaç gruplarına göre bir yıl içerisinde trigliserid düzeylerinde değişim



**Sonuç:** Gerçek yaşam verilerinde E/C/TAF rejiminin TK, trigliserid ve LDL düzeylerinde anlamlı düzeyde yükseliğe yol açtığı saptanırken tenofovir temelli tek tablet rejimler arasında B/F/TAF'ta lipid profili üzerine olumsuz etki gözlenmedi.

**Anahtar Kelimeler:** Tenofovir, Lipid Profili, E/C/F/TDF, E/C/F/TAF, B/F/TAF, HIV ile yaşayan kişiler

PS-084

**Genç Bir Kadında Serebral Kitle Lezyonlarının Altında Gizlenen HIV Enfeksiyonu: Ayırıcı Tanıya Dair Bir Olgu**

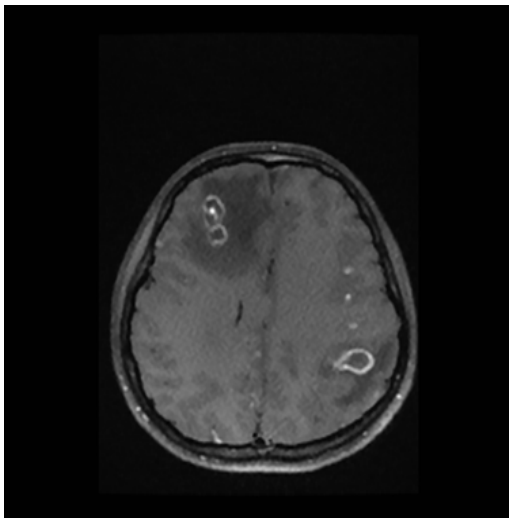
**İrem Ataöv<sup>1</sup>, Gülşen İskender<sup>1</sup>, Duygu Mert<sup>1</sup>, Semra Tunçbilek<sup>1</sup>, Mustafa Ertek<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

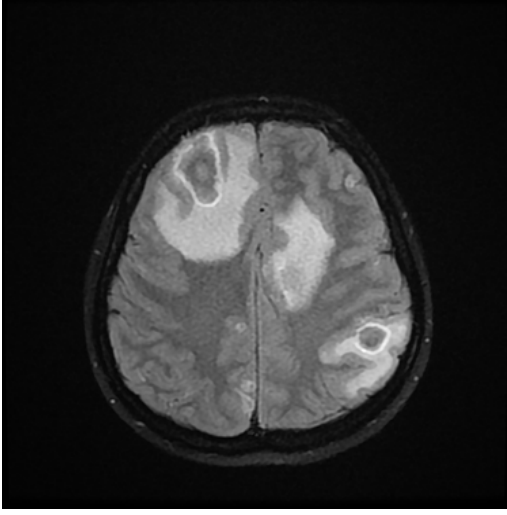
**Giriş ve Amaç:** HIV enfeksiyonu antiretroviral tedavilere rağmen halen fırsatçı enfeksiyonlara ve santral sinir sistemi tutulumlarına yol açabilen, küresel düzeyde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Özellikle genç yaşta tanı almamış bireylerde, immünsüpresyonun derinleşmesiyle birlikte serebral kitle lezyonları şeklinde prezente olabilen olgular, malignite veya enfeksiyon ayırıcı tanısında güçlük yaratabilir. Olgu sunumunun amacı, serebral kitle lezyonlarıyla başvuran genç kadında altta yatan HIV enfeksiyonunun geç tanınmasının yol açtığı klinik tabloyu sunmak, benzer olgularda HIV'in erken dönemde ayırıcı tanıda yer almasının önemini literatür eşliğinde vurgulamaktır.

**Olgu:** 18 yaşında kadın, dış merkezde geçirdiği tonik-klonik jeneralize nöbet sonrasında çekilen beyin BT'de intrakraniyal kitle lezyonları saptanması üzerine malignite ön tanısıyla hastanemiz beyin cerrahisi kliniğine sevk edilmiştir. Nöbetten önceki iki ayda yaklaşık 30 kg kilo kaybı, halsizlik ve iştahsızlık öyküsü olan hastanın alkol veya madde kullanımı yoktu. Aile öyküsünde, dört yıl önce şüpheli cinsel ilişki bulunduğu ve birkaç ay sonra partnerinin "enfeksiyon nedeniyle" vefat ettiği öğrenildi. Bu süreçte HIV veya diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından tarama yapılmamıştı. Fizik muayenede ateş 37.5°C, vital bulgular stabil, genel durum kaşektik, oryante ve koopere, nörolojik muayene defisitsizdi. Beyin MR'da serebral ve serebellar hemisferlerde multipl periferik kontrastlanan, çevresel ödemli lezyonlar izlendi; lezyon santrallerinde "hedef işareti" bulgusu vardı. Orta hat yapılarında 6 mm sola şift saptandı, leptomeningeal kontrastlanma izlenmedi. Bulgular beyin apsesi veya metastaz olasılığını düşündürmekteydi. Değerlendirmede HIV pozitifliği saptanan hasta, toksoplazmoz, kriptokokkoz, tüberküloz yönünden araştırıldı. Steroid tedavisi kesildi, TMP-SMX (3x4 amp, 400/80 mg), Amfoterisin B (3 mg/kg) ve Flukonazol (1x800 mg) başlandı. Laboratuvar bulguları: VDRL negatif, Lökosit: 11.273 /µL, T lenfosit: 455 /µL, CD4 oranı %1, CD4: 4 /µL, BOS: ARB ve PCR negatif, Toxoplasma gondii PCR pozitif, HIV ELISA pozitif. Yatışının üçüncü gününde konuşma bozukluğu, idrar inkontinansı ve kusma gelişti, aspirasyona sekonder solunum aresti meydana geldi. CPR sonrası yoğun bakıma alınan hasta, yoğun bakım yatışının beşinci gününde HIV doğrulama sonucu çıkmadan kaybedildi. Sonuçlanan tetkiklerde: HIV doğrulama pozitif, anti-Toxoplasma IgG (+), IgM (-), kriptokok antijeni (-), BOS kültür/PCR negatif idi. Sonuç: HIV ilişkili toksoplazmoz ensefaliti olarak değerlendirildi.

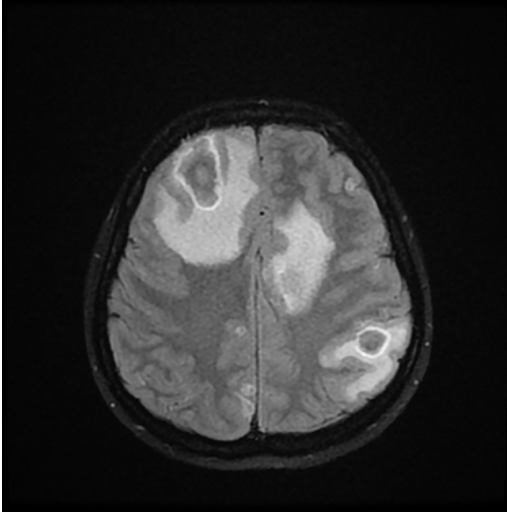
Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.



**Sonuç:** Erken dönemde yapılacak HIV taraması özellikle açıklanamayan kilo kaybı nörolojik semptomlar ve sistemik zayıflama gibi bulgularla başvuran hastalarda tanı gecikmesini önleyebilir. Sağlık çalışanlarının HIV farkındalığını artırması toplum temelli test programlarının yaygınlaştırılması ve genç bireylerin risk farkındalığının güçlendirilmesi benzer trajik olguların önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV enfeksiyonu Toksoplazmoz ensefaliti Fırsatçı enfeksiyon CD4 lenfosit düşüklüğü Beyin lezyonu

PS-085

### Sitomegalovirüs Ensefaliti ile Başvuran AIDS Olgusu

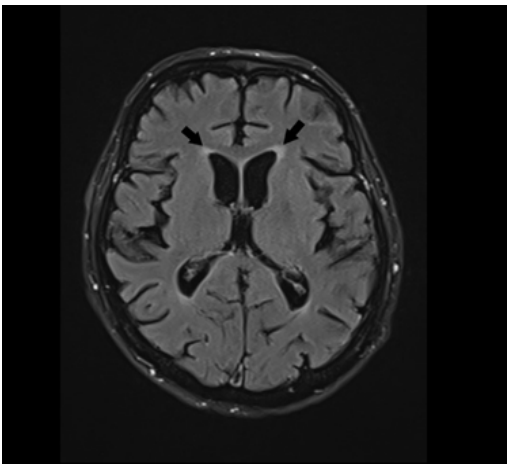
**Mustafa Sağlam<sup>1</sup>, İlknur Şenel<sup>1</sup>, Ahmet Melih Şahin<sup>1</sup>, Hüseyin Öztürk<sup>1</sup>, Sinan Çetin<sup>1</sup>, Meltem Arzu Yetkin<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Giresun, Türkiye

**Giriş ve Amaç:** Sitomegalovirüs (CMV), immün yetmezliği olan bireylerde nadiren ensefalite yol açabilen bir virüs olup CD4+ T hücre sayısı 50/mm<sup>3</sup> altında risk artar. Bu olguda AIDS tablosu ile başvuran bir hastada CMV ensefalitinin tanısal yaklaşımı ve tedavisi sunulmaktadır.

**Olgu:** Bilinen sistemik hastalığı olmayan, eşi HIV enfeksiyonu sebebiyle tedavi altında olan 61 yaş erkek hasta, polikliniğimize aylardır artarak devam eden genel durum bozukluğu, kilo kaybı, yürüme-denge bozukluğu ve günlük işlerde kısıtlılık şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenesinde genel durumu düşkün, hipokinetik, dizartrik, kas kuvveti tüm ekstremitelerde 3/5 idi. Hasta servise yatırıldı. Tetkiklerinde anti-HIV pozitif, HIV1 RNA: 16.076.639 IU/mL, CD4+ T hücre sayısı: 37/mm<sup>3</sup> idi. Beyin manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) CMV ensefaliti ile uyumlu periventriküler sinyal değişiklikleri mevcut idi (Şekil 1). Hastaya lomber ponksiyon yapıldı. BOS hücre sayımında 170 lökosit/mm<sup>3</sup>, BOS glukoza 91 (eş zamanlı parmak ucu kan şekeri 172), BOS protein: 66 mg/dL, BOS kültüründe ve BOS mantar kültüründe üreme yoktu. BOS TB PCR negatif, serum ve BOS kriptokok antijeni negatif, serum VDRL ve TPHA tetkikleri negatifti. BOS meningoensefalit panelinde CMV DNA PCR pozitif saptandı. Hastaya gansiklovir ve foskarnet indüksiyon tedavisi ve emtrisitabin/tenofovir alafenamid/biktegravir eş zamanlı başlandı. Bu tedavilerin beşinci gününde aspirasyon pnömonisi gelişti, piperasilin-tazobaktam tedavisi eklendi ve beslenme-solunum yolu kontrolü açısından nazogastrik tüp uygulandı. Uygulanan antiretroviral, antiviral tedavilerin 14. gününde hastada nörolojik düzelme izlendi, desteksiz yürümeye başladı, oral beslenmeyi tolere edebildi. CMV için aldığı antiviral parenteral tedaviler 14 güne tamamlanarak, valgansiklovir 900 mg/gün idame tedavisi başlandı. Yaklaşık bir aylık hastane yatışı sonrasında belirgin klinik düzelme ile hasta taburcu edildi. İdame tedavisi devam eden hasta poliklinik kontrolüne gelmektedir.

Şekil 1: Beyin MRG, T2-ağırlıklı kesitlerde periventriküler beyaz cevherde belirgin hiperintens sinyal değişiklikleri (oklar) — CMV ensefaliti ile uyumlu



CMV: sitomegalovirüs; MRG: manyetik rezonans görüntüleme

**Sonuç:** CMV ensefaliti ileri immünsüpresyonda nadir fakat yüksek mortalite gösteren bir hastalıktır. Ağır olgularda gansiklovir veya foskarnet önerilen tedavilerdir. CD4+ T hücre sayısı 50/mm<sup>3</sup> altında olan yeni tanı HIV hastalarında CMV santral sinir sistem tutulumu düşünülmelidir. Erken dönemde BOS PCR incelemesi ve MRG tanıyı hızlandırır. Zamanında indüksiyon ve uygun idame tedavisi ile koordineli antiretroviral tedavi mortalite ve sekelleri azaltır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, CMV, ensefalit

PS-086

### HIV ile Yaşayan Bireyde Asemptomatik Kriptokok Menenjit: Antiretroviral Tedaviye Uyumunun Önemi

Selen Aksu<sup>1</sup>, Deniz Kakaliçoğlu Özden<sup>1</sup>, Esra Zerdali<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

**Giriş ve Amaç:** Kriptokok menenjit, özellikle ileri derecede immünsüpresif HIV ile yaşayan bireylerde önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Bazı olgularda klinik bulgular olmaksızın da ortaya çıkabilmektedir. Bu olguda, uzun süre antiretroviral tedavi (ART) kullanmayan hastada, menenjit semptomları olmaksızın saptanan kriptokok menenjit olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

**Olgu:** 2001 yılında HIV tanısı alan , Hepatit B ile koinfekte erkek hasta 2010 yılına kadar tedavi almamış. Hastaya 2010 yılında tenofovir disoproksil fumarat +emtrisitabin+efavirenz tedavisi başlanmış ancak 1,5 yıl sonra tedaviye ara veren hasta 2014 yılında ateş ve ense sertliği saptanması sonucu menenjit tanısı ile yatırılmış, BOS kültüründe {Cryptococcus laurentii} üremiş; flukonazol dirençli saptandığı için posakonazol ile tedavi edilmiş. İlerleyen yıllarda kreatinin yükselmesi ve kronik hepatit B tablosu nedeniyle farklı ART rejimleri kullanan hastanın CD4 sayısı 2022’de 295/mm<sup>3</sup>’e kadar yükselmiş ancak 2022–2024 yılları arasında iyileştiğini düşünerek takibi bırakmış. Ekim 2024’te sağ mandibulada akıntılı lenfadenopati (LAP) ile dış merkeze başvuran hastanın alınan LAP biyopsi materyalinde mikobakter PCR ve ARB tetkikleri negatif olarak sonuçlanmış , mikobakter ve apse kültüründe üreme olmamış. Bu sonuçlarla polikliniğimize başvuran hastada HIV-RNA 1.200.000 IU/mL, CD4: 5/mm<sup>3</sup> saptandı. Tüberküloz lenfadeniti ekarte edilerek ampirik amoksisilin klavunat, siprofloksasin ve bicitgravir +emtrisitabin +tenofovir alafenamid tedavisi ile ko-trimaksazol profilaksisi başlanılarak poliklinikten takip edildi. Hastanın lezyonu tama yakın gerilerken, kontrol tetkiklerinde serum kriptokok antijeni pozitif saptanması üzerine ileri tetkik amaçlı interne edildi. Lomber ponksiyon yapılan hastanın BOS incelemesinde protein 1800 mg/L, glukoz 54 mg/dL (eş zamanlı kan şekeri: 112 mg/dl) olarak saptandı, gram boyamasında mikroorganizma görülmedi, menenjit PCR paneli negatif olarak sonuçlandı ve BOS kültüründe üreme saptanmadı ancak kontrastlı beyin MR’ında menenjit ile uyumlu bulgular görülmesi, BOS protein yüksekliği ve BOS kriptokok antijeninin de pozitif saptanması üzerine kriptokok menenjit ön tanısı ile hastaya lipozomal amfotersin B + flukonazol indüksiyon tedavisi başlandı. Flusitozin için endikasyon dışı başvurusu yapılarak yurtdışından ilaç temin edildi , hastanın indüksiyon tedavisi lipozomal amfoterisin b + flusitozin ile 2 haftaya tamamlandı, konsolidasyon tedavisine geçilerek hasta taburcu edildi. Son poliklinik kontrollerinde HIV-RNA: 60 IU/mL, CD4: 63/mm<sup>3</sup> saptanan hastanın konsolidasyon tedavisi devam etmektedir.

**Sonuç:** Kriptokok menenjit, CD4 sayısı < 100/mm<sup>3</sup> olan HIV ile yaşayan bireylerde klinik semptomsuz seyredebilir. Bu olgu, antiretroviral tedaviye uzun süre ara vermenin fırsatçı enfeksiyon riskini artırdığını ve asemptomatik hastalarda dahi serum kriptokok antijen testinin erken tanı açısından değerli olduğunu ve ülkemizde bulunmasa dahi flusitozinin temin edilerek tedavide tercih edilebileceğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** kriptokok menenjit, hiv, Asemptomatik enfeksiyon, Antiretroviral tedavi uyumu, Flusitozin



PS-087

### HIV ve Zoonozlar: Endemik Bir Bölgede Bruselloz ve Tularemi Koenfeksiyonu

**Fatih Enes Yaylacı<sup>1</sup>, Faruk Karakeçili<sup>1</sup>, Orçun Barkay<sup>1</sup>, Umut Devrim Binay<sup>1</sup>, Betül Sümer<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye

**Giriş ve Amaç:** İnsan immün yetmezlik virusu (HIV) ile yaşayan bireyler, hücrel immün yetmezlik nedeniyle zoonotik enfeksiyonlara karşı daha duyarlı hale gelebilmektedir. Endemik bölgelerde HIV ile yaşayan bireylerin bu açıdan da izlenmesi önemlidir. Bu olgu, HIV pozitif bir hastada bruselloz ve tularemi enfeksiyonlarının eş zamanlı olarak gelişmesini ve tedavi sürecinde yaşanan zorlukları ele almaktadır.

**Olgu:** Bilinen hipertansiyon, osteoporoz ve edinsel immün yetmezlik nedeniyle 3 yıldır farklı bir merkezde takipli olan 45 yaşındaki erkek hasta 2022 yılında tarafımızca takip edilmek için başvurdu. VDRL pozitifliği nedeniyle penisilin tedavisi aldığı öğrenildi. Hastaya dış merkezde Elvitegravir + Kobisistat + Emtristabin + Tenofovir alafenamid fumarat (TAF) tedavisi başlanmıştı. Hastanın tarafımıza ilk başvurusunda HIV RNA: Negatif, CD4+ T lenfosit sayısı: 404/mm<sup>3</sup> olarak sonuçlandı. Hastanın takiplerinde 2 yıldır devam eden boyun ağrısı ve eklem ağrısı yakınması olduğu görüldü. 2023 yılında bir böcek tarafından ısırıldığını ifade ediyordu. Takibinde gece terlemesi, kilo kaybı (2 haftada 3 kg) ve sol aksillada şişlik yakınması olan hastanın fizik muayenesinde 3\*2 cm'lik lenfadenopati (LAP) mevcuttu. Yüzeyel ultrasonografide (USG) 47\*22 mm'lik atipik LAP olması üzerine hasta genel cerrahiye eksizyonel biyopsi açısından yönlendirildi. Genel cerrahi tarafından izlem önerildi. Hastanın tetkiklerinde Coombs'lu Brucella Agglütinasyonu: 1/80 titrede pozitif olarak sonuçlandı. İki set kan kültürü alındı. Bir ay sonraki kontrol tetkiklerinde Coombs'lu Brucella Agglütinasyonu: 1/160 titrede pozitif, VDRL: Negatif olarak saptandı. Hastadan alınan 2 set kan kültüründe Brucella spp. üremesi mevcuttu. Rifampisin ile Elvitegravir + Kobisistat + Emtristabin + TAF rejimi arasında ilaç etkileşimi olması ve hastada halen tüberküloz şüphesi olması nedeniyle doksisisiklin ve trimetoprim-sülfametoksazol (TMP/SMX) tedavisine başlandı. Hastadan alınan tetkiklerde interferon-gamma salınım testi negatif, serum tularemi PCR: 1/640 pozitif olarak sonuçlandı. Hastaya 8 haftalık doksisisiklin ve TMP/SMX tedavisi verildi; tedavinin ardından çekilen yüzeyel doku USG'de LAP boyutunun regrese olduğu görüldü. Çekilen lomber ve sakroiliak manyetik rezonans görüntülemesinde kontrast tutulumu izlenmedi. Tedavi süresi tamamlanan hastanın tedavisi sonlandırıldı. Hasta halen ayaktan takibine devam etmektedir.

**Sonuç:** HIV ile yaşayan bireylerde, endemik bölgelerde bruselloz ve tularemi gibi zoonotik enfeksiyonlar lenfadenopati ayırıcı tanısında mutlaka düşünülmelidir. Tanı ve tedavi sürecinde, antiretroviral ilaçlarla olası etkileşimler dikkatle değerlendirilerek tedavi rejimi kişiselleştirilmelidir. Bu olgu, uygun tedavi ile başarılı bir sonuç alınabileceğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, Zoonozlar, Bruselloz, Tularemi



PS-088

### Tedavi Uyumsuz HIV ile Yaşayan Bireyde Gelişen Nörosifiliz ve Kaposi Sarkomu

Habibe Tülin Elmaslar Mert<sup>1</sup>, Şükran Özkan<sup>1</sup>, Merve Aytekin<sup>1</sup>, Hüsnüye Figen Kuloğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Edirne Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Edirne

**Giriş ve Amaç:** HIV ile yaşayan bireylerde sifiliz daha ciddi klinik tablolara neden olurken sifiliz varlığı HIV viral yükünü olumsuz etkilemektedir. Bu olguda antiretroviral tedavi (ART) kullanmayan hastada, HIV ve sifiliz birlikteliğinin neden olduğu ciddi sonuçlar tartışılmıştır.

**Olgu:** Dört yıl önce HIV enfeksiyonu tanısı alan, üç ay ART kullanıp bırakan 33 yaşında erkek hasta, Temmuz 2025'te merkezimize tekrar başvurdu. Avuç içi ve ayak tabanında ülser lezyonları olan hastaya, 2021 yılında cilt biyopsisi yapılmış. Histopatolojik inceleme sonucu ülseronodüler sifiliz ("Lues Maligna") ile uyumlu saptanmış. Serolojik tetkiklerde TPHA 1/2560 pozitif, VDRL-RPR 1/128 pozitif, CD4 sayısı 392 hücre/mm<sup>3</sup>, HIV RNA düzeyi 54400 IU/ml olan hastaya üç doz Benzatin Penisilin G tedavisi uygulanmış. Güncel fizik muayenede yaklaşık sekiz aydır olduğunu ifade ettiği bilateral ayak tabanlarında, sağ el palmar yüz ve kol volar yüzde morumsu yamalar görüldü (Şekil 1). Ruhsal durum muayenesinde anksiyete düzeyinde artış ve algısal işlevlerde bozulma olduğu gözlemlendi. Hastanın güncel CD4 T lenfosit sayısı 239 hücre/mm<sup>3</sup>, HIV RNA düzeyi 7323600 IU/ml, RPR sonucu 1/4 pozitif saptandı. Hastanın beyin omurilik sıvısında (BOS) 29 hücre/mm<sup>3</sup> (%90 lenfosit hakimiyeti), protein düzeyi 61 mg/dl, glukoz düzeyi 53 mg/dl (eş zamanlı plazma glukoz değeri 88 mg/dl) idi. BOS FTA-ABS IgG pozitif; BOS VDRL negatif saptandı (Tablo1). Bulgular doğrultusunda hastaya 6x4 milyon IU intravenöz kristalize Penisilin G tedavisi başlandı. Hastanın bilişsel fonksiyonlarında 14 günlük tedavi sonunda belirgin düzelme izlendi. Ciltteki lezyonlardan Kaposi sarkomu ön tanısı ile biyopsi alındı. Endoskopi ve kolonoskopi yapıldı. Mide duvarındaki şüpheli alandan biyopsi alındı. Yaygın lenfadenomegalileri olan hastanın boynundan lenf nodu eksizyonel biyopsisi yapıldı. Klinik olarak stabil hale gelen hasta poliklinik takibine alınarak taburcu edildi. Her üç biyopsi örneğinde de inceleme sonucunun Kaposi sarkomu ile uyumlu gelmesi nedeniyle lipozomal doksorubisin tedavisi planlandı.

#### ŞEKİL1



Avuç içi ve ayak tabanında oluşan "Lues Maligna" lezyonları

TABLO1

| PARAMETRE                 | 2021                      | 2025                      |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| CD4 T LENFOSİT SAYISI     | 392 hücre/mm <sup>3</sup> | 239 hücre/mm <sup>3</sup> |
| HIV RNA                   | 54400 IU/ml               | 7323600 IU/ml             |
| RPR                       | 1/128 pozitif             | 1/4 pozitif               |
| BOS hücre sayısı          | 29 hücre/mm <sup>3</sup>  | -                         |
| BOS hücre dağılımı        | %90 lenfosit              | -                         |
| BOS proteini              | 61 mg/dl                  | -                         |
| BOS glukoz                | 53 mg/dl                  | -                         |
| Eş zamanlı plazma glukozu | 88 mg/dl                  | -                         |
| BOS FTA-ABS IgG           | Pozitif                   | -                         |
| BOS VDRL                  | Negatif                   | -                         |

2021 ve 2025 yıllarındaki BOS bulguları

**Sonuç:** Ülseronodüler sifiliz ( “Lues Maligna”), sifilizin deriyi tutan ciddi formudur. Hücrel immünitede bozukluk olmasının, ülseronodüler sifiliz patogeneğinde önemli rolü olduğu bildirilmektedir. ART kullanmayan hastada HIV progresyonu ile Kaposi sarkomu gelişirken, sifilizin aktivasyonu nörosifilize neden olmuştur. Anksiyete ve algılama bozukluğu olan hastada BOS incelemesi ve FTA-ABS IgG’nin pozitif saptanması ile hasta nörosifiliz tanısı almıştır. Erken dönemde tanı almasına rağmen ART kullanımını terk eden olguda gelişen Kaposi sarkomu ve nörosifiliz, erken tanı kadar tedaviye uyumun da önemli olduğunu vurgulamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Nörosifiliz, Sifiliz, Kaposi Sarkomu

PS-089

### Kaposi Sarkomunun Multipl Yerleşimi ile Karakterize Takipsiz HIV Olgusu

Seher Arık<sup>1</sup>, Deniz Kakaliçoğlu Özden<sup>1</sup>, Çiğdem Yücel<sup>1</sup>, Esra Zerdali<sup>1</sup>, Mustafa Yıldırım<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*İstanbul Haseki EAH*

**Giriş ve Amaç:** Kaposi sarkomu (KS), insan herpes virüs tip 8 (HHV-8) ile ilişkili, özellikle immün sistemi baskılanmış bireylerde görülen vasküler bir neoplazmdır. HIV/AIDS ile ilişkili Kaposi sarkomu, antiretroviral tedavi (ART) almayan hastalarda daha sık görülür ve bu hastalarda daha agresif seyirlidir. Hastalık; deri, mukozalar, lenf nodları ve viseral organları tutabilir. Tedavi, hastalığın yaygınlık durumuna göre ART ve sistemik kemoterapiye dayanır. Bu sunumda, tedavisiz kalan HIV ile yaşayan bireyde gelişen, multipl tutulumlarla seyreden ve başarılı tedavi yanıtı alınan KS olgumuzu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntemler:** Kliniğimizde takip ettiğimiz kutanöz ve viseral tutulumlarla karakterize olan KS olgusu sunulmuştur.

**Bulgular:** HIV tanısını 2015 yılında alan ancak son 2 yıldır takipsiz kalan 34 yaşında erkek hasta, Mart 2025'te tüm vücutta jeneralize, ağrısız mor-kırmızı plak ve nodüler lezyonlar ile polikliniğimize başvurdu. Başvuru anında HIV RNA:710.000 IU/mL, CD4 sayısı:207/mm<sup>3</sup> ve sifiliz antikoruna negatif idi. Tanı konulması amacıyla Dermatoloji ve Plastik Cerrahi polikliniklerine yönlendirilen hastanın punch biyopsisinde KS ile uyumlu histopatolojik bulgular görüldü. Hastanın yeni gelişen anemisi ve gaitada gizli kan pozitifliği olması sebebiyle KS gastrointestinal tutulumu ve hastalığın yaygınlığının değerlendirilmesi amacıyla PET-BT çekilmesi ve endoskopi yapılması planlandı. PET-BT'de supradiyafagmatik ve infradiyafagmatik istasyonlarda yaygın lenfadenopatiler ve ciltte en büyüğü sağ lomber bölge lateralinde olmak üzere özellikle vücudun alt kısmı ve bacak bölgesindeki deride multiple hipermetabolik alanlar tespit edildi. Olgunun kaposi sarkomuna ek olarak lenfoproliferatif maligniteler açısından da değerlendirilmesi önerildi. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde mide mukozasında multipl eritemli lezyonlar izlendi. Bu lezyonlardan alınan biyopsi KS ile uyumlu olarak raporlandı. KS harici lenfoproliferatif hastalık taranması amacıyla intraabdominal lenf nodlarından yapılan eksizyonel biyopsi, KS'nin metastatik tutulumu olarak değerlendirildi. Hastaya ilerlemiş KS tanısıyla ART (BIC/FTC/TAF) ve ardından Onkoloji Kliniği önerisiyle sistemik kemoterapi olarak liposomal doksorubisin başlandı. ART başlandıktan 1 ay sonra HIV RNA < 60 IU/mL'ye geriledi. ART'nin ikinci ayı ve 2 kür Liposomal doksorubisin sonrası çekilen güncel PET-BT'de intraabdominal lenf nodları ve cilt lezyonlarında belirgin regresyon izlendi.

Resim 1



Uylukta mor-kırmızı plak ve nodüler lezyonlar

Resim 2



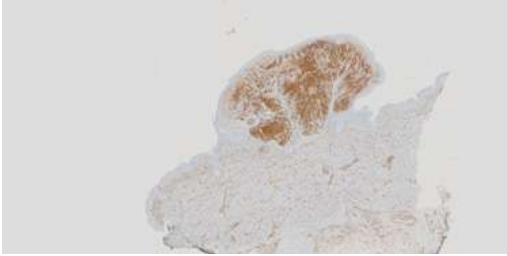
Ön kol ön yüzde mor-kırmızı plak

Resim 3



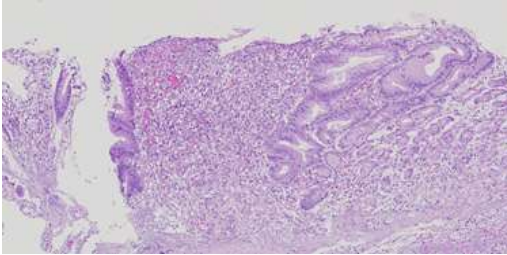
KS, lenf nodu, HHV-8

Resim 4



KS, deri, CD34

Resim 5



KS, mide, HE

**Sonuç:** Bu olgu, tedavisiz kalan HIV ile yaşayan bireylerde KS'nin yalnızca cilt tutulumuyla seyretemeyebileceğini, viseral organlara ve nadiren de olsa lenf nodlarına yayılımına neden olabileceğini göstermektedir. ART'nin düzenli ve etkili kullanımı, sadece HIV replikasyonunu baskılamakla kalmaz, aynı zamanda KS gibi AIDS ile ilişkili



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



malignitelerin ortaya çıkışını önlemede de kritik rol oynar. Bu vaka, hem HIV yönetiminin sürekliliğinin hem de erken multidisipliner müdahalenin önemini vurgulamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, ART, Kaposi sarkomu, HHV-8

PS-090

### 2016-2025 Yılları Arasında Hastaneye Yatırılan HIV ile Enfekte Bireylerde Yatış Nedenleri ve Sağkalımın Değerlendirilmesi

Figen Kaptan Aydoğmuş<sup>1</sup>, Nesrin Türker<sup>1</sup>, Özge Eren Korkmaz<sup>2</sup>, Cansu Aksoy Akşit<sup>1</sup>, Bahar Örmən<sup>1</sup>, Banu Karaca<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi

**Giriş ve Amaç:** Antiretroviral tedaviye (ART) erişimin artmasıyla birlikte HIV'e bağlı bulaş, morbidite ve mortalite oranlarında belirgin azalma sağlanmıştır. Ancak literatürde AIDS ilişkili hastalıkların hastane yatışlarında halen önemli bir yük olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmada merkezimizde izlenen HIV ile yaşayan birey (HİYB)'lerde hastaneye yatış nedenlerinin araştırılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışmaya 2016-2025 yılları arasında hastaneye yatırılan HİYB'ler alınmıştır. Bu ön çalışmada Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'nde izlenen 105 HİYB dahil edilmiştir. Olguların demografik özellikleri, hastane yatış nedenleri, komorbiditeleri, koenfeksiyonları, CD4 T lenfosit sayısı, CD4/CD8 oranı, HIV RNA düzeyleri geriye dönük olarak incelenmiştir.

**Bulgular:** Toplam 105 olgu çalışmaya alındı. Katılımcıların 88'i erkek, yaş ortalaması 44,82 yıl idi. İlk başvuruda olguların %40'ında ileri evre HIV enfeksiyonu mevcuttu. Hastaların ilk tanı anında %6,6'sında akut HIV enfeksiyonu, %18,1'inde primer HIV enfeksiyonu, %39'unda AIDS tanımlayıcı hastalık saptandı. İlk başvuruda olguların ortalama HIV RNA düzeyi 819.222 kopya/mL, CD4 T hücre sayısı 345/µL, CD4 T hücre yüzdesi %16,27 ve CD4/CD8 T lenfosit oranı 0,45 idi. Eşlik eden hastalık olarak malignite, hipertansiyon, diabetes mellitus, kardiyovasküler hastalık, kronik böbrek hastalığı, epilepsi ve KOAH saptandı. Malignite türleri Hodgkin lenfoma, diffüz büyük B hücreli lenfoma, primer SSS lenfoması, Kaposi sarkomu, plazmoblastik lenfoma, akciğer ve mide kanseriydi. Koenfeksiyon olarak sifiliz, HBV, tüberküloz, HCV ve non-tüberküloz mikobakteri enfeksiyonları tespit edildi. Ortalama HIV enfeksiyonu süresi 88,4 aydı. Toplam takip süresi 6.810 aydı. Hastaların %12,3'ünde takip sırasında AIDS tanımlayıcı hastalık geliştiği görüldü (Tablo 1). 105 olgunun 245 kez hastaneye yatırıldığı, ortalama yatış süresinin 32,5 gün olduğu saptandı. En sık yatış nedenleri enfeksiyon hastalıkları, neoplazm ve tedavi düzenlenmesiydi (Tablo 2). İzlem sırasında toplam 25 hasta kaybedildi. Ölenlerin 10'u hastane yatışı sırasında eksitus oldu. Yaşayan olgular arasında son takipte %75'inde HIV RNA düzeyinin saptanamaz düzeyde olduğu görüldü.



Tablo 1: Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'ne yatırılan HIV ile yaşayan bireylerde demografik veriler

| Özellikler                                   | Sonuç         |
|----------------------------------------------|---------------|
| Cinsiyet n, (%)                              |               |
| Kadın                                        | 17 (16,2)     |
| Erkek                                        | 88 (83,8)     |
| Yaş ortalama (aralık)                        | 44,82 (20–88) |
| Komorbidite n, (%)                           |               |
| Malignite                                    | 13(12,3)      |
| Hipertansiyon                                | 10 (9,5)      |
| Diabetes mellitus                            | 6 (5,7)       |
| Kardiyovasküler hastalık                     | 6 (5,7)       |
| Kronik böbrek hastalığı                      | 6 (5,7)       |
| Epilepsi                                     | 5 (4,7)       |
| Kronik obstrüktif akciğer hastalığı          | 1 (0,9)       |
| HIV enfeksiyonu süresi, ay ortalama (aralık) | 88,4 (0-360)  |
| Takip süresi, ay ortalama (aralık)           | 64,8 (0-276)  |
| Hastane yatış süresi, gün ortalama (aralık)  | 32 ,5 (1-193) |
| Koenfeksiyonlar n, (%)                       |               |
| Sifiliz                                      | 34 (32,3)     |
| HBV                                          | 8 (7,6)       |
| Tüberküloz                                   | 5 (4,7)       |
| HCV                                          | 2 (1,9)       |
| Non-tüberküloz mikobakteri                   | 2 (1,9)       |
| AIDS tanımlayıcı hastalık varlığı n, (%)     |               |
| İlk tanı                                     | 41 (39)       |
| Takipte                                      | 13 (12,3)     |
| Akut HIV enfeksiyonu n, (%)                  | 6 (5,7)       |
| Primer HIV enfeksiyonu n, (%)                | 19 (18,1)     |

Tablo 2: Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'ne yatırılan HIV ile yaşayan bireylerde hastaneye yatış nedenleri

| Yatış nedenleri                   | Sonuç n (%) |
|-----------------------------------|-------------|
| Enfeksiyon hastalığı              | 56 (22,9)   |
| Malignite                         | 43 (17,5)   |
| Tedavi uyumsuzluğu / düzenlenmesi | 33 (13,5)   |
| Sindirim sistemi                  | 27 (11)     |
| Genitoüriner sistem               | 20 (8,2)    |
| Nörolojik sistem                  | 13 (5,3)    |
| Malignite araştırması             | 13 (5,3)    |
| Pulmoner sistem                   | 11 (4,5)    |
| Hematolojik                       | 8 (3,3)     |
| Dermatolojik                      | 8 (3,3)     |
| Endokrin ve metabolik             | 5 (2)       |
| Gebelik                           | 3 (1,3)     |
| Girişimsel işlem                  | 2 (0,8)     |
| Yaralanma                         | 1 (0,4)     |
| Kas-iskelet sistemi               | 1 (0,4)     |
| Sınıflandırılmayan                | 1 (0,4)     |

Tablo 3: Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'ne yatırılan HIV ile yaşayan bireylerde laboratuvar parametreleri

| Laboratuvar bulguları | İlk başvuru            | Son başvuru<br>n: 62 <50 kopya/ml |
|-----------------------|------------------------|-----------------------------------|
| HIV RNA (kopya/ml)    | 819.222 (0-10.000.000) | 34.854 (baskılanmayan grup)       |
| CD4 T lenfosit sayısı | 345 (0,07-2021)        | 604 (4,5-2196)                    |
| CD4 T lenfosit (%)    | 16,27 (0,01-50)        | 25,08 (0,62-52)                   |
| CD4/CD8               | 0,45 (0,05-1,39)       | 0,58 (0,02-1,85)                  |

n: Hasta sayısı, sayısal değişkenler ortalama(min-mak) olarak verilmiştir.

**Sonuç:** Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'nde yatırılan HİVB'lerde en sık yatış nedenlerinin enfeksiyon hastalıkları ve maligniteler olduğu görülmüştür. Olguların ölüm oranının yüksek olduğu saptanmıştır. Sonuçlarımız, HIV'e bağlı komplikasyonların ilk tanı anında hala sık görüldüğünü ve ileri evre HIV enfeksiyonunun bir halk sağlığı sorunu olmaya devam ettiğini göstermektedir. Bu bulgular, toplumda HIV farkındalığının artırılması, AIDS tanımlayıcı hastalıkların klinisyenler tarafından daha erken fark edilmesi ve HIV test etmenin yaygınlaştırılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. ART'ye uyum ve düzenli takip ile birlikte hastalarda belirgin CD4 T lenfosit artışı ve HIV RNA düzeylerinde baskılanma elde edilmiştir. Bu bulgular, erken tanı, düzenli takip, tedavi uyumunun önemini vurgulamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** hastane yatışı, AIDS tanımlayıcı hastalık, fırsatçı enfeksiyon, ileri evre HIV

PS-091

### Akut Hepatit B ve Yeni Tanı Konmuş Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu: İki Olgu Sunumu

Melike Nur Özçelik<sup>1</sup>, Melike Demir<sup>2</sup>, İlknur Erdem<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD

<sup>2</sup>Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji ABD

**Giriş ve Amaç:** HIV ile yaşayan bireylerde hepatit B (HBV) ko-enfeksiyonunun karaciğer hastalığı ve HIV enfeksiyonunun ilerlemesini hızlandığı bilinmektedir. HIV ile yaşayan bireylerde akut HBV enfeksiyonu, siroza daha hızlı ilerler ve HIV-HBV ko-enfekte hastalarda HBV mono-enfekte olanlara göre karaciğerle ilişkili ölüm riski daha yüksektir. Literatürde akut hepatit B ve yeni tanı edinsel immün yetmezlik birlikteliği nadir bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu posterde akut HBV ve yeni tanı HIV enfeksiyonu olan iki olgu sunulmaktadır.

**Olgu:** Olgu 1: Erkeklerle cinsel ilişkide bulunan 46 yaşında bir erkek hasta, ateş, eklem ağrısı ve yorgunluk şikayetleri ile acil servise başvurdu. Karaciğer fonksiyon testlerinde belirgin yükselme saptandı (AST: 436 IU/L, ALT: 850 IU/L) ve serolojik belirteçler akut HBV ve HIV enfeksiyonunu doğruladı. HBV DNA düzeyi 75.514.328 IU/mL, HIV RNA düzeyi ise 7.790 IU/mL olarak ölçüldü. Antiretroviral tedavi olarak bictegravir/emtricitabin/tenofovir alafenamid (B/F/TAF) başlandı. Karaciğer enzimleri 4. haftada normale döndü. Üçüncü ayda HBV DNA 17 IU/mL'ye düştü, HIV RNA ise saptanamaz düzeye indi. Altıncı ayda HBsAg negatifleşti ve HBV DNA saptanamaz hale geldi. Olgu 2: Biseksüel olan 42 yaşındaki erkek hasta, ateş, bulantı ve karın ağrısı şikayetleri ile acil servise başvurdu. Fizik muayenede sarılık ve hepatomegali mevcuttu. Laboratuvar testlerinde AST: 770 IU/L, ALT: 921 IU/L, total bilirubin: 22,8 mg/dL, HBV DNA: 89.021 IU/mL ve HIV RNA: 3.369 IU/mL olarak saptandı. Akut HBV ve HIV enfeksiyonu tanısı ile B/F/TAF başlandı. Devam eden kolestaz ve kaşıntı nedeniyle tedaviye N-asetilsistein (NAC) tedavisi eklendi. Hastaneye yatışın 39. gününde bilirubin düzeylerinde belirgin düşüş gözlemlendi. İki ay sonunda HBV DNA 669 IU/mL'ye düştü, HIV RNA saptanamaz hale geldi ve anti-HBe pozitifleşti. Altıncı ayda HBsAg negatifleşti ve HBV DNA saptanamaz düzeye indi.

**Sonuç:** Bu olgular, yüksek riskli gruplarda HBV ve HIV taramasının önemini ve her iki virüse karşı etkili antiretroviral tedavi rejimlerine zamanında başlanması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Her iki hastada da erken müdahalenin olumlu klinik sonuçlara yol açtığını göstermektedir. Bağışık olmayan HIV ile yaşayan bireylerde HBV enfeksiyonuna karşı aşılama önerilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, HBV, ko-enfeksiyon, akut hepatit B, antiretroviral tedavi

PS-093

### Antiretroviral Tedavi Alan HIV ile Yaşayan Bireylerde İmmünolojik ve Virolojik Diskordans: Yaş ve Sifiliz İlişkisi

Gülce Eylül Aldemir<sup>1</sup>, Enes Dalmanoğlu<sup>1</sup>, Yeşim Çağlar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi

**Giriş ve Amaç:** HIV ile yaşayan bireylerde 12 aylık antiretroviral tedavi sonrası virolojik ve immünolojik yanıtın kombine değerlendirilerek konkordans ve diskordans paternlerini belirlemek, yaş ve sifiliz seropozitifliği ile ilişkisini incelemek ve tedavi rejimlerinin etkinliğini karşılaştırmaktır.

**Gereç ve Yöntemler:** Bu retrospektif kohort çalışmasına merkezimizde takip edilen 48 HIV ile yaşayan birey dahil edildi. Tedavi başlangıcı ve 12. ay HIV RNA ile CD4+ T lenfosit değerleri kaydedildi. Virolojik ve immünolojik yanıt kombine edilerek sınıflandırıldı: Konkordans (HIV RNA < 50 kopya/mL ve CD4+ artış ≥50 hücre/μL veya > 350 hücre/μL), İmmünolojik diskordans (HIV RNA < 50 kopya/mL ve CD4+ artış < 50 hücre/μL veya < 200 hücre/μL), Virolojik diskordans (HIV RNA ≥50 kopya/mL ve CD4+ artış ≥50 hücre/μL), Tam diskordans (HIV RNA ≥50 kopya/mL ve CD4+ artış < 50 hücre/μL). Bireyler tedavi rejimlerine göre üç gruba ayrıldı: Grup 1 (biktegravir/tenofovir alafenamid/emtricitabine, n=36), Grup 2 (dolutegravir bazlı, n=9), Grup 3 (diğer, n=3). Mann-Whitney U ve Fisher exact testleri kullanıldı, p < 0,05 anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Tedavi başlangıcı ortalama CD4+ 364,6±251,0 hücre/μL, HIV RNA 70.347,8±145.788,1 kopya/mL idi. 12. ayda %91,7 (44/48) virolojik baskı sağlandı. Kombine değerlendirmede 39 birey (%81,3) konkordans, 9 birey (%18,8) diskordans grubunda yer aldı. Tedavi rejimlerine göre sonuçlar Tablo 1'de sunulmuştur. Diskordans gösteren bireylerin ortalama yaşı (48,4±8,5 yıl) konkordans gösterenlerden (39,8±12,9 yıl) anlamlı derecede yüksekti (p=0,024). Diskordans grubunda sifiliz (TPHA pozitifliği) oranı sayısal olarak yüksek bulundu (%57,1 vs %24,4, p=0,081) (Tablo 2). Diskordans gösteren bireylerin ortalama yaşı anlamlı derecede yüksekti. Diskordans grubunda sifiliz seropozitifliği sayısal olarak yüksek bulundu ancak istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı.

#### Tedavi Rejimlerine Göre 12 Aylık Virolojik ve İmmünolojik Yanıt Karşılaştırması

| Parametre                          | Grup 1 BIC/TAF/FTC (n=36) | Grup 2 DTG bazlı (n=9) | Grup 3 Diğer (n=3)  | p değeri |
|------------------------------------|---------------------------|------------------------|---------------------|----------|
| Başlangıç HIV RNA (kopya/mL)       | 32.328,1±64.511,7         | 218.542,3±261.458,6    | 165.233,3±198.745,2 | 0,168    |
| Başlangıç CD4+ (hücre/μL)          | 375,4±260,2               | 325,1±255,8            | 298,7±275,4         | 0,621    |
| 12. ay HIV RNA <50 kopya/mL, n (%) | 33 (91,7)                 | 8 (88,9)               | 3 (100)             | 0,834    |
| CD4+ değişimi (hücre/μL)           | +171,6±239,0              | +185,4±268,5           | +166,6±235,2        | 0,895    |

#### Kombine değerlendirme

| Kombine değerlendirme         | Grup 1 BIC/TAF/FTC (n=36) | Grup 2 DTG bazlı (n=9) | Grup 3 Diğer (n=3) | p değeri |
|-------------------------------|---------------------------|------------------------|--------------------|----------|
| Konkordans, n (%)             | 27 (75,0)                 | 7 (77,8)               | 2 (66,7)           | 0,712    |
| İmmünolojik diskordans, n (%) | 6 (16,7)                  | 1 (11,1)               | 1 (33,3)           | 0,564    |
| Virolojik diskordans, n (%)   | 2 (5,6)                   | 0 (0)                  | 0 (0)              | 0,698    |
| Tam diskordans, n (%)         | 1 (2,8)                   | 1 (11,1)               | 0 (0)              | 0,485    |

#### Konkordans ve Diskordans Gruplarının Karşılaştırması



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



| Parametre               | Diskordans (n=9) | Konkordans (n=39) | p değeri |
|-------------------------|------------------|-------------------|----------|
| Yaş (yıl), ort±SS       | 48,4±8,5         | 39,8±12,9         | 0,024    |
| Erkek, n (%)            | 9 (100,0)        | 32 (82,1)         | 0,209    |
| TPHA pozitifliği, n (%) | 5 (57,1)         | 9 (24,4)          | 0,081    |

**Sonuç:** İntegraz inhibitörü bazlı tedavi rejimlerinde yüksek oranda virolojik baskı sağlanmasına rağmen, hastaların %18,8'inde diskordans gelişmesi, sadece virolojik yanıtın izlenmesinin yeterli olmadığını göstermektedir. İleri yaşın diskordans için anlamlı risk faktörü olması, immün yaşlanmanın CD4+ yanıtını olumsuz etkilediğini düşündürmektedir. Diskordans grubunda sifiliz seropozitifliği oranının yüksek olması, ko-enfeksiyonların immünolojik yanıtı etkileyebileceğini göstermekte olup, bu ilişkinin geniş hasta gruplarında araştırılması planlanmaktadır. Biktegravir ve dolutegravir bazlı rejimler arasında fark bulunmamıştır. Sonuç olarak; HIV takibinde diskordansı etkileyen ko-enfeksiyonlar, yetersiz beslenme, ilaç direnci, ilaç etkileşimleri gibi düzeltilebilir faktörler ve fırsatçı enfeksiyonlar açısından dikkatli değerlendirme önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, antiretroviral tedavi, immünolojik diskordans, yaş, sifiliz

PS-094

## HIV ile Yaşayan Bireylerde Zona Aşısına Yönelik Farkındalığın ve Tutumun Değerlendirilmesi

**Arzu Nazlı<sup>1</sup>, Muammer Çelik<sup>1</sup>, Ahmet Naci Emecen<sup>2</sup>**

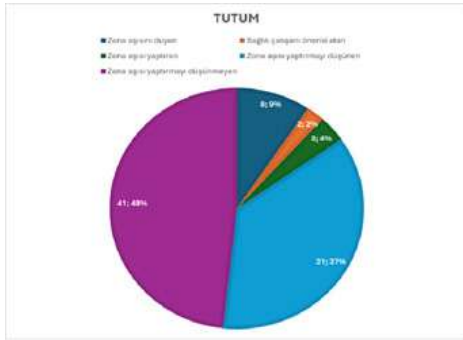
<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Epidemiyoloji Bilim Dalı

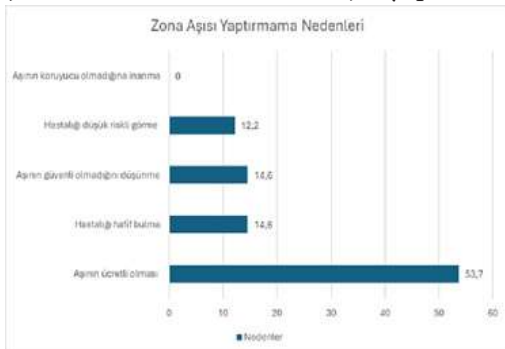
**Giriş ve Amaç:** HIV enfeksiyonu, herpes zoster gelişme riskini artıran önemli bir immünosupresif durumdur. Bu çalışmada HIV ile yaşayan bireylerde zona (herpes zoster) aşısına yönelik farkındalık düzeyi, aşı yaptırmaya eğilimleri ve yaptırmama nedenlerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

**Olgu:** Yöntem: Ocak–Haziran 2025 tarihleri arasında HIV ile yaşayan 77 birey ile yürütülen tanımlayıcı kesitsel bir anket çalışması gerçekleştirildi. Katılımcılara sosyodemografik özellikleri, kronik hastalık öyküleri, zona geçirme durumları, aşılama öyküleri ve zona aşısına yönelik tutumlarını içeren yapılandırılmış bir anket uygulandı. Veriler SPSS ile analiz edilerek tanımlayıcı istatistikler ve kategorik değişkenler için ki-kare testi kullanıldı. Bulgular: Çalışmaya yaş ortalaması  $38.8 \pm 11.0$  yıl olan toplam 77 HIV pozitif birey dahil edildi. Katılımcıların %93.5'i erkek, %6.5'i kadındı. Eğitim düzeyi incelendiğinde %57.1'inin üniversite, %23.4'ünün lise, %13.0'ının ilkokul ve %6.5'inin ortaokul mezunu olduğu belirlendi. Gelir durumuna göre katılımcıların %31.2'si gelirinin giderinden fazla, %45.5'i gelirinin giderine yaklaşık eşit, %23.4'ü ise gelirinin giderinden az olduğunu bildirdi. Katılımcıların %6.5'inde en az bir kronik hastalık (hipertansiyon, diyabet veya kalp hastalığı) mevcuttu. Zona öyküsü katılımcıların %15.6'sında, yakın çevresinde zona öyküsü bulunma oranı ise %27.3 olarak saptandı. Katılımcıların %15.6'sı daha önce zona geçirdiğini, yalnızca %10.4'ü zona aşısını daha önce duyduğunu belirtti. Sağlık çalışanı tarafından aşı önerilen oran %2.6, aşı yaptırmış olanların oranı %3.9'du. Katılımcıların %43.1'i aşı yaptırmayı düşündüğünü ifade etti. Aşı yaptırmaya eğilimiyle ilişkili tek anlamlı faktör yüksek gelir düzeyiydi ( $p=0.006$ ). Aşı yaptırmama nedenleri arasında aşının ücretli olması (%53.7) ve güvenli bulunmaması (%14.6) ön plandaydı.

Şekil 1. Katılımcıların zona aşısına ilişkin bilgi ve tutumları



Şekil 2. Katılımcıların Zona aşısı yaptırmama nedenleri







# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



**Sonuç:** HIV ile yaşayan bireylerde zona aşısına yönelik farkındalık düşüktür ve aşılama oranları son derece sınırlıdır. Aşının ücretli olması ve bilgi eksikliği en önemli engellerdir. Hekim önerisinin artırılması ve ücretsiz erişimin sağlanmasıyla aşılama oranlarının artırılabilirliği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Zona aşısı, Herpes Zoster, HIV, bağışıklık

PS-095

### Erken Hiv Tanısı İçin Kaçırılan Bir Fırsat mı? Herpes zoster Tanısı Alan Hastalardan HIV 1/2 Antijen/Antikor Testinin İstenme Analizi

**Bedia Mutay Suntutur<sup>1</sup>, Muhammed Emin Arslan<sup>1</sup>, Halil Haspolat<sup>1</sup>, Şule Toprak<sup>1</sup>, Edip Bayrak<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Herpes zoster, özellikle genç erişkinlerde veya belirgin bir immünsupresyonu bulunmayan bireylerde görüldüğünde, HIV enfeksiyonunun erken veya ilk klinik belirtisi olabilir. HIV ile enfekte bireylerde zona insidansının genel popülasyona göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu, sıklıkla HIV tanısından aylar önce ortaya çıkabildiği gösterilmiştir. Yapılan birçok çalışmada, zona olgularında HIV testi istenme oranlarının oldukça düşük olduğu ve bu durumun erken tanı fırsatının kaçırılmasına yol açtığı bildirilmektedir. Bu çalışmanın amacı, merkezimizde Herpes Zoster tanısı alan erişkin hastalarda HIV 1/2 antijen/antikor testi istem sıklığını belirlemek ve Herpes Zoster'in HIV enfeksiyonu için olası bir indikatör hastalık olarak hekimlerin farkındalığını değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışmamızda 01.01.2023–01.09.2025 tarihleri arasında merkezimizde hastane bilgi yönetim sistemi kullanılarak Herpes Zoster tanısı alan (n=1927) hasta incelendi. Yaşı 65 üzerinde (n=585), önceden bilinen HIV enfeksiyonu, immünsuprese hastalar (Hematolojik malignite veya aktif solid tümör nedeniyle kemoterapi/immünoterapi alanlar, solid organ veya hematopoietik kök hücre nakli öyküsü olanlar, sistemik kortikosteroid  $\geq 20$  mg/gün prednizon eşdeğeri  $\geq 14$  gün kullananlar, biyolojik ajanlar veya diğer immünsüpresif tedavi alan), veri tabanında eksik verisi bulunan olgular (n=216) çalışma dışı bırakıldı. Hastaların yaş, cinsiyet, HIV 1/2 antijen/antikor testi istenme durumu ve test zamanlaması (tanı tarihine göre  $\pm 30$  gün) kaydedildi. Veriler IBM SPSS Statistics (v27.0) programında analiz edildi.

**Bulgular:** Çalışmamızda hastaların yaş, cinsiyet, başvuru yapılan klinik birim dağılım oranları Tablo-1 de verilmiştir. Herpes Zoster tanı tarihi esas alınarak  $\pm 30$  gün içinde HIV 1/2 antijen/antikor testi istenen, istenmeyen hasta sayıları, istenen testin zamanlaması ve klinik birimler dağılımı Tablo-2 de verilmiştir. Çalışma döneminde test yapılan tüm olguların sonuçları negatifti. Tanı alıp  $\pm 30$  gün içinde test yapılmayan hastalardan birinin beş ay sonra preoperatif tarama sırasında yapılan HIV 1/2 antijen/antikor testi pozitif saptandığı görüldü.

Tablo-1

| Tablo-1   |                                                 | Sıklık(n) | Yüzde (%) |
|-----------|-------------------------------------------------|-----------|-----------|
| Cinsiyet  | Erkek                                           | 512       | 45,5      |
|           | Kadın                                           | 614       | 54,5      |
|           | Total                                           | 1126      | 100,0     |
| Yaş       | 18-30                                           | 243       | 21,6      |
|           | 31-40                                           | 255       | 22,6      |
|           | 41-50                                           | 243       | 21,6      |
|           | 51-65                                           | 385       | 34,2      |
|           | Total                                           | 1126      | 100,0     |
| Klinikler | Dermatoloji                                     | 827       | 73,4      |
|           | Acil Servis                                     | 198       | 17,6      |
|           | İç Hastalıkları                                 | 35        | 3,1       |
|           | Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji | 15        | 1,3       |
|           | Diğer                                           | 51        | 4,6       |
|           | Total                                           | 1126      | 100,0     |

Yaş, cinsiyet, başvuru yapılan klinik birim dağılım oranları

Tablo-2

| Tablo-2                                              |                                                 | Sıklık (n) | Yüzde (%) |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------|-----------|
| 30 gün içinde HIV 1/2 anti-jen/antikor testi         | Test yapılmadı                                  | 1042       | 92,5      |
|                                                      | Negatif (test yapıldı)                          | 84         | 7,5       |
|                                                      | Total                                           | 1126       | 100,0     |
| HIV 1/2 antijen/antikor testinin istenme zamanı      | 0-7 gün                                         | 40         | 3,6       |
|                                                      | 8-30 gün                                        | 44         | 3,9       |
|                                                      | Total                                           | 84         | 7,5       |
| HIV 1/2 antijen/antikor testinin istendiği klinikler | Dermatoloji                                     | 51(827)    | 60,7      |
|                                                      | Acil Servis                                     | 6(198)     | 7,1       |
|                                                      | İç Hastalıkları                                 | 8(35)      | 9,5       |
|                                                      | Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji | 7(15)      | 8,3       |
|                                                      | Diğer                                           | 12(51)     | 14,4      |
|                                                      | Total                                           | 84(1126)   | 100,0     |

Herpes Zoster tanı tarihi esas alınarak  $\pm 30$  gün içinde HIV 1/2 antijen/antikor testi istenen, istenmeyen hasta sayıları, istenen testin zamanlaması ve klinik birimler dağılımı

**Sonuç:** Herpes zoster, genç ve erişkin bireylerde HIV enfeksiyonu açısından indikatör bir hastalık olabilir. Çalışmamızda HIV testi istenme oranlarının yalnızca %7,5 düzeyinde kalması, mevcut klinik uygulamalarda bu fırsatın büyük ölçüde gözden kaçtığını göstermektedir. Klinikler arası anlamlı farklar, farkındalık düzeyinin birimler arasında değişken olduğunu düşündürmektedir. Tanı anında HIV 1/2 antijen/antikor testi yapılmayan ve beş ay sonra rutin preoperatif taramada HIV 1/2 antijen/antikor testi pozitif saptanan tek olgu, bir hastada dahi testin yapılmamasının tanıda aylarca gecikmeye ve olası bulaş riskine yol açabileceğini çarpıcı biçimde ortaya koymaktadır. Çalışmamız, Herpes Zoster tanısı alan her erişkinde HIV enfeksiyon olasılığının akla getirilmesi erken tanı ve tedavi açısından önemli olduğunu vurgulamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, Herpes Zoster, Tarama

PS-096

### Nefrotik Sendrom ile Gelen HIV Olgusu

**Selin Bardak Özçem<sup>1</sup>, Nesil Bayraktar<sup>1</sup>, Emre Vudalı<sup>1</sup>, Zafer Erdoğan<sup>1</sup>, Ahmet Behlül<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisi Lefkoşa , KKTC

<sup>2</sup>Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi, Nefroloji Servisi Lefkoşa , KKTC

**Giriş ve Amaç:** KKTC'ye eğitim ve çalışma için Sahra altı Afrika ülkelerinden, Pakistan ve Türkmenistan'dan her yıl çok fazla kişi gelmektedir. Bununla birlikte ülkede görülen HIV, HCV, sıtma gibi vakarda artış görülmektedir. Ayrıca atipik seyirli enfeksiyonlara ve komplikasyonlara rastlanmaya başlanmıştır. Bu olguda KKTC'ye öğrenci olarak gelen HIVAN tanısı alan Nijerya uyruklu hasta sunulmuştur

**Olgu:** 28 yaşında Nijerya uyruklu erkek hasta, bacaklarda ödem gözlerde şişlik, halsizlik şikayeti ile acil servise başvuruyor. Yapılan tetkiklerinde albümin:0.8 mg/dl, kreatinin:2.9 mg/dl olarak saptanmış. Nefrotik sendrom açısından tetkik edilen hastanın eliza tetkiklerinde antiHIV(+) olarak saptanıyor. 1 yıl önce öğrenci izni için yapılan işlemlerinde antiHIV(+) saptandığı öğrenilen hasta bir tedavi almak için herhangi bir sağlık merkezine başvurmamış. Enfeksiyon Hastalıkları servisine ileri tetkik ve tedavi için yatırıldı. KKTC'de 8 yıldır öğrenci olarak yaşadığı, son 2 yılda muhaceret izni almadan kaçak olarak bulunduğu öğrenilen idrar çıkışı olmayan hasta HIV'e bağlı nefrotik sendrom HIVAN olarak değerlendirildi. Proteinürisi, hipoalbumemisi akut böbrek yetmezliğinde olan hastaya viral yük ve CD4 için kan alındıktan sonra hemen antiviral tedavi olarak biktarvy ile trimetoprim sülfametoksazol tedavisi başlandı. HIVAN tanısını doğrulamak için böbrek biyopsisi hastanın genel durumu, biyokimyasal parametreleri nedeniyle yapılamamıştır. Antiretroviral tedavinin yanında albumin replasmanı, Hb:6.7g/dL olması üzerine eritrosit ve trombosit değeri 40.000/μL saptanan hastaya trombosit replasmanı yapıldı. Nefroloji hekimi ile ortak olarak takip edilen hastanın, idrar çıkışı olmaması üzerine, trombosit replasmanı sonrası, geçici diyaliz kateteri takılarak diyalize alındı. Toksoplazma IgM ve IgG'si negatif olarak gelen ve aynı zamanda anemi ve trombositopenisi derinleşen hastanın trimetoprim sülfametoksazol tedavisi kesildi. Tedavi öncesi gönderilen HIV RNA 1.6 x10<sup>6</sup> IU/ml ve CD4: 188 (%19) olarak geldi. Etkin ve hızlı antiretroviral tedavi ile genel durumu hızla düzelen, ülkede kaçak olarak bulunan hasta, tedavisinin yirmibeşinci gününde Nijerya'da Nefroloji ve Enfeksiyon hastalıkları olan bir hastaneye gitmesi önerilerek Muhaceret polisi tarafından deport edildi.

**Sonuç:** HIV'in endemik olduğu Sahra altı Afrika ülkelerinden ülkemize her yıl giderek daha da fazla kişi eğitim almak için gelmektedir. Öğrenci izni işlemleri sırasında eliza testleri yapılmaktadır. Bu testler sırasında anti HIV(+) çıkan kişiler tedavi alabilmeleri için ülkelerine geri gönderilmektedir. Ancak bu hastamızda olduğu gibi işlemlerini devam ettirmeyip ülkede kaçak olarak kalmaya devam eden kişi sayısı giderek artmaktadır. HIVAN özellikle Afrika kökenli bireylerde HIV enfeksiyonunun yaygın bir komplikasyonudur. Etkin ve hızlı antiretroviral tedaviye ulaşmak HIVAN ve bunun gibi komplikasyonların tedavisinde çok önemlidir

**Anahtar Kelimeler:** HIVAN, Afrika, HIV

PS-098

### Aspergillus; Pnömonisi, CMV Pnömonisi ve Pnömosystis Carini Enfeksiyonları Gelişen HIV Pozitif Bir Olgu

Ayşe Banu Ceviz<sup>1</sup>, Mustafa Usanmaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Human Immunodeficiency Virus (HIV) enfeksiyonu, ilerleyici immün yetmezliğe yol açarak hastaları fırsatçı enfeksiyonlara yatkın hale getirir. Özellikle Pneumocystis jirovecii pnömonisi (PJP), sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonu ve invaziv aspergillozis, HIV ile ilişkili en ciddi pulmoner komplikasyonlar arasında yer almaktadır. Bu sunumun amacı, ileri derecede immünsupresyonu bulunan bir HIV pozitif hastada gelişen çoklu fırsatçı akciğer enfeksiyonları ve ampiyem olgusunu sunmak, tanısal ve tedavi sürecinde karşılaşılan güçlükleri tartışmaktır.

**Gereç ve Yöntemler:** Kırk yaşında erkek hasta, nefes darlığı, öksürük ve balgam şikayetleri ile acil servise başvurdu. Hastanın iki ay önce pnömoni nedeniyle yattığı yoğun bakım sürecinde HIV enfeksiyonu saptanmıştı. Klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgular retrospektif olarak değerlendirildi. Tanısal incelemelerde toraks bilgisayarlı tomografi (BT), balgam ARB, mikobakteri kültürü, tüberküloz PCR, CMV PCR ve akım sitometrisiyle CD4 lenfosit sayımı yapıldı.

**Bulgular:** Hasta bir ay önce Lamivudin ve Dolutegravir tedavisine başlamıştı. Başvuru anında CD4 hücre sayısı 17 hücre/mm<sup>3</sup>, HIV RNA düzeyi 2.610.000 kopya/mL idi. Fizik muayenesinde ateş: 38,5°C, nabız: 120/dk, TA: 95/67 mmHg, SpO<sub>2</sub>: %69 olarak saptandı. Ağız içinde beyaz plaklar ve kaşektik görünüm mevcuttu. PA akciğer grafisinde pnömotoraks, toraks BT'de bilateral infiltrasyon ve konsolidasyon alanları izlendi. Başlangıçta Bactrim, Linezolid, Tazocin ve Flukonazol tedavisi başlandı, antiretroviral tedaviye devam edildi. Pnömotoraks nedeniyle hasta göğüs cerrahisine yatırıldı. Takipte CMV PCR: 1340 kopya/mL saptanması üzerine Gansiklovir tedavisi eklendi. Tedavinin ilk haftasında çekilen BT'de sol alt lobda 8x5 cm ampiyem saptandı; Tazocin kesilerek Meropenem başlandı. Lökopeni gelişmesi üzerine Gansiklovir, Valgansiklovir ile değiştirildi. Klinik gidişin kötüleşmesi üzerine çekilen yeni BT'de buzlu cam dansiteleri, halo ve ters halo bulguları izlendi; Pneumocystis jirovecii ve Aspergillus koinfeksiyonu düşünüldü. Tedaviye Amfoterisin B eklendi. Takiplerinde klinik ve laboratuvar parametrelerinde düzelme izlendi. Hasta 46. günde Itrakonazol ve Tenofovir/Emtrisitabin + Dolutegravir tedavileriyle taburcu edildi.

YOK

YOK

**Sonuç:** Ağır immünsupresyonu olan HIV enfeksiyonlu hastalarda çoklu fırsatçı enfeksiyonların birlikte görülme olasılığı yüksek olup, radyolojik bulguların çeşitliliği tanıyı güçleştirmektedir. Erken multidisipliner değerlendirme, uygun antimikrobiyal kombinasyon ve tedavi yanıtının yakından izlenmesi, prognoz açısından kritik öneme sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, Pneumocystis jirovecii, sitomegalovirüs

PS-099

### Eş Zamanlı Akut Hepatit B, Sifiliz ve HIV Tanısı Alan Bir Olgu Sunumu

**Haluk Erdoğan<sup>1</sup>, Esra Matur<sup>2</sup>, Aşkın Erdoğan<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD

<sup>2</sup>Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

<sup>3</sup>Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bölümü

**Giriş ve Amaç:** Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar içinde HIV ve sifiliz birlikteliği sık olmasına rağmen akut hepatit b ile birliktelik nadirdir. Burada HIV, akut hepatit b ve sifiliz tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

**Gereç ve Yöntemler:** OLGU SUNUMU: 45 yaşında erkek hasta 10 gündür olan halsizlik, iştahsızlık ve iki gündür vücutta sarılık şikayetleri ile acil servise başvurdu. Gastroenteroloji kliniğine yatırılan hastanın fizik muayenesinde genel durumu orta, bilinci açık, oryaante ve koopere idi. Skleraları ve derisi ikterik idi. Bilinen hastalık, operasyon öyküsü olmadığı, metamfetamin kullandığı, şüpheli cinsel ilişkisi olduğu, sigara kullandığı öğrenildi.

**Bulgular:** Tetkiklerinde AST:174 IU/L, ALT:3124U/L, Total Bilirubin:10,08 mg/dL, Direkt Bilirubin:7,63mg/dL, ALP:178U/L, GGT:233U/L, LDH:458U/L, CRP:18,3mg/L, WBC:4830 hücre/uL, PT:15,7sn, APTT:29sn, INR:1,32 bulundu. HBs Ag: Pozitif, Anti HIV: reaktif saptandı. Batın USG, Abdomen BT ve Doppler USG normal olarak raporlandı. HIV Doğrulama Testi, sifiliz, CD4/CD8 ve HIV RNA testleri gönderildi. Hastaya biktagravir, tenofovir adefenamid, emstirabin tedavisi başlandı. Hastanın takipleri sırasında HIV RNA:76807 Kopya/ml, CD4 oranı:%31, CD4 sayısı:768 hücre/mm<sup>3</sup>, HBcIgM: pozitif, HBV DNA :19855 IU/ml, HCV RNA : negatif, RPR(Sifiliz):Pozitif, TPFA > =640 dilüsyonda pozitif idi. Gelişen üretral akıntısına yönelik seftriakson 1x500 mg IV, azitromisin 1x1000 mg oral ve sifilize yönelik deposilin 2.4 MU IM tek doz tedavisi uygulandı. Hastanın tetkiklerinde karaciğer fonksiyon testlerinde düzelme, enfeksiyon parametrelerinde gerileme, genel durumunda düzelme olması üzerine Enfeksiyon Hastalıkları polikliniği kontrol muayene önerisi ile taburcu edildi.

**Sonuç:** Cinsel yolla bulaşan hastalıkların HIV, sifiliz, hepatit b ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından taranmalıdır. HIV yanısıra diğer hastalıklarında uygun ve erken tedavisi hastalığın progresyonu, bulaştırıcılığın azaltılması açısından önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, Sifiliz, Akut hepatit b



PS-100

### İntrakraniyal Lezyonlarla Seyreden Zor Bir AIDS Olgusu

Rukiyye Bulut<sup>1</sup>, Esma Kepenek Kurt<sup>1</sup>, Bahar Kandemir<sup>1</sup>, Pınar Belviranlı Keskin<sup>2</sup>, İbrahim Erayman<sup>1</sup>, Zeynep Sena Doğanekin<sup>1</sup>, Gülistan Yıldırım<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD.

<sup>2</sup>Konya Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** AIDS hastalarında, birden fazla fırsatçı enfeksiyon ve eşlik eden enfeksiyöz veya prekanseröz lezyonların birlikte görülme olasılığı artar. Birden fazla patolojik sürecin birlikte seyrettiği yeni tanı bir AIDS olgusunu paylaşıyoruz.

**Gereç ve Yöntemler:** Birden fazla patolojik sürecin birlikte seyrettiği yeni tanı bir AIDS olgusunu paylaşıyoruz.

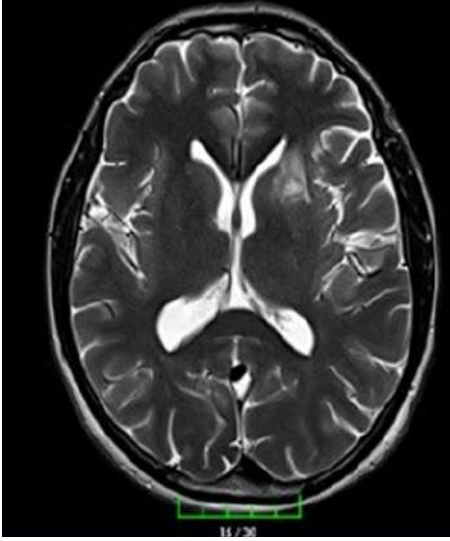
**Bulgular:** Olgu Otuz yedi yaşında erkek hasta, yaklaşık üç aydır devam eden döküntü, halsizlik, kilo kaybı ve rektal akıntı yakınmaları ile başvurdu. Fizik muayenede el ve ayak tabanlarını da içeren tüm vücutta papülönodüler lezyonlar ve skrotumda papül mevcuttu (Görsel 1). Homoseksüel cinsel temasları olduğu öğrenildi. CD4 sayısı 6 hücre/mm<sup>3</sup>, HIV RNA 20.610 kopya/mL idi (Tablo1). Hastaya tenofovir disoproksil fumarat, emtrisitabin ve biktgravir ile profilaksi olarak azitromisin ve trimetoprim-sülfametoksazol başlandı. VDRL (1/8 titre), TPHA, FTA-ABS Ig M ve IgG pozitif olan hastaya sekonder sifiliz tanısı ile haftalık 3 kez benzatin penisilin G yapıldı. Tekrarlayan cilt biyopsileri ile Kaposi sarkomu dışlanıp basiller anjiyomatozis düşünülerek doksisisiklin başlandı. Rektal akıntı nedeniyle değerlendirildi, anal papillomlar ve anal intraepitelyal neoplazi saptandı. IGRA testi pozitif olduğundan izoniazid profilaksisi başlandı. Ataksik yürüme nedeniyle çekilen MRG'de solda bazal ganglionlar düzeyinde globus pallidusta 7x9 mm tek lezyon görüldü ve sifilitik gom olarak değerlendirildi (Görsel 2). BOS mikroskobi ve biyokimya bulguları normaldi. BOS'dan yapılan kültür, Toxoplasma gondii PCR, VDRL, FTA-ABS, Cryptococcus neoformans PCR ve antijeni, Gram boyama, ARB boyama, tüberküloz kültür ve PCR'ı negatif olarak sonuçlandı. Nörolojik tetkiklerinde derin duyu kaybı ve posterior kord tutulum bulguları saptandı. Tüm bulguların nörosifiliz ön tanısını desteklemesi nedeniyle kristalize penisilin 14 gün uygulandı. Tedavi sonrası VDRL titresi 1/4' e geriledi. Kontrol görüntülemelerde solda kapsüla interna anterior krusu ve sağda kapsüla interna posterior krusu seviyesinde, santralinde hiperintens içerikli 1,5x2 cm boyutunda yeni oluşan lezyonlar saptandı (Görsel 3) ve Toksoplazma ensefaliti ile uyumlu olabileceği raporlandı. Sabin-Feldman Dye testi 1/16 ve Toxoplasma Ig G pozitif, aviditesi yüksek olarak sonuçlandı, TMP-SMX ve klindamisin başlandı. Toksoplazmozisin göz tutulumu saptanmadı. Tedavisi 6 haftaya tamamlandıktan sonra çekilen kontrol beyin MRG'de önceki görüntülemelerde olan lezyonların kaybolduğu görüldü. Klindamisin kesilerek sekonder profilaksisi TMP-SMX 2x800/160 mg olarak düzenlendi. Klinik ve laboratuvar bulguları (Tablo 1) düzelen hasta taburcu edildi.

Görsel 1



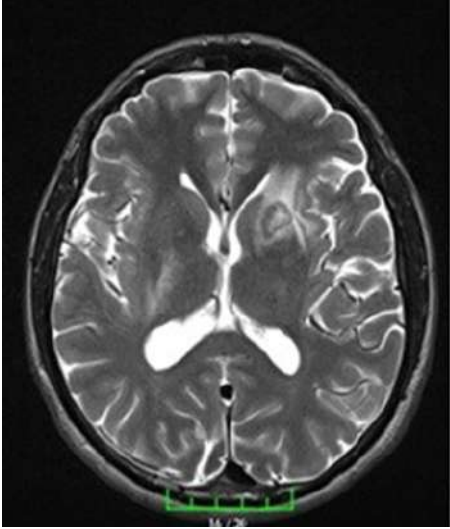
Hastanın başvuru anındaki cilt lezyonları

Görsel 2



Beyin MRG'de solda bazal ganglionlar düzeyinde globus pallidusta 7x9 mm tek lezyon

Görsel 3



Beyin MRI'da solda kapsüla interna anterior krusu ve sağda kapsüla interna posterior krusu seviyesinde, santralinde hiperintens içerikli lezyonlar

Tablo 1

|                      | Başvuru anı | Taburculuk anı | Tedavinin 1. yılı |
|----------------------|-------------|----------------|-------------------|
| Beyaz Küre (uL)      | 5210        | 7760           | 6830              |
| Nötrofil (uL)        | 3870        | 3960           | 3720              |
| Lenfosit (uL)        | 820         | 1760           | 2100              |
| Hemoglobin (g/dL)    | 5,5         | 7,2            | 15,5              |
| Trombosit (uL)       | 324.000     | 468.000        | 297.000           |
| Sedimentasyon (mg/h) | 140         | 43             | 4                 |
|                      | 18          | 4              | 1,4               |



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



|                              |        |      |      |
|------------------------------|--------|------|------|
| CD4 (hücre/mm <sup>3</sup> ) | 6      | 128  | 210  |
| CD8 (hücre/mm <sup>3</sup> ) | 541    | 1171 | 1218 |
| CD4/CD8                      | 0,01   | 0,11 | 0,17 |
| HIV RNA (IU/ml)              | 20.610 | 0    | 0    |

Hastanın başvuru anı ve tedavi sonrası laboratuvar parametreleri

**Sonuç:** Bu vaka, HIV enfeksiyonunda çoklu enfeksiyon birlikteliklerinin ayırıcı tanı ve yönetiminde dikkatli ve multidisipliner yaklaşımın önemini vurgulamakta, uygun tedavi ve düzenli izleme AIDS olgularında prognozun iyileştirilebileceğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** AIDS, fırsatçı enfeksiyon, intrakraniyal lezyon, sifiliz, toksoplazma ensefaliti

### PS-101

#### Tüberküloz Dışı Mikobakteri Enfeksiyonu ile Takipli 4 HIV Olgusu

Sümeýra Demir<sup>1</sup>, Damla Ertürk<sup>1</sup>, Ferit Kuşçu<sup>1</sup>, Süheyla Kömür<sup>1</sup>, Aslıhan Candevir<sup>1</sup>, Ayşe Seza İnal<sup>1</sup>, Yeşim Taşova<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Adana

**Giriş ve Amaç:** GİRİŞ: Tüberküloz dışı mikobakteriler (TDM), Mycobacterium tuberculosis ve Mycobacterium leprae kompleksleri dışında kalan mikobakteri türlerini kapsar. Normal koşullarda insan için patojen olmayan bazı NTM türleri, bağışıklık sistemi baskılanmış bireylerde — özellikle HIV enfeksiyonu ve ileri immün yetmezlik durumlarında — ciddi, hatta hayatı tehdit eden enfeksiyonlara yol açabilir. AMAÇ: Olgu serimizde, 2021–2025 yılları arasında kliniğimizde HIV ile yaşayan ve NTM enfeksiyonu tanısı almış dört olgu sunulmuştur. Çalışmanın amacı, Human immunodeficiency virus (HIV) ile yaşayan kişilerde NTM enfeksiyonlarının artan sıklığına ve değişken klinik seyirlerine dikkat çekmektir.

**Olgu:** Olgu 1: Öksürük, kilo kaybı ve sağ diz altında yara ile başvuran hastanın hem balgam hem de yara kültüründe M.kansasii üremesi saptandı (CD4:18 hücre/mm<sup>3</sup>, HIV RNA: 17700 kopya/mL). Sağ dize cerrahi boşaltım yapıldı. Rifampisin dirençli izolat için amikasin, klaritromisin ve moksifloksasin duyarlılığına göre 12 ay süreyle tedavi verildi ve tam klinik yanıt elde edildi. Olgu 2: Serviks kanseri öyküsü bulunan kadın hastanın idrar kültüründe M.kansasii üremesi oldu (CD4:15 hücre/mm<sup>3</sup>, HIV RNA: 1664700 kopya/mL). Antibiyogramda Rifampisin, Amikasin, Klaritromisin, Linezolid, Moksifloksasin duyarlı idi. İzoniazid + Rifampisin+ Moksifloksasin başlanan hastanın tedavisi ve takibi devam etmektedir. Olgu 3: Öksürük ve balgam şikâyetiyle başvuran, eş zamanlı olarak kriptokok menenjitisi nedeniyle de takip edilen hastanın bronkoalveolar lavaj kültüründe M.gordonae üremesi saptandı (CD4: 76 hücre/mm<sup>3</sup>, HIV RNA: < 40 kopya/mL). Antibiyogram sonucu henüz çıkmadan, mikobakteri üreme sinyali alınması üzerine dördümlü antitüberküloz tedavi başlandı. Takipte yapılan toraks görüntülemesinde sol akciğer üst lobda izlenen kaviter lezyonun tam regresyon gösterdiği belirlendi. Olgu 4: Öksürük ve sırta ağrısı şikâyetleri olan hastanın toraks görüntülemesinde bilateral orta-alt lob bronşektazik değişiklikler, nodüler lezyonlar ve mediastinal lenfadenopati olması nedeniyle yapılan bronkoalveolar lavaj kültüründe M.avium üremesi oldu (CD4: 313 hücre/mm<sup>3</sup>, HIV RNA 20500 kopya/mL). Lenf nodu biyopsisi granülomatöz iltihap olarak raporlandı. Rifampisin dirençli; Klaritromisin, Linezolid, Moksifloksasin duyarlı olması nedeniyle 12 ay tedavi ile tam klinik ve radyolojik yanıt gözlendi.

Tablo-1: Olguların Analizi

| Olgu | Yaş | Cinsi-yet | CD4 hücre/mm <sup>3</sup> | HIV RNA kopya/mL | Örnek Alınan Yer | Antibiyogram (Hassas olanlar)                                          | Tür Cinsi  | Tedavi                                     |
|------|-----|-----------|---------------------------|------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------|
| 1    | 33  | Erkek     | 18                        | 17.700           | Balgam ve Apse   | Amikasin<br>Klaritromisin<br>Linezolid<br>Moksifloksasin               | M.Kansasii | İzoniazid<br>Moksifloksasin<br>Azitromisin |
| 2    | 52  | Kadın     | 15                        | 1.664.700        | İdrar            | Rifampisin<br>Amikasin<br>Klaritromisin<br>Linezolid<br>Moksifloksasin | M.Kansasii | İzoniazid<br>Rifampisin<br>Moksifloksasin  |



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



|   |    |       |     |        |                            |                                              |            |                                                      |
|---|----|-------|-----|--------|----------------------------|----------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------|
| 3 | 56 | Erkek | 76  | <40    | Bronko-Al-<br>veolar Lavaj | Henüz Çıkmadı                                | M.Gordonae | Ethambütol<br>Rifampisin<br>Pirazinamid<br>İzoniazid |
| 4 | 27 | Erkek | 313 | 20.500 | Bronko-Al-<br>veolar Lavaj | Linezolid<br>Moksifloksasin<br>Klaritromisin | M.Avium    | Linezolid<br>Moksifloksasin<br>Klaritromisin         |

**Sonuç:** Bağışıklık sistemi baskılanmış bireylerde, özellikle HIV ile yaşayan kişilerde, günümüzde giderek artan sıklıkta M.tuberculosis dışı mikobakteriler de ciddi enfeksiyon etkenleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Klinik olarak atipik seyir gösterebilen bu olgularda, erken mikrobiyolojik tanı ve uygun antimikrobiyal kombinasyon tedavisi, mortaliteyi azaltmada kritik öneme sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, Tüberküloz dışı mikobakteri, M.kansasii, M.avium complex

PS-102

### HIV ile Enfekte Bireyde Antiretroviral Tedavi Altında Gelişen Progresif Multifokal Lökoensefalopati

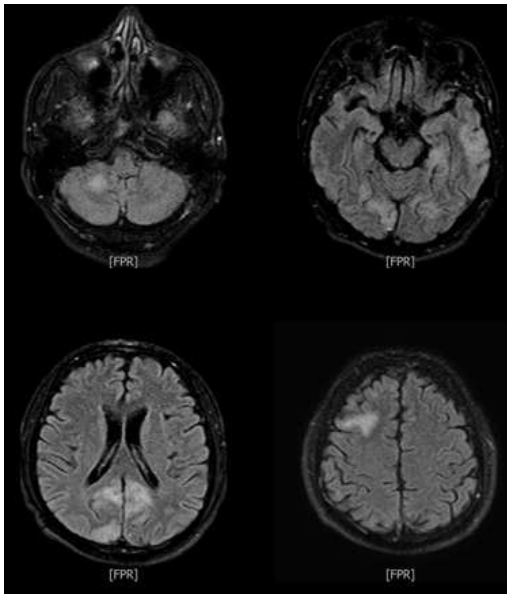
Şule Arabacı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Progresif Multifokal Lökoensefalopati (PML), polyomavirüs JC virüsün(JCV) yol açtığı, merkezi sinir sisteminin nadir görülen ve mortal seyreden demiyelinizan bir hastalığı olup çoğunlukla immünoşüprese bireylerde görülmektedir. HIV pozitif hastalarda antiretroviral tedavi (ART) kullanımının PML insidansını azalttığı bilinmektedir. Bu bildiride 47 yaşında HIV enfekte ART'ye uyumlu hastada görülen PML vakası sunulmaktadır.

**Olgu:** Hipertansiyon tanılı, 2 ay önce HIV pozitif saptanan ve ART başlanan 47 yaş erkek hasta; 1 aydır unutkanlık, 4 gündür halüsinasyon görme ve baş ağrısı şikayetleri ile acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde ateşi 37,8°C olan hastanın bilinci konfüze, dezoryante, kooperasyonu kısıtlıydı. Ense sertliği ve meningeal irritasyon bulguları saptanmayan hastanın diğer fizik muayenesi normaldi. Bilgisayarlı beyin tomografisinde hemoraji gözlenmedi. Beyaz küre: 4480 uL, C-reaktif protein: 0,4 mg/L olan hastaya merkezi sinir sistemi (MSS) enfeksiyonu dışlamak amaçlı lomber ponksiyon yapıldı. Alınan beyin omurilik sıvısı (BOS) berrak, basıncı normal, BOS glukozu:52 mg/dl, serum glukozu 114 mg/dl, BOS proteini 66 mg/dl saptandı. BOS hücre sayımında hücre yoktu. Hastanın kontrastlı kraniyal manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde bilateral parietooksipital alanda, korpus kallosum korpus posterior kesimi komşuluğunda, sağda frontal lob düzeyinde ve sağ serebellar hemisfer düzeyinde T2/FLAIR sinyal artış alanları görüldü; ancak postkontrast incelemede kontrastlanma saptanmadı. Difüzyon MR ve SWI MR görüntülemeleri normal sınırlardaydı. Hastanın CD4 T lenfosit sayısı 71 idi, HIV-RNA: saptanmadı. Hasta MSS öntanısı ile interne edilerek seftriakson 2x2 gr intravenöz (iv), ampisilin 6x2 gr iv, asiklovir 3x750 mg iv, bactrim 3x4 ampul iv tedavileri başlandı. Hastanın BOS kültüründe Neisseria flava ve Streptococcus parasanguinis üremesi nedeni ile tedavileri kesilerek vankomisin 2x1 gr iv tedavisine geçildi. MR görüntülemesi ile PML düşünülen hastadan dış merkeze gönderilen BOS multipleks polimeraz zincir reaksiyonu incelemesinde JCV 970 kopya/ml saptandı. PML tanısı konan hastanın antibiyoterapisi kesildi. Psikiyatri önerisiyle mirtazapin ile taburcu edildi.

Kraniyal MR'da PML beyaz madde tutulumu



Olgunun kraniyal MR görüntülerinde aksiyal T2A FLAIR serilerde infratentoryal alanda sağ serebellar hemisfer düzeyinde, sol temporal lobda, hipokampal alanda, her iki parietooksipital bölgede ve konveksite düzleminde sağ frontal bölgede multifokal asimetrik periventriküler ve subkortikal ak madde sinyal artışları mevcuttur.





# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



**Sonuç:** HIV ile enfekte bireylerde ART altında ilerleyici bilinç bozukluğu ve kraniyal görüntülemelerde beyaz madde tutulumu görüldüğünde ayırıcı tanılar arasında PML bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** progresif multifokal lökoensefalopati, polyomavirüs JC (JCV), HIV

PS-103

### İleri Evre HIV Enfeksiyonunda Kriptokok Menenjitisi: İki Olgu Sunumu

Gözde Çetinkaya Bıyıklı<sup>1</sup>, Hande Hazır Konya<sup>1</sup>, Elif Özkan<sup>1</sup>, Güliz Uyar Güleç<sup>1</sup>, Serkan Öncü<sup>1</sup>, Şerife Barçın Öztürk<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

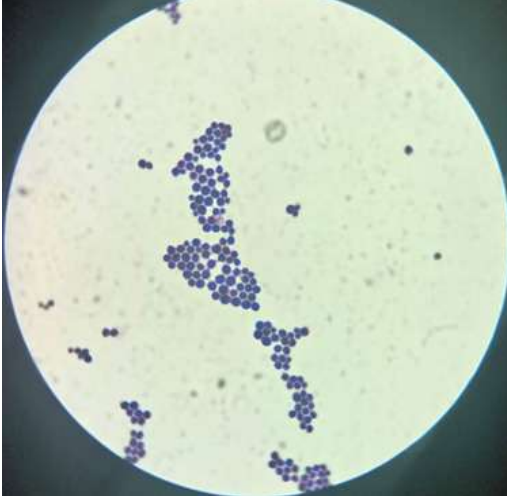
**Giriş ve Amaç:** Kriptokok menenjitisi, ileri evre insan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonunda yüksek mortaliteye sahip fırsatçı bir enfeksiyondur. Şiddetli baş ağrısı, bel ağrısı, kusma, diplopi gibi kafa içi basınç artışı bulgularında akla getirilmelidir. Bu yazıda, biri yalnız kriptokok menenjitisi, diğeri Pneumocystis jirovecii pnömonisi (PCP) ile birlikte seyreden kriptokok menenjitisi olan iki yeni tanı HIV pozitif olgunun klinik seyri özetlenmiştir

**Olgu:** Olgu 1: Kırk dört yaşındaki erkek hasta, 2 aydır olan ateş, baş ağrısı, halsizlik ve kilo kaybı nedeniyle başvurdu. Bisitopeni nedeniyle hematolojide izlenirken HIV Ag-Ab pozitif saptanması üzerine tarafımıza devir alındı. Fizik muayene bilinç açık, koopere oryante, meninks irritasyon bulguları negatif, nörolojik muayene olağandı. CD4: 18(%5,57) hüç/mm<sup>3</sup>, HIV RNA:334.000 kopya/mL idi. Ateşliken alınan kan kültürlerinde maya üremesi üzerine liposomal amfoterisin B (L-Amf-B)(5 mg/kg/gün) başlandı. Lomber ponksiyonda (LP) çini mürekkebi ile kapsüllü maya hücreleri görüldü, tedaviye flukonazol (FLC) (1200 mg/gün) eklendi. BOS ve kan CrAg testleri pozitif, kültürde Cryptococcus neoformans üredi. İki haftalık indüksiyon tedavisi sonunda BOS steril hale geldi. Konsolidasyon tedavisine FLC 800 mg/gün ile geçildi. İkinci haftanın sonunda Antiretroviral tedavi (ART) başlandı. Klinik ve mikrobiyolojik iyileşme sonrası hasta FLC 400 mg/gün oral tedaviyle taburcu edildi. Olgu 2: Kırk dört yaşındaki erkek hasta, son 3 ayda gelişen halsizlik, kilo kaybı ve öksürük nedeniyle dış merkezde pnömoni tanısı almış, HIV Ag-Ab pozitif saptanması sebebiyle tarafımıza sevk alındı. CD4: 44(%9,5) hüç/mm<sup>3</sup>, HIV RNA:3.300.000 kopya/mL idi. Fizik muayenede bilinç açık, koopere oryante, meninks irritasyon bulguları negatifti. Diplopi ve baş ağrısı gelişti. LP yapıldı. BOS çini mürekkebi boyasında kriptokokla uyumlu yapılar görüldü, BOS ve kan CrAg testleri pozitif, kültürde C. neoformans üremesi oldu. Toraks BT'de yaygın buzlu cam dansiteleri izlendi, balgamda P. jirovecii PCR pozitif saptandı. Hastaya trimetoprim-sülfametoksazol (20 mg/kg/gün), kortikosteroid, L-Amf-B (5 mg/kg/gün) ve FLC (1200 mg/gün) tedavisi başlandı. Kontrol LP'lerde 22. günde BOS steril hale geldi; L-Amf-B 33. günde kesilerek FLC 800 mg/gün ile konsolidasyon tedavisine geçildi. ART, beşinci haftada başlandı.

Şekil 1: Sabouraud dekstroza agar 48 saat sonra görülen açık krem-beyaz renkte, parlak, kabarık, düzgün sınırlı ve mukoid karakterde maya kolonileri



Şekil 2: BOS direk mikroskopik incelemesinde görülen maya hücreleri



Şekil 3: Çini mürekkebi ile boyanmış BOS örneğinde görülen Cryptococcus türleri



TABLO 1: Hastaların BOS biyokimyası, açılış basınçları, kültür sonuçları ve beyin/orbita MR bulguları

|        | LP <sup>1</sup><br>zamanı<br>(hafta) | BOS <sup>2</sup><br>değerlendirmesi | Protein<br>(mg/dL) | BOS/Kan<br>glukozu<br>(mg/dL) | Basınç<br>(cm/su) | Kültürde<br>maya<br>üremesi | Beyin / Orbita<br>MR <sup>3</sup>                                                                                                                                             |
|--------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|-------------------------------|-------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Olgu 1 | 0.                                   | Hücre Ø                             | 44                 | 50/110                        | 25                | +                           | Bilateral optik<br>sinir tortiyoz, perinöral BOS<br>mesafesi artmış, sulikal yapılarda<br>ve ventriküler sistemde<br>belirginleşme                                            |
|        | 1.                                   | Hücre Ø                             | 34                 | 46/98                         | 18                | -                           |                                                                                                                                                                               |
|        | 2.                                   | Hücre Ø                             | 45                 | 52/100                        | 10                | -                           |                                                                                                                                                                               |
| Olgu 2 | 0.                                   | Hücre Ø                             | 39                 | 46/130                        | 42                | +                           | Sol optik sinir<br>asimetrik tortiyoz, optik<br>sinirde intrakanaliküler<br>segmentte difüzyon<br>kısıtlaması ve kontrastlanma<br>artışı (enfektif-<br>enflamatuvar süreçler) |
|        | 1.                                   | Hücre Ø                             | 22                 | 56/160                        | 35                | +                           |                                                                                                                                                                               |
|        | 2.                                   | Hücre Ø                             |                    |                               | 27                | +                           |                                                                                                                                                                               |
|        | 3.                                   | Hücre Ø                             |                    |                               |                   | -                           |                                                                                                                                                                               |

<sup>1</sup>Lomber ponksiyon <sup>2</sup>Beyin omurilik sıvısı <sup>3</sup>Manyetik Rezonans



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



**Sonuç:** İleri evre HIV enfeksiyonunda kriptokok menenjitisi erken tanı ve uygun tedaviyle kontrol altına alınabilir. Flusitozin temin edilemediğinde L-Amf-B ve yüksek doz FLC kombinasyonu etkili bir seçenektir. Tedavi sürecinde BOS basınç izlemi, mikrobiyolojik yanıt ve böbrek fonksiyon takibi kritik önemdedir. Tedaviye mikrobiyolojik yanıt almak uzun sürebilir. ART başlangıcı, klinik stabilizasyon sağlandıktan sonra ve IRIS riski gözetilerek planlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** kriptokok menenjitisi, Cryptococcus neoformans, HIV, AIDS, fırsatçı enfeksiyon

PS-104

### İmmünoterapi Alan Kanser Hastalarında HIV Seroprevalansı: Tek Merkezli Retrospektif Analiz

Aslı Geçgel<sup>1</sup>, Beyza Süllü<sup>2</sup>, Sercan Ön<sup>1</sup>, Caner Acar<sup>1</sup>, Burçak Karaca<sup>1</sup>, Hüsni Pullukçu<sup>2</sup>, Meltem Taşbakan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medikal Onkoloji Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

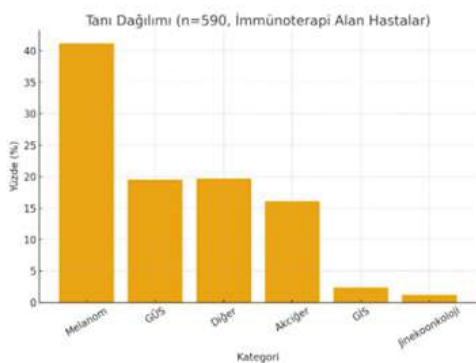
<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

**Giriş ve Amaç:** İmmün kontrol noktası inhibitörleri birçok solid tümörde sağkalımı artırmıştır. Bu tedaviler öncesinde hastaların viral seroloji durumunun bilinmesi, güvenlik ve tedavi planlaması açısından önem taşımaktadır. HIV enfeksiyonu bağışıklık yanıtını ve immünoterapiye toleransı etkileyebilmektedir. Öte yandan, AIDS'i tanımlayan hastalıklar veya HIV prevalansının anlamlı olduğu klinik durumlar, gösterge koşul yaklaşımı doğrultusunda HIV testi endikasyonu olarak kabul edilmektedir. Bu bağlamda, immünoterapi alan onkoloji hastaları, immün süpresyon ve klinik özellikleri nedeniyle HIV testi gerekliliği taşıyabilecek bir hasta grubudur. Bu çalışmada, immünoterapi alan kanser hastalarında HIV seroprevalansı araştırılmış ve toplum verileriyle karşılaştırılarak bu hasta grubunda HIV testinin rutin klinik değerlendirmenin bir parçası olarak ele alınmasının gerekliliği vurgulanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Hastanemizde Ocak 2015 – Temmuz 2025 arasında immünoterapi alan 590 onkoloji hastasının verileri retrospektif olarak incelendi. Demografik özellikler, tanı, evre, kullanılan immünoterapi ajanı ve viral seroloji sonuçları hastane kayıtlarından elde edildi. Viral seroloji paneli HBsAg, anti-HBs, anti-HBc IgG, anti-HCV ve anti-HIV testlerini içermektedir. HIV pozitifliği, doğrulama testiyle teyit edilen olgular üzerinden değerlendirildi. Seroloji sonucu olmayan hastalar HIV analizine dahil edilmedi. Tüm veriler SPSS v22 programı kullanılarak analiz edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya immünoterapi tedavisi almış 590 hasta dahil edildi. Hastaların medyan yaşı 65 (IQR: 56–72) yıl olup, %62'si erkekti. En sık tanı melanom (%41,2), genitoüriner (%19,5) ve akciğer kanseri (%16,1) idi. Hastaların %78,3'ü evre 4 de bulunmaktaydı. En sık kullanılan immünoterapi ajanı nivolumab (%66,1), ardından pembrolizumab (%21,0) ve atezolizumab (%7,0) idi. Viral seroloji 354 hastada (%60) değerlendirildi; yalnızca bir hastada (%0,28) HIV pozitifliği saptandı. Bu olgu ileri evre melanom tanılıydı ve eşzamanlı hepatit B veya C enfeksiyonu saptanmadı. İmmünoterapi alan onkoloji hastalarında HIV prevalansı %0,28 (1/354) olup, exact Clopper–Pearson %95 güven aralığı %0,007–1,56 arasındaydı. Bu oran, Türkiye toplumundaki genel HIV prevalansı (%0,1–0,2) ile benzer düzeyde olup, fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p = 0,41).

Tanı Dağılımı (n=590, İmmünoterapi Alan Hastalar)



### İmmünoterapi Alan Kanser Hastalarında HIV Seroprevalansı: Tek Merkezli Retrospektif Analiz

| Değişken   | Alt Grup | n   | %    | Açıklama / Değer |
|------------|----------|-----|------|------------------|
| Yaş (yıl)  |          |     |      |                  |
| Cinsiyet   | Erkek    | 366 | 62.0 |                  |
| TNM Evresi | Kadın    | 224 | 38.0 |                  |

|                               |                               |     |      |                                                                  |
|-------------------------------|-------------------------------|-----|------|------------------------------------------------------------------|
|                               | Evre 1                        | 17  | 2.9  |                                                                  |
|                               | Evre 2                        | 38  | 6.4  |                                                                  |
|                               | Evre 3                        | 73  | 12.4 |                                                                  |
|                               | Evre 4                        | 462 | 78.3 |                                                                  |
| Tanı Kategorisi               | Melanom                       | 243 | 41.2 |                                                                  |
|                               | Genitoüriner sistem (GÜS)     | 115 | 19.5 |                                                                  |
|                               | Akciğer                       | 95  | 16.1 |                                                                  |
|                               | Diğer                         | 116 | 19.7 |                                                                  |
|                               | Gastrointestinal sistem (GİS) | 14  | 2.4  |                                                                  |
|                               | Jinekoonkoloji                | 7   | 1.2  |                                                                  |
| Kullanılan immünoterapi ajanı | Nivolumab                     | 390 | 66.1 |                                                                  |
|                               | Pembrolizumab                 | 124 | 21.0 |                                                                  |
|                               | Atezolizumab                  | 41  | 7.0  |                                                                  |
|                               | İpilimumab                    | 17  | 2.9  |                                                                  |
|                               | İpilimumab + Nivolumab        | 10  | 1.7  |                                                                  |
|                               | Avelumab                      | 8   | 1.3  |                                                                  |
| Viral seroloji                | Yapıldı                       | 354 | 60.0 |                                                                  |
|                               | Yapılmadı                     | 236 | 40.0 |                                                                  |
| HIV pozitifliği               |                               | 1   | 0.28 | HIV pozitif hasta ileri evre melanom tanılıydı, HBV/ HCV negatif |

### İmmünoterapi Alan Kanser Hastalarında HIV Prevalansı

| Değişken                                           | Değer                      |
|----------------------------------------------------|----------------------------|
| Toplam hasta sayısı                                | 590                        |
| Seroloji bakılan hasta sayısı                      | 354 (%60,0)                |
| HIV pozitif hasta sayısı                           | 1 (%0,28)                  |
| Noktasal prevalans                                 | %0.28 (1/354)              |
| Exact %95 Güven Aralığı (Clopper-Pearson)          | %0.007 – %1.56             |
| HIV pozitif olgunun tanısı                         | Metastatik melanom         |
| Eşzamanlı HBV/HCV enfeksiyonu                      | Yok                        |
| Toplum HIV prevalansı (%0.1–0.2) ile karşılaştırma | p = 0.41, anlamlı fark yok |

**Sonuç:** İmmünoterapi alan kanser hastalarında HIV pozitifliği oranı %0,28 olup, bu oran Türkiye genelinde bildirilen HIV prevalansı (%0,1–0,2) ile benzer düzeydedir. Bununla birlikte, kanser gibi agresif immünosupresif tedavi gerektiren durumlarda HIV enfeksiyonunun tanınmaması klinik tedavi açısından ciddi olumsuz sonuçlara yol açabilir. Bu nedenle, immünoterapi öncesi rutin viral seroloji taraması, immün yanıtı etkileyebilecek olası enfeksiyonların erken saptanması ve güvenli tedavi planlaması açısından önemini korumaktadır. Çalışmamız ülkemizde ulaşılabildiği kadarı ile bu hasta grubunu değerlendiren en geniş çalışmalardan biridir.

**Anahtar Kelimeler:** İmmünoterapi, HIV, Seroprevalans, Solid kanser, Viral enfeksiyon



PS-105

### Yedi Olgu Üzerinden HIV ile Yaşayan Bireylerde Serebral Toksoplazmoza Bakış

**Helin Şehir<sup>1</sup>, Melda Türken<sup>1</sup>, Şebnem Çalık<sup>1</sup>, Yeliz Özdemir<sup>1</sup>, Süheyla Serin Senger<sup>1</sup>**

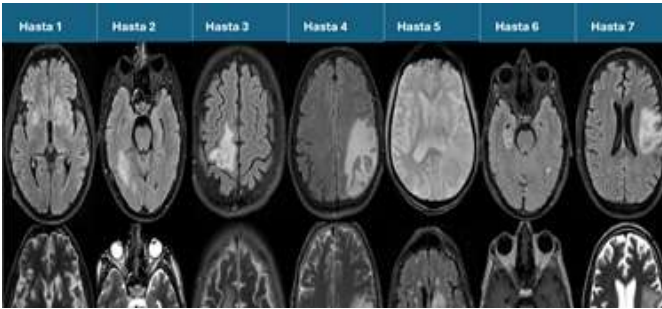
<sup>1</sup>SBÜ, İzmir Şehir SUAM, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İzmir

**Giriş ve Amaç:** Serebral toksoplazmoz HIV ile yaşayan bireylerde görülen, hayatı tehdit eden fırsatçı enfeksiyonlardan biridir. HIV pozitif kişilerde Toksoplazma gondii'ye karşı seroprevalans coğrafyaya bağlı olarak oldukça değişken olup; birçok ülkede %40-75 civarındadır. Genellikle CD4 T hücresi sayısı  $\leq 100$  hücre/mm<sup>3</sup> olan bireylerde latent enfeksiyonun reaktivasyonu olarak görülür; akut enfeksiyon çok nadirdir. Bu çalışmada hastanemizde son iki yıl içerisinde izlediğimiz serebral toksoplazmoz olgularının sunulması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** İzmir Şehir Hastanesi'nde 16.10.2023–01.10.2025 tarihleri arasında HIV ile enfekte olup serebral toksoplazmoz tanısıyla takip edilen olgular; demografik özellikler, HIV durumu, klinik ve laboratuvar bulguları, başvuru şekilleri, tedavi ve prognoz açısından değerlendirildi.

**Bulgular:** Kliniğimizde HIV ile ilişkili serebral toksoplazmoz tanısı ile takip edilen 28-64 yaş aralığında yedi olgu değerlendirildi. Olguların yedisi de erkekti. Hastaların üçü acil servis, üçü poliklinik başvurusuyla yatırıldı; birinde ise yoğun bakımda ünitesinde yatarken yeni HIV pozitifliği saptanmıştı. Olguların yedisi de evre 4 olarak değerlendirildi. Hastaların dördü düzensiz antiretroviral tedavi (ART) kullanmaktaydı; üçü ise yeni tanı almıştı. Olgularımızın tanı alma süresi, başvuru sırasındaki klinik bulguları, viral yük, CD4 hücre sayısı ve tedavi durumları, komorbidite ve eşlik eden fırsatçı enfeksiyonları Tablo 1'de özetlenmiştir. Eşlik eden enfeksiyonlardan beşi sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonu; biri akciğer tüberkülozu; ikisi sifiliz enfeksiyonuydu. Hastaların hepsinde Toksoplazma IgG pozitif, Toksoplazma IgM negatif; toksoplazma enfeksiyonu lehine beyin görüntüleme bulguları mevcuttu (Şekil 1) İki hastada histopatolojik bulgu saptandı. Beş hastaya tenofovir disoproksil fumarat (TDF) + emtrisitabin (FTC)+dolutegravir (DTG) kombinasyonu, bir hastaya biktgravir (B) + FTC + tenofovir alafenamid (TAF) ve bir hastaya direnç durumuna göre darunavir (DRV) + ritonavir (RTV) + DTG tedavisi uygulandı. Tüm olgular toksoplazmoz için trimetoprim-sülfametoksazol (TMP-SXT) tedavisi aldı. biride ek olarak klindamisin tedavisi aldı. İki hasta toksoplazma nedeniyle ameliyat edildi; biri exitus oldu. Toplamda iki hasta kaybedildi. Sağ kalan beş hastada takip altında iyileşme görüldü.

Şekil 1: Hastaların beyin görüntüleme bulguları



Tablo 1: Serebral toksoplazmoz gelişen HIV ile enfekte hastaların özellikleri



# HIV/AIDS 2025 KONGRESİ

4-7 ARALIK 2025

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



|                          | Hasta 1                              | Hasta 2                              | Hasta 3                   | Hasta 4                 | Hasta 5                            | Hasta 6         | Hasta 7                                                     |
|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|-------------------------|------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------|
| Yaş                      | 28                                   | 32                                   | 33                        | 35                      | 64                                 | 52              | 41                                                          |
| Cinsiyet                 | Erkek                                | Erkek                                | Erkek                     | Erkek                   | Erkek                              | Erkek           | Erkek                                                       |
| HIV tanı süresi          | Yeni tanı                            | Yeni tanı                            | 5 yıl                     | 2 yıl                   | Yeni tanı                          | 12 yıl          | 4 yıl                                                       |
| ART kullanım durumu      | Yok                                  | Yok                                  | Düzensiz                  | Düzensiz                | Yok                                | Düzensiz        | Düzensiz                                                    |
| Komorbidite              | Yok                                  | Epilepsi                             | Yok                       | Yok                     | Hipertansiyon                      | Yok             | Tip 2 DM                                                    |
| HIV RNA(kopya/ml)        | 1320000                              | 71400                                | 64                        | 443000                  | 129000                             | 850000          | 3000000                                                     |
| CD4 hücre sayısı(%)      | 21 (%4)                              | 11(%1)                               | 100(%5)                   | 7(%1)                   | 30(%6)                             | 20(%3)          | 17(%4)                                                      |
| Başvuru klinik bulguları | Bilinç kapalı,nöbet                  | Nöbet,ateş                           | Nöbet,<br>Kollarda uyuşma | Nöbet,ateş              | Bilinç kaybı,ateş                  | Kollarda uyuşma | Bacaklarda uyuşma,sol gözde görmede azalma                  |
| Başvurduğu klinik        | Beyin ve Sinir Cerrahisi Polikliniği | Beyin ve Sinir Cerrahisi Polikliniği | Acil Servis               | Acil Servis             | Beyin Sinir Cerrahisi Yoğun Bakımı | Acil Servis     | Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Polikliniği |
| Eşlik eden enfeksiyonlar | CMV                                  | Sifiliz, Tüberküloz                  | CMV                       | CMV                     | Sifiliz,CMV                        | CMV             | -                                                           |
| Görüntüleme bulguları    | Var                                  | Var                                  | Var                       | Var                     | Var                                | Var             | Var                                                         |
| Histopatolojik bulguları | Yok                                  | Yok                                  | Var                       | Var                     | Yok                                | Yok             | Yok                                                         |
| Ameliyat durumu          | Yok                                  | Yok                                  | Var                       | Var                     | Yok                                | Yok             | Yok                                                         |
| Toksoplazmozis tedavisi  | TMP-SXT                              | TMP-SXT                              | TMP-SXT                   | TMP-SXT/<br>Klindamisin | TMP-SXT                            | TMP-SXT         | TMP-SXT                                                     |
| Verilen ART              | TDF+FTC<br>+DTG                      | TDF+FTC<br>+DTG                      | TDF+FTC<br>+DTG           | TDF+FTC<br>+DTG         | TDF+FTC<br>+DTG                    | B+FCT+TAF       | DRV+RTV+DTG                                                 |
| Prognoz                  | Sağ                                  | Sağ                                  | Sağ                       | Exitus                  | Exitus                             | Sağ             | Sağ                                                         |

Kısaltmalar : ART: Antiretroviral tedavi; CMV: Sitomegalovirüs; DM: Diabetes mellitus; DRV: Darunavir; DTG: Dolutegravir; FTC: Emtrisitabin; RTV: Ritonavir; TAF: Tenofovir alafenamid; TDF: Tenofovir disoproksil fumarat; TMP-SXT: Trimetoprim-sülfametoksazol

**Sonuç:** Serebral toksoplazmoz tedavisi zor ve mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Görülme sıklığı günümüzde ART'ye hastalığın erken döneminde başlanması nedeniyle belirgin olarak azalmış, prognozu düzelmiştir. Serebral toksoplazmoz ile izlediğimiz hastalarda ileri evre bulgular ve düzensiz ART kullanımı olduğu görülmüştür. TMP/SXT rehberlerde ilk seçenek tedavide bulunmasada, ülkemizde erişim kolaylığı nedeniyle hastalarımızda tercih edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** sitomegalovirüs, viral yük, düzensiz ART, serebral toksoplazmoz, HIV

### PS-106

#### Tedavi Naif HIV-1 Enfekte Hastalarda BIC/FTC/TAF Kombinasyonunun 48 Haftalık Etkinlik ve Güvenilirliği

Ayşin Kılınç Toker<sup>1</sup>, Hande Sağlam Eşlik<sup>1</sup>, Mert Şimşek<sup>1</sup>

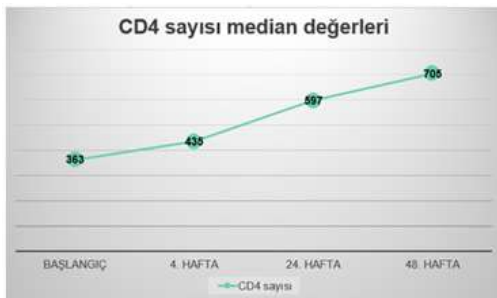
<sup>1</sup>Kayseri Şehir Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Antiretroviral tedavi (ART), HIV enfeksiyonunun kontrol altına alınmasında temel unsurdur. Klinik çalışmalar ile bictgravir, emtrisitabin ve tenofovir alafenamid (BIC/FTC/TAF) kombinasyonunun, yüksek genetik direnç bariyeri, güçlü virolojik etkinliği ve iyi tolere edilebilirliği gösterilmiştir. Bu çalışmada da amaç, tedavi naif bireylerde BIC/FTC/TAF kombinasyonunun virolojik ve immünolojik etkinliğini gerçek yaşam koşullarında da değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışma, tek merkezli, retrospektif, gözlemsel bir araştırmadır. Daha önce antiretroviral tedavi almamış, BIC/FTC/TAF kombinasyonu ile tedaviye başlanmış ve devam edilmiş, en az 48 haftalık tedavi süresini tamamlamış, düzenli klinik takipte olan ve verilerine tam ulaşılabilen hastalar dahil edilmiştir. Virolojik yanıt; HIV-RNA < 50 kopya/mL ve < 200 kopya/mL düzeyleri üzerinden, 4., 24. ve 48. haftalarda değerlendirilmiştir. Başlangıç viral yüke göre < 1.000.000 kopya/mL ve ≥1.000.000 kopya/mL olacak şekilde iki alt grup değerlendirmesi yapılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan 166 hastanın 148'i erkek (%89,2) ve 18'i kadın (%10,8) idi. Medyan yaş 37 yıl (IQR: 30–50; min 21 – max 74) hesaplanmıştır. Tedavi başlangıcında medyan CD4 sayısı 363 hücre/mm<sup>3</sup> (IQR: 239–518), CD8 sayısı 867 hücre/mm<sup>3</sup> (IQR: 619–1148) ve CD4/CD8 oranı 0,35 olarak ölçülmüştür. Başlangıç medyan HIV-RNA düzeyi ise 136.137 kopya/mL'dir (IQR: 1.435–1.120.618) (Tablo-1). Tedaviye yanıtın erken dönemde başladığı gözlenmiştir. Dördüncü haftada, hastaların %50,6'sında (n=84) HIV-RNA < 50 kopya/mL düzeyine, %63,9'unda (n=106) < 200 kopya/mL düzeyine ulaşılmıştır. Yirmi dördüncü haftada bu oranlar sırasıyla %71,1 (n=118) ve %81,9 (n=136) olmuştur. Kırk sekizinci haftada ise hastaların %94'ü (n=156) < 50 kopya/mL, %95,2'si (n=158) < 200 kopya/mL düzeyinde viral baskılanma göstermiştir. Başlangıç viral yüküne göre yapılan alt grup analizinde; başlangıç viral yükü 1.000.000 kopya/mL'nin altında olan hastalarda virolojik yanıt çok daha hızlı ve tam olmuştur. Bu grupta 48. haftada tüm hastalar (%100) < 50 kopya/mL düzeyine ulaşmıştır. Buna karşın başlangıç viral yükü ≥1.000.000 kopya/mL olan 46 hastada 48. haftada %78,3'ü (n=36) < 50 kopya/mL, %82,6'sı (n=38) < 200 kopya/mL düzeyinde viral baskılanma göstermiştir (Tablo-2). İmmünolojik yanıt incelendiğinde CD4+ T hücre sayısında tedavi boyunca anlamlı artış saptanmıştır. Başlangıçta 363 hücre/mm<sup>3</sup> olan medyan CD4 sayısı, 4. haftada 435, 24. haftada 597, 48. haftada ise 705 hücre/mm<sup>3</sup>e yükselmiştir. Tüm dönemler arasında artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p < 0,001) (Şekil-1).

Şekil-1: CD4+ T hücre sayısındaki değişiklikler



Tablo-1: Demografik veriler ve tedavi başlangıç değerleri

|                                   |                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| Toplam Naiv                       | n:166 n(%)                       |
| Erkek                             | 148 (%89,2)                      |
| Kadın                             | 18 (%10,8)                       |
| Yaş                               | 37(IQR:30-50,min:21 max:74)      |
| Tedavi Başlangıcı Median Değerler |                                  |
| CD4 sayısı                        | 363 (IQR:239-518)                |
| CD8 sayısı                        | 867 (IQR:619-1148)               |
| CD4/CD8 oranı                     | 0,35 (IQR:0,25-0,58)             |
| HIV-RNA (kop/mL)                  | 136137 kop/mL (IQR:1435-1120618) |

Tablo-2: Tedavi yanıtı

|                           | VY<50 k/ml | VY<200 k/ml |
|---------------------------|------------|-------------|
|                           | n (%)      | n (%)       |
| Tüm Hastalar              |            |             |
| 4.Hafta                   | 84 (50,6)  | 106 (63,9)  |
| 24.Hafta                  | 118 (71,1) | 136 (81,9)  |
| 48.Hafta                  | 156 (94)   | 158 (95,2)  |
| VY<1.000.000 k/mL (n=120) |            |             |
| 4.Hafta                   | 76 (63,3)  | 92 (76,7)   |
| 24.Hafta                  | 102 (85)   | 114 (95)    |
| 48.Hafta                  | 120 (100)  | 120 (100)   |
| VY>1.000.000 k/mL (n=46)  |            |             |
| 4.Hafta                   | 8 (17,4)   | 14 (30,4)   |
| 24.Hafta                  | 16 (34,8)  | 22 (47,8)   |
| 48.Hafta                  | 36 (78,3)  | 38 (82,6)   |

**Sonuç:** Bu çalışma, tedavi naif bireylerde BIC/FTC/TAF kombinasyonunun yüksek virolojik etkinlik, belirgin immünolojik iyileşme ve iyi tolerabilite sağladığını göstermektedir. BIC/FTC/TAF kombinasyonu gerçek yaşam koşullarında da klinik çalışmalardaki etkinlik düzeyini korumakta ve tedavi naif HIV-1 enfekte bireylerde güvenli, etkili ve sürdürülebilir bir ilk basamak tedavi seçeneği olarak öne çıkmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, Antiretroviral Tedavi, Güvenilirlik, Tolerabilite, Virolojik Etkinlik, Tedavi Naif, Viral Baskılanma, İlk Basamak Tedavi

PS-107

### Yıllara Göre HIV/AIDS Vaka Dağılımı: Tek Merkez Deneyimi

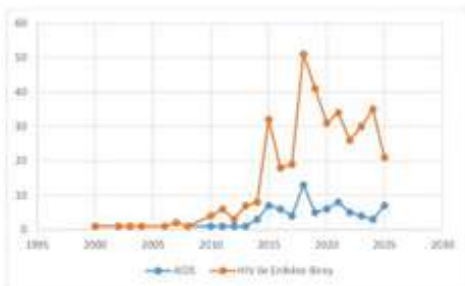
**Pınar Gürkaynak<sup>1</sup>, Duygu Günay<sup>1</sup>, Kader Akpunar<sup>1</sup>, Günay Ertem<sup>1</sup>, Çiğdem Ataman Hatipoğlu<sup>1</sup>, Şerife Altun Demircan<sup>1</sup>, Esra Kaya Kılıç<sup>1</sup>, Salih Cesur<sup>1</sup>, Sengül Üçer<sup>1</sup>, Sami Kınıklı<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Amaç: HIV enfeksiyonu küresel bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmekte olup ülkemizde artışını sürdürmektedir. Enfekte kişilerin erken dönemde saptanması ve uygun tedavi başlanması yaşam kalitesi ve süresini arttırmakta iken geç tanı; AIDS gelişimi ve tedavi yanıtının gecikmesine neden olmaktadır. Bu çalışmada, hastanemizde takipli HIV ile yaşayan bireylerin (HIYB) yıllara göre tanı trendlerini, AIDS tanısı sıklığını, demografik ve klinik özelliklerini belirlemeyi amaçladık.

**Olgu:** Yöntem: Bu retrospektif tek merkezli tanımlayıcı çalışmaya, hastanemiz Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji kliniğinde Ocak 2000- Eylül 2025 tarihleri arasında takip edilen 18 yaş üstü HIYB dahil edilmiştir. Hasta dosyalarından ve hastane bilgi sisteminden gerekli bilgilere ulaşılmıştır. Çalışmada yıllara göre tanı eğilimleri, hastaların demografik ve klinik özellikleri değerlendirilmiştir. AIDS, WHO ve ECDC kriterlerine göre CD4 sayısının < 200 hücre/mm<sup>3</sup> olması veya AIDS tanımlayıcı hastalıklardan birinin varlığı olarak tanımlanmıştır. Bulgular: Bu çalışmaya, 2000–2025 yılları arasında tanı alarak hastanemizde takibi yapılan toplam 394 hasta dahil edilmiştir. Yirmi hasta dış merkezde tanı koyulduğu ve başvuru verileri kayıtlı olmadığı için vaka grubuna dahil edilmemiştir. Yıllara göre yeni HIV tanılarının dağılımı Şekil 1’de gösterilmiştir. Yeni tanı alan hasta sayısı yıllar içinde dalgalı bir seyir izlerken, HIV ile yaşayan birey sayısı ile AIDS tanısı alan hasta sayılarının paralel seyir gösterdiği gözlenmiştir. En yüksek yeni hasta tanısı, COVID-19 öncesi dönemde kaydedilmiştir. Hastaların temel karakteristik özellikleri ise Tablo-1’de sunulmuştur. Hastaların 330 (%83,8)’u erkek, ortalama yaşı 42,1 (18-85) olup en fazla vaka sayısının 18-30 yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir. Olası bulaş yolu olarak heteroseksüel temas en yaygın risk faktörü olarak saptanmıştır. Hastaların büyük çoğunluğu (%96,4) Türk uyruklu olup, yalnızca %3,6’sı yabancı uyrukludur. Tanı anında ölçülen viral yük değerleri incelendiğinde, hastaların %72,5’inde viral yükün 500.000 IU/mL’nin altında olduğu belirlenmiştir. Hastaların mutlak CD4 sayısı ortalaması 477,2 hücre/mm<sup>3</sup> olarak hesaplanırken, sadece %19,4’ünde AIDS tablosunun olduğu ve AIDS olan hastaların ortalama CD4 sayısı 99,2 hücre/mm<sup>3</sup> olduğu belirlenmiştir. AIDS tanımlayıcı hastalık saptanan hasta sayısı 11 (%2,7) olup; üç hastada sadece PCP, iki hastada kandida özefajiti+ akciğer tüberkülozu, bir hastada PCP+ kandida özefajiti, bir hastada sadece kandida özefajiti, bir hastada sadece akciğer tüberkülozu, bir hastada kaposi sarkomu, bir hastada CMV retinitisi, bir hastada serebral toksoplazmoz tespit edilmiştir.

Şekil 1. HIV/AIDS vaka trendi (2000-2025)



Tablo 1. HIV/AIDS tanısı ile takip edilen hastaların demografik ve klinik özellikleri

|                        | HIYB  |      | AIDS |      |
|------------------------|-------|------|------|------|
|                        | n=394 | %    | n=78 | %    |
| Cinsiyet               |       |      |      |      |
| Kadın                  | 59    | 15,0 | 10   | 12,8 |
| Erkek                  | 330   | 83,8 | 67   | 85,9 |
| Trans birey            | 5     | 1,2  | 1    | 1,3  |
| Yaş Grupları           |       |      |      |      |
| 18-30                  | 103   | 26,1 | 8    | 10,2 |
| 31-40                  | 99    | 25,1 | 16   | 20,5 |
| 41-50                  | 77    | 19,5 | 17   | 21,8 |
| 51-60                  | 68    | 17,2 | 24   | 30,7 |
| 61-70                  | 37    | 9,3  | 9    | 11,5 |
| >70                    | 8     | 2,0  | 4    | 5,1  |
| Olası Bulaş Yolu       |       |      |      |      |
| Heteroseksüel          | 266   | 67,5 | 59   | 75,6 |
| Homoseksüel            | 80    | 20,3 | 7    | 8,9  |
| Biseksüel              | 22    | 5,5  | 2    | 2,5  |
| Bilinmiyor             | 26    | 6,5  | 10   | 12,8 |
| Uyruk                  |       |      |      |      |
| Türk Vatandaşı         | 380   | 96,4 | 75   | 96,1 |
| Yabancı Uyruklu        | 14    | 3,6  | 3    | 3,8  |
| HIV RNA Düzeyi (IU/mL) |       |      |      |      |
| <500.000               | 264   | 72,5 | 45   | 59,2 |
| 500.000-1.000.000      | 54    | 14,8 | 13   | 17,1 |
| >1.000.000             | 61    | 16,7 | 20   | 26,3 |

**Sonuç:** Sonuç: Çalışma bulguları, HIV ile yaşayan birey sayısı ve AIDS tanısı alan hastaların yıllar içinde paralel bir eğilim izlediğini; dönemsel dalgalanmalar olmakla birlikte yeni HIV tanılarında artış eğiliminin sürdüğünü ortaya koymaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, AIDS, epidemiyoloji



PS-108

### Antiretroviral Tedavi ile HIV Geçışı Engellenen İki Gebelik: Bir Olgu Sunumu

**Esma Kepenek Kurt<sup>1</sup>, Rukiyye Bulut<sup>1</sup>, Pınar Belviranlı Keskin<sup>2</sup>, Bahar Kandemir<sup>1</sup>, İbrahim Erayman<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** HIV taşıyan bir gebenin doğmamış bebeğine virüsü bulaştırma potansiyeli olduğundan gebelik, doğum ve yenidoğan dönemlerini kapsayan önlemlerle bulaş riski azaltılabilir. Bu yazıda, ilk gebeliğini planlı bir şekilde gerçekleştiren, sağlıklı bir bebek dünyaya getiren ve uygun antiretroviral tedavi ile birlikte oral kontraseptif yöntem kullanan HIV pozitif bir kadının, beklenmedik şekilde ikinci kez gebe kalmasıyla ilgili bir olgu sunulmaktadır.

### Gereç ve Yöntemler: Olgu

**Bulgular:** Ek hastalığı bulunmayan, 38 yaşında, HIV pozitif Fas'lı bir kadın hasta, tanı aldıktan sonra bir yıl boyunca dış merkezde takip edilmiş, tenofovir disoproksil fumarat, emtrisitabin ve biktgravir kombinasyonunu kullanmıştır. HIV enfeksiyonunun kaynağı bilinmemektedir. Gebelik planı nedeniyle kliniğimize başvuran hastanın başvuru sırasındaki hematolojik ve biyokimyasal değerleri normaldi. HIV RNA düzeyi negatif, CD4+ T lenfosit sayısı 784 hücre/mm<sup>3</sup> ve CD8+ T lenfosit sayısı 1239 hücre/mm<sup>3</sup> idi Gebelik planı doğrultusunda tedavisi tenofovir disoproksil fumarat, emtrisitabin ve raltegravir kombinasyonu ile düzenlenmiştir. Tedavi değişikliğinin ikinci ayında spontan gebelik gerçekleşmiştir. Gebelik boyunca komplikasyon gelişmemiş, 38. gebelik haftasında HIV RNA negatif, CD4+ T lenfosit sayısı 672 hücre/mm<sup>3</sup> ve CD8+ T lenfosit sayısı 722 hücre/mm<sup>3</sup> olarak saptanmıştır. 39. haftada sezaryen gerçekleştirilmiştir. HIV RNA negatif olduğu için anneye intravenöz zidovudin tedavisi verilmemiş, emzirme önerilmemiştir. Yenidoğana zidovudin süspansiyon profilaksisi verilmiştir. Postpartum dönemde Antiretroviral ilaçlarla hormonal kontraseptif arasında ilaç etkileşimi olmadığından hastaya, 3 mcg drospirenon ve 30 mcg etinilestradiol içeren kombine oral kontraseptif başlanmıştır. Hasta düzenli kontraseptif kullanımına rağmen doğum sonrası 4. ayda ikinci kez gebe kalmıştır. Bu dönemde HIV RNA yine negatif, CD4+ T lenfosit sayısı 1085 hücre/mm<sup>3</sup> olarak ölçülmüştür. Tenofovir disoproksil fumarat, emtrisitabin, raltegravir tedavisine gebelik boyunca devam edilmiştir. Komplikasyonsuz geçen gebelik, 38. haftada sezaryen ile sonlandırılmıştır. Emzirme yine önerilmemiş; yenidoğana profilaktik zidovudin süspansiyonu kullanılmıştır. Doğum sonrası 5. ayda yapılan kontrollerde, hastanın HIV RNA'sı negatif, CD4+ T lenfosit sayısı 798 hücre/mm<sup>3</sup> iken tedavi, kullanım kolaylığı nedeniyle tenofovir disoproksil fumarat, emtrisitabin ve biktgravir olarak değiştirilmiştir. Her iki bebeğin de zidovudin profilaksisi 6 haftaya tamamlanmış ve takiplerinde HIV RNA negatifliği korunmuştur.

**Sonuç:** Bu olgu, HIV ile enfekte kadınların uygun antiretroviral tedavi ve multidisipliner yaklaşımla gebeliklerini güvenli şekilde sürdürebileceklerini ve bebeğe HIV geçişinin önlenebileceğini göstermektedir. Bu hastalarda gebelikten korunmak amacıyla yalnızca hormonal yöntemlere değil, kombine korunma stratejilerine de başvurulmalıdır. Tek başına oral kontraseptif kullanımı yetersiz olabilir; bu nedenle kondom gibi bariyer yöntemlerle birlikte kullanılması önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, Gebelik, Korunma

PS-109

### Kaposi Sarkomu ile Gelen Edinsel İmmün Yetmezlik Tanısı Alan Bir Olgu Sunumu

**Haluk Erdogan<sup>1</sup>, Sezen Diba Çelik<sup>2</sup>, Derya Ulu<sup>2</sup>, Selman Zafer Uysal<sup>2</sup>, Betül Arslan Akdağ<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD

<sup>2</sup>Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** HIV ile enfekte bireylerde kanserler, normal toplumdakine göre daha sık görülmektedir. Kaposi sarkomu, AIDS tanımlayıcı hastalıktır. HIV ile enfekte olgularda görülen kanserlerin yaklaşık %12'sini kaposi sarkomu oluşturur. İnsan herpesvirüsü-8 (HHV-8), Kaposi sarkomu ile ilişkili herpesvirüs olarak da bilinir. Burada deri tutulumu ile gelen Kaposi sarkomlu HIV/AIDS olgusu sunulmuştur.

**Olgu:** Yirmidört yaşında erkek hasta yaklaşık dokuz ay önce sağ el bileğinde şişlik başlamış ve iki ay önce şişlik artması üzerine genel cerrahiye başvurmuş. Genel cerrahi tarafından eksizyonel biyopsi yapılmış. Alınan biyopsi materyalinin patoloji sonuç raporunda kaposi sarkomu olarak belirtilmiş. Hasta patoloji raporuyla tıbbi onkoloji bölümüne başvurmuş. Hastanın 2023 yılında verilen kan tetkiklerinde HIV pozitif, HIV RNA:136708 kopya/ml olarak sonuçlanmış. Hasta o dönem kan tetkiki vermiş ancak kontrole gelmemiş, HIV yönelik anti retroviral tedavi (ART) almamış. Enfeksiyon Hastalıkları kliniğine yönlendirilen hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla yatırıldı. Yatışında bilinç durumu oryante-koopere, vital bulgular; ateş:36,5°C, kan basıncı: 110/70 mm/hg, nabız:87 atım/dk, solunum sayısı: 14/dakika, SpO2:%98 şeklindeydi. Hastanın yapılan kan tetkiklerinde, HIV RNA:190965 kopya/ml, CD4 oranı:16 %, CD4 hücre sayısı:334 hücre/mm3 olarak sonuçlandı. Hasta retinit açısından göz hastalıklarına danışıldı ve retinit saptanmadı. Hastaya emtrisitabin + tenofovir alafenamid + biktgravir tedavisi başlandı. Hastanın bilgisayarlı tomografisinde bilateral submandibuler alanda ,servikal zincirde ,submental alanda, her iki aksillada,mediastende, paraaortik alanda birkaç adet lenf nodu saptanmıştır. Cilt lezyonları nedeniyle dermatoloji bölümüne ve kaposi sarkomu nedeniyle tıbbi onkoloji bölümüne konsulte edildi. Hasta tıbbi onkoloji, dermatoloji, üroloji, göz hastalıkları ve üç gün sonra enfeksiyon hastalıkları poliklinik kontrolü önerisiyle taburcu edildi. Hastanın daha sonra karın bölgesinde çıkan yeni lezyon sonrası dermatoloji bölümü tarafından biyopsi alınmış ve patoloji raporu tekrardan kaposi sarkomu şeklinde sonuçlanmıştır. Bu biyopsi işleminden onbeş gün sonra ayak bileğinde oluşan lezyon nedeniyle tekrar dermatoloji tarafından biyopsi alınmış ve patoloji raporu yine kaposi sarkomu şeklinde gelmiştir. Hastaya kemoterapi başlanmıştır.

Kaposi Sarkomu



Karın bölgesinde oluşan lezyon

## Kaposi Sarkomu



## Ayak bileğinde oluşan lezyon

**Sonuç:** Olgumuzda olduğu gibi tedavi almayan hastalarda HIV bulaştırıcılığın önlenememesinin yanısıra AIDS tablosu veya ilişkili malignitelere neden olabilir. Bu nedenle HIV pozitif bireylerde ve HIV şüpheli maruziyetlerde danışmanlık hizmetin iyi verilmesi, ART tedavisinin kullanımının teşvik edilmesi ve ilaç uyumun devamlılığın sağlanması HIV ile yaşayan bireylerde önemle üzerinde durulması gereken bir durumdur.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, AIDS, Kaposi sarkomu, İnsan Herpes Virusu 8 (HHV8)

PS-110

### {Pneumocystis Jirovecii} Pnömonisi ve Tekrarlayan Toksoplazma Ensefaliti ile Komplike bir HIV Olgusu

Handan Alay<sup>1</sup>, Rumeysa Temur Çelik<sup>1</sup>, Fatma Kesmez Can<sup>1</sup>, Ayşe Albayrak<sup>1</sup>, Kemalettin Özden<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Erzurum

**Giriş ve Amaç:** Tedavi edilmeyen HIV enfeksiyonu ve buna bağlı immünsüpresyon, fırsatçı enfeksiyonlara yatkınlığı artırır. Antiretroviral tedavi (ART) öncesi dönemde bu enfeksiyonlar HIV’li bireylerde önemli morbidite ve mortalite nedeniyle, günümüzde de tedaviye uyumsuz hastalarda görülmeye devam etmektedir. Bu olguda, ART uyumunun bozulduğu bir hastada gelişen fırsatçı enfeksiyonların klinik seyri ve tedavi yönetimi ele alınmıştır.

**Olgu:** Altı ay önce HIV tanısı alan, Emtricitabin/Tenofovir disoproksil fumarat 200/300 mg tablet (tb) 1x1 oral (PO) ve Dolutegravir 50 mg tb 1x1 PO başlanmış 40 yaşında erkek hasta, sağ kol ve bacakta ani gelişen güçsüzlük yakınmasıyla başvurdu. Vital bulguları normaldi; sedimantasyon 74 mm/h, CD4 T lenfosit 228 hücre/mm<sup>3</sup>, HIV RNA 1.692.000 kopya/mL saptandı. ART’yi düzensiz kullandığı öğrenilen hastanın beyin MRG’sinde, çevresinde ödem bulunan soliter lezyonlar Toksoplazma ensefaliti (TE) ile uyumlu izlendi. Toksoplazma IgG pozitif olan hastaya TE tanısıyla Trimetoprim-sülfametoksazol (TMP-SMX) 2x2 ampul intravenöz (IV), deksametazon 4x4 mg IV; endoskopide Candida özefajiti saptanması üzerine flukonazol 400 mg 1x1 IV başlandı. İlk hafta sonunda nörolojik bulgularında gerileme gözlenen hastanın ikinci hafta MRG’sinde lezyon kontrastlanmasında ve ödemde azalma saptandı. HIV direnç testi duyarlı bulundu ve mevcut ART tedavisine devam edildi. Altı haftalık TE tedavisi sonunda CD4 T lenfosit 403 hücre/mm<sup>3</sup>, HIV RNA 376.200 kopya/mL olup, TMP-SMX 800/160 mg tb 2x1 PO sekonder profilaksisi başlandı. Bir ay sonraki kontrolde CD4 T lenfosit 471 hücre/mm<sup>3</sup>, HIV RNA 303.600 kopya/mL saptandı. Ancak ilaçlarını düzensiz kullanan hasta kontrole gelmedi. Altı ay sonra öksürük, ateş, halsizlik, nefes darlığı, bilinç bulanıklığı ile tekrar başvurdu. Vital bulguları stabil, satürasyonu %91’di. CD4 T lenfosit 385 hücre/mm<sup>3</sup>, HIV RNA 2.058 kopya/mL bulundu. Toraks BT’de Pneumocystis jirovecii pnömonisi (PCP) ile uyumlu görünüm, beyin MRG’de TE nüksü saptandı. Ampirik olarak seftriakson 2x1 g IV, klaritromisin 2x500 mg PO, TMP-SMX 3x4 ampul IV başlandı. Balgam örneğinde P. jirovecii kistleri görülerek PCP tanısı doğrulandı. ART duyarlılığı korundu ve iki hafta sonra ART tedavisi yeniden başlandı. Dördüncü hafta sonunda CD4 T lenfosit 617 hücre/mm<sup>3</sup>, HIV RNA 421 kopya/mL saptanan hastanın genel durumu düzeldi. TMP-SMX 800/160 mg tb 2x1 PO ve mevcut ART ile düzenli ilaç kullanımı önerilerek 1 ay sonra kontrol planlandı.

**Sonuç:** Bu olgu, ART uyumsuzluğunun HIV enfeksiyonunda fırsatçı enfeksiyon gelişimi ve nüksü üzerindeki belirleyici etkisini göstermektedir. Toksoplazma ensefaliti ve PCP gibi ciddi enfeksiyonlar, uygun tedaviye rağmen ART’ye düzensiz uyum durumunda tekrarlayabilmektedir. ART’nin düzenli kullanımı, CD4 T lenfosit sayısının yükselmesi ve viral yükün baskılanması yoluyla bu enfeksiyonların önlenmesinde en kritik unsurdur. HIV enfeksiyonu yönetiminde hasta eğitimi, tedaviye uyumun yakın izlenmesi ve profilaksi uygulamaları klinik başarının temel bileşenleridir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, Antiretroviral tedavi, Fırsatçı enfeksiyon, Toksoplazma ensefaliti, Pneumocystis jirovecii pnömonisi

PS-111

**HIV-1 Enfeksiyonu Olan Antiretroviral Tedavi Almamış Erişkin Hastalarda Dolutegravir (DTG) ve Lamivudin (3TC) Tedavisinin Etkililik ve Güvenilirliğini Araştıran Gerçek Yaşam Çalışması- 36. Ay Verileri**

*Alper Gündüz<sup>1</sup>, Okan Derin<sup>2</sup>, Hayat Kumbasar Karaosmanoğlu<sup>3</sup>, Deniz Borçak<sup>4</sup>, Bilgül Mete<sup>5</sup>, Esra Zerdali<sup>6</sup>, Özlem Altuntaş Aydın<sup>1</sup>, Dilek Yıldız Sevgi<sup>2</sup>, İlkay Şahin<sup>3</sup>, Meliha Meriç Koç<sup>1</sup>, Fehmi Tabak<sup>5</sup>*

<sup>1</sup>SBÜ, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

<sup>2</sup>SBÜ, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>3</sup>SBÜ, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>4</sup>SBÜ, Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>5</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

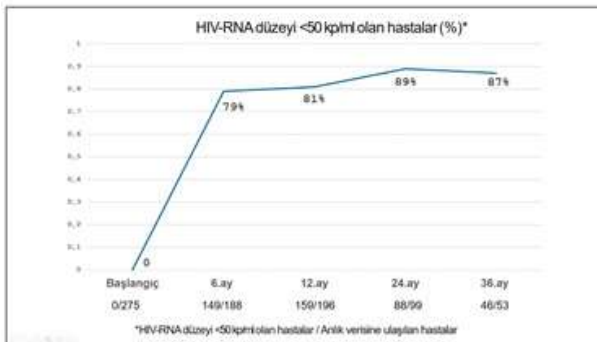
<sup>6</sup>SBÜ, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Son yıllarda, antiretroviral tedavi seçiminde etkililiğinin yanı sıra, rejimin basitliği ve güvenilirliği ön plana çıkmaktadır. Rehberlerde önerilen tedavi seçenekleri arasında Dolutegravir (DTG) ve Lamivudin (3TC) kombinasyonu da yer almaktadır. Çalışmamızda (DUALİST Çalışması), DTG+3TC rejiminin gerçek yaşam verilerini sunarak bu dual tedavinin etkililiği ve güvenilirliğini değerlendirmeyi amaçladık.

**Gereç ve Yöntemler:** İstanbul'daki altı merkezin dahil olduğu ACTHIV-IST çalışma grubunca yapılan araştırma, retrospektif, gerçek yaşam kohortudur. Başlangıç tedavisi olarak en az 6 aydır DTG+3TC kullanan, 18 yaş ve üzerinde 275 HIV ile yaşayan kişinin verileri hastane bilgi kayıt sisteminden elde edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil olan olguların 247'si (%90) erkek, erkeklerin %35'i erkeklerle seks yapan kişilerdi. Yaş ortalaması 38,9±13,1 yıl, başlangıç CD4+ T lenfosit sayıları 446±242/mm<sup>3</sup>, HIV RNA düzeyleri 214 374 kp/ml (aralık: 51-16.700.000 kp/ml) idi. Dual tedavinin 6. ayında olguların %79'unda HIV-RNA düzeyi < 50 kp/ml bulunmuştur. Tedavinin 12, 24 ve 36. aylarında, HIV RNA düzeyleri < 50 kp/ml olan hastaların oranları sırasıyla, %81, %89 ve %87'dir. Olguların 36 aylık izlemlerinde HIV RNA düzeyinin seyri Grafik 1'de sunulmuştur. Hastaların ortalama CD4+ T lenfosit sayıları 6. ayda 633/mm<sup>3</sup> 'e yükselmiş, 12, 24 ve 36. aylarda ise sırasıyla 723/mm<sup>3</sup>, 771/mm<sup>3</sup> ve 772/mm<sup>3</sup> olmuştur. Başlangıç HIV RNA > 500.000 kp/ml olan 8 olguda tedavinin 12. ayındaki virolojik yanıtlar değerlendirildiğinde, 5 olguda < 50 kp/ml, 2 olguda 50-200 kp/ml ve 1 olguda > 200 kp/ml olduğu bulunmuştur. Başlangıç CD4+ T lenfosit sayısı < 200/mm<sup>3</sup> olan 18 olgunun 16'sında tedavinin 12. ayında viral yük < 50 kp/ml düzeyine gelmiştir. HIV RNA > 1.000.000 kp/ml olan 4 olgunun hepsinde tedavinin 12. ayında HIV RNA < 100 kp/ml olmuştur. Hastaların izlem süresinde renal fonksiyonlarda değişim olmamış, lipid profilinde total kolesterolde HDL lehine olmak üzere artış (başlangıç ortalama 40,6 mg/dl, 12.ayda ortalama 45,5 mg/dl) izlenmiştir. Hastaların 12'sinde, kilo alımı (n=3), bacaklarda güçsüzlük, sivilcelerde artış, baş dönmesi yan etkileri görülmüştür. Bir olgu uyku problemi yan etkisi nedeniyle tedaviyi bırakmıştır. Sadece üçü ilk 12 ay içerisinde olmak üzere, toplamda 28 olgu (%10) değişik nedenler ile tedaviyi bırakmıştır.

HIV-RNA düzeyi <50 Kopya/ml olan hastalar (%)





# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



**Sonuç:** Gerçek yaşam verilerine göre, 36 aya uzanan izlemde, DTG+3TC tedavisinin virolojik ve immünolojik açıdan etkili olduğu ve iyi bir güvenilirlik profiline sahip olduğu görülmüştür. Tedavinin kesilmesine neden olabilecek herhangi bir yan etkiyle karşılaşılmamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Dual tedavi, etkililik, dolutegravir, lamivudin



PS-112

**HIV ile Yaşayan ve Daha Önce Tedavi Görmüş (TE) kişilerde Biktegravir/Emtrisitabin/Tenofovir Alafenamid (B/F/TAF) Tedavisine Geçiş Sonrası Hastalar Tarafından Bildirilen Sonuçlar (PRO'lar): Gözlemsel Kohort Çalışmalarından Elde Edilen Bir Havuz Analizi.**

Andrea Antinori<sup>1</sup>, Yoshiyuki Yokomaku<sup>2</sup>, Hila Elinav<sup>3</sup>, Hüsnü Pullukçu<sup>4</sup>, Joss de Wet<sup>5</sup>, Antonio Antela<sup>6</sup>, Po-Liang Lu<sup>7</sup>, Michael Sabranski<sup>8</sup>, Yeon-Sook Kim<sup>9</sup>, Fabrice Bonnet<sup>10</sup>, Jan den Hollander<sup>11</sup>, Arthur Jackson<sup>12</sup>, Chiaw Yee Choy<sup>13</sup>, Chiaw Yee Choy<sup>14</sup>, Weiping Cai<sup>15</sup>, Fujie Zhang<sup>16</sup>, David Thorpe<sup>17</sup>, Andrea Marongiu<sup>17</sup>, Rebecca Harrison<sup>17</sup>, James Jarrett<sup>17</sup>, Marta Boffito<sup>18</sup>

<sup>1</sup>National Institute for Infectious Diseases, Lazzaro Spallanzani IRCCS, Roma, İtalya

<sup>2</sup>Clinical Research Center, NHO Nagoya Medical Center, Nagoya, Japonya

<sup>3</sup>Hadassah University Medical Center, Kudüs, İsrail

<sup>4</sup>Ege University Medical Faculty Hospital, İzmir, Türkiye

<sup>5</sup>Spectrum Health, Vancouver, BC, Kanada

<sup>6</sup>Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Universidad de Santiago de Compostela, Madrid, İspanya

<sup>7</sup>Kaohsiung Medical University, Kaohsiung, Tayvan

<sup>8</sup>ICH Study Center, Hamburg, Almanya

<sup>9</sup>Chungnam National University School of Medicine, Daejeon, Kore Cumhuriyeti

<sup>10</sup>CHU de Bordeaux and University of Bordeaux, INSERM U1219, Bordeaux, Fransa

<sup>11</sup>Maasstad Hospital, Rotterdam, Hollanda

<sup>12</sup>Cork University Hospital, Cork, İrlanda

<sup>13</sup>National Centre for Infectious Diseases (NCID), Singapur, Singapur

<sup>14</sup>Tan Tock Seng Hospital, Singapur, Singapur

<sup>15</sup>Guangzhou Eighth People's Hospital, Guangzhou Medical Hospital, Guangzhou, Çin

<sup>16</sup>Beijing Ditan Hospital Capital Medical University, Pekin, Çin

<sup>17</sup>Gilead Sciences Europe Ltd, Uxbridge, Birleşik Krallık

<sup>18</sup>Chelsea and Westminster Hospital NHS Foundation Trust, Londra, Birleşik Krallık

**Giriş ve Amaç:** PRO'lar bireylerin sağlık ve iyilik haline dair önemli içgörüler sunar ve sıklıkla klinik çalışmalara dahil edilir. Ancak gözlemsel ortamlardan elde edilen PRO verileri sınırlıdır. Bu çalışmada, rutin klinik pratikte B/F/TAF tedavisine geçen, tedavi deneyimli HIV ile yaşayan bireyleri içeren iki büyük gözlemsel kohorttan elde edilen PRO verileri sunulmuştur.

**Gereç ve Yöntemler:** Zihinsel/fiziksel sağlık durumu ve HIV tedavisine ilişkin memnuniyet, sırasıyla 36 Maddelik Kısa Sağlık Anketi ve HIV Tedavi Memnuniyet Anketi (HIVTSQ; mevcut durum [s] ve değişim [c]) ile değerlendirilmiştir. Veriler, BICSTaR çalışması (Asya/Kanada/AB/İsrail/Japonya) ve benzer tasarıma sahip Çin kohortu (GS-CN-380-5759) birleştirilerek analiz edilmiştir. PRO'lar, tanımlayıcı istatistikler ve doğrusal karma modellerle, potansiyel karıştırıcılar ve etkileşimler için düzeltilerek, bootstrap ile elde edilen güven aralıkları (GA) ile 24 aya kadar değerlendirilmiştir. Başlangıç demografik ve klinik özellikler, MCS/PCS ve HIVTSQ skorları genel ve yeterince temsil edilmeyen popülasyonlar özelinde sunulmuştur.

**Bulgular:** Toplam 3724 tedavi deneyimli katılımcı dahil edildi; bunların %57,3'ü Çin'den idi. Katılımcıların 3004'ünün MCS/PCS, 3029'unun HIVTSQs ve 2109'unun 12. ay HIVTSQc verisi mevcuttu. Katılımcıların çoğu Asya kökenli (%64,2) ve erkekti (%89,0); medyan yaş 41 idi. Başlangıçta %54,6'sında komorbidite, %10,3'ünde nöropsikiyatrik bozukluk (NPB) vardı. Önceki en yaygın HIV tedavileri, integrase inhibitörleri (%58,0) ve TDF içeren rejimlerdi (%38,6).Modelle öngörülen düzeltilmemiş MCS ve PCS skorları zamanla arttı; MCS skoru ortalama 48,2'den 50,0'a (+1,8 puan; %95 GA: 1,3–2,3), PCS skoru ise 54,5'ten 55,2'ye (+0,6 puan; %95 GA: 0,2–1,0) yükseldi. Başlangıçta MCS skorları genel popülasyon ortalaması olan 50'nin altındayken, PCS skorları üzerindeydi.NPB olan ve olmayan katılımcılarda düzeltilmiş MCS skorları sırasıyla +2,5 (39,9'dan 42,4'e) ve +2,0 (46,2'den 48,2'ye); PCS skorları ise her iki grupta +0,7 puan arttı.Komorbiditesi olan ve olmayan bireylerde düzeltilmiş MCS skorları sırasıyla +1,1 (46,2'den 47,3'e) ve +3,8 (45,7'den 49,5'e); PCS skorları ise +0,2 (55,1'den 55,3'e) ve +1,7 (55,4'ten 57,1'e) puan arttı.Başlangıç



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



HIVTSQs skorları yüksekti (medyan: 55 [IQR: 49–60]). Katılımcılar, B/F/TAF tedavisine geçiş sonrası 12. ayda önceki rejimlerine kıyasla memnuniyet artışı bildirdi (medyan HIVTSQc: +27 [IQR: 19–30]; aralık: -30 ila +30).

**Sonuç:** Rutin klinik pratikte B/F/TAF tedavisine geçen HIV ile yaşayan bireylerde, zamanla zihinsel ve fiziksel sağlık skorlarında hafif artışlar ve tedavi memnuniyetinde belirgin iyileşme gözlenmiştir. ART alan bireylerde PRO değişimlerinin klinik anlamını daha iyi kavrayabilmek için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** B/F/TAF, fiziksel sağlık, HIVTSQ, mental sağlık, nöropsikiyatrik bozukluk, PRO, tedavi memnuniyeti

PS-113

### Yeni HIV Tanısı Almış Kişilerde Altı Aylık Dönemde Sağlık ile İlişkili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

**Hakkı Meriç Türkkan<sup>1</sup>, Nazife Duygu Demirbaş<sup>1</sup>, Özlem Gül<sup>1</sup>, Ceren Atasoy Tahtasakal<sup>1</sup>, Banu Çiçek Aktaş<sup>1</sup>, Dilek Yıldız Sevgi<sup>1</sup>, İlyas Dökmetaş<sup>1</sup>, Okan Derin<sup>1</sup>**

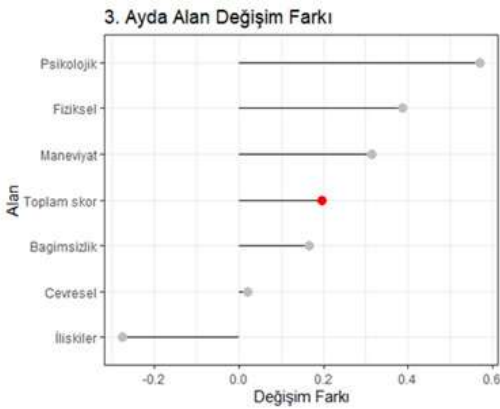
<sup>1</sup>Şişli Hamidiye Etfal EAH

**Giriş ve Amaç:** HIV (Human Immundeficiency Virus- İnsan İmmün yetmezlik Virüsü) enfeksiyonu, günümüzde etkin antiretroviral tedaviler (ART) sayesinde ölümcül bir hastalıktan yönetilebilir bir kronik hastalığa dönüşmüştür. Bu durum, yaşam beklentisindeki artışı beraberinde getirirken, sağlık ile ilişkili yaşam kalitesinin (SYK) daha kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Çalışmamız, yeni HIV tanısı almış kişilerin tedavi ve takip süreçlerindeki SYK değişimlerini ve UNAIDS'in dördüncü 95 hedefi olması önerilen iyi yaşam kalitesi (YK) oranlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

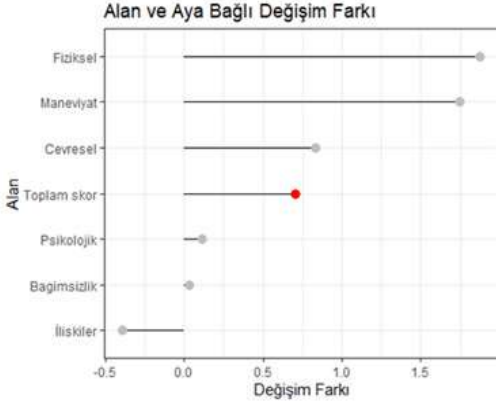
**Gereç ve Yöntemler:** Çalışmamız, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, yeni HIV tanısı alan kişilerin altı aylık süreçte izlenmesiyle prospektif gözlemsel bir tasarımla gerçekleştirilmiştir. SYK, başlangıçta, üçüncü ve altıncı aylarda WHOQoL-HIV BREF ölçeği ile değerlendirilmiş; demografik ve klinik veriler (CD4+ T lenfosit sayısı, viral yük) kaydedilmiştir. Zaman içindeki değişimler parametrik ve parametrik olmayan testlerle analiz edilmiştir. Klinik olarak anlamlı en küçük değişim (MCID), hem çıpa-temelli hem de dağılım-temelli yöntemlerle hesaplanmıştır. Tüm analizlerde  $p < 0,05$  anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya 81 hasta dahil edilmiştir. Altı aylık takip sürecinde toplam YK puanlarında anlamlı bir artış gözlenmiştir. En belirgin iyileşme fiziksel alan puanlarında saptanmış ve değişim farkı (CD) değerleri bu alanda en yüksek düzeyde hesaplanmıştır. Buna karşın, ilişkiler alanında negatif yönlü bir değişim izlenmiştir. Alan puanlarındaki zaman içindeki değişimler Tablo 1'de, CD değerleri ise Şekil 1 ve Şekil 2'de gösterilmiştir. SYK etkileyen faktörler arasında tedavi memnuniyeti ve HIV durumunu paylaşma olumlu etkiler gösterirken, ek ilaç kullanımı YK üzerinde olumsuz etkiyle ilişkili bulunmuştur. UNAIDS'in Dördüncü 95 hedefi doğrultusunda, iyi yaşam kalitesi oranlarını belirlemek amacıyla analizler MCID eşik değerleri referans alınarak gerçekleştirilmiştir. Yaşam kalitesi puanları MCID eşik değerlerini aşan hastalar, iyi yaşam kalitesine ulaşmış olarak kabul edilmiştir. Bu değerlere göre, iyi yaşam kalitesine sahip kişilerin oranı üçüncü ayda %74, altıncı ayda ise %80 olarak belirlenmiştir. Belirlenen MCID eşik değerleri ve iyi yaşam kalitesine sahip katılımcıların oranları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Üçüncü ayda alanlara göre CD değerleri



Altıncı ayda alanlara göre CD değerleri



Tablo 1: SYK alan skorlarının aylara göre değişimi

| Alan                                                    | 0.ay N = 81 <sup>1</sup> | 3. ay N = 70 <sup>1</sup> | 6. ay N = 81 <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> (0-3. ay değişimi) | p <sup>2</sup> (3-6. ay değişimi) | p <sup>2</sup> (0-6. ay değişimi) |
|---------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Fiziksel alan                                           | 15,0 (12,0, 17,0)        | 16,0 (14,0, 18,0)         | 16,0 (13,0, 19,0)         | 0.0584                            | 0.2430                            | 0.0056                            |
| Psikolojik alan                                         | 15,2 (12,8, 16,8)        | 15,6 (12,8, 17,6)         | 15,2 (12,8, 16,8)         | 0.5759                            | 0.9966                            | 0.5537                            |
| Bağımsızlık Alanı                                       | 14,0 (12,0, 16,0)        | 14,0 (13,0, 16,0)         | 14,0 (13,0, 16,0)         | 0.8199                            | 0.5200                            | 0.1458                            |
| İlişkiler alanı                                         | 15,0 (12,0, 16,0)        | 14,5 (10,0, 17,0)         | 15,0 (11,0, 17,0)         | 0.3155                            | 0.1565                            | 0.7266                            |
| Çevre alanı                                             | 14,5 (13,5, 17,0)        | 15,5 (13,5, 17,0)         | 15,5 (14,0, 17,0)         | 0.6872                            | 0.0172                            | 0.0108                            |
| Maneviyat alanı                                         | 13,0 (10,0, 14,0)        | 12,5 (10,0, 15,0)         | 13,0 (10,0, 16,0)         | 0.5311                            | 0.1660                            | 0.0740                            |
| Toplam YK                                               | 14,12 (12,7, 15,6)       | 14,8 (12,5, 16,2)         | 14,9 (12,8, 16,4)         | 0.4680                            | 0.0615                            | 0.0207                            |
| <sup>1</sup> Median (Q1, Q3)                            |                          |                           |                           |                                   |                                   |                                   |
| <sup>2</sup> t-testi ya da Wilcoxon Sıralı İşaret Testi |                          |                           |                           |                                   |                                   |                                   |

SYK: Sağlık ile ilişkili yaşam kalitesi, YK: Yaşam kalitesi



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



Tablo 2: MCID eşik değerleri ve iyi bir YK sahip hastaların oranları

| Yöntem                  | Toplam YK puan eşik değeri | İyi YK oranı |
|-------------------------|----------------------------|--------------|
| ROC'a göre MCID (3. ay) | 12.55                      | %74          |
| ROC'a göre MCID (6. ay) | 12.80                      | %80          |

MCID: Klinik olarak önemli olan en küçük farklılık, YK:Yaşam kalitesi, ROC:Alıcı işlem eğrisi

**Sonuç:** Çalışmamız, Türkiye’de HIV ile yaşayan kişilerin SYK’lerini UNAIDS’in dördüncü 95 hedefi doğrultusunda değerlendiren ilk kapsamlı araştırmadır. HIV pandemisiyle mücadelede yalnızca tedaviye erişim ve virolojik başarı değil, kişilerin SYK’lerinin artırılması da temel bir hedef olarak ele alınmalıdır. HIV ile yaşayan kişilerin SYK’lerini iyileştirmek için multidisipliner yaklaşımların geliştirilmesi, sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi, damgalanma ile mücadele ve kişilerin tedaviye uyumlarının artırılması büyük önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** UNAİDS Hedefleri, Sağlık ile ilişkili yaşam kalitesi, Dördüncü 95 hedefi, HIV, WHOQoL-HIV bref

PS-114

### İlk Belirtisi Panüveit Olan Sifiliz ve HIV Koenfeksiyonu

Habibe Tülin Elmaslar Mert<sup>1</sup>, Habibe Özer<sup>1</sup>, Merve Aytekin<sup>1</sup>, Ayça Küpeli Çınar<sup>1</sup>, Figen Kuloğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Edirne

**Giriş ve Amaç:** Sadece görme bozukluğu ile başvuran hastada, dikkatli fizik muayene ve ayırıcı tanı yapılarak, sifiliz ve HIV koenfeksiyonunun erken tanınabileceği vurgulandı.

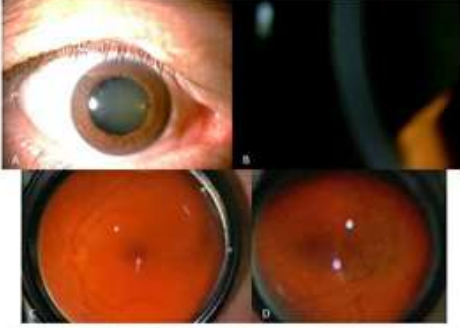
**Olgu:** Diyabetes mellitus dışında kronik hastalığı olmayan 57 yaşında erkek hasta, iki haftadır devam eden bilateral bulanık görme şikâyeti ile başvurdu. Öyküsünde korunmasız cinsel temas mevcuttu. Fizik muayenede gövde ve avuç içlerinde eritemli maküler döküntüler izlendi (Şekil 1). Oftalmolojik değerlendirmede kornea ve lens ön yüzünde presipiteler, her iki gözde papil ödem ve panüveit saptandı (Şekil 2). Korunmasız cinsel temas öyküsü olan, bilateral bulanık görme şikâyeti ile başvuran, fizik muayenede gövde ve avuç içlerinde eritemli maküler döküntüler izlenen, her iki gözde papil ödem ve panüveit saptanan hasta, serumda RPR testinin 1/512 titrede pozitif saptanması üzerine sekonder sifiliz ve oküler sifiliz tanısı aldı. Serumda anti-HIV pozitif, HIV RNA düzeyi 1.959.500 IU/mL, CD4 T lenfosit sayısı 400 hücre/mm<sup>3</sup> olan hastanın, BOS' unda 40 hücre/mm<sup>3</sup> (%95 lenfosit), protein düzeyi 255 mg/dL, glukoz düzeyi 67 mg/dL (eş zamanlı kan şekeri 131 mg/dL), BOS VDRL 1/2 titrede pozitif, BOS FTA-ABS IgG pozitif saptanması üzerine santral sinir sisteminin de tutulduğu anlaşıldı. Hastaya antiretroviral tedavi (emtrisitabin + dolutegravir + tenofovir disoproksil fumarat) ve nörosifiliz için iv kristalize penisilin G 6x4 milyon Ünite tedavisi başlandı. Oküler sifiliz nedeniyle sistemik metilprednizolon eklendi. On dört günlük iv antibiyotik tedavisi sonrası cilt lezyonlarında belirgin gerileme, oküler bulgulara ise kısmi düzelme gözlenen hasta, taburcu edilerek poliklinik takibine alındı.

Şekil 1





Şekil 2



Figür A) Lens ön yüzünde ve pupili kenarında prepsipiteler, B) Kornea endotelinde keratik prepsipiteler, C ve D) Sağ ve sol gözde uibriziten kaynaklı bulanıklık ve santral beliriz optik disk

**Sonuç:** HIV ile yaşayan bireylerde sifiliz daha ciddi klinik tablolara neden olurken, sifiliz varlığı HIV viral yükünü olumsuz etkilemektedir. HIV pozitif olduğunu bilmeyen, henüz antiretroviral tedavi kullanmayan, CD4 T lenfosit sayısı 200 'ün üzerinde olmasına rağmen hem oküler sifiliz hem de nörosifiliz tanısı almış olan hasta, HIV ve sifiliz koenfeksiyonunun ciddi sonuçlarına güzel bir örnektir. Oküler sifiliz saptanan hastalarda, santral sinir sistemi tutulumu ve HIV varlığı mutlaka araştırılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** nörosifiiz, panüveit, HIV

PS-115

### HIV Enfeksiyonu Tanısı Alan Bireylerde Test İstem Nedenleri

**Pınar Gürkaynak<sup>1</sup>, Kader Akpunar<sup>1</sup>, Duygu Günay<sup>1</sup>, Günay Ertem<sup>1</sup>, Çiğdem Ataman Hatipoğlu<sup>1</sup>, Şerife Altun Demircan<sup>1</sup>, Esra Kaya Kılıç<sup>1</sup>, Salih Cesur<sup>1</sup>, Sengül Üçer<sup>1</sup>, Sami Kınıklı<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Amaç: HIV testi isteme nedenlerinin bilinmesi, tanı sürecinde etkili olan klinik ve tarama yaklaşımlarını ortaya koyarak erken tanı oranlarının artırılmasına, risk gruplarının belirlenmesine ve test politikalarının geliştirilmesine katkı sağlamaktadır. Bu çalışmada, HIV enfeksiyonu tanısı alan bireylerde test isteme gerekçeleri incelenerek, tanı sürecinde hangi endikasyonların daha sık rol oynadığını değerlendirilmiştir.

**Olgu:** Yöntem: Bu retrospektif tek merkezli tanımlayıcı çalışmaya hastanemiz Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji kliniğinde Ocak 2000- Eylül 2025 tarihleri arasında takip edilen 18 yaş üstü HIV ile yaşayan bireyler (HIYB) dahil edilmiştir. Hasta dosyalarından ve hastane bilgi sisteminden gerekli bilgilere ulaşılmıştır. Bulgular: Bu çalışmaya toplam 394 hasta dahil edilmiştir. Hastaların 330 (%83,8)'u erkek, ortalama yaşı 42,1 (18-85) olup en fazla vaka sayısının 18-30 yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir. Olası bulaş yolu olarak heteroseksüel temas en yaygın risk faktörü olarak saptanmıştır. Tanı anında ölçülen değerler incelendiğinde, hastaların %72,5'inde viral yükün 500.000 IU/mL'nin altında, ortalama CD4 sayısının 477,2 hücre/mm<sup>3</sup> olarak hesaplandığı belirlenmiştir. HIV testi isteme endikasyonları Tablo 1'de gösterilmiştir. En sık test isteme nedeni semptom veya hastalık varlığı (%39) olurken, bunu operasyon öncesi (%18,0) test istemi izlemiştir. Kendi isteğiyle test yaptıranların oranı %7 olup, sekiz kadına antenatal taramaları (%2) sırasında HIV tanısı konulmuştur. Semptom/hastalık nedeniyle başvuran hastaların ayrıntılı dağılımı Tablo 2'de gösterilmiş olup hastalar en sık halsizlik, sonrasında ise genital lezyon, deri döküntüleri, lenfadenopati nedeniyle tetkik edildikleri görülmektedir.

Tablo 1. HIV testi isteme endikasyonları

|                            | n   | %    |
|----------------------------|-----|------|
| Semptom/Hastalık Nedeniyle | 154 | 39,0 |
| Operasyon Öncesi           | 71  | 18,0 |
| Kendi İsteği               | 62  | 15,6 |
| Eş Pozitifliği             | 30  | 7,6  |
| Rutin Sağlık Taraması      | 28  | 7,1  |
| Kan Bağışı                 | 19  | 4,8  |
| İş/Evlilik/Askerlik Öncesi | 17  | 4,3  |
| Gebelik Taraması           | 8   | 2,0  |
| Bilinmeyen                 | 5   | 1,2  |
| Toplam                     | 394 | 100  |

Tablo 2. HIV pozitif bireylerde semptom veya hastalık nedeniyle başvuru nedenlerinin dağılımı

|                | n  | %    |
|----------------|----|------|
| Halsizlik      | 25 | 13,9 |
| Genital Lezyon | 23 | 12,8 |
| Deri Döküntüsü | 22 | 12,2 |
| Lenfadenopati  | 20 | 11,1 |
| Kilo Kaybı     | 16 | 8,9  |



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



|                                                       |     |     |
|-------------------------------------------------------|-----|-----|
| Solunum Semptomları                                   | 12  | 6,7 |
| Ateş                                                  | 12  | 6,7 |
| Anal Semptom/Lezyon                                   | 11  | 6,1 |
| Genital Akıntı                                        | 8   | 4,4 |
| Kcft Yüksekliği/Sarılık                               | 7   | 3,9 |
| Oral Aft                                              | 6   | 3,3 |
| Nörolojik Semptom                                     | 6   | 3,3 |
| Uzamış İshal                                          | 5   | 2,7 |
| Bulantı/Kusma                                         | 5   | 2,7 |
| Görme Sorunları                                       | 1   | 0,5 |
| Toplam                                                | 179 | 100 |
| *Bazı hastalar birden fazla semptom ile başvurmuştur. |     |     |

**Sonuç:** Sonuç: Bu çalışmada, HIV testinin çoğunlukla semptom nedeniyle istendiği görülmüş olup, bu durum erken tanı ve rutin tarama uygulamalarının güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Özellikle genital lezyon, deri döküntüsü veya lenfadenopati varlığında HIV testi istemek önemlidir ve bu konuda ilgili kliniklerin farkındalığı önem taşımaktadır. Ayrıca, kendi isteğiyle test yaptıran bireylerin sayısının artırılabilmesi için test hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması ve toplumda gönüllü test farkındalığının artırılması önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, AIDS, tanı, test

PS-116

### Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu Tanılı Hastada Fulminan Hepatik Yetmezlikle Seyreden Hodgkin Lenfoma Olgu Sunumu

**Zeynep Gören<sup>1</sup>, Banu Karaca<sup>1</sup>, Bahar Örmən<sup>1</sup>, Figen Kaptan<sup>1</sup>, Alper Şener<sup>1</sup>, Nesrin Türker<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** İleri evre İnsan İmmün Yetmezlik Virus(HIV) enfeksiyonunda görülen immunsupresyon, çeşitli malignitelerin oluşumu için bir risk faktörüdür. Hodgkin lenfoma(HL) ve Hodgkin dışı lenfoma(NHL), HIV ilişkili başlıca lenfoma tipleridir. Genel popülasyona göre HIV ile ilişkili HL'ların seyri daha agresiftir. Tanı eksizyonel biyopsi ile konulur. Fulminan karaciğer yetmezliği(FHF), Hodgkin lenfomanın nadir bir bulgusudur. Tanı için karaciğer biyopsisi gerekebilir. Erken tanı ve tedavi prognozda önemlidir.

**Olgu:** Bilinen venöz yetmezlik tanılı 61 yaş erkek olgu ateş yüksekliği ile acil servise başvurdu. Fizik muayenede hepatosplenomegali saptandı. Kan lökosit:2000/mm<sup>3</sup>, hemoglobin:7.7g/dL, trombosit: 24.000/mm<sup>3</sup> idi. Hasta pansitopeni tetkik amacıyla Dahiliye Servisine yatırıldı. HIV AG/AC pozitif, doğrulama testi pozitif gelen hasta Enfeksiyon Servisine nakil alındı. CD4:%4,57 hücre/mm<sup>3</sup>, HIV RNA:1627341 kopya/mL, IGRA negatifti. TMP-SMX profilaksisi başlandı. Periferik yaymada atipik hücre izlenmedi. Toraks ve abdomen tomografisinde paraaortik, mediasten, bilateral iliak, inguinal multipl lenfadenopatiler (LAP) ve hepatosplenomegali saptandı. Yüzeysel doku ultrasonografisinde bilateral servikal, aksiller ve inguinal bölgede korteksi asimetrik hiperplazik sayıca artmış LAP'ler görüldü. PET-BT de terminal ileumda diffüz düzensiz kalınlaşma, çevre yağ planlarında dansite artımı, ileoçekal mezenterde milimetrik boyutlu sayıca artmış LAP'ler ileoçekal bölgeyi tutan tüberküloz ve lenfoma olasılığı olan hasta eksizyonel lenf nodu biyopsisini kabul etmedi. Kemik iliği aspirasyon biyopsisinde kemik iliği tutulumu izlenmedi. Endokolonoskopide saptanan kolon mukozasında multipl aftöz ülser lezyonlardan biyopsiler alındı. Mikrobiyolojik ve patolojik doku tanısı konulamaması sebebiyle tüberküloz ekarte edilemeyen hastaya radyolojik bulgulara göre dördü anti tüberküloz tedavi(Isoniazid, pirazinamid, etambutol, rifampisin)başlandı. İzlemde karaciğer fonksiyon testlerinde yükselme gelişen toksik hepatit düşünüldü. Tüberküloz tedavisi 14. günde kesildi. KCFT artışı tüberküloz tedavisi kesilmesine karşın devam eden hastada karaciğer biyopsisi yapıldı. Hastaya TDF/FTC+DTG başlandı. İzlemde hepatik ensefalopati gelişen hasta yoğun bakıma alındı. Karaciğer nakli planlandığı sırada FHF ve çoklu organ yetmezliği nedeniyle eksitus oldu. Hasta kaybedildikten sonra sonuçlanan kolon biyopsisinde HL, karaciğer biyopsisinde ise toksik hepatit ve HL infiltrasyonu saptandı.

**Sonuç:** HIV ile enfekte tüberküloz olgularında ART başlanması rehberlere göre ertelenmekte ancak lenfoma tedavisinin ART ile eşzamanlı başlanması gerekmektedir. Burada sunulan olguda uyumsuzluk nedeniyle lenfoma tanısı gecikerek ampirik başlanan tüberküloz tedavisine sekonder akut karaciğer yetmezliği nedeniyle kaybedilmiştir. Geç başvuran HIV olgularında başta tüberküloz olmak üzere fırsatçı enfeksiyonlar ve maligniteler mortaliteyi arttırmaktadır. Hasta uyumu, doğru tanı ve hızlı tedavi hayat kurtarıcıdır.

**Anahtar Kelimeler:** hiv, ileri hiv, lenfome, toksik hepatit

PS-118

### Üçüncü Basamak Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Anti HIV Testi Reaktifliklerinin Değerlendirilmesi: Üç Yıllık Retrospektif İnceleme

Deniz Kakaliçoğlu Özden<sup>1</sup>, Orçun Durmuş<sup>1</sup>, Hatice Erdoğan<sup>2</sup>, Esra Zerdali<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Günümüzde artan sıklığıyla göze çarpan HIV enfeksiyonlarında tanı, ELISA yöntemiyle Anti- HIV taranması sonrası reaktivite saptanması halinde örneklerin referans laboratuvarlarda Western- Blot (WB) yöntemiyle doğrulanması şeklindedir. Çalışmamızla, Anti-HIV testi reaktif gelen hastalardan doğrulama için WB ve HIV RNA istenme oranı, yalancı ELISA pozitifliği ve buna yol açan durumlar, yalancı pozitifliğin klinik uygulama ve tedavi yaklaşımları üzerine etkisi ve Anti- HIV isteyen kliniklerin tanı ve ileri taramadaki etkisi/ eksikliklerinin irdelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Retrospektif olarak tasarlanan çalışmamızda, 15.09.2022- 15.09.2025 tarihleri arasında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Mikrobiyoloji laboratuvarına , 18 yaş ve üzerindeki erişkinlerden gönderilen Anti-HIV sonuçları değerlendirilmiştir. Anti- HIV tetkikleri, dördüncü kuşak bir ELISA yöntemi olan Atellica® IM Analyzer (Siemens) kiti ile çalışılmıştır. Reaktif gelen testler, doğrulama için Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları (HSGM-RL)'na gönderilmeden önce Vidas HIV-1/2 Duo Ultra (Biomérieux) kiti kullanılarak yeniden çalışılmıştır. ELISA için eşik değer 1.00 S/Co olarak belirlenmiş olup bu değer altındaki değerler non-reaktif, üstündeki değerler ise reaktif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, testin istendiği klinik gibi veriler hastanemiz biyomedikal sisteminden taranırken doğrulama sonuçları hastanemiz Tıbbi Mikrobiyoloji laboratuvarına HSGM-RL tarafından iletilen sonuçlar üzerinden irdelenmiştir.

**Bulgular:** Retrospektif olarak taranan üç yıllık periyotta toplam 220.891 test yapılmış olup bunların 1134'ü (%0,51) reaktif olarak sonuçlanmıştır. Anti- HIV istenilen hastaların %53,5'ini kadınlar oluştururken (n=118.300) %46,5'ini (n=102.591) erkekler oluşturmaktaydı. Hastaların yaş dağılımları 18- 101 idi. Reaktif olarak sonuçlanan testlerin 557'sinde (%49,1) HIV RNA ve WB pozitif bulunurken 423'ünde (%37,3) WB negatif olarak saptanmıştır. 154 hastada (%13,5) ise doğrulama testinin istenmediği görülmüştür. Anti-HIV reaktif gelen hastaların 432'si (%38,1) kadın, 702'si (%61,9) ise erkek olup yaş ortalamaları 48,6 (18-97) idi. Anti-HIV reaktif gelen hastaların 41'i (%3,6) gebe olup reaktif gebelerin 8'i (%19,5) WB pozitif, 29'u (%70,7) negatif olarak sonuçlanmış ve 4 (%9,7) gebenin WB sonucuna ulaşamamıştır.

**Sonuç:** HIV enfeksiyonu tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de artan prevalansıyla dikkat çekmektedir. Çalışmamızda, önceki yıllarda ülkemizden bildirilen çalışmalara kıyasla seropozitifliğin daha yüksek oranda olduğu görülmüştür. HIV ile yaşayan bireylerdeki artış göz önünde bulundurularak hastalardan tarama amaçlı istenilen tetkiklerin arttırılması ve Anti-HIV reaktif sonuçlanan bireylerde doğrulama testlerinin atlanılmaması vurgulanarak literatüre katkı sağlanması amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Anti-HIV, ELISA, Western- Blot, yalancı pozitiflik

PS-119

### HIV ile Koenfekte Bir Viseral Leishmaniasis Olgusunda Tanı ve Tedavi Deneyimi

**Mehmet Ali Tüz<sup>1</sup>, Yener Özel<sup>2</sup>, Derya Tuna Ecer<sup>1</sup>, Gülce Eylül Aldemir<sup>1</sup>, Ahmet Özbilgin<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

<sup>2</sup>Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Balıkesir

<sup>3</sup>Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Parazitoloji Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

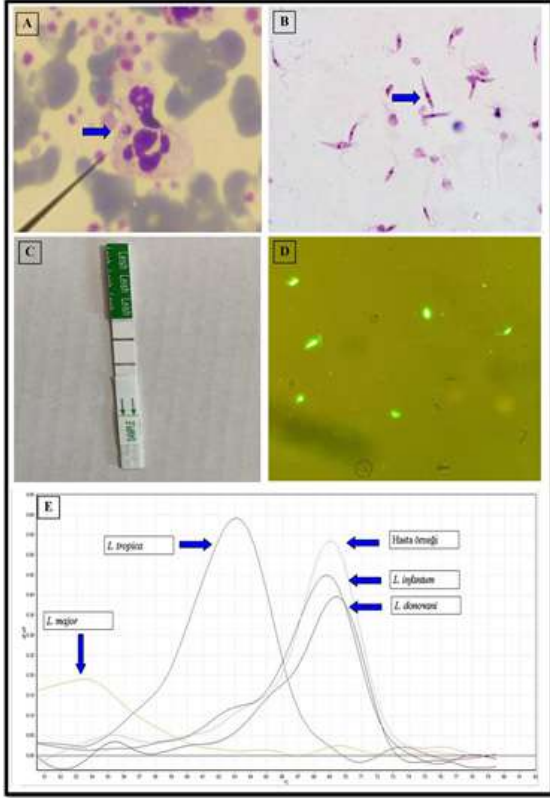
**Giriş ve Amaç:** Viseral leishmaniasis [(VL), kala-azar], ülkemizde çoğunlukla Doğu Anadolu, Ege, İç Anadolu ve Akdeniz bölgesinde görülmekte ve etken tür çoğunlukla Leishmania infantum'dur. Bu olguda, Balıkesir ilinde HIV tanısı almış ve aynı zamanda yerli VL koenfeksiyonu bulunan bir hastaya ait klinik sunum, tanı ve tedavi süreçleri irdelenmiştir.

#### Gereç ve Yöntemler: ..

**Bulgular:** Olgu: Dış merkezde HIV tanısı alan 60 yaş erkek hasta 3-4 aydır artan halsizlik ve kilo kaybı ile polikliniğe başvurdu. Pansitopeni nedeniyle kemik iliği biyopsisi yapılmış, malignite saptanmamış. Fizik muayenede ateş olmayıp, vitaller stabil ve hepatosplenomegali dışında patolojik bulgu saptanmadı. Rutin bakılan laboratuvar tetkikleri Tablo 1 de belirtilmiştir. PPD:4 mm ve toraks btde aktif enfeksiyöz bulgusu olmayan hastaya TAF/FTC/Bictegravir ve profilaktik tmp/sxt 1x1000 mg başlandı. ART'nin ilk 1 ayında şikayetler gerilemekte, hemogramda hücre serileri düzelme eğilimindeydi. ART'nin 45. gününde bulantı-kusma, oral alım bozukluğu şikayetleri ile tekrar başvuran hasta, HIV-RNA negatifleşmesi ve CD4 sayısında artış olmasına rağmen tekrar pansitopeni gelişmesi üzerine ileri tetkik ve tedavi amaçlı yatırıldı. Tedaviye ART ve tmp/stx ile devam edildi, ek ampirik tedavi başlanmadı. Balgamda 3 gün üst üste mikobakteri PCR ve ARB negatif saptandı. Beyin görüntülemeleri doğal, toraks ve batin görüntülemelerinde hepatosplenomegali ve ön planda reaktif değerlendirilen jeneralize LAP dışında bulgu saptanmadı. LAP eksizyonel biyopsisi planlandı, fakat hasta kabul etmedi. Köyde yaşadığı, hayvancılıkla uğraştığı, çevrede çoban köpeklerinin olduğu öğrenilen hastadan visseral leishmaniasis (VL) araştırılması için periferik kan örnekleri alındı. Tetkik sonuçları çıkana kadar IRIS öntanısıyla prednisolon 1x40 mg başlandı. Steroid ile sitopenileri düzelme eğilimine girmesi üzerinde 7. günde prednisolon 20 mg'a düşüldü. VL açısından serum örneklerinden yapılan IFAT (1/1024) ve rK39 hızlı antijen testleri ile serum örneğinin buffy-coat kısmından yapılan Giemsa boyalı yayma (Şekil 1) ve PCR testleri pozitif saptandı. Ayrıca tür tayini içi yapılan PCR testinde etken türün L. infantum/donovani olduğu saptandı. Hastadan alınan periferik kan örneğinin buffy-coat kısmından parazit izolasyonu için NNN besiyerine ekim yapıldı. VL tanısı kesinleşen hastaya toplam 50 mg doza ulaşacak şekilde 1-5, 10.,17.,24. ve 31. gün Lipozomal Amfoterisin B 5 mg/kg/gün dozunda uygulandı. Tedavinin 5. gününden sonra yapılan PCR testi ve periferik kanın buffy-coat kısmından yapılan Giemsa boyalı yaymada negatiflik saptandı. Tedavinin 21. gününde kontrol USGde splenomegalide yaklaşık 3 cm gerileme görüldü. 2 hafta sonra NNN besiyerinde promastigot formlar görüldü ve PCR testinde etken tür yine L. infantum olarak saptandı.



Şekil 1. VL laboratuvar tanısında kullanılan tetkikler. A) Giemsa boyalı yaymada amastigot form, B) NNN besiyerinde promastigot form, C) rk39 dipstick pozitif, D) IFAT 1/1024 pozitifliği, E) PCR yöntemi ile *L. infantum*/donovani tiplendirmesi



Tablo 1: Hastanın Laboratuvar Sonuçları

|                                        | İlk Başvuru | ART<br>1. gün | ART<br>45. gün-Prednol<br>1. gün | ART<br>55. gün-<br>Prednol<br>5. gün | Lipo Amp B<br>başlangıç<br>-ART 60.<br>gün- | Lipo Amp<br>B<br>5. gün | Lipo Amp<br>B<br>10. gün | Lipo Amp B<br>28. gün |
|----------------------------------------|-------------|---------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| WBC (/mm <sup>3</sup> )                | 2000        | 4900          | 2400                             | 3900                                 | 4100                                        | 4800                    | 3900                     | 8900                  |
| Nötrofil (%)                           | 69,4        | 87,2          | 81,5                             | 84,3                                 | 88,8                                        | 84,1                    | 77,8                     | 88,4                  |
| Hgb (g/dl)                             | 9,3         | 9,6           | 7,7                              | 9,0                                  | 11,4                                        | 10,8                    | 11,4                     | 11,3                  |
| Plt (x10 <sup>3</sup> )                | 144         | 119           | 97                               | 143                                  | 103                                         | 66                      | 135                      | 287                   |
| CRP (mg/L)                             | 124         | 24            | 116                              | 16                                   | 36                                          | 32                      | 50                       | 6                     |
| PCT (ug/uL)                            | 0,3         | 0,3           | 2,7                              | 0,6                                  | 1,6                                         | 1,9                     | 0,3                      | 0,08                  |
| Sedim (mm/sa)                          | 104         | 126           | 140                              | 52                                   | 28                                          | 51                      | 67                       | 64                    |
| ALT (IU/L)                             | N           | N             | N                                | N                                    | N                                           | N                       | N                        | N                     |
| AST (IU/L)                             | N           | N             | N                                | N                                    | N                                           | N                       | N                        | N                     |
| Total Bil. (mg/dl)                     | N           | N             | N                                | N                                    | N                                           | N                       | N                        | N                     |
| Albümin (g/L)                          | 3,1         | 3,0           | 1,9                              | 2,3                                  | 3,3                                         | 2,9                     | 3,0                      | 3,2                   |
| Üre (mg/dl)                            | 52          | 58            | 52                               | 73                                   | 57                                          | 66                      | 48                       | 54                    |
| Kreatinin (mg/dl)                      | 1,40        | 1,86          | 1,40                             | 0,98                                 | 0,93                                        | 1,25                    | 1,10                     | 1,16                  |
| CD-4 (/mm <sup>3</sup> )               | 11          | -             | 47                               |                                      |                                             |                         |                          |                       |
| HIV-RNA x10 <sup>3</sup><br>(kopya/ml) | 886         | -             | <45                              |                                      |                                             |                         |                          |                       |



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



|                   |                          |               |
|-------------------|--------------------------|---------------|
|                   | Tedavi öncesi            | 5. gün        |
| VL IFAT           | 1/1024                   | -             |
| VL rk39           | (+)                      | -             |
| VL Leishmania PCR | L. infantum/<br>donovani | -             |
| VL Giemsa yayma   | Amastigot (+)            | Amastigot (-) |

**Sonuç:** Bildiğimiz üzere bu olgu ülkemizde HIV ve Viseral Leishmaniasisin birlikte görüldüğü ikinci ancak periferik kanın buffy-coat kısmından parazitin izole edilebildiği ve PCR ile tiplendirildiği ve sekonder profilaksinin uygulandığı ilk olgudur.

**Anahtar Kelimeler:** Amfoterisin, HIV, Leishmaniasis, Viseral, Sekonder Profilaksi

PS-120

### İntörn Doktorlarda HIV/AIDS'e Yönelik Bilgi Düzeyi ile Damgalayıcı ve Ayrımcı Tutumların Değerlendirilmesi

Sema Batuş<sup>1</sup>, Melike Nur Özçelik<sup>1</sup>, İlknur Erdem<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Günümüzde HIV enfeksiyonu, tedavi edilebilir bir kronik hastalık haline gelmiş olmakla birlikte, görülme sıklığı giderek artmaktadır. HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin yaşam kalitesinin artırılması ve toplumdaki damgalayıcı tutumların azaltılması açısından, sağlık çalışanlarının bu konuya ilişkin bilgi düzeyi ve tutumları büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmada, bir üniversite hastanesindeki intörn doktorların HIV/AIDS konusundaki temel bilgi düzeyleri ve HIV/AIDS ile yaşayan bireylere yönelik tutumları değerlendirilmiştir.

**Gereç ve Yöntemler:** HIV/AIDS ile ilgili bilgi ve tutumları değerlendirmek amacıyla, 1-7 Eylül 2025 tarihleri arasında yeni intörn doktor olan 87 tıp fakültesi öğrencisine anket uygulanmıştır. Bilgi düzeyine yönelik sorular “Evet, Hayır, Kararsızım” şeklinde çoktan seçmeli olarak hazırlanmıştır.

**Bulgular:** HIV/AIDS ile ilgili bilgi düzeyi sorularının %70’inden fazlası katılımcılar tarafından doğru yanıtlanmıştır (Tablo 1). Tıp fakültesi eğitim programında, Dönem 3 ve Dönem 5’te HIV/AIDS konusuna yönelik dersler yer almaktadır. Temel bilgi düzeyi sorularına doğru cevaplama oranları yüksek olmasına rağmen, güncel ve önemli bir kavram olan “Belirlenemeyen = Bulaştırmayan (B = B)” kavramının bilinme oranı %50 ile sınırlı kalmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%81,6), HIV/AIDS ile yaşayan bireylerle aynı ortamda çalışmayı sorun etmediğini belirtmiş; ayrıca hastaların HIV/AIDS durumlarını bilme yönünde bir istek içinde olduklarını ifade etmiştir (%87,4). Toplumun genelinde gözlemlenen damgalayıcı ve ayrımcı tutumlara kıyasla, intörn doktorlarda bu tür yaklaşımlar daha düşük oranda saptanmıştır. İntörn doktorların HIV/AIDS ile yaşayan bireylere yönelik damgalayıcı ve ayrımcı tutumlarına ilişkin detaylı veriler Tablo 2’de sunulmuştur.

İntörn doktorların HIV/AIDS ile ilgili bilgi düzeyi sorularına verdikleri yanıtların dağılımı

| Sorular                                                                    | EVET<br>n (%) | HAYIR<br>n (%) | KARARSIZIM<br>n (%) |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|---------------------|
| HIV ve AIDS aynı şeyi ifade eder.                                          | 6 (6)         | 78 (90)        | 3 (4)               |
| HIV/AIDS tedavi edilebilen bir hastalıktır.                                | 33 (37,9)     | 46 (52,9)      | 8 (9,2)             |
| HIV/AIDS sadece cinsel yolla bulaşır.                                      | 11 (12,6)     | 76 (87,4)      | 0                   |
| HIV/AIDS sadece homoseksüellerin hastalığıdır                              | 2 (2,3)       | 85 (97,7)      | 0                   |
| HIV/AIDS tokalaşma, sarılma gibi sosyal ilişkilerle bulaşabilir.           | 0             | 87 (100)       | 0                   |
| HIV/AIDS öksürük veya hışırtıyla bulaşabilir.                              | 0             | 85 (97,7)      | 2 (2,3)             |
| HIV/AIDS ortak çatal, kaşık, bardak kullanımıyla bulaşabilir.              | 8 (9,2)       | 76 (87,4)      | 3 (3,4)             |
| HIV/AIDS aynı havuzda yüzme ve aynı tuvaleti kullanma yoluyla bulaşabilir. | 10 (11,5)     | 71 (81,6)      | 6 (6,9)             |
| HIV/AIDS sivrisinek ve böcek ısırığıyla bulaşabilir.                       | 12 (13,8)     | 67 (77)        | 8 (9,2)             |
| HIV/AIDS anne sütüyle bebeğe geçebilir.                                    | 68 (71,3)     | 10 (11,5)      | 15 (17,2)           |
| HIV ile yaşayan bir annenin bebeği her zaman HIV (+) olarak doğar.         | 3 (3,4)       | 71 (81,6)      | 13 (15)             |
| HIV/AIDS kontrolsüz kan transfüzyonuyla bulaşabilir.                       | 87 (100)      | 0              | 0                   |
| HIV/AIDS gaita ile bulaşabilir.                                            | 8 (9,2)       | 62 (71,3)      | 17 (19,5)           |
| HIV/AIDS nazal sekresyon ile bulaşabilir.                                  | 6 (6,9)       | 73 (83,9)      | 73 (83,9)           |
| HIV/AIDS tükürük ile bulaşabilir.                                          | 10 (11,5)     | 71 (81,6)      | 6 (6,9)             |
| HIV/AIDS gözyaşı ile bulaşabilir.                                          | 5 (5,8)       | 74 (85)        | 8 (9,2)             |

|                                                                                                                            |           |           |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| HIV/AIDS idrar ile bulaşabilir.                                                                                            | 8 (9,2)   | 70 (80,5) | 9 (10,3)  |
| HIV/AIDS terleme ile bulaşabilir.                                                                                          | 2 (2,3)   | 80 (92)   | 5 (5,7)   |
| Partner eğer HIV (+) ve tedavi almıyorsa korunmasız cinsel ilişki bulaş olabilir.                                          | 86 (98,9) | 1 (1,1)   | 0         |
| Belirlenemeyen=Bulaştırmayan (B=B) kavramının ne olduğunu biliyor musunuz?                                                 | 37 (4,5)  | 44 (50,6) | 6 (6,9)   |
| HIV (+) partner tedavi alıyor ve en az son 6 aydır HIV RNA kanda saptanamıyorsa, korunmasız cinsel ilişki ile bulaş olmaz. | 43 (49,4) | 19 (21,8) | 25 (28,7) |
| HIV'den korunmanın bir aşısı vardır.                                                                                       | 13 (14,9) | 71 (81,6) | 3 (3,4)   |

### İntörn doktorların HIV/AIDS ile yaşayan bireylere yönelik tutumları

| Sorular                                                                       | EVET<br>n (%) | HAYIR<br>n (%) | KARARSIZIM<br>n (%) |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|---------------------|
| HIV ile yaşayan biriyle aynı ortamda çalışabilirim.                           | 71 (81,6)     | 6 (6,9)        | 10 (11,5)           |
| Sağlık çalışanının her hastanın HIV/AIDS durumunu bilmeye hakkı vardır.       | 76 (87,4)     | 8 (9,2)        | 3 (3,4)             |
| HIV/AIDS ile yaşayan bireyleri hekim olarak takip etmeyi tercih etmem.        | 8 (9,2)       | 68 (78,2)      | 11 (12,6)           |
| HIV/AIDS ile yaşayan bireyler diğer hastalarla aynı odada kalmamalıdır.       | 18 (20,7)     | 55 (63,2)      | 14 (16,1)           |
| HIV/AIDS ile yaşayan bireyler mümkün olan en kısa sürede taburcu edilmelidir. | 16 (18,4)     | 57 (65,5)      | 14 (16,1)           |

**Sonuç:** Tıp fakültesi eğitimi kapsamında verilen HIV/AIDS eğitiminin, intörn doktorların damgalayıcı ve ayrımcı tutumlardan uzak kalmasında etkili olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, eğitim içeriğine “B = B” gibi güncel bilgilerin de eklenmesi, hekimlerin HIV/AIDS ile yaşayan bireyleri daha doğru bilgilendirmelerine katkı sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, AIDS, Damgalama

PS-121

### Yeni Tanı Alan HIV Hastasında Saptanan Progresif Multifokal Lökoensefalopati: Olgu Sunumu

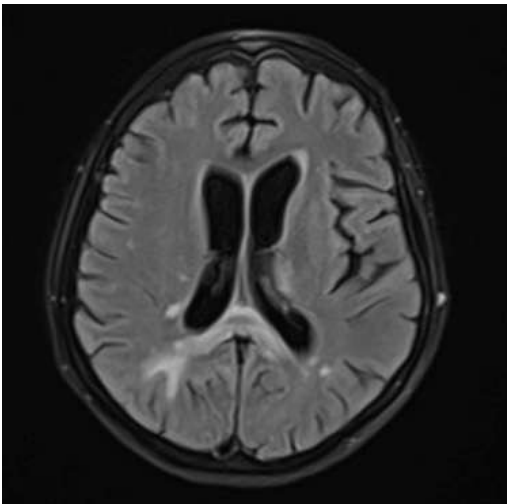
Seval Yalçın<sup>1</sup>, Dilara İnan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Akdeniz Üniversitesi Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** HIV enfeksiyonunda fırsatçı enfeksiyonlar önemli mortalite ve morbidite nedenlerindendir. Progresif multifokal lökoensefalopati (PML), JC virüsünün reaktivasyonu sonucu gelişen, genellikle ileri immünsüpresyonla seyreden nadir ancak ölümcül bir komplikasyondur. Bu bildiride, şüpheli cinsel temastan yaklaşık 8 ay sonra tanı alan ve PML gelişen bir HIV olgusu sunulmaktadır.

**Olgu:** Acil servise sağ elde uyuşma, his kaybı ve peltek konuşma şikayetleriyle başvuran 51 yaşında kadın hasta, serebrovasküler olay ön tanısıyla nöroloji servisine yatırılarak tedavi başlandı. Beyin manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) ensefalit ve gliomatozis serebri ön tanıları düşünülerek ileri tetkik yapıldı; HIV antikor pozitif saptanan hasta enfeksiyon hastalıkları servisine devralındı. Sistem sorgusunda kronik öksürük ve son bir ayda 10 kg kilo kaybı mevcuttu. Hipotansiyon ve satürasyon düşüklüğü olan hastada Pneumocystis jirovecii pnömonisi (PJP) ön tanısıyla trimetoprim-sülfametoksazol ve prednizolon başlandı. Balgamdan ARB ve TB kültürü gönderildi. Toraks bilgisayarlı tomografi bulguları PJP ile uyumlu sonuçlandı. Başvurusunda giden BOS analizinde hücre görülmedi; protein 52 mg/dL, glukoz 54 mg/dL, (eş zamanlı kan şekeri: 96 mg/dL) idi. Başlangıç CD4 sayısı 39 hücre/mm<sup>3</sup>, HIV RNA 5x10<sup>6</sup> k/ml olan hastaya biktgravir/emtrisitabin/tenofovir alafenamid başlandı, genel durumu düzelen hasta taburcu edildi. Taburculuktan 10 gün sonra yürüme güçlüğü, baş dönmesi ve bulantı-kusma şikayetleriyle yeniden başvurdu. İlk yatışında giden balgam TB kültüründe tek örnekte tüberküloz dışı mikobakteri (NTM) üremesi saptandı, bronkoalveoler lavaj (BAL) planlandı. Bu dönemde konuşma azalması ve bilinç dalgalanması gelişen hastanın beyin MRG'sinde; presantral girusta, her iki centrum semiovale düzeyinde, bilateral parieto-okspital loblarda, subkortikal yerleşimli, korpus kallozum spleniumunda ve sol serebellar hemisferde kontrast tutulumu olmayan hiperintens alanlar izlendi ve PML ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastaya tekrar LP yapılamadı ve BOS JC virüs PCR testi gönderilemedi. Bu bulgular üzerine prednizolon başlandı. ART, NTM şüphesi nedeniyle rifampisin başlanma olasılığı ve PEG ile beslenme gerekliliği göz önünde bulundurularak abakavir/lamivudin/dolutegravir ile değiştirildi. Hastanın klinik seyri stabil olmakla birlikte belirgin nörolojik sekel gelişti. Bilinci açık ancak oryante ve koopere olmayan; gözleri spontan açık, sözel yanıtı ve anlamlı iletişimi bulunmayan hasta PEG ile beslenmekteydi. BAL örneği TB kültüründe üreme olmadı. Takiplerinde HIV RNA negatifleşti, CD4 sayısı 200 hücre/mm<sup>3</sup>'ün üzerine çıktı. Hasta, viral supresyon altında lamivudin/dolutegravir rejimiyle izlenmektedir.

26.10.2022 TARİHLİ BEYİN MRG





# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



**Sonuç:** Nörolojik semptomlarla başvuran HIV enfeksiyonu olgularında fırsatçı enfeksiyonlar ve PML birlikteliği akılda tutulmalıdır. Erken tanı, zamanında ART başlanması ve eşlik eden fırsatçı enfeksiyonların etkin yönetimi; mortaliteyi ve kalıcı nörolojik sekel gelişimini azaltmada kritik öneme sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** jc virüs, pml, hiv ve immünsupresyon



PS-123

### HIV ile Yaşayan Bireylerde Kardiyovasküler Risk Skorları Karşılaştırılması

**Sabina Khalilova<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

**Giriş ve Amaç:** HIV ile yaşayan bireylerde kronik hastalıkların görülme sıklığı artmıştır. HIV enfeksiyonu kronik inflamasyon, ednotel disfonksiyonu, metabolik bozukluklar ve antiretroviral ilaçların yan etkileri sebebi ile aterosklerotik süreçleri hızlandırabilir. Özellikle kardiyovasküler hastalıklar HIV ile yaşayan bireylerde önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Kardiyovasküler riskin doğru değerlendirilmesi bu hastalık grubunda erken önlem ve tedavi stratejilerinin belirlenmesi açısından kritik öneme sahiptir. Genel popülasyonda yaygın olarak kullanılan Framingham Risk skoru ve SCORE2 sistemleri HIV ile yaşayan bireylerde de kullanılmaktadır. Bu çalışmada, HIV ile yaşayan bireylerde kardiyovasküler hastalık riskinin değerlendirilmesinde Framingham Risk skoru ve SCORE2 karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Bu retrospektif kesitsel çalışmaya, Ağustos 2025 - Şubat 2022 tarihleri arasında hastanemizde yeni tanı konulan, 40 yaş ve üzeri HIV pozitif bireyler dahil edilmiştir. Hastalara ait klinik, laboratuvar verileri Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) ve hasta dosyalarından retrospektif olarak toplanmıştır. İstatistiksel analizler Jamovi programı ile yapılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya toplam 200 HIV ile yaşayan birey dahil edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 50±8 yıl olup, 136 (%90,7) hasta erkek, 14 (%9,3) hasta ise kadındı. Hastaların ortalama başlangıç CD4+ sayısı 350,9 hücre/mm<sup>3</sup> idi. 77 (%51,7) hastanın aldığı ilk tedavi BIC/FTC/TAF, 36 (%24,2) hastanın aldığı tedavi 3TC + DTG, 36 (%24,2) hastanın aldığı tedavi TDF/FTC + DTG idi. 20 (%13,5) hastada kalp rahatsızlığı vardı, 128(86,5) hastada kalp rahatsızlığı aşkrarlanmamıştı. 135 hastada Framingham ve SCORE2 kardiyovasküler risk yüzdeleri karşılaştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı kabul edilmemiştir.

**Sonuç:** Bu çalışmada, hastanemizde yeni tanı alan HIV ile yaşayan bireylerde Framingham ve SCORE2 kardiyovasküler risk yüzdeleri karşılaştırılmış ve ikisi arasında zayıf düzeyde uyum gözlemlendi. Bu durum HIV pozitif bireylerde geleneksel risk skorlarının benzer eğilimler gösterdiğini ancak immun aktivasyon, kronik inflamasyon ve antiretroviral tedaviye bağlı metabolik etkiler gibi HIV'e özgü faktörlerin bu skorlar tarafından yeterince yansıtılabileceğini düşündürmektedir. Mevcut risk skorlarının gerçek kardiyovasküler riski tam olarak öngöremediği bildirilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, SCORE2, Framingham, Kardiyovasküler hastalıklar

PS-124

### HIV ile Yaşayan Kişilerde İnvaziv Mantar Enfeksiyonların Klinik Özellikleri ve Sonuçları: 26 Hastanın Olgu Serisi

**Sümeýra İstek<sup>1</sup>, Murat Emre Tokur<sup>2</sup>, Dilek Yeşim Metin<sup>3</sup>, Meltem Işıkgöz Taşbakan<sup>1</sup>, Damla Verendağ<sup>1</sup>, Hüsnü Pullukçu<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

<sup>4</sup>İzmir Tınaztepe Üniversitesi Özel Galen Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Son yıllarda ileri evre ile gelen ve geç tanı konulan hasta sayısı oldukça artmaktadır. HIV ile yaşayan bu kişiler, fırsatçı enfeksiyonlar açısından risk altındaki bir gruptur. Bunlardan biri olan invaziv mantar enfeksiyonları özellikle CD4+ T lenfosit sayısı düşük olgularda yüksek mortaliteyle seyretmektedir. Bu çalışmada HIV ile yaşayan kişilerde invaziv mantar enfeksiyonların dağılımı, klinik, laboratuvar ve mikrobiyolojik özelliklerinin güncel tanı kriterlerine göre değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** 2006-2025 yılları arasında Enfeksiyon Hastalıkları ve Göğüs Hastalıkları Solunumsal Yoğun Bakım Ünitesinde invaziv mantar enfeksiyonları nedeniyle hastaneye yatırılan HIV ile yaşayan kişiler retrospektif olarak incelendi. İnvaziv aspergilloz, invaziv kandidiyaz, kriptokokkoz ve Pneumocystis jirovecii pnömonisi (PJP) tanıları, uluslararası kılavuzlardaki güncel tanımlamalara göre değerlendirildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, eşlik eden viral ve bakteriyel enfeksiyonlar, CD4+ T lenfosit sayıları ve viral yük değerleri, saptanan fungal patojenler, enfeksiyon bölgelerine ait bilgiler kaydedildi.

**Bulgular:** Toplam 28 hastada invaziv mantar enfeksiyonu tespit edildi. İnvaziv aspergilloz saptanan iki hasta, hematolojik maliniteleri nedeniyle kemik iliği nakli yapıldığı için değerlendirmeye alınmadı. Hastaların %19,23 (s=5) kadındı. Yaş ortancası 45 yıl [ÇAA: 37–60], CD4+ T lenfosit ortancası 58 hücre/μL [24–96] (min: 3 – maks: 270), viral yük ortancası  $2,5 \times 10^5$  kopya/mL [ $1,0 \times 10^5$ – $5,0 \times 10^5$ ] olarak saptandı. Hastaların %84,61'inde (s=22) CD4+ sayısı < 100 hücre/μL olarak bulundu. En sık fırsatçı enfeksiyon PJP'ydi (%65, s=17). Bunu invaziv kandidiyaz (%30,7 s=8) ve invaziv aspergilloz (%15,38 s=4) izledi. Kriptokokkoz üç olguda (%11,5) görüldü. Enfeksiyon odakları arasında en sık akciğer %53,84 (s=14) ve özofagus %19,23 (s=5) yer aldı. Eşlik eden fırsatçı enfeksiyonlar arasında sitomegalovirüs (CMV) en sık görülen olup %38,5 (s=10) oranında, mikobakteriyel enfeksiyonlar ise %19,2 (s=5) oranında izlendi. Hastaların bilgileri Tablo 1'de detaylı olarak gösterildi.

Tablo 1: Hastaların demografik ve klinik özellikleri

| Hasta no | Cinsiyet | Yaş | CD4 hücre/μL | Viral yük: kopya/mL | PCP | Enfeksiyon odakları   | Patojen     | Eşlik eden fırsatçı enfeksiyonlar | Sonuç   |
|----------|----------|-----|--------------|---------------------|-----|-----------------------|-------------|-----------------------------------|---------|
| 1        | K        | 30  | 25           | 10 <sup>5</sup>     | +   | -                     | -           | -                                 | -       |
| 2        | E        | 64  | 10           | 10 <sup>5</sup>     | +   | -                     | -           | Herpes virüsü                     | -       |
| 3        | K        | 46  | 80           | 10 <sup>5</sup>     | +   | Akciğer               | Aspergillus | CMV                               | Eksitüs |
| 4        | E        | 52  | 72           | 10 <sup>5</sup>     | +   | -                     | -           | CMV                               | -       |
| 5        | E        | 60  | 60           | 10 <sup>5</sup>     | +   | Üriner sistem         | Candida     | CMV                               | -       |
| 6        | E        | 73  | 119          | 6.7x10 <sup>4</sup> | +   | -                     | -           | CMV                               | -       |
| 7        | E        | 57  | 93           | 7.5x10 <sup>4</sup> | +   | -                     | -           | Atipik mikobakteri                | Eksitüs |
| 8        | E        | 52  | 42           | 2.5x10 <sup>4</sup> | +   | -                     | -           | Dissemine tuberkuloz              | -       |
| 9        | E        | 46  | 40           | 10 <sup>5</sup>     | +   | -                     | -           | Atipik mikobakteri                | -       |
| 10       | E        | 33  | 74           | 8.5x10 <sup>4</sup> | +   | Akciğer*              | Aspergillus | -                                 | -       |
| 11       | E        | 33  | 14           | 1776                | +   | Özofagus              | Candida     | -                                 | Eksitüs |
| 12       | E        | 61  | 270          | 1.6x10 <sup>5</sup> | -   | Özofagus              | Candida     | -                                 | -       |
| 13       | E        | 27  | 33           | 2496                | +   | -                     | -           | -                                 | Eksitüs |
| 14       | E        | 25  | 23           | 8.8x10 <sup>4</sup> | +   | -                     | -           | CMV                               | -       |
| 15       | K        | 33  | 3            | 1.5x10 <sup>5</sup> | +   | Akciğer               | Aspergillus | CMV                               | Eksitüs |
| 16       | K        | 48  | 4            | 35x10 <sup>4</sup>  | +   | -                     | -           | CMV                               | -       |
| 17       | E        | 32  | 175          | 4.1x10 <sup>4</sup> | +   | Batın                 | Candida     | Atipik mikobakteri                | -       |
| 18       | E        | 44  | 91           | 2.7x10 <sup>4</sup> | +   | Akciğer               | -           | -                                 | -       |
| 19       | E        | 33  | 22           | 2x10 <sup>5</sup>   | -   | Akciğer               | Aspergillus | CMV                               | -       |
| 20       | E        | 60  | 270          | 3.2x10 <sup>4</sup> | -   | Özofagus              | Candida     | CMV                               | -       |
| 21       | E        | 44  | 67           | 3.3x10 <sup>4</sup> | +   | Merkezi sinir sistemi | Kriptokok   | CMV                               | -       |
| 22       | E        | 64  | 16           | 4.5x10 <sup>4</sup> | -   | Üriner sistem         | Candida     | -                                 | Eksitüs |
| 23       | E        | 23  | 34           | 1.5x10 <sup>4</sup> | -   | Merkezi sinir sistemi | Kriptokok   | -                                 | -       |
| 24       | K        | 51  | 48           | 2.0x10 <sup>4</sup> | -   | Özofagus              | Candida     | -                                 | -       |
| 25       | E        | 38  | 18           | 3.8x10 <sup>4</sup> | -   | Merkezi sinir sistemi | Kriptokok   | -                                 | -       |
| 26       | E        | 56  | 2            | 1.2x10 <sup>4</sup> | -   | Özofagus              | Candida     | -                                 | Eksitüs |

CMV: sitomegalovirüs, E:erkek, K:kadın



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



**Sonuç:** İnvaziv mantar enfeksiyonları, ileri evde HIV enfeksiyonu olan hastalarda yüksek morbidite ve mortalite ile seyretmektedir. Çalışmamız bu konuya dikkati çeken yüksek olgu sayısına sahip çalışmalardan birisidir. Geç tanı alan bu olguların çoğunda CD4<sup>+</sup> T lenfosit sayısı < 100 hücre/μL olup en sık Pneumocystis jirovecii pnömonisi, ardından kandidiyaz, aspergilloz ve kriptokokkoz saptanmıştır. Bulgular, düşük CD4 düzeyi olan hastalarda erken tanı ve hedefe yönelik antifungal tedavinin prognoz açısından önemini vurgulamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** fırsatçı enfeksiyon, invaziv mantar enfeksiyonu

PS-125

### Son Üç Yılda Kliniğimizde Takip Ettiğimiz Relaps {Kriptokokoz} Olgu Derlemesi

Özgür Ogün Sayın<sup>1</sup>, Süheyla Kömür<sup>1</sup>, Damla Ertürk<sup>1</sup>, Ferit Kuşcu<sup>1</sup>, Aslıhan Candevir<sup>1</sup>, Ayşe Seza İnal<sup>1</sup>, Yeşim Taşova<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

**Giriş ve Amaç:** HIV enfeksiyonu, hücrel immünitenin baskılanmasıyla fırsatçı enfeksiyonlara zemin hazırlar. Bu enfeksiyonlar arasında kriptokokoz, özellikle *Cryptococcus neoformans* etkeniyle gelişen ve yüksek mortaliteyle seyreden önemli bir mikozdur. ART yaygınlaşmasına rağmen, tedaviye geç başlanması, antifungal tedavi veya idame tedavisinin aksatılması ve ART'ye düzensiz uyum nedenleriyle tekrarlayan kriptokok enfeksiyonları halen ciddi bir sorundur. Posterimizde, kliniğimizde 2022-2025 yılları arasında izlenen HIV hastalarında gelişen tekrarlayan kriptokok enfeksiyonu olguları klinik özellikleri ve tedavi süreçleriyle sunulmuştur.

**Olgu:** Olgu 1: 46 yaşında erkek hasta, yüz ve kollarında ülsere lezyonlar nedeniyle başvurduğu dermatolojide Anti-HIV pozitif saptanarak yönlendirildi. CD4: 96 (6,8%) olan hastaya TMP-SMX ve BIC/FTC/TAF başlandı. 7. günde bilinç bulanıklığı, ateş ve kusma gelişti. Kriptokok antijeni pozitif, BOS basıncı 30 cm H<sub>2</sub>O, 75 lökosit, kültürde *C. laurentii* üredi. Liposomal amfoterisin-B ve flukonazol sonrası taburcu edilen hasta, flukonazolu 2 hafta sonra bırakmış. 80 gün sonra benzer şikayetlerle başvurdu; BOS basıncı 28 cm H<sub>2</sub>O, 35 lökosit, antijen pozitif, kültürde *C. neoformans* üredi. Aynı tedavi tekrarlandı ve klinik iyilik sağlandı (CD4: 161 [11%], HIV PCR negatif). Olgu 2: 45 yaşında erkek hasta, 2016'da HIV tanısı almış, EVG/COBI/FTC/TDF tedavisini 3 ay sonra bırakmış. Aralık 2024'te ateş, baş ağrısı ve bulantı ile başvurdu (CD4: 8 [2%], HIV RNA: 192.110 kopya/mL). BOS basıncı 44 cm H<sub>2</sub>O, 150 lökosit, Çini mürekkebi negatif, kültürde kriptokok pozitif bulundu. Liposomal amfoterisin-B ve flukonazol başlanarak 29. günde ART, BIC/FTC/TAF olarak revize edildi. Taburculukta flukonazol 800 mg/gün önerilmiş ancak hasta 800 mg/hafta kullanmış. 1 hafta sonra baş ağrısı ve bulantı ile tekrar yatırıldı; PCR ile *Cryptococcus* pozitif bulundu. Liposomal amfoterisin-B ve flukonazol tedavileri tekrarlandı, flukonazol 200 mg/gün idame ile poliklinik takibi sürmektedir. Olgu 3: 21 yaşında erkek hasta, dış merkezde HIV ve kriptokok menenjit tanısı almış, 27 gün liposomal amfoterisin-B ve flukonazol sonrası kendi isteğiyle taburcu edilmiş. İki hafta sonra baş ağrısı artışıyla yatırıldı. LP'de 0 lökosit, 0 eritrosit, açılış basıncı 21 cm H<sub>2</sub>O, CD4: 24 (%3), HIV RNA: 617.100 kopya/mL. BIC/FTC/TAF ve flukonazol 800 mg/gün ile taburcu edilmiş, ancak flukonazolu kullanmamış. İki ay sonra yeniden şiddetli baş ağrısı ve bulantı ile başvurdu; BOS basıncı 40 cm H<sub>2</sub>O, kriptokok antijeni pozitif bulundu. Liposomal amfoterisin-B ve flukonazol yeniden başlandı, LP'lerle basınç düşüşü ve klinik düzelme izlendi, hasta konsolidasyon tedavisiyle izlenmektedir.

**Sonuç:** HIV enfeksiyonunda kriptokok hastalığının tedavi sürecine uyumun önemini vurgulamaktadır. Antifungal tedavilerin düzensiz veya erken kesilmesi, enfeksiyonun tekrarlamasına ve mortalitenin artmasına yol açabilmektedir. Hastalara tedavinin önemini kullanımı doğru anlatmak üzerimize düşen görevdir.

**Anahtar Kelimeler:** Hiv, Kriptokok, Aids

PS-126

### HIV ile Yaşayan Kişilerde HPV Bilgi Düzeyi, Aşılama Oranları ve Belirleyicileri: Kesitsel Bir Çalışma

**Özlem Gül<sup>1</sup>, Nazife Duygu Demirbaş<sup>1</sup>, Ceren Atasoy Tahtasakal<sup>1</sup>, Okan Derin<sup>1</sup>, Ahsen Öncül<sup>1</sup>, Dilek Yıldız Sevgi<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji*

**Giriş ve Amaç:** HIV ile yaşayan kişiler HPV enfeksiyonu ve buna bağlı kanserlere karşı artmış duyarlılıkları nedeniyle aşılama açısından öncelikli bir risk grubudur (1,2). Aşılama önündeki engellerin belirlenmesi, etkili korunma stratejilerinin geliştirilmesi için önem taşımaktadır. Bu çalışma, Türkiye’de HIV ile yaşayan kişilerde HPV hakkındaki bilgi düzeyini, aşıya yönelik tutumları ve aşılama oranlarını etkileyen sosyodemografik ve klinik faktörleri değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

**Olgu:** Yöntem: Bu kesitsel gözlemsel çalışma, 01.04.24-01.07.24 tarihleri arasında hastanemizde takip edilen 18 yaş ve üzeri HIV ile yaşayan kişiler arasında yürütüldü. Katılımcılara yüz yüze uygulanan yapılandırılmış bir anketle demografik özellikler, hastalık öyküsü, HPV bilgisi ve HPV aşısına yönelik tutumlar değerlendirildi. Çalışma için Etik Kurul onayı alındı. Tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra veriler anonim olarak toplanarak kaydedildi. Bulgular: Çalışmaya 120 HIV ile yaşayan kişi katıldı; %92,5’i erkek, %6,7’si kadın, %0,8’i trans bireydi. Katılımcıların %16,7’si 25 yaş altı, %37,5’i 25–35 yaş aralığında, %32,5’i 35–45 yaş aralığında, %13,3’ü 45 yaş üzerindedir. Tüm katılımcılar en az ilköğretim mezunuydu; %43,3’ü üniversite, %16,7’si lisansüstü düzeyde eğitim almıştı. Cinsel yönelimler %42,5’i homoseksüel, %32,5’i heteroseksüel, %16,7’si biseksüel olarak tanımlandı. Katılımcıların %26,7’sinin HPV, %52,5’inin başka bir CYBH geçirme öyküsü vardı. HPV hakkında bilgisi olduğunu belirtenlerin oranı %60,0 idi. Doğru bilgi oranları “HPV sigile yol açar” için %55,8, “HPV kansere neden olur” için %48,3 bulundu. “Yalnızca kadınlarda görülür” veya “sadece homoseksüel erkeklerde olur” ifadeleri %95’in üzerinde doğru biçimde reddedildi. “Kondom HPV’yi tamamen önler” ifadesi en düşük doğruluk oranına sahipti (%28,3). Bilgi düzeyi eğitim (p=0,015), yaş (p=0,002) ve cinsel yönelim (p=0,012) ile anlamlı ilişkiliydi. Üniversite mezunlarında (%69,6), heteroseksüel olmayan bireylerde (%68,6) ve HPV/CYBH öyküsü olanlarda (%90,6) bilgi oranı daha yüksekti. HPV aşısı farkındalığı %40,8, aşılama oranı %12,5 idi. Başlıca aşılama nedenleri bilgi eksikliği (%48,6) ve maliyet (%21,0) idi. Hekimden bilgi alanlarda aşılama %45,8, diğerlerinde %4,2 bulundu (p < 0,001). Katılımcıların %48,6’sı aşının ücretsiz olması halinde aşı yaptıracaklarını belirtti.

**Sonuç:** Çalışmamızda HIV ile yaşayan bireylerde HPV farkındalığı orta düzeyde olmasına rağmen aşılama oranı belirgin biçimde düşük saptanmış olup bu çalışma farkındalık ile gerçek aşılama davranışı arasında belirgin bir boşluk olduğunu ortaya koymuştur. Aşılama oranı düşük katılımcıların yaklaşık yarısı yalnızca aşının ücretsiz olması durumunda aşı yaptıracaklarını belirtmiş, bu da maliyetin temel belirleyici faktörlerden biri olduğunu göstermiştir. Ücretsiz aşılama programlarının yaygınlaştırılması ve hekimlerin aşı önerilerinin güçlendirilmesi, bu yüksek riskli grupta HPV ilişkili hastalık yükünü azaltmak açısından kritik öneme sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, HPV, Aşılama, Farkındalık, Maliyet



PS-127

### HIV ile Yaşayan Kişilerde CMV Retinititi: Kliniğimizdeki Olguların Klinik Özellikleri ve Tedavi Sonuçları

Ayşe Akkaya<sup>1</sup>, Damla Ertürk<sup>1</sup>, Ebru Esen<sup>2</sup>, Süheyla Kömür<sup>1</sup>, Ferit Kuşcu<sup>1</sup>, Ayşe Seza İnal<sup>1</sup>, Behice Kurtaran<sup>3</sup>, Aslıhan Candevir<sup>1</sup>, Yeşim Taşova<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Adana Acıbadem Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

**Giriş ve Amaç:** Sitomegalovirüs (CMV) retinititi, ileri evre HIV enfeksiyonunda (özellikle CD4 < 50 hücre/mm<sup>3</sup>) en sık görülen CMV uç-organ tutulumudur. Etkin ART sonrası sıklığı azalmış olsa da, geç tanı alan veya tedaviye uyumsuz hastalarda görme kaybına yol açabilmektedir. Klinik olarak hemorajik (fulminan), granüler ve nadiren frosted branch anjiti paternlerinde görülür. Zon 1 (makula/optik sinir çevresi) tutulumu prognozu kötüleştirir. ART sonrası immün toparlanma üveiti (IRU) gelişebilir ve takipte önemlidir. Bu çalışmada kliniğimizde takipli HIV ile yaşayan kişilerde CMV retinitinin klinik özellikleri, tedavi yaklaşımları ve kısa dönem sonuçları değerlendirildi. 2022–2025 yılları arasında takip edilen 750 hastadan CMV retinititi gelişen 8 olgu retrospektif olarak incelendi.

**Olgu:** Toplam 8 hasta (tamamı erkek, ortalama yaş 32 yıl [29-34]) dâhil edildi. Tanı sıralaması açısından hastaların 4'ünde HIV enfeksiyonu tanısı CMV retinitinden önce, 3'ünde eş zamanlı, 1'inde ise CMV retinititi HIV tanısından önceydi. Hastaların 4'ünde her iki gözde, diğer 4'ünde ise tek gözde CMV retinititi ile uyumlu bulgu saptandı. En sık zon 1 yerleşimi izlendi; bunu zon 2 ve zon 3 tutulumları takip etti. Başlangıçta CD4 ortalama 36 hücre/mm<sup>3</sup>, CD4/CD8 oranı ortalama 0,05 idi. ART başlanan hastalarda 6. ayda CD4 ortalama 244, 12. ayda 278 hücre/mm<sup>3</sup>e yükselirken HIV-RNA düzeyleri 12. ayda negatifti. ART başlanan hastaların ikisinde IRU gelişti. Altı hastada eşlik eden başka enfeksiyon mevcuttu, 2'sinde bakteriyel pnömoni, 1'inde PCP pnömonisi, 1'inde akciğer MAC enfeksiyonu, 1'inde akciğer TBC + osteomyelit ve 1'inde kandida mukoziti saptandı. İki hastada CMV'ye bağlı başka uç-organ tutulumu vardı (ensefalit, pnömoni). Sistemik antiviral tüm hastalara (başlangıçta valgansiklovir/IV gansiklovir, yanıtızsız veya toksisite durumunda 3 hastada foskarnet) verildi; 2 hastada intravitreal gansiklovir, 5 hastaya topikal steroid ve 2 hastaya sistemik steroid uygulandı. Yan etkiler; kemik iliği depresyonu (n=1) ve renal toksisite (n=1) idi. İzlem sürecinde hastaların 4'ü tamamen iyileşti, 1'inde nüks görüldü ve 3 hastanın tedavisi devam etmektedir.

**Sonuç:** CMV retinititi, ileri evre HIV enfeksiyonunda görme kaybına yol açabilen ciddi bir fırsatçı enfeksiyon olmaya devam etmektedir. Çalışmamız, olguların tanı anındaki immünsüpresif durumunun, geç başvuru ve yüksek hastalık yükünün önemini göstermektedir. Erken tanı ile birlikte uygun lokal ve sistemik antiviral tedavinin hızlı başlanması, çoğu hastada görme fonksiyonunun korunmasını sağlamıştır. Antiviral tedavinin, antiretroviral tedaviyle birlikte ve uygun zamanda verilmesi, hastalık kontrolü ile klinik iyileşme oranlarını anlamlı ölçüde artırmaktadır. ART sonrası immün rekonstrüksiyon sürecinde gelişebilen IRU, dikkatli izlem gerektiren bir durum olarak öne çıkmıştır. Bulgularımız, HIV ile yaşayan kişilerde oftalmolojik muayenenin, erken tanı ve uygun antiviral tedaviyle birlikte multidisipliner yaklaşımla morbiditeyi belirgin şekilde azalttığını göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Aniretroviral tedavi, HIV, Sitomegalavirüs retinititi, İmmün toparlanma üveiti



PS-128

### HIV ile Yaşayan Kişilerde Elektronik Sigara Farkındalık ve Kullanım Durumunun Değerlendirilmesi

*Damla Ertürk<sup>1</sup>, Kübra Bavlı<sup>1</sup>, Ferit Kuşcu<sup>1</sup>, Pelin Duru Çetinkaya<sup>2</sup>, Ayşe Seza İnal<sup>1</sup>, Süheyla Kömür<sup>1</sup>, Aslıhan Candevir<sup>1</sup>, Yeşim Taşova<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

<sup>2</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları

**Giriş ve Amaç:** HIV ile yaşayan kişilerde sigara kullanımı, genel popülasyona göre daha yüksek olup mortalite ve sigara ilişkili komorbiditelerin (kardiyovasküler hastalıklar, KOAH, maligniteler) gelişme riskini artırmaktadır. Ayrıca sigara, antiretroviral tedaviye uyumu olumsuz etkileyerek HIV bakımında ek bir engel oluşturmaktadır. Bu nedenle sigara bağımlılığı ve bırakma davranışlarının HIV klinik pratiğinde değerlendirilmesi kritik öneme sahiptir. Son yıllarda elektronik sigaralar, geleneksel sigaralara alternatif veya sigara bırakma yöntemi olarak gündeme gelmiş; ancak etkinliği ve güvenilirliği konusunda çelişkili veriler bulunmaktadır. Bu çalışmada HIV ile yaşayan kişilerde nikotin bağımlılık düzeyinin, sigara bırakma girişimlerinin ve e-sigara farkındalık durumlarının araştırılması amaçlanmıştır.

**Olgu:** Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki bu çalışma, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları polikliniğine başvuran HIV ile yaşayan kişilerde yürütülmüştür. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, sigara kullanım öyküleri ve bırakma girişimleri anket ile sorgulanmıştır. Nikotin bağımlılığı Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile değerlendirilmiştir. E-sigara farkındalığı ve algısı da ayrıca incelenmiştir. Veriler SPSS 25.0 ile analiz edilmiştir. Bulgular: Çalışmaya 88 HIV pozitif kişi dahil edilmiştir (yaş ort.  $40.8 \pm 10.9$  yıl; %97.7 erkek). İlk sigara içme yaşı  $18.3 \pm 4.9$  yıl, ortalama paket-yıl değeri  $22.3 \pm 18.0$ 'dir. Katılımcıların %62.5'i hekim önerisi almış, %76.1'i en az bir kez bırakma girişiminde bulunmuştur; ancak sadece %18.2'si profesyonel destek almıştır. Ortalama Fagerström bağımlılık puanı  $3.94 \pm 2.55$  olup düşük-orta düzeydedir. Eğitim düzeyi düşük olanlarda bağımlılık puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $p=0.020$ ). E-sigara hakkında bilgi kaynağı en sık arkadaş çevresidir (%60.2). Katılımcıların yalnızca %21.6'sı e-sigaranın tütün ürünü olduğunu bilmekte, %10.2'si sigara bırakma yöntemi olarak görmektedir. Çoğunluk (%76.1) e-sigaranın sağlığa zararlı olduğunu belirtmiştir.

**Sonuç:** Çalışmamız HIV ile yaşayan kişilerde sigara bağımlılığının yaygın olduğunu göstermektedir. Katılımcıların büyük kısmı sigarayı bırakma girişiminde bulunmuş olsa da, profesyonel destek alma oranı oldukça düşüktür. Özellikle düşük eğitim düzeyine sahip olanlarda bağımlılık puanlarının daha yüksek bulunması, bu grubun daha kırılgan olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca e-sigara hakkındaki bilgi eksiklikleri ve yanlış algılar (örneğin tütün ürünü olmadığını sanma veya sigaradan daha az zararlı görme) dikkat çekicidir. Bu durum, HIV ile yaşayan kişiler için planlanacak sigara bırakma hizmetlerinde sadece nikotin bağımlılığının değil, aynı zamanda e-sigaraya ilişkin doğru bilgi aktarımının da hedeflenmesi gerektiğini göstermektedir. Multidisipliner yaklaşımla HIV kliniklerine entegre edilecek sigara bırakma programları, mortaliteyi ve sigara ilişkili ek hastalıkları azaltmada kritik rol oynayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, sigara, nikotin bağımlılığı, Fagerström testi, elektronik sigara

PS-129

### HIV Enfeksiyonu Olan Bir Hastada Granülomatöz Lenfadenopati: Olgu Sunumu

Gülcan Özdemir<sup>1</sup>, Dilara İnan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Human immunodeficiency virus (HIV) enfeksiyonunda lenfadenopati sık görülen bir bulgu olup, ayırıcı tanıda enfeksiyöz, reaktif ve neoplastik nedenler yer alır. İmmün durumu iyi seyreden olgularda granülomatöz lenfadenopati (LAP) maligniteyi taklit edebilir ve tanısal açıdan güçlük oluşturabilir. Bu olgu, uzun süredir antiretroviral tedavi (ART) altında olan bir HIV hastasında gelişen granülomatöz lenfadenopatiye tanısal yaklaşımı sunmaktadır.

**Olgu:** Kırk yaşında kadın hasta, Haziran 2009'da HIV tanısı aldı ve ART başlandı. Hastaya tanı konulduğunda HIV RNA 73732 k/ml, CD4 T lenfosit sayısı: 307 hücre/mm<sup>3</sup> idi. Farklı rejimler kullanılan hasta 2024 yılından bu yana tenofovir disoproksil fumarate/emtricitabine + dolutegravir içeren ART rejimi kullanmaktadır. 28 Şubat 2025'te, yaklaşık iki aydır büyüyen sağ supraklaviküler şişlik ve öksürük şikâyetiyle başvurdu. HIV RNA negatif, CD4 T lenfosit sayısı: 1064 hücre/mm<sup>3</sup> idi. Hastanın öyküsünde çiğ süt ve peynir tüketimi, hayvan teması ve kaynak suyu içme mevcuttu. Son bir haftadır üşüme–titreme ve ateş tariflemekteydi; kilo kaybı ve gece terlemesi yoktu. İleri tetkik amaçlı yatırıldı. Muayenede sağ supraklaviküler ve aksiller bölgede ağrılı LAP saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografi (BT)'de 22×13 mm'ye ulaşan aksiller LAP'ler ve 13 mm'lik pulmoner nodül izlendi. Etiyolojik araştırma kapsamında serolojik testler, viral solunum paneli ve tüm vücut BT istendi. Hastaya yapılan pozitron emisyon tomografisi (PET)–BT'de, sağ supraklaviküler ve aksiller lenf nodlarında artmış FDG tutulumu (SUVmax: 7–8), ayrıca akciğerde düşük metabolik aktivite (SUVmax: 1.4) gösteren nodüler lezyonlar saptandı. PET-BT'deki yüksek FDG tutulumu nedeniyle malignite dışlanmadan önce multidisipliner değerlendirme yapıldı. Genel cerrahi tarafından yapılan kor biyopsi tanımlayıcı olmadı; ardından eksizyonel biyopsi gerçekleştirildi. Histopatolojik incelemede kronik non-nekrotizan granülomatöz lenfadenit saptandı ve tüberküloz (TB) açısından şüpheli olarak değerlendirildi. Göğüs hastalıkları bronkoalveolar lavaj ve endobronşiyal ultrason gibi ileri invaziv işlem planlamadı. Klinik, laboratuvar, radyolojik ve histopatolojik bulgular birlikte değerlendirilerek tüberküloz lenfadeniti ön tanısıyla 9 Eylül 2025 tarihinde anti-TB tedavi başlandı. Tedavi sonrası ateş ve öksürük yakınmalarında gerileme izlendi, genel durumu düzeldi. Hasta hâlen Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği tarafından izlenmekte olup tedaviye yanıtı stabil seyretmektedir.

**Sonuç:** Bu olgu, immün durumu iyi seyreden bir HIV hastasında dahi granülomatöz lenfadenopatinin geniş bir ayırıcı tanı gerektirdiğini göstermektedir. Klinik ve görüntüleme bulguları tek başına tanı koydurucu olmayıp, histopatolojik doğrulama ve multidisipliner değerlendirme tanısal sürecin temelini oluşturur. HIV enfeksiyonu olan hastalarda lenfadenopati saptandığında, tüberküloz lenfadeniti olasılığı daima göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** hiv, tüberküloz, lenfadenopati, malignite, nedeni bilinmeyen ateş

### PS-130

#### Antiretroviral Tedavi Alan HIV ile Yaşayan Bireylerde İmmünolojik ve Virolojik Diskordans: Yaş ve Sifiliz İlişkisi

Gülce Eylül Aldemir<sup>1</sup>, Enes Dalmanoğlu<sup>1</sup>, Yeşim Çağlar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi

**Giriş ve Amaç:** HIV ile yaşayan bireylerde 12 aylık antiretroviral tedavi sonrası virolojik ve immünolojik yanıtın kombine değerlendirilerek konkordans ve diskordans paternlerini belirlemek, yaş ve sifiliz seropozitifliği ile ilişkisini incelemek ve tedavi rejimlerinin etkinliğini karşılaştırmaktır.

**Gereç ve Yöntemler:** Bu retrospektif kohort çalışmasına merkezimizde takip edilen 48 HIV ile yaşayan birey dahil edildi. Tedavi başlangıcı ve 12. ay HIV RNA ile CD4+ T lenfosit değerleri kaydedildi. Virolojik ve immünolojik yanıt kombine edilerek sınıflandırıldı: Konkordans (HIV RNA < 50 kopya/mL ve CD4+ artış  $\geq 50$  hücre/ $\mu$ L veya > 350 hücre/ $\mu$ L), İmmünolojik diskordans (HIV RNA < 50 kopya/mL ve CD4+ artış < 50 hücre/ $\mu$ L veya < 200 hücre/ $\mu$ L), Virolojik diskordans (HIV RNA  $\geq 50$  kopya/mL ve CD4+ artış  $\geq 50$  hücre/ $\mu$ L), Tam diskordans (HIV RNA  $\geq 50$  kopya/mL ve CD4+ artış < 50 hücre/ $\mu$ L). Bireyler tedavi rejimlerine göre üç gruba ayrıldı: Grup 1 (biktegravir/tenofovir alafenamid/emtricitabine, n=36), Grup 2 (dolutegravir bazlı, n=9), Grup 3 (diğer, n=3). Mann-Whitney U ve Fisher exact testleri kullanıldı, p < 0,05 anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Tedavi başlangıcı ortalama CD4+ 364,6 $\pm$ 251,0 hücre/ $\mu$ L, HIV RNA 70.347,8 $\pm$ 145.788,1 kopya/mL idi. 12. ayda %91,7 (44/48) virolojik baskı sağlandı. Kombine değerlendirmede 39 birey (%81,3) konkordans, 9 birey (%18,8) diskordans grubunda yer aldı. Tedavi rejimlerine göre sonuçlar Tablo 1'de sunulmuştur. Diskordans gösteren bireylerin ortalama yaşı (48,4 $\pm$ 8,5 yıl) konkordans gösterenlerden (39,8 $\pm$ 12,9 yıl) anlamlı derecede yüksekti (p=0,024). Diskordans grubunda sifiliz (TPHA pozitifliği) oranı sayısal olarak yüksek bulundu (%57,1 vs %24,4, p=0,081) (Tablo 2). Diskordans gösteren bireylerin ortalama yaşı anlamlı derecede yüksekti. Diskordans grubunda sifiliz seropozitifliği sayısal olarak yüksek bulundu ancak istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı.

#### Tedavi Rejimlerine Göre 12 Aylık Virolojik ve İmmünolojik Yanıt Karşılaştırması

| Parametre                          | Grup 1 BIC/TAF/FTC (n=36) | Grup 2 DTG bazlı (n=9)    | Grup 3 Diğer (n=3)        | p değeri |
|------------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|----------|
| Başlangıç HIV RNA (kopya/mL)       | 32.328,1 $\pm$ 64.511,7   | 218.542,3 $\pm$ 261.458,6 | 165.233,3 $\pm$ 198.745,2 | 0,168    |
| Başlangıç CD4+ (hücre/ $\mu$ L)    | 375,4 $\pm$ 260,2         | 325,1 $\pm$ 255,8         | 298,7 $\pm$ 275,4         | 0,621    |
| 12. ay HIV RNA <50 kopya/mL, n (%) | 33 (91,7)                 | 8 (88,9)                  | 3 (100)                   | 0,834    |
| CD4+ değişimi (hücre/ $\mu$ L)     | +171,6 $\pm$ 239,0        | +185,4 $\pm$ 268,5        | +166,6 $\pm$ 235,2        | 0,895    |

#### Kombine değerlendirme

| Kombine değerlendirme         |           |          |          |       |
|-------------------------------|-----------|----------|----------|-------|
| Konkordans, n (%)             | 27 (75,0) | 7 (77,8) | 2 (66,7) | 0,712 |
| İmmünolojik diskordans, n (%) | 6 (16,7)  | 1 (11,1) | 1 (33,3) | 0,564 |
| Virolojik diskordans, n (%)   | 2 (5,6)   | 0 (0)    | 0 (0)    | 0,698 |
| Tam diskordans, n (%)         | 1 (2,8)   | 1 (11,1) | 0 (0)    | 0,485 |



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



### Konkordans ve Diskordans Gruplarının Karşılaştırması

| Parametre               | Diskordans (n=9) | Konkordans (n=39) | p değeri |
|-------------------------|------------------|-------------------|----------|
| Yaş (yıl), ort±SS       | 48,4±8,5         | 39,8±12,9         | 0,024    |
| Erkek, n (%)            | 9 (100,0)        | 32 (82,1)         | 0,209    |
| TPHA pozitifliği, n (%) | 5 (57,1)         | 9 (24,4)          | 0,081    |

**Sonuç:** İntegraz inhibitörü bazlı tedavi rejimlerinde yüksek oranda virolojik baskı sağlanmasına rağmen, hastaların %18,8'inde diskordans gelişmesi, sadece virolojik yanıtın izlenmesinin yeterli olmadığını göstermektedir. İleri yaşın diskordans için anlamlı risk faktörü olması, immün yaşlanmanın CD4+ yanıtını olumsuz etkilediğini düşündürmektedir. Diskordans grubunda sifiliz seropozitifliği oranının yüksek olması, ko-enfeksiyonların immünolojik yanıtı etkileyebileceğini göstermekte olup, bu ilişkinin geniş hasta gruplarında araştırılması planlanmaktadır. Biktegravir ve dolutegravir bazlı rejimler arasında fark bulunmamıştır. Sonuç olarak; HIV takibinde diskordansı etkileyen ko-enfeksiyonlar, yetersiz beslenme, ilaç direnci, ilaç etkileşimleri gibi düzeltilebilir faktörler ve fırsatçı enfeksiyonlar açısından dikkatli değerlendirme önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, antiretroviral tedavi, immünolojik diskordans, yaş, sifiliz

### PS-131

#### Kliniğimizde Kriptokokkoz Tanısı Alan HIV/AIDS Olgularının Retrospektif İncelenmesi

**Egemen Özdemir<sup>1</sup>** , Züleyha Ölgün<sup>1</sup> , Hazel Öztürk Belik<sup>1</sup> , Uğur Önal<sup>1</sup> , Esra Kazak<sup>1</sup> , Yasemin Heper<sup>1</sup> , Emel Yılmaz<sup>1</sup> , Beyza Ener<sup>2</sup> , Halis Akalın<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Kriptokokkoz, kriptokok türlerinin neden olduğu fırsatçı mantar enfeksiyonudur. Santral sinir sistemi (SSS) en sık tutulum yeri olup subakut-kronik meningoensefalit ile seyredebilir. Özellikle AIDS evresinde önemli bir mortalite nedenidir. Bu çalışmada, merkezimizde son 15 yıl içinde kriptokokkoz tanısı konan HIV/AIDS hastalarının epidemiyolojik ve klinik özelliklerinin paylaşılması amaçlandı. Hastane bilgi sisteminde 1 Ocak 2010 – 30 Eylül 2025 tarihleri arasında kriptokokkoz tanı kodu girilen, mikrobiyolojik kanıt saptanan ve HIV/AIDS tanılı erişkin hastalar retrospektif olarak değerlendirmeye dahil edildi.

**Olgu:** Kriptokokkoz tanısı alan 12 olgunun altısı HIV/AIDS hastalarından oluşmaktaydı. İkiisi önceden tanı almış fakat takipsiz, dördü ise kriptokokkoz sonrası yeni tanı alan hastalardı. Tanıda hastaların ortalama HIV-1 RNA'sı 322.167 kopya/mL, ortalama CD4+T lenfosit sayısı ise 71 hücre/mm<sup>3</sup> bulundu. Beş hastada SSS tutulumu, ikisinde pulmoner tutulum, birinde kan dolaşımı enfeksiyonu ve birinde cilt tutulumu vardı. SSS tutulumu olan beş hastanın üçünde başvuru anında ateş ve bilinç bozukluğu, ikisinde baş ağrısı varken fizik muayenede yalnızca bir hastada ense sertliği saptandı. Ortalama semptom süresi 3,5 hafta olarak bulundu. Hastaların tümünde BOS basıncı artmıştı. Ortalama BOS lökosit sayısı 85 hücre/mm<sup>3</sup> bulundu. Dört hastada BOS'un çini mürekkebiyle incelemesinde kapsüllü maya hücreleri görüldü, tüm hastalarda BOS'ta *Cryptococcus neoformans* üredi (Tablo 2). Hastaların görüntüleme bulgularında üç hastada meningovaskülitik tutulum, ikisinde meningoensefalit lehine parankimal kontrastlanma artışı, ikisinde ise kriptokokkoma mevcuttu. İndüksiyon tedavisi için hiçbir hastaya flusitozin temin edilemedi. Hastalara tedavi sürecinin bir parçası olarak kafa içi basınç artışını önlemek için boşaltıcı lomber ponksiyon (LP) yapıldı. Dış merkezde tanı öncesi antiretroviral tedavi (ART) başlanan ikisi haricindekilere dördüncü haftadan sonra ART başlandı. Bir hastada bağışıklığın yeniden yapılanmasına bağlı yangı sendromu (BYYS) gelişti. Kriptokokkoz tanısı alan altı hastadan ikisi takipte eksitus olurken, diğerleri indüksiyon ve konsolidasyon tedavisi sonrası taburcu edildi.

**Tablo-1:** Hastaların demografik ve klinik özellikleri

| Değişkenler        | Olgu 1                                  | Olgu 2                 | Olgu 3                 | Olgu 4                               | Olgu 5                | Olgu 6                |
|--------------------|-----------------------------------------|------------------------|------------------------|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Yaş (yıl)          | 19                                      | 40                     | 39                     | 28                                   | 42                    | 41                    |
| Cinsiyet           | Kadın                                   | Erkek                  | Erkek                  | Erkek                                | Erkek                 | Erkek                 |
| Tanı yılı          | 2013                                    | 2021                   | 2022                   | 2024                                 | 2025                  | 2025                  |
| Uyruk              | Yabancı uyruklu                         | Türk vatandaşı         | Türk vatandaşı         | Türk vatandaşı                       | Türk vatandaşı        | Türk vatandaşı        |
| HIV Tanısı         | Yeni tanı                               | Önceden tanı, takipsiz | Önceden tanı, takipsiz | Yeni tanı                            | Yeni tanı             | Yeni tanı             |
| Kriptokokkoz formu | Santral sinir sistemi, pulmoner ve cilt | Santral sinir sistemi  | Santral sinir sistemi  | Pulmoner ve kan dolaşımı enfeksiyonu | Santral sinir sistemi | Santral sinir sistemi |

|                                                 |         |         |       |         |         |         |
|-------------------------------------------------|---------|---------|-------|---------|---------|---------|
| HIV-1 RNA (kopya/ml)                            | 158.069 | 150.139 | 2.253 | 775.368 | 393.283 | 453.890 |
| CD4+ T lenfosit sayısı (hücre/mm <sup>3</sup> ) | 43      | 187     | 37    | 8       | 37      | 115     |
| CD4/8 T lenfosit oranı                          | 0,1     | 0,2     | 0,08  | 0,02    | 0,05    | 0,1     |
| Semptom süresi (hafta)                          | 8       | 1       | 4     | 3       | 4       | 1       |

**Tablo-2:** Hastaların BOS bulguları, tanısal test ve kültür sonuçları

| Değişkenler                             | Olgu 1                          | Olgu 2                          | Olgu 3                           | Olgu 4*                          | Olgu 5                          | Olgu 6                          |
|-----------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Lökosit sayısı (hücre/mm <sup>3</sup> ) | 10                              | 201                             | 30                               | 0                                | 87                              | 98                              |
| Mononükleer hücre oranı (%)             | 80                              | 91                              | 80                               | -                                | 95                              | 98                              |
| Glukoz (mg/dL)                          | 42                              | 20                              | <5                               | 42                               | 14                              | 27                              |
| BOS/Serum Glukoz Oranı                  | 0,4                             | 0,2                             | 0,04                             | 0,4                              | 0,1                             | 0,2                             |
| Protein (mg/dL)                         | 48                              | 136                             | 1257                             | 27                               | 115                             | 225                             |
| Klor (meq/L)                            | 135                             | 123                             | 94                               | 122                              | 115                             | 114                             |
| LDH (U/L)                               | 30                              | 43                              | 411                              | 23                               | 41                              | 53                              |
| Gram boyama                             | Maya hücreleri görüldü          | Maya hücresi görülmeydi         | Maya hücresi görülmeydi          | Maya hücresi görülmeydi          | Maya hücreleri görüldü          | Maya hücreleri görüldü          |
| Çini Mürekkebi                          | Kapsüllü maya hücreleri görüldü | Kapsüllü maya hücreleri görüldü | Kapsüllü maya hücresi görülmeydi | Kapsüllü maya hücresi görülmeydi | Kapsüllü maya hücreleri görüldü | Kapsüllü maya hücreleri görüldü |
| PCR**                                   | Çalışılmadı                     | Çalışılmadı                     | Çalışılmadı                      | Negatif                          | C.neoformans/gatti              | C.neoformans/gatti              |
| BOS Kültürü                             | C.neoformans                    | C.neoformans                    | C.neoformans                     | Mantar üremesi olmadı            | C.neoformans                    | C.neoformans                    |
| BOS kriptokok antijen testi             | Çalışılmadı                     | Pozitif                         | Pozitif                          | Çalışılmadı                      | Pozitif                         | Pozitif                         |
| Serum kriptokok antijen testi           | Çalışılmadı                     | Pozitif                         | Pozitif                          | Çalışılmadı                      | Pozitif                         | Pozitif                         |
| Kan kültürü                             | Üreme olmadı                    | Üreme olmadı                    | Üreme olmadı                     | C.neoformans                     | Üreme olmadı                    | Üreme olmadı                    |

\***Olgu 4**, SSS tutulumu olmayan olgudur, \*\* **PCR Paneli:** FilmArray menenjit/ensefalit paneli (BioFire Diagnostics®, Salt Lake City, UT, Amerika Birleşik Devletleri) kullanılmış olup *C.neoformans/gatti* pozitifliği şeklinde sonuçlanmış, tür düzeyinde ayrımı yapılamamıştır.



**Tablo-3: Tedavi Rejimi ve Prognoz**

| Özellik                                                                          | Olgu 1                                 | Olgu 2                                                                  | Olgu 3                                                                  | Olgu 4                                                                  | Olgu 5                                                                  | Olgu 6                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| İndüksiyon Tedavi Rejimi                                                         | Flukonazol<br>2x800 mg *               | Lipozomal<br>Amfoterisin B<br>1x4 mg/kg<br>+<br>Flukonazol<br>1x400 mg. | Lipozomal<br>Amfoterisin B<br>1x3 mg/kg<br>+<br>Flukonazol<br>1x800 mg. | Lipozomal<br>Amfoterisin B<br>1x3 mg/kg<br>+<br>Flukonazol<br>1x400 mg. | Lipozomal<br>Amfoterisin B<br>1x4 mg/kg<br>+<br>Flukonazol<br>1x800 mg. | Lipozomal<br>Amfoterisin B<br>1x5 mg/kg<br>+<br>Flukonazol<br>1x800 mg. |
| İndüksiyon Tedavi Süresi (hafta)                                                 | 6                                      | 2                                                                       | 3 gün                                                                   | 2                                                                       | 4                                                                       | 4                                                                       |
| Konsolidasyon Tedavi Rejimi                                                      | Flukonazol<br>1x400 mg                 | Flukonazol<br>1x800 mg                                                  | Hasta eksitus<br>olduğundan<br>alamadı                                  | Flukonazol<br>1x400 mg                                                  | Flukonazol<br>1x400 mg                                                  | Flukonazol<br>1x400 mg                                                  |
| Konsolidasyon Tedavi Süresi (hafta)                                              | 8                                      | 8                                                                       | -                                                                       | 8                                                                       | 8                                                                       | 8                                                                       |
| İdame Tedavi                                                                     | Hasta eksitus<br>olduğundan<br>alamadı | Flukonazol<br>1x400 mg                                                  | Hasta eksitus<br>olduğundan<br>alamadı                                  | Flukonazol<br>1x200 mg                                                  | Flukonazol<br>1x200 mg                                                  | Flukonazol<br>1x200 mg                                                  |
| İdame Tedavi Süresi (ay)                                                         | -                                      | 13                                                                      | -                                                                       | 12                                                                      | 12                                                                      | 12                                                                      |
| ART Başlanma Zamanı                                                              | 6. hafta                               | Kriptokokkoz<br>tanısı öncesi<br>başlanmış                              | Kriptokokkoz<br>tanısı öncesi<br>başlanmış                              | 5. hafta                                                                | 7. hafta                                                                | 5. hafta                                                                |
| Başlanan ART Rejimi                                                              | TDF/FTC+EFV                            | BIC/TAF/FTC                                                             | TDF/FTC+DTG                                                             | BIC/TAF/FTC                                                             | BIC/TAF/FTC                                                             | BIC/TAF/FTC                                                             |
| ART Sekizinci Haftasında Kontrol HIV-1 RNA (kopya/ml)                            | 59                                     | 76                                                                      | Eksitus                                                                 | Veri eksik                                                              | 57                                                                      | 1043                                                                    |
| ART Sekizinci Haftasında Kontrol CD4+ T lenfosit sayısı (hücre/mm <sup>3</sup> ) | 40                                     | 203                                                                     | Eksitus                                                                 | Veri eksik                                                              | 117                                                                     | 224                                                                     |
| Sonuç                                                                            | EKSİTUS                                | ŞİFA İLE<br>TABURCU                                                     | EKSİTUS                                                                 | ŞİFA İLE<br>TABURCU                                                     | ŞİFA İLE<br>TABURCU                                                     | ŞİFA İLE<br>TABURCU                                                     |

\*Olgu 1’de lipozomal amfoterisin B ilk dozundan sonra şiddetli alerjik reaksiyon geliştiğinden ve flusitozin temin edilemediğinden yüksek doz flukonazol rejimi uygulandı.

BIC: biktegravir, DTG: dolutegravir, EFV: efavirenz, FTC: emtrisitabin, TAF: tenofovir alafenamid, TDF: tenofovir disoproksil fumarat.



# HIV/AIDS 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



**Sonuç:** Günümüzde etkili ART seçeneklerine karşın geç tanı alan HIV/AIDS hastalarında kriptokokkoz önemli ve mortal seyredebilen fırsatçı enfeksiyonlardandır. Tanısal süreçte görüntüleme ve BOS bulguları yol gösterici olabilir. Kriptokok antijen testleri ile BOS moleküler testlerinin duyarlılığı yüksektir fakat her merkezde erişilebilir testler değildir. BOS'un çini mürekkebi ile incelenmesi ucuz, basit ve erken tanı açısından değerli bir yöntemdir. İndüksiyon tedavisinde alternatif antifungallere erişim güçlüğü ve ilaç yan etkileri süreci zorlaştırabilir. Boşaltıcı LP tedavi sürecinin önemli bir komponentidir. ART başlanan hastalar BYYS gelişim riski açısından yakın takip edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** BYYS, Cryptococcus neoformans, fırsatçı enfeksiyon, fungal menenjit, HIV/AIDS, kriptokokkoz, meningoensefalit

PS-132

**Pneumocystis Jiroveci Pnömonisi (PCP) ile HIV Tanısı Alan Olguda Takipte Yaşanan Zorluklar ve Ayırıcı Tanı**

**Mehmet Ali Tüz<sup>1</sup>, Muhammet Öksüzöğlü<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

**Giriş ve Amaç:** Pneumocystis jiroveci pnömonisi (PCP) ile HIV tanısı alan olgularda klinik stabilleşme sağlanan en kısa sürede, mümkünse ilk 2 hafta içinde antiretroviral tedavi (ART) başlanması önerilmektedir. Bu bildiride ART sonrası ateş yüksekliği tekrarlayan ve solunumsal bulguları kötüleşen bir olgu irdelenmiştir.

**Gereç ve Yöntemler:** .

**Bulgular:** 38 yaş erkek hasta 1 haftadır öksürük, nefes darlığı şikayetleriyle başvurduğu dış merkezde PCP ve bakteriyel pnömoni ön tanılarıyla yatırılarak Meropenem ve Trimetoprim/sulfametaksazol başlanmış. Anti-HIV testi pozitif gelmesi ve yoğun bakım ihtiyacı kalmaması üzerine devir alındı. Hikaye detaylı sorgulandığında MSM, yaklaşık 15 yıldır gece kulübünde çalıştığı, 4 yıl önce HIV tanısı aldığı, takibe gitmediği, ART kullanmadığı öğrenildi. Fizik muayenede bilinç açık, koopere-oryante, kaşektik görünümde, ateş: 37,4, nabız: 140/dk, nazal kanülle 6 lt/dk O2 altında spo2: %92, ss 22/dk, solunum sesleri kaba, bilateral yaygın ronkus duyuldu, ağız içinde yaygın kandidal plak ve mukozit, perianal bölgede en büyüğü 5 cm olan 3 farklı ağırlı ülser lezyon görüldü. Meropenem 7 güne tamamlandı. TMP/SXT ve prednol (doz azaltılarak) 21 güne tamamlanması planlandı. Yutkunurken retrosternal ağrı tarifleyen hastada kandidal özefajit öngörülerek flukonazol 1x400 mg başlandı. Perianal lezyondan biyopsi alındı, Dermatoloji genital herpes lehine değerlendirdi ve asiklovir 3x5 mg/kg başlandı. Balgamda ARB ve mikobakteri PCR negatif sonuçlandı. İzlemin 7. Gününde oksijen ihtiyacı 2 lt/dk ya düştü, PCP tedavisinin 10. gününde BIC/FTC/TAF başlandı. İzlemin 11. gününde anal bölgede dışkılamayla artan ağrı ve yoğun ishali devam etmekteydi, tetkiklerinde trombositopeni gelişti. Gayta mikroskopisinde özellik yoktu, C. difficile toxin A-B negatif geldi, fakat ishal gerilemeyince metronidazol 3x500 mg tedaviye eklendi. Pelvik Mrda abse görülmedi, transsfinkterik anal fistül saptandı. İzlemin 14. gününde ateş:39,4 ölçüldü, oksijen ihtiyacı arttı, baş ağrısı şikayeti gelişti. Görüntülemelerde jeneralize LAP, HSM, proktile uyumlu bulgular ve akciğerde infiltrasyon artışı saptandı. Kanda CMV-DNA 204.600 IU/ml saptandı, endoskopi ve kolonskopi planlandı falan anestezi oksijen ihtiyacı nedeniyle işlemlere onay vermedi. IRIS ekarte edilemediğinden prednol dozu artırıldı. Daha önce kültürlerde karbapenem dirençli K. pneumoniae kolonizasyonu mevcut olduğundan pnömoni ön tanısıyla meropenem kolistin başlandı. Balgam kültüründe karbapenem dirençli K. pneumoniae üredi, antibiyoterapi altında ateş yanıtı alındı, oksijen ihtiyacı kalmadı, prednol doz azaltılarak kesildi. Meropenem kolistin 7 güne tamamlanıp hasta TMP/STX sekonder profilaksisi önerilerek taburcu edildi.

Şekil 1: İzlemden BT görüntüleri



A: İlk başvuruda bilateral yaygın infiltrasyon B: ART başlangıcı, PCP tedavisinin 10. günü belirgin düzelme C: ART tedavisinin 7. gününde yeni ortaya çıkan ateş nedeniyle kontrol BT de sağda yeni infiltrasyon

### Olgunun laboratuvar sonuçları

|                              | İzlemin 1. günü, TMP-SXT 4. gün | İzlemin 4. günü, TMP-SXT 7. gün | İzlemin 7. günü, TMP-SXT 10. gün | İzlemin 14. günü, TMP-SXT 17. gün | İzlemin 18. günü, Antibiyotik 3. gün | Taburcu | 3. ay kontrol | 5. ay kontrol |
|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---------|---------------|---------------|
| WBC (/mm <sup>3</sup> )      | 4500                            | 4900                            | 5200                             | 2700                              | 3700                                 | 8900    | 2500          | 8600          |
| Nötrofil (%)                 | 88,9                            | 91,8                            | 92,3                             | 85,5                              | 87,2                                 | 89,7    | 88,6          | 46,4          |
| Lenfosit (/mm <sup>3</sup> ) | 300                             | 300                             | 200                              | 200                               | 300                                  | 400     | 100           | 3300          |
| Hgb (g/dl)                   | 9,4                             | 9,5                             | 9,2                              | 8,1                               | 8,6                                  | 8,8     | 8,9           | 12            |
| Plt (x10 <sup>3</sup> )      | 173                             | 179                             | 145                              | 85                                | 97                                   | 135     | 94            | 293           |
| CRP (mg/L)                   | 15,8                            | 48,5                            | 60                               | 114                               | 190                                  | 74      | 104           | 5             |
| PCT (ug/uL)                  | 0,1                             | 0,2                             | 0,2                              | 2,8                               | 0,8                                  | 0,3     | 0,1           | 0,02          |
| Sedim (mm/sa)                | 140                             | 103                             | 65                               | 63                                | 102                                  | 51      | 104           | 71            |
| ALT (IU/L)                   | 14                              | 23                              | 11                               | 8                                 | 7                                    | 15      | 8             | 5             |
| AST (IU/L)                   | 27                              | 16                              | 10                               | 7                                 | 13                                   | 31      | 33            | 17            |
| LDH (U/L)                    | 413                             | 322                             | 289                              | 207                               | 229                                  | 313     | 344           | 208           |
| Albümin (g/L)                | 2,5                             | 2,7                             | 2,4                              | 2,6                               | 2,5                                  | 2,5     | 3,3           | 4,0           |
| CD-4 (/mm <sup>3</sup> ,%)   | 48(%13)                         | -                               | -                                | -                                 | -                                    | 76      | 332(%11)      | -             |
| HIV-RNA (IU/ml)              | 2,9x10 <sup>6</sup>             | -                               | -                                | -                                 | -                                    | 5163    | 33800         | -             |

**Sonuç:** Yeni tanı HIV olgularında altta yatan fırsatçı enfeksiyon varlığında ART başlanması sonrası IRIS gelişebilir. Bakteriyel pnömoniye benzer yüksek ateş, konsolidasyon, solunum sıkıntısı görülebilir, IRIS tanısı için fırsatçı enfeksiyonlar veya maligniteler ve ilaç toksisitesi gibi durumları dışlamak gerektiği unutulmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** PCP, HIV, IRIS, Bakteriyel Pnömoni

PS-133

## HIV Alanında Türkiye'nin Bilimsel Katkısı: 2010–2024 Bibliometrik Veriler Işığında

Gülfem Akengin Öcal<sup>1</sup>, Suzan Şahin<sup>1</sup>

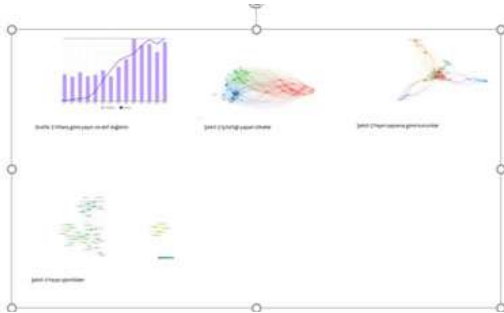
<sup>1</sup>Dr. Lütü Kırda Kartal Şehir Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** AIDS, insan immün yetmezlik virüsünün (HIV) neden olduğu hücrel immün yetmezlik sonucu gelişen klinik tablodur.UNAIDS'in "95-95-95" hedefine rağmen HIV epidemisinin artış eğilimi sürmektedir.Bu durum, HIV'in halen önemli ve büyüyen bir halk sağlığı tehdidi olduğunu göstermektedir.Bilimsel yayınların,HIV ile ilgili ulusal ve küresel stratejilerin şekillenmesinde yol gösterici olduğu dikkate alındığında,Türkiye'nin akademik katkısının değerlendirilmesi önem kazanmaktadır.Bu çalışmanın amacı,2010–2024 yılları arasında Web of Science veri tabanında indekslenen Türkiye kaynaklı HIV araştırmalarını bibliyometrik yöntemlerle analiz ederek ülkemizin küresel HIV literatüründeki konumunu ve araştırma eğilimlerini ortaya koymaktır.

**Gereç ve Yöntemler:** 19 Kasım 2025 tarihinde WoSCC'a erişim sağlanarak TS: 'ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME' OR 'ACQUIRED IMMUNE-DEFICIENCY SYNDROME' OR 'AIDS' AND 'HIV' OR 'HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS' sorgusuyla 2010–2024 yılları arasında 284.943 çalışmaya ulaşılmıştır. AD=(TURKEY OR TÜRKİYE) AND DT=(Article) AND LA=(English OR Turkish) sorgusu kullanılmış,ESCI, SCI-EXPANDED ve SSCI dizinleriyle sınırlandırılarak; 1 Ocak 2010 – 31 Aralık 2024 tarihleri arasındaki kayıtlar incelenmiştir.Bu kapsamda toplam 1415 yayın analize dahil edilmiştir. Çalışmada VOSviewer version 1.6.20 ve Bibliometrix-RStudio version 2025.09.1 programlarıyla yıllık yayın ve atıf dağılımları, önde gelen yazarlar, kurumlar, dergiler, atıf ve ortak atıf, araştırma temaları, yazar işbirlikleri ve ortak yazarlık analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Yıllara göre yayın ve atıf sayısında belirgin bir artış gözlenmiştir.En çok yayın yapan yazarlar arasında Deniz Gökengin ilk sırada yer alırken, ortak yazarlıkta Deniz Gökengin, Bülent Turan öne çıkan araştırmacılarıdır.En çok yayın yapan kurum İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi olmuştur.İşbirlikçi ağlarda Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi merkez konumda yer almıştır.Yayınların H indeksi 64, atıf ortalaması 33.8 olarak bulunmuştur.En çok atıf alan yerel yayın 'Temporal Trends in the Epidemiology of HIV in Turkey',en çok atıf alan yerel yazar Hayat Kumbasar Karaosmanoğlu'dur. Klimik Journal en sık tercih edilen dergi olmuştur.Uluslararası ortak yazarlık oranı %26.8'dir. En fazla iş birliği yapılan ülkelerde ilk sırada ABD gelmektedir.Tematik haritalandırmada, HIV ve antiretroviral tedavi ana başlıklarken,enfeksiyon, prevalans ve epidemiyoloji popüler konular olarak yer aldı.Çalışmalar kanser ve korunma alanlarında kümelenmiş; biyolojik evrim başlığı gelişime açık yeni bir araştırma alanı olarak belirlenmiştir (grafik1,şekil1-3)

### Bibliometrik Veri Analizleri



**Sonuç:** Bu çalışmada,Türkiye'nin 2010–2024 döneminde HIV alanındaki bilimsel üretkenliğinin arttığını ortaya koymuştur.Ülkemizde uluslararası iş birliğinin gelişme potansiyeli taşıdığı görülmüştür.Tematik analiz korunma, epidemiyoloji ve biyolojik evrim alanlarının gelişime açık konular olduğunu göstermektedir.Elde edilen veriler, Türkiye'nin HIV araştırmalarında küresel bilgi üretimine anlamlı katkı sunduğunu göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, AIDS, Türkiye, bibliometri, Web of Science, Bilimsel üretkenlik

### PS-134

#### Yeni Tanılı Olguların Ne Kadarı Primer/Akut HIV Enfeksiyonu? Primer HIV Enfeksiyonunu Belirleyici Faktörler Var mı?: Tek Merkezli Retrospektif Analiz

**Merve Yıldız Ergin<sup>1</sup>, Hayat Kumbasar Karaosmanoğlu<sup>1</sup>, Zuhal Yeşilbağ<sup>1</sup>, Selma İlkay Şahin<sup>1</sup>, Burçak Varol<sup>1</sup>, Gülben İşken<sup>1</sup>, Ece Öztürk<sup>1</sup>, Aysu Zafer<sup>1</sup>, Aslı Coşar<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Bu çalışmada, merkezimizde yeni tanı HIV ile yaşayan kişiler arasında akut/primer HIV enfeksiyonu (PHI) sıklığını saptamayı, bu olgulara ait sosyo-demografik ve klinik özellikleri kronik olgularla karşılaştırarak PHI ilişkili faktörleri belirlemeyi amaçladık.

**Gereç ve Yöntemler:** Bu çalışma, merkezimizde takip edilen HIV ile yaşayan kişilerin verilerinin hasta dosyalarından retrospektif incelemesiyle gerçekleştirildi. Olgulara ait sosyodemografik özellikler, bulaşma yolu, klinik ve laboratuvar bulguları ve HIV tanı sürecine ilişkin bilgiler analiz edildi. İstatistiksel analiz için SPSS Statistics 25.0 programı kullanıldı ve p değeri  $\leq 0,05$  anlamlı kabul edildi. Primer (Akut) HIV enfeksiyonu, HIV'in edinilmesini takiben ilk 6 aylık dönemi kapsamaktadır. Çalışmamızda CDC, EACS ve DHHS kılavuzları temel alınarak primer HIV enfeksiyonu; son 6 ay içerisinde negatif bir HIV testi (4. Kuşak ELISA Anti-HIV veya HIV RNA) bulunan ve HIV pozitifliğinin saptandığı tarihten önceki 2-6 hafta içerisinde riskli cinsel teması olan, semptomatik ve/veya asemptomatik kişiler olarak, kronik HIV enfeksiyonu ise başvuru sırasında akut/primer enfeksiyon lehine bulguları karşılamayan olgular olarak tanımlandı.

**Bulgular:** Merkezimizde Haziran 2024 ile Ekim 2025 tarihleri arasında takip edilen 225 olgunun 25'i (%11.1) PHI olarak tanı almıştı. PHI olan olguların yaş ortalaması  $31.20 \pm 11.45$  en düşük yaş 19 en yüksek yaş 53 olarak bulundu. PHI olan 25 hastanın 24 ü erkekti, bir kadın olgu mevcuttu. Kadın hasta dışındaki verisi olan 21 hasta MSM idi. PHI olanların 19'u bekar, biri evliydi. Başlangıç HIV RNA medyan değeri 693.000 kopya/ml olarak saptandı. Başlangıç CD4 sayıları ise 387'ydi. PHI olarak tanı alan olgular ile kronik enfeksiyonu olan olgulara ait sosyo-demografik ve klinik özellikler tablo 1'de gösterilmiştir.

PHI olan olgular ile kronik enfeksiyonu olan olguların klinik özellikleri

| Özellikler     | PHI<br>n:25 | Kronik Enfeksiyon<br>n:200 | P Değeri |
|----------------|-------------|----------------------------|----------|
| Yaş (ort+-SS)  | 31.20±9.22  | 35.74±11.45                | 0.05     |
| Cinsiyet       |             |                            |          |
| -Kadın         | 1 (%4)      | 14 (%7)                    | 1        |
| -Erkek         | 24(%96)     | 186 (%93)                  |          |
| Cinsel Yönelim |             |                            |          |
| -Heteroseksüel | 1 (%4.5)    | 48 (%31.8)                 | 0.008    |
| -MSM           | 21 (%95.6)  | 103 (%68.2)                |          |





# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



|                                |                             |                         |        |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------|--------|
| Medeni durum                   |                             |                         |        |
| -Evli                          | 1 (%5)                      | 28 (%16.2)              | 0.30   |
| -Bekar                         | 19 (%95)                    | 141 (%81.5)             |        |
| -Dul                           | 0                           | 4 (%2.3)                |        |
| Eğitim Durumu                  |                             |                         |        |
| -Okuryazar                     | 0                           | 1 (%0.7)                | 0.002  |
| -İlköğretim                    | 1 (%4.8)                    | 26 (%18.8)              |        |
| -Lise                          | 1 (%4.8)                    | 36 (%26.1)              |        |
| -Üniversite                    | 19 (%90.5)                  | 75 (%54.3)              |        |
| Başlangıç HIV RNA medyan (IQR) | 693.000 (130.257-6.610.000) | 66.150 (19.191-201.300) | <0.001 |
| Başlangıç CD4                  | 387 (262-572)               | 302 (208-450)           | 0.12   |
| HIV RNA>1.000.000              | 9 (%39.1)                   | 6 (%4.8)                | <0.001 |

**Sonuç:** Yeni tanı alan HIV ile yaşayan kişilerde akut/primer enfeksiyon anlamlı bir paya sahip olup genç yaş, MSM yönelim, bekar olma, yüksek eğitim düzeyi ve yüksek viral yük ile ilişkili bulunmuştur. Yüksek viral yük ve bulaştırıcılığa sahip PHI olgularının erken tanınabilmesi ve tedaviye hızlı başlanabilmesi için risk faktörlerinin bilinmesi ve gerekli stratejilerin geliştirilmesi önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Primer HIV enfeksiyonu

PS-135

### Üretrit Semptomları Olan Erkek Hastalarda Saptanan Etkenlerin Dağılımı ve Koenfeksiyonların Değerlendirilmesi

**Nurten Nur Aydın<sup>1</sup>, Murat Aydın<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, Erzurum, Türkiye

**Giriş ve Amaç:** Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, yüksek görülme sıklıkları nedeniyle tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Bu enfeksiyonlar arasında, erkeklerde en sık karşılaşılan klinik tablo üretrit olup; üretral akıntı, dizüri ve perineal rahatsızlık gibi semptomlarla karakterizedir. Etkenlerin çeşitliliği ve birden fazla patojenin birlikte görülebilmesi nedeniyle, tanısal süreçte moleküler yöntemlerin kullanımı giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Bu çalışmada, üretrit semptomları ile başvuran erkek hastalarda polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) temelli çoklu tanı paneli kullanılarak saptanan etkenlerin dağılımının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** 1 Ocak–30 Eylül 2025 tarihleri arasında Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne ayaktan başvuran, 18 yaş üzeri ve üretrit semptomu olan erkek hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların idrar örneklerinde çoklu PCR paneli sonuçları retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:** Çalışmaya toplam 368 erkek hasta dâhil edildi. Hastaların yaş ortalaması  $31,4 \pm 8,6$  yıl idi. Hastaların 199'unda (%54,1) en az bir mikroorganizmaya ait PCR testi pozitif bulunurken, 169'unda (%45,9) tüm testler negatif saptandı. Hastaların 125'inde (%34,0) tek etken, 62'sinde (%16,8) iki etken, 11'inde (%3,0) üç etken ve bir olguda dört etken birlikte saptandı. En sık tespit edilen mikroorganizma *Ureaplasma parvum/urealyticum* (%33,2) olup, bunu *Gardnerella vaginalis* (%17,4), *Neisseria gonorrhoeae* (%7,9), *Chlamydia trachomatis* (%6,8) ve *Mycoplasma genitalium* (%5,7) izledi (Tablo 1). Hastalarda koenfeksiyon oranı %20,1 (68 hasta) olarak saptandı. En sık birlikte saptanan mikroorganizmalar *Ureaplasma parvum/urealyticum* ve *Gardnerella vaginalis* olup, bu birliktelik 41 hastada (%11,1) görüldü. İkinci sıklıkta ise *Ureaplasma parvum/urealyticum* ile *Mycoplasma hominis* birlikteliği yer aldı (13 hasta, %3,5) (Tablo 2).

Tablo 1: Hastalarda saptanan mikroorganizmaların sıklığı

| Etkenler                             | Sayı<br>n = 368 hasta | %    |
|--------------------------------------|-----------------------|------|
| <i>Ureaplasma parvum/urealyticum</i> | 122                   | 33,2 |
| <i>Gardnerella vaginalis</i>         | 64                    | 17,4 |
| <i>Neisseria gonorrhoeae</i>         | 29                    | 7,9  |
| <i>Chlamydia trachomatis</i>         | 25                    | 6,8  |
| <i>Mycoplasma genitalium</i>         | 21                    | 5,7  |
| <i>Mycoplasma hominis</i>            | 19                    | 5,2  |
| <i>Trichomonas vaginalis</i>         | 4                     | 1,1  |
| Herpes simpleks virüs Tip-2          | 2                     | 0,5  |



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



Tablo 2: Hastalarda saptanan koenfeksiyonlar

| Etkenler                                          | n  | %    |
|---------------------------------------------------|----|------|
| U. parvum/urealyticum + G. vaginalis              | 41 | 11,1 |
| U. parvum/urealyticum + M. hominis                | 13 | 3,5  |
| G. vaginalis + M. hominis                         | 10 | 2,7  |
| U. parvum/urealyticum + C. trachomatis            | 9  | 2,4  |
| U. parvum/urealyticum + G. vaginalis + M. hominis | 7  | 1,9  |
| U. parvum/urealyticum + M. genitalium             | 6  | 1,6  |
| U. parvum/urealyticum + N. gonorrhoeae            | 5  | 1,4  |
| U. parvum/urealyticum + T. vaginalis              | 3  | 0,1  |
| G. vaginalis + C. trachomatis                     | 3  | 0,1  |
| G. vaginalis + N. gonorrhoeae                     | 2  | 0,5  |

**Sonuç:** Çalışmamızda Ureaplasma parvum/urealyticum en sık etken olarak saptanmış olup, Gardnerella vaginalis ile birlikte görülme sıklığı dikkat çekmiştir. Bu durum, erkek üretritinde vajinal flora kökenli etkenlerin de rol oynayabileceğini göstermektedir. Çoklu PCR panelleri, özellikle koenfeksiyonların ortaya konulmasında ve uygun ampirik tedavi yaklaşımlarının planlanmasında önemli bir tanı aracıdır.

**Anahtar Kelimeler:** üretrit, moleküler tanı, koenfeksiyon, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar

PS-136

### HIV ve Koenfeksiyonlar

**Maşite Nur Özdemir<sup>1</sup>, Firdevs Aksoy<sup>1</sup>, Hanife Nur Karakoç Parlayan<sup>1</sup>, Gürdal Yılmaz<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi

**Giriş ve Amaç:** İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu etkili antiretroviral tedavi (ART)'ye rağmen hala her yıl ölümlere neden olmaktadır. ART başlanması, HIV ile ilişkili fırsatçı enfeksiyonların oluşumunu azaltır. Ancak, HIV'in geç evrelerinde başvuran veya viral baskılamayı sürdüremeyen hastalarda koenfeksiyonlar açısından yüksek risk taşımaya devam etmektedir. Bu çalışmada merkezimizde takip edilen HIV pozitif bireyler (HPB)de görülen koenfeksiyonların değerlendirilmesi amaçlandı.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışmamızda 01.01.2010-01.01.2025 yılları arasında merkezimizde ayaktan veya yatırılarak izlenen HPB'lerde görülen koenfeksiyonlar retrospektif olarak irdelendi.

**Bulgular:** Koenfeksiyonu olan 66 olgu irdelendi. Olguların %81,8 (n=54)'ü erkek, %18,2 (n=12)'si kadındı. Koenfeksiyonlar eşlik etmişti. Koenfeksiyonlardan en sık görülen hastalık sifilizdi (n=33). Sifiliz olgularının %90,9'u erkekti. İkinci en sık görülen koenfeksiyon ise kronik HBV enfeksiyonu (n=10) ve tüberküloz(TB)'du(n=10). HBV koenfeksiyonunun erkeklerde görülme oranı (%90), TB erkeklerde görülme oranı (%70)'ti. Altı olguda orofarengeal kandidoz, 4 olguda serebral toksoplazmoz, 4 olguda HCV enfeksiyonu, 2 olguda Kriptokok menenjit, 2 olguda invaziv pulmoner aspergilloz, 2 olguda CMV, 2 olguda HSV, 1 olguda fungal retinit, 1 olguda HPV, 2 olguda nontüberküloz mikobakteri tespit edildi. Koenfeksiyonu bulunan hastaların %96,2'sinde başlangıç HIV RNA düzeyi pozitif ve ortanca viral yük 146.950 kopya/mL idi (minimum: 38,75 – maksimum: 81.500.000). Bu olgularda başlangıç CD4<sup>+</sup> T lenfosit sayısının ortancası 337 hücre/μL olarak saptandı (minimum: 9,25 – maksimum: 1153).

**Sonuç:** HPB' ler sağlıklı bireylerde görülen enfeksiyonlar ve ortaya çıkan immün yetmezlik sonucu oluşabilecek fırsatçı koenfeksiyonlar açısından taranmalı ve gerekli tetkikler yapılmalıdır. Hastalarda tanımlanan enfeksiyonlarda hedefe yönelik tedaviler mortalite ve morbiditeye olumlu katkı sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, Koenfeksiyon, Sifiliz

PS-137

**Yeni Tanı HIV Enfeksiyonu Olan Bir Hastada Eşzamanlı Gelişen CMV Retinit, Miliyer Tüberküloz, Plazmoblastik Lenfoma ve Sifiliz: Nadir Bir Olgu**

**Mehmet Ali Aşan<sup>1</sup>, Ayhan Akbulut<sup>2</sup>, Kutbeddin Demirdağ<sup>2</sup>, Abdurrahman Tufan Bozkurt<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** HIV enfeksiyonu, hücrel immünitenin ilerleyici kaybına yol açarak fırsatçı enfeksiyonlar ve malignitelere yakınlığı artıran, geç tanımlı olgularda ciddi morbiditeye yol açan kronik bir viral hastalıktır [1, 2]. CD4<sup>+</sup> T hücre sayısının 50 hücre/mm<sup>3</sup>'ün altına düşmesi, özellikle CMV retinit, dissemine Mycobacterium avium kompleksi ve non-Hodgkin lenfoma gibi komplikasyonlara yol açar[3, 4]. Bu olgu, yeni tanı HIV enfeksiyonu olan bir hastada eşzamanlı gelişen çoklu fırsatçı enfeksiyonlar ve malignitenin klinik karmaşıklığını vurgulamaktadır.

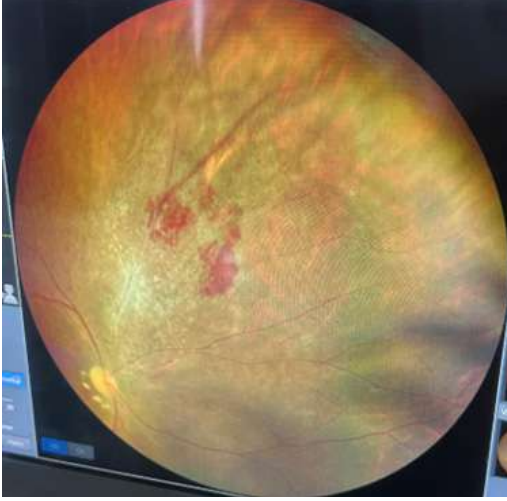
**Gereç ve Yöntemler:** OlguBilinen kronik hastalığı olmayan 39 yaşındaki erkek hasta, sağ gözde görme kaybı nedeniyle CMV retinit ön tanısıyla Göz Hastalıkları kliniğine yatırıldı. İmmünsüpresyon etyolojisi araştırılan hastanın HIV serolojisi pozitif saptanınca enfeksiyon hastalıkları servisine devredildi. Altı aydır mandibulada lezyonu olan ve dental tedavi gören hastada son bir ayda halsizlik, kilo kaybı ve öksürük gelişti. Muayenede dişeti hipertrofisi, dental çürükler, sağ servikal lenfadenopati ve akciğer oskültasyonunda ralleri vardı. Toraks BT'de miliyer tüberkülozla uyumlu yaygın mikronodüler infiltrasyonlar ve apikal kavitasyonlar saptandı.Hastaya 4'lü anti TBC (HRZE), sistemik ve intravitreal gansiklovir ile sfiliz tedavisi için benzatin penisilin G başlandı. Tedavinin 15. gününde antiretroviral tedavisi (TDF/FTC/DTG rejimi) başlandı. Altıncı haftada gelişen görme bulanıklığı CMV immün rekonstrüksiyon üveiti olarak değerlendirildi. Yedinci haftada mandibula lezyonundaki büyüme ve hiperkalsemi malignite ile ilişkili tümör lizis sendromu olarak değerlendirildi. lezyondan yapılan biyopsi sonucu plazmoblastik lenfoma tanısı alan hasta hematoloji kliniğine devredildi.

CMV immün rekonstrüksiyon üveiti



CMV immün rekonstrüksiyon üveiti tedavi öncesi

### CMV immün rekonstrüksiyon üveiti



### CMV immün rekonstrüksiyon üveiti tedavi sonrası

#### Olgu laboratuvar bulguları

| Parametre                               | Başvuru (1. Gün) | 2. Hafta (Tedavi Başlangıcı Sonrası) | 4. Hafta (Lenfoma Tanısı Öncesi) | 6. hafta | 8. Hafta (Lenfoma Tanısı sonrası) |
|-----------------------------------------|------------------|--------------------------------------|----------------------------------|----------|-----------------------------------|
| Hemoglobin (g/dL)                       | 9                | 9,4                                  | 12,1                             | 13       | 10,4                              |
| Lökosit ( $10^3/\mu\text{L}$ )          | 6,7              | 4,3                                  | 5,8                              | 8,8      | 6,2                               |
| Nötrofil (%)                            | 72               | 72                                   | 72                               | 74       | 74                                |
| Lenfosit (%)                            | 16               | 11                                   | 12                               | 13       | 14                                |
| Trombosit ( $10^3/\mu\text{L}$ )        | 242              | 231                                  | 216                              | 82       | 261                               |
| CD4+ T lenfosit (hücre/ $\text{mm}^3$ ) | 12               | -                                    | 120                              | -        | 120                               |
| CD8+ T lenfosit (hücre/ $\text{mm}^3$ ) | 751              | -                                    | 786                              | -        | 542                               |
| HIV RNA (kopya/mL)                      | 3900000          | -                                    | 3630                             | -        | 545                               |
| ALT (U/L)                               | 23               | 27                                   | 16                               | 30       | 18                                |
| AST (U/L)                               | 45               | 50                                   | 21                               | 63       | 31                                |
| Üre (mg/dL)                             | 23               | 27                                   | 16                               | 30       | 18                                |
| Kreatinin (mg/dL)                       | 0,7              | 0,7                                  | 0,7                              | 1        | 0,8                               |
| Kalsiyum (mg/dL)                        | 8                | 8,2                                  | 8,7                              | 15,4     | 9,4                               |
| CRP (mg/L)                              | 16               | 45                                   | 3                                | 8        | 9                                 |
| ESR (mm/saat)                           | 96               | 78                                   | 88                               | 67       | 97                                |
| CMV DNA (kopya/mL)                      | 3104             | -                                    | -                                | -        | -                                 |
| CMV DNA (kopya/mL) (oküler)             | 671575           | -                                    | -                                | -        | -                                 |
| RPR titresi                             | 1/16             | -                                    | -                                | -        | -                                 |
| Syphilis TP                             | Pozitif          | -                                    | -                                | -        | -                                 |
| IGRA                                    | Tanımsız         | -                                    | -                                | -        | -                                 |
| Balgam kültürü / PCR                    | Üreme Yok        | -                                    | -                                | -        | -                                 |
| EBV DNA (IU/mL)                         | -                | -                                    | Pozitif (1028 kopya/ml)          | -        | -                                 |

tabloda klinik açıdan önemli laboratuvar bulguları paylaşıldı





# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

4-7 ARALIK 2025

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



**Bulgular:** Tartışma İleri evre HIV enfeksiyonunda gelişen immünsüpresyon, fırsatçı enfeksiyonlar ve maligniteler için uygun bir zemin oluşturur. CD4<sup>+</sup> T lenfosit sayısının < 50 hücre/mm<sup>3</sup> olması, CMV retinit, miliyer tüberküloz ve HIV ilişkili lenfomalar gibi komplikasyonların riskini artırır [5-7]. CMV retinit ileri HIV olgularında en sık görme kaybı nedenidir.[8]. Görme kaybıyla başvuran olgumuzda tedavi sonrası gelişen üveit, immün rekonstrüksiyon inflamatuvar sendromu (IRIS) olarak değerlendirildi. Tüberküloz, HIV ile en sık ilişkili bakteriyel fırsatçı enfeksiyondur; miliyer form genellikle ileri immünsüpresyonla birlikte [9]. Plazmoblastik lenfoma , HIV ile ilişkili nadir ancak agresif seyirli bir lenfomadır; sıklıkla EBV ile ilişkilidir[10, 11]. Olgumuzda mandibulada gelişen lenfomanın ART sonrası hızlı progresyonu lenfoma ilişkili IRIS olasılığını düşündürmüştür.

**Sonuç:** HIV enfeksiyonunda birden fazla fırsatçı enfeksiyon ve malignitenin eşzamanlı görülmesi, ileri evre hastalığı ve ciddi immünsüpresyonu düşündürür. Erken tanı, tedavi önceliklerinin dikkatli planlanması ve multidisipliner yaklaşım yaşamsal öneme sahiptir. CMV retinit ve tüberküloz gibi enfeksiyonlarda ART'nin zamanlamasının optimize edilmesi, IRIS riskini azaltmakta ve mortalite oranlarını düşürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** CMV retinit, HIV enfeksiyonu, plazmoblastik lenfoma, İmmün rekonstrüksiyon inflamatuvar sendromu (IRIS)

PS-138

**Kliniğimizde Son İki Yılda HIV ile Yaşayan Bireylerde Saptanan {Cryptococcus neoformans} Menenjit Olguları**

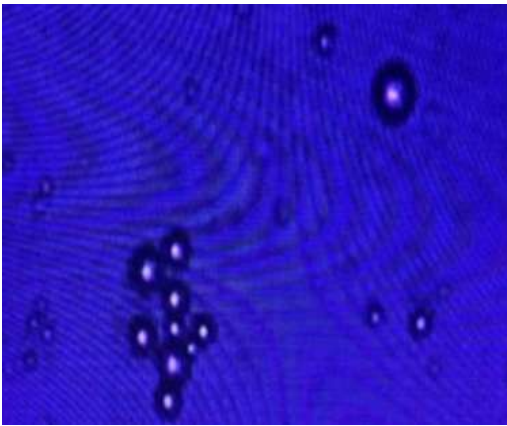
**Özlem Gözde Koparal<sup>1</sup>, Simge Gaygusuz<sup>1</sup>, Merve Nur Filiz<sup>1</sup>, İlkay Akbulut<sup>1</sup>, İlker Ödemiş<sup>1</sup>, Gürsel Ersan<sup>1</sup>, Sabri Atalay<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

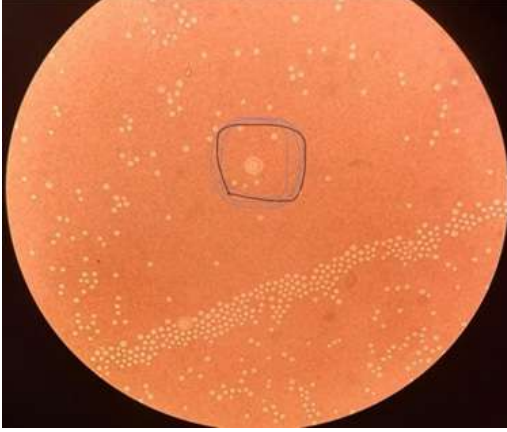
**Giriş ve Amaç:** Cryptococcus neoformans immün sistemi baskılanmış bireylerde fırsatçı enfeksiyonlara neden olan kapsüllü bir maya türüdür. HIV enfeksiyonuna bağlı gelişen immün yetmezlik durumlarında en sık görülen fungal menenjit etkenlerinden biridir. Hastalığın klinik prezentasyonu genellikle subakut seyirli olup baş ağrısı, ateş, ense sertliği, bilinç değişiklikleri ve fokal nörolojik bulgularla karakterizedir. Ancak semptomların özgül olmaması ve yavaş ilerlemesi nedeniyle tanı sıklıkla gecikmekte, bu da prognozu olumsuz etkilemektedir. Bu olgu serimizde kliniğimizde kriptokok menenjit tanısıyla izlenen HIV ile yaşayan bireylerin klinik, laboratuvar ve tedavi özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmamız Ocak 2024 – Ekim 2025 tarihlerinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde kriptokok menenjit ile izlenen olgular retrospektif olarak hasta dosyaları ve hastane otomasyon sisteminden yararlanılarak gerçekleştirilmiştir.

**Olgu:** Çalışmaya üç adet kriptokok menenjit tanılı HIV ile yaşayan birey dahil edilmiştir. Çalışmaya alınan üç olgudan ikisi erkek ve ortalama yaşları otuz dördtür. Olgu 2 ve 3'te bilinç bulanıklığı, ajitasyon şikayeti bulunurken olgu 1'de nefes darlığı şikayeti ön planda olmuştur. Nefes darlığı ile başvuran olgu 2'de ek olarak pneumocystis jiroveci pnömonisi ve de sitomegalovirüs enfeksiyonu mevcuttur. Yapılan tetkiklerde olguların hepsinde kanda Cryptococcus neoformans antijeni pozitif saptanmıştır. Bunun üzerine tedavileri indüksiyon döneminde lipozomal amfoterisin B ve flukonazol, konsolidasyon döneminde ise flukonazol monoterapisi olarak düzenlenmiştir. Tüm olguların antiretroviral tedavi başlangıcının 4-6 hafta ertelenmesi planlanmıştır. Olgu 1'e boşaltıcı lomber ponksiyon tarafımızca önerilmiştir ancak genel durumu kötü olması nedeniyle yeterli sayıda lomber ponksiyon yapılamadan olgu exitus olmuştur. Olgu 2'ye ekstraventriküler drenaj katateri takılmıştır. Olgu 3'e ise boşaltıcı lomber ponksiyon yapılmış, klinik durumunda iyileşme görülmüş ve konsolidasyon döneminde şifa ile taburcu edilmiştir.

**OLGU 1: BOS MİKROSKOBİ BAKISI**



OLGU 2: BOS KÜLTÜRÜ ÇİİNİ MÜREKKEBİ GÖRÜNTÜSÜ



Tablo 1: Olguların Beyin Omurilik Sıvısı Bulguları ve Laboratuvar Değerleri

| Parametre                  | Birim              | Olgu 1                  | Olgu 2                  | Olgu 3                  |
|----------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| BOS Açılış Basıncı         | cmH <sub>2</sub> O | Normal                  | Normal                  | Artmış                  |
| BOS Renk / Görünüm         | -                  | Berrak,renksiz          | Berrak,renksiz          | Berrak,ksantokromik     |
| BOS'ta Lökosit             | mm <sup>3</sup>    | 4                       | 0                       | 1320                    |
| BOS'ta Eritrosit           | mm <sup>3</sup>    | 35                      | 250                     | 470                     |
| BOS'ta Protein             | mg/dL              | 51.4                    | 136                     | 178                     |
| BOS'ta Glikoz              | mg/dL              | 62                      | 23.4                    | 24.9                    |
| BOS/Serum Glikoz Oranı     | -                  | 0.775                   | 0.222                   | 0.207                   |
| BOS'ta Sodyum              | mEq/L              | 138                     | 135                     | 128                     |
| BOS'ta Klor                | mEq/L              | 123                     | 120                     | 106                     |
| BOS'ta Laktat Dehidrogenaz | U/L                | 22                      | 62                      | 107                     |
| BOS Kültürü                | -                  | Cryptococcus neoformans | Cryptococcus neoformans | Cryptococcus neoformans |
| Serum Kriptokok Antijeni   | -                  | Pozitif                 | Pozitif                 | Pozitif                 |
| Kan Kültürü                | -                  | Üreme var               | Üreme var               | Üreme yok               |
| HIV RNA                    | kopya/mL           | 315.000                 | 583.000                 | 488.132                 |
| Toplam Lenfosit Sayısı     | mm <sup>3</sup>    | 110                     | 850                     | 1260                    |
| Mutlak CD4+ T Lenfosit     | hücre/μL (%)       | 18.4(%18)               | 136(%16)                | 88(%7)                  |
| Sedimentasyon Hızı         | mm/saat            | 88                      | 57                      | 27                      |
| C- Reaktif Protein         | mg/L               | 26.9                    | 15                      | 29.4                    |

\*BOS: Beyin Omurilik Sıvısı

**Sonuç:** Açıklanamayan ateş ve bilinç bulanıklığı olan HIV ile yaşayan bireylerde özellikle CD4 T lenfosit sayısı 100 hücre/μL altındaysa kriptokok menenjitisi mutlaka akılda tutulmalıdır. CD4 T lenfosit sayısı 100 hücre/μL'ten düşük olan kişilerde serumda kriptokok antijeni ile tarama yapılması ve sunduğumuz üç olgumuzda da görüldüğü üzere kriptokok antijeni pozitif saptanan hastalarda klinik bulgu olmasa bile lomber ponksiyon yapılması erken tanı ve tedavide önem kazanır. Erken tanı ve tedavi mortaliteyi belirgin bir şekilde azaltmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, mortalite, Cryptococcus neoformans

PS-139

### Gebelerde İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV) Tarama Sonuçları

**Begün Rüveyda Aksu<sup>1</sup>, Gönül Çiçek Şentürk<sup>1</sup>, Büşra Lekesiz<sup>2</sup>, Semanur Kuzi<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ankara Etlik Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

<sup>2</sup>Ankara Etlik Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

**Giriş ve Amaç:** HIV enfeksiyonu, küresel halk sağlığı açısından önemli bir sorundur. Bu çalışmada, gebelerde yapılan anti-HIV test sonuçları değerlendirilerek HIV prevalansı ve tarama programının etkinliği incelenmiştir.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışmamız retrospektif kesitsel bir çalışma olup Ekim 2022-Mart 2025 tarihleri arasında hastanemize başvuran ve anti-HIV testi istenen gebe hastaların tarama sonuçları incelenmiştir. Yanlış pozitiflik saptanan ve doğrulama testleri beklenirken zidovudin profilaksisi başlanan gebeler ve bebeklerine uygulanan antiretroviral profilaksi sonuçları da irdelenmiştir.

**Bulgular:** Ekim 2022-Mart 2025 tarihleri arasında hastanemize 56.747 hasta başvurmuş olup başvuran 31.784 (%56) gebe anti-HIV1/2 testi ile taranmıştır. HIV taraması yapılan bireylerin yaş ortalaması 27,85 olarak bulunmuştur ve yaşlar 15-49 arasında değişmekte olup median yaş 27 bulunmuştur. Katılımcıların %88,19'u Türk (n=28.032), %11,81'i ise yabancı uyruklu (n=3.752) olarak saptanmıştır. Çalışmamızda yer alan 31.784 gebenin 66'sında anti-HIV testi reaktif olarak saptanmıştır. Bu olgulardan 8'i doğum esnasında başvuran gebelerdir. Bu gebelere, doğrulama test sonuçları elde edilene kadar zidovudin profilaksisi başlanmış ve emzirme geçici olarak ertelenmiştir. Doğan bebeklere de antiretroviral profilaksi uygulanmıştır. Doğrulama test sonuçları 24-48 saat içerisinde elde edilmiş ve sonuçların negatif gelmesi üzerine profilaksi tedavileri sonlandırılmıştır. Anti-HIV 1/2 testi reaktif saptanan diğer 58 gebe ise gebelik takipleri sırasında tespit edilmiştir. Doğrulama testleri sonucunda, toplamda 6 (%0,01) gebenin HIV enfeksiyonu açısından pozitif olduğu belirlenmiştir. Bu olgulardan ikisine (%0,006) tarama programı kapsamında yeni tanı konulmuş, dört gebenin ise gebelik öncesi dönemde HIV enfeksiyonu tanısı alarak izlemde oldukları saptanmıştır. Bulgular, Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1: Gebelikte HIV Tarama Sonuçları

|                          | SAYI (n,%) |
|--------------------------|------------|
| Anti-HIV1/2 Reaktif      | 66 (%0,2)  |
| Doğrulama sonucu negatif | 60 (%0,18) |
| Doğrulama sonucu pozitif | 6 (%0,01)  |
| Tarama ile Yeni Tanı     | 2 (%0,006) |
| Gebelik Öncesi HIV (+)   | 4 (%0,01)  |

**Sonuç:** Yanlış pozitiflik olasılığına karşın HIV taraması, gebelikte vertikal bulaşın önlenmesinde kritik öneme sahiptir. Bulgular, rutin taramanın etkinliğini ve doğrulama süreçlerinin iyileştirilmesi gereğini ortaya koymaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Gebe, Antiretroviral Tedavi, Gebelik Taraması, HIV ile Enfekte Gebe

PS-140

**Tedavi Naif HIV ile Yaşayan Kişilerde B/F/TAF Rejiminin 36. Ay Sonuçları: Gerçek Yaşam Verisi**

Gündüz A<sup>1</sup>, Altuntaş Ö<sup>1</sup>, Gürer F<sup>2</sup>, Çağlar B<sup>3</sup>, Gül Ö<sup>4</sup>, Kaya SY<sup>5</sup>, Zerdali E<sup>3</sup>, Sevgi DY<sup>4</sup>, Karaosmanoğlu HK<sup>6</sup>, Koç MM<sup>1</sup>, Yıldırım M<sup>3</sup>, Mete B<sup>5</sup>, Dökmetaş İ<sup>4</sup>, Tabak F<sup>5</sup> ve ACTHIVIST Çalışma Grubu.

<sup>1</sup>Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

<sup>2</sup>Yüksek İhtisas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Ankara

<sup>3</sup>Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

<sup>4</sup>Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

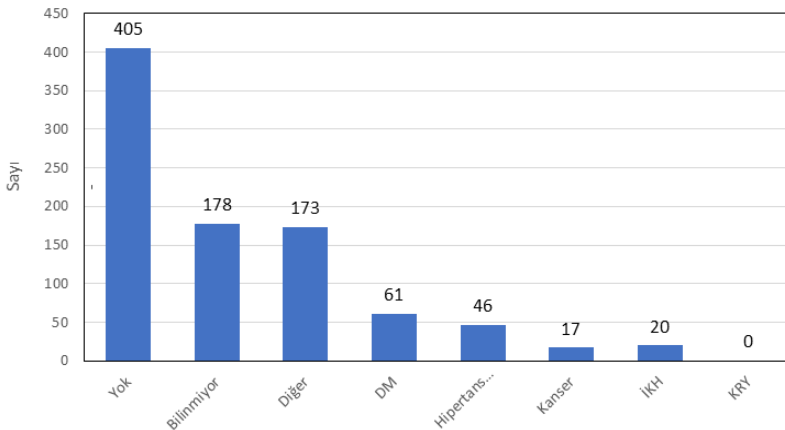
<sup>5</sup>İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

<sup>6</sup>Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

**Giriş:** Günümüzde uluslararası rehberler, antiretroviral tedavide (ART) etkinlik, tolerabilite, ilaç etkileşim profili ve tedaviye uyum kolaylığı nedeniyle integras temelli rejimleri ilk seçenek olarak önermektedir. Klinik çalışmalar, Bictegravir/Emtricitabine/Tenofovir Alafenamide (B/F/TAF) rejiminin yüksek virolojik başarı ve düşük yan etki profili ile uzun dönem etkinliğini desteklemektedir. Klinik çalışmaların yanı sıra, gerçek yaşam verileri, bu rejimin günlük kullanımdaki etkinlik ve güvenlik profilinin değerlendirilmesi açısından oldukça önemlidir. Çalışmamızda, tedavi naif HIV ile yaşayan kişilerin B/F/TAF rejimiyle 36 aylık takip sonuçlarının gerçek yaşam verileriyle değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** ACTHIV-IST Çalışma Grubu'na dahil İstanbul'da beş merkezde, Haziran 2020-Eylül 2025 tarihleri arasında, yeni HIV enfeksiyonu tanısı alıp, ilk kez B/F/TAF içeren rejim ile ART başlanan 18 yaş ve üzerindeki olgular retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Bu olgulara ait epidemiyolojik, klinik ve laboratuvar bilgileri, ACTHIV-IST çalışma grubunun veri tabanından elde edilmiştir.

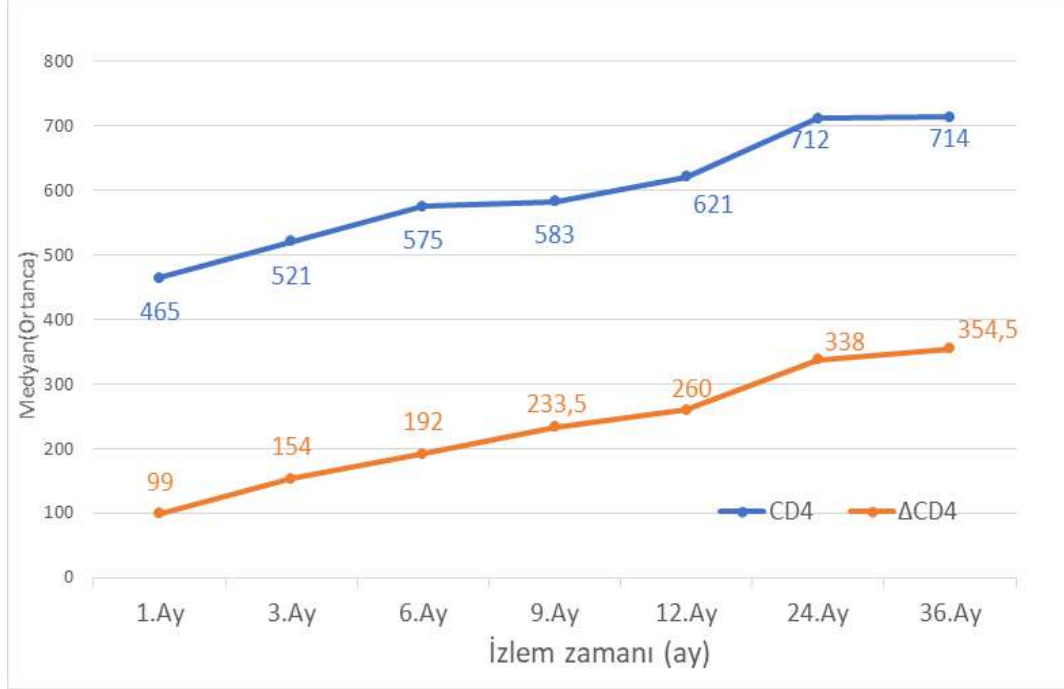
**Bulgular:** Takip edilen 844 olgunun 775'i (%91,8) erkek, yaş ortalaması 37 (sınırlar: 19-76) yıldır. B/F/TAF rejiminin kullanım süresi ortalama 30 (sınırlar:2-67) ay olup, 336 (%39,8) olgu 36 ayı tamamlamıştır. Olguların yaklaşık %16'sında HIV RNA düzeyi 1.000.000 kp/ml'nin üzerinde bulunmuştur. Kayıt bilgilerinde hastaların %39,2'sinde en az bir komorbid durum olduğu görülmüştür (Şekil 1). Olguların %22'sinde AntiHBc-IgG, %4,3'ünde HBsAg, %1'inde Anti-HCV pozitifliği mevcuttur.



Şekil 1. Çalışmaya alınan olguların komorbiditeleri

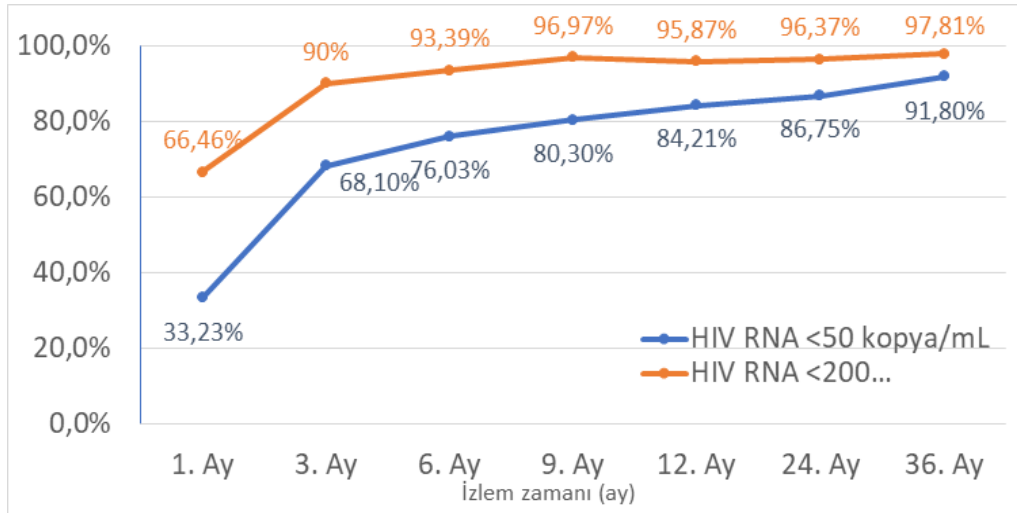


Olguların takip süresinde CD4+ T lenfosit sayısındaki değişimler Şekil 2’de görülmektedir.



Şekil 2. İzlem Süresine Göre CD4+ T lenfosit ve ΔCD4+ T lenfosit Değerlerinin Medyan Değişimi

B/F/TAF tedavisine virolojik yanıt değerlendirildiğinde, olguların %66’sında ilk ayda HIV RNA’nın 200 kp/ml’nin altına indiği görülmüştür. Bu oran aylar içerisinde artmış, 36. ayda ise %97,81’e ulaşmıştır (Şekil 3).



Şekil 3. HIV RNA <50 ve <200 kopya/mL düzeyine ulaşan olguların izlem süresine göre değişimi

Takip süresinde olguların 13’ünde (%1,54) tedavi değiştirilmiştir. B/F/TAF tedavisinin değişim nedenleri, iki olguda ilaç alerjisi, iki olguda kilo artışı, birer olguda saç dökülmesi, hazımsızlık, lökopeni, tedavi uyumsuzluğu, ilaç temininde zorluk olarak belirtilmiştir.





# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



**Sonuç:** Olgularımızın başlangıç HIV RNA düzeyinin oldukça yüksek ve 1/3'ünden fazlasında en az bir komorbidite olmasına rağmen, B/F/TAF ile tedavinin ilk ayından itibaren alınan hızlı virolojik yanıt 36 ay boyunca korunmuş, immünolojik yanıt da artarak devam etmiştir. Bu gerçek yaşam verileri doğrultusunda, B/F/TAF rejiminin, HIV ile yaşayan kişilerde, uzun süreli tedavide etkin ve güvenilir olduğu görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Naif, HIV, B/F/TAF, CD4, HIV RNA

PS-141

### Tedavi Deneyimli HIV ile Yaşayan Bireylerde Biktegravir/Emtrisitabin/Tenofovir Alafenamid Tedavisinin Etkililiği: Gerçek Yaşam Verisi

Esra Zerdali<sup>1</sup>, Ceren Atasoy<sup>2</sup>, Alper Gündüz<sup>3</sup>, Bilgöl Mete<sup>4</sup>, İlkay Şahin<sup>5</sup>, Bilge Çağlar<sup>1</sup>, Okan Derin<sup>2</sup>, Meliha Meriç Koç<sup>3</sup>, Sibel Yıldız Kaya<sup>4</sup>, Burçak Varol<sup>5</sup>, Mustafa Yıldırım<sup>1</sup>, Dilek Yıldız Sevgi<sup>2</sup>, Özlem Altuntaş Aydın<sup>3</sup>, Hayat Kumbasar Karaosmanoğlu<sup>5</sup>, Feyza Gürer<sup>6</sup>, Fehmi Tabak<sup>4</sup> ve ACTHIV-IST Çalışma Grubu.

<sup>1</sup>Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

<sup>2</sup>Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

<sup>3</sup>Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

<sup>4</sup>İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

<sup>5</sup>Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

<sup>6</sup>Yüksek İhtisas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Ankara

**Giriş:** Biktegravir/Emtrisitabine/Tenofovir alafenamid (B/F/TAF) kılavuzlarda önerilen ve ülkemizde de kullanılan bir tek tablet rejimidir. Bu çalışma ile gerçek yaşamda tedavi deneyimli HIV ile yaşayan bireylerde B/F/TAF kullanımının etkililiğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** ACTHIV-IST çalışma grubu tarafından oluşturulmuş veri tabanı kullanılarak İstanbul'dan 5 merkezde HIV enfeksiyonu tanısı ile daha önce başka anti-retroviral tedaviler kullanmış ve sonrasında B/F/TAF tedavisine geçilmiş erişkin bireylerin verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Veri tabanı kapsamında CD4+ T lenfosit sayısı, HIV-RNA, lipid parametreleri, böbrek ve karaciğer fonksiyonları ve advers olaylar değerlendirildi.

HIV-RNA düzeyinin <50 kopya/ml'den az olması viral baskılanma olarak kabul edildi. Önceki tedaviler, önceki tedavinin süresi, B/F/TAF tedavisi öncesi ve sonrası (3, 6, 12, 24 ve 36. aylarda) CD4, HIV-RNA, üre, kreatinin, total kolesterol, trigliserid, HDL, LDL ve viral baskılama saptanma oranı belirlendi. Değişkenlerin dağılım özellikleri Shapiro-Wilk testi ile incelenmiş ve çoğu parametrenin normal dağılım göstermediği (p<0.05) belirlenmiştir. Bu nedenle, iki zaman noktası arasındaki farkların analizinde parametrik olmayan Wilcoxon Signed-Rank Test kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya 738 birey dahil edildi, 12. ayda 531, 36.ayda da 295 bireyin sonuçları değerlendirildi. Çalışmaya katılan 738 bireyin %91,2 (673) erkek ve ortalama yaşı 45 (sınırlar:21-77) yıldır. Kendini MSM olarak tanımlayanların sıklığı %36,2 (267) iken %36,9 (272) birey bilgi vermemeyi tercih etti. HBsAg %5,3, anti-HBcIgG %28,3, anti-HCV %0,7 oranında pozitif saptandı. Ortalama hastalık süresi 97 (22-360) ay olup B/F/TAF öncesi tedavi süresi 94 (1-194) aydır.

Önceki tedaviler Tenofovir alafenamid/Emtrisitabin/Elvitegravir/kobistat 421 (%57,6), Tenofovir disproksil fumarat/Emtrisitabin+ Dolutegravir: 130 (%17,8), Tenofovir disproksil fumarat/Emtrisitabin+Raltegravir 88 (%12), Abakavir/Lamivudin/Dolutegravir 30 (%4,1), diğer tedaviler 62 (%8,5) olarak bulundu.

Ortalama 36 aylık bir sürede B/F/TAF tedavisi ile CD4 sayısında önceki tedavilerde elde edilenden daha fazla bir artış elde edildi (Şekil 1). B/F/TAF tedavisine virolojik yanıt değerlendirildiğinde, olguların 1. Ayında <50 kp/ml %86 iken, 12.ayda %94,57, 24.ayda %94,2'ye yükseldiği ve 36.ayda %92,16 olarak yanıtın devam ettiği görüldü. HIVRNA < 200 kp/ml olan olguların başlangıçta oranı %85 iken 36.ayda %98'e yükseldiği görüldü (Şekil 2).

Tedavi ile 12. ayda kreatinin, ALT değerlerinde ve lipid profilinde anlamlı değişiklik saptanmadı. Tedavi genel olarak iyi tolere edildi. Takip süresince 30 olgu tedavisini değişik nedenlerden değiştirdiği ve 3 olgunun da kaybedildiği görülmüştür.

**Sonuç:** B/F/TAF tedavisine geçmekle, viral ve immünolojik etkililik artarak devam etmiştir. Biyokimyasal parametrelerde 12. ayın sonunda anlamlı bir değişiklik gözlenmemiş ve tedavi iyi tolere edilmiştir.



# HIV/AIDS

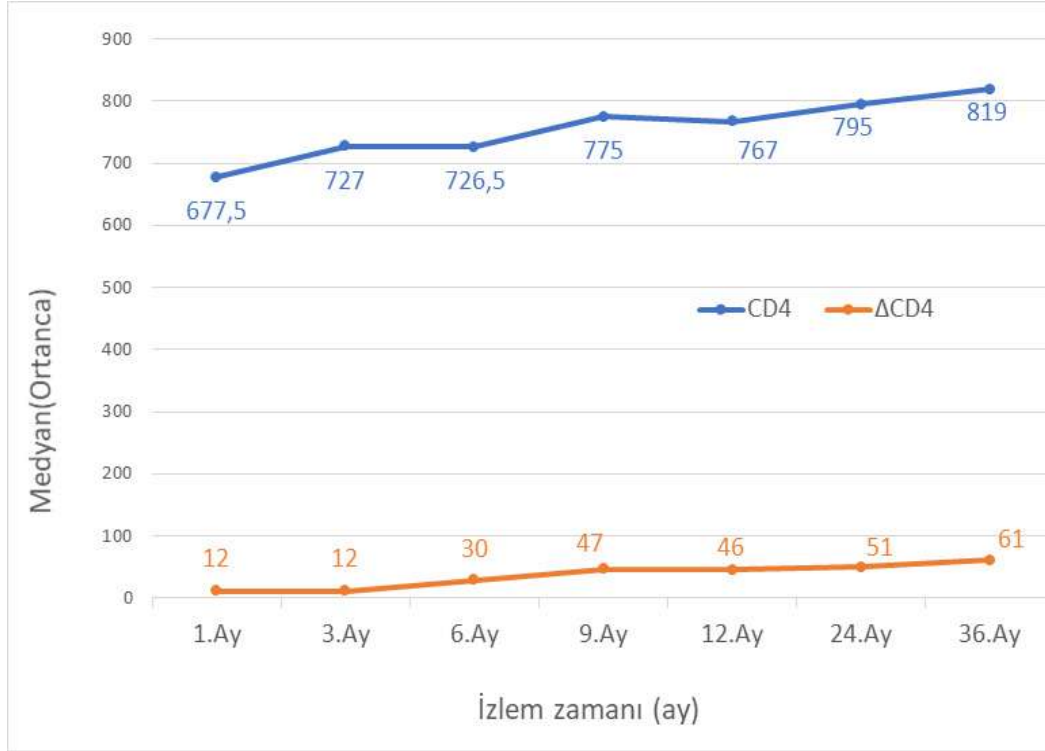
## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**  
Xanadu Resort Hotel, ANTALYA

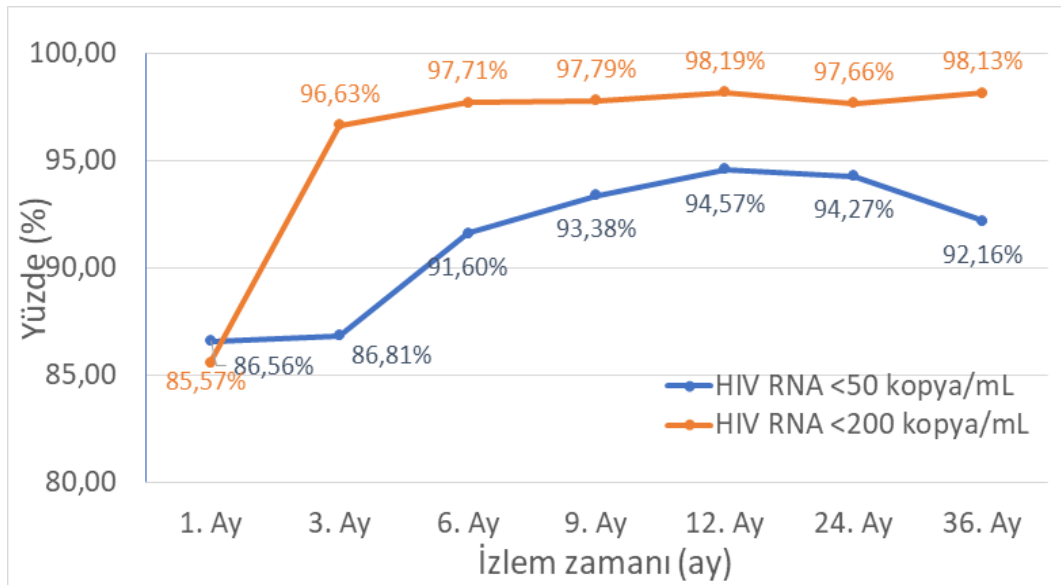


**Anahtar Kelimeler:** Tedavi deneyimli, HIV, B/F/TAF, CD4, HIV RNA

Şekil 1. B/F/TAF tedavisi ile CD4 sayısındaki değişim



Şekil 2. B/F/TAF tedavisine değişim sonrası HIV-RNA düzeylerinin izlem süresine göre değişimi



PS-142

### HIV Enfeksiyonu Tanısında Kaçırılan Fırsatlar; İndikatör Hastalıkların Tanı Üzerindeki Etkisi

Funda Şimşek

*İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi*

**Amaç.** HIV enfeksiyonu tanısını koyma oranını artırmak için gerekli stratejilerden biri HIV testi istenmesi gerekli olan hastalarda test oranını artırmaktır. Çalışmanın amacı AIDS tanımlayıcı hastalıklar ve HIV testi önerilen diğer indikatör durumlar ve hastalıklar tanıları konulan hastalarda HIV testi istenme ve pozitiflik oranını değerlendirmektir.

**Yöntem:** Çalışmaya İç Hastalıkları , Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Nöroloji, Cildiye ve Kulak Burun Boğaz klinikleri dahil edildi. Bilgi İşlem Merkezi ile görüşülerek AIDS tanımlayıcı hastalıklar ve HIV testi önerilen diğer indikatör durumlar ve hastalıklar tanıları girildiğinde Anti HIV testi istenmesi uyarısı sisteme entegre edildi. Öncesinde bu klinikler ile farkındalıklarının artması için görüşülerek eğitim verildi ve her klinikten istekli bir uzman ya da asistan ile iletişime geçildi. İlgili kliniklere AIDS tanımlayıcı hastalıklar ve HIV testi önerilen diğer indikatör durumlar ve hastalıklar tanılarını içeren toplam 40 ICD-10 kodundan oluşan tanı listesi hazırlandı(Tablo 1).

|                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Kulak Burun Boğaz Hastalıkları kliniği</u><br>Kandidoz<br>Mononükleoz benzeri hastalık                                                                                                                                              | <u>Obstetrik ve Jinekoloji</u><br>Servikal kanser<br>Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar                                                                                                                                                                    |
| <u>İç Hastalıkları Kliniği</u><br>Kandidoz ,ösephagiyal<br>Hepatit B veya C<br>Açıklanamayan kronik ishal<br>Non-Hodgkin lenfoma<br>Lökosit bozuklukları,trombositopeni<br>Açıklanamayan lenfsdenopati<br>TTP<br>Pnömoni<br>Tüberküloz | <u>Nöroloji</u><br>Serebral toksoplazmoz<br>Progressif multifokal lökoensefalopati (PML)<br>Kriptokokkoz<br>Guillain Barre Sendromu<br>Subkortikal demans<br>Periferik Nöropati<br>Beyinde primer yer kaplayan lezyon<br>Multiple skleroz benzeri hastalık |
| <u>Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği</u><br>Kaposi Sarkomu<br>Herpes Simpleks enfeksiyonu<br>Seboreik dermatit<br>Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar<br>Psöriyazis<br>Kandidoz                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                            |

Çalışmaya katılan kliniklerden çalışma planlanmadan önceki 1 aylık sürede (1-31 Temmuz 2025) ve çalışma planlandıktan sonraki (1Ağustos 2025-15 Eylül 2025 ) sürede ;Anti HIV testi istenen kişi sayısı, anti HIV testi pozitif hasta sayısı, AIDS tanımlayıcı hastalıklar ve HIV düşündürülen diğer indikatör durumlar ve hastalıklar tanıları konulan hasta sayısı ve oranı , ve bu grupta anti HIV testi pozitif bulunan hasta sayısı bilgileri toplanarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışma öncesi dönemde hastanemizde 7185 hastadan, çalışma döneminde ise 7122 hastadan anti HIV testi istenmiş olup ilgili kliniklerde her iki dönemde de istenen test sayıları ve AIDS tanımlayıcı hastalıklar ve HIV testi önerilen diğer indikatör durumlar ve hastalıklar tanıları konulan hastalarda HIV testi isteme ve pozitiflik durumları Tablo 2 de gösterilmiştir.

Tablo 1. 1-31 Temmuz 2025 tarihleri arasında kliniklere başvuran hastalarda HIV testi istenme ve pozitiflik oranları

| Klinik adı                          | Anti HIV testi istenen kişi sayısı | Anti HIV testi pozitiflik sayısı | AIDS tanımlayıcı hastalık/ HIV testi önerilen diğer indikatör durumlar ve hastalık tanısı konan kişi sayısı ve oranı | AIDS tanımlayıcı hastalık/ HIV testi önerilen indikatör durumlar ve hastalık tanısı konan kişilerde anti HIV pozitiflik sayısı |
|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nöroloji                            | 625                                | 2                                | 129 (%20)                                                                                                            | 1                                                                                                                              |
| Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği | 700                                | 1                                | 61 (%8.7)                                                                                                            | 1                                                                                                                              |
| Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği | 720                                | 1                                | 116 (%16)                                                                                                            | 1                                                                                                                              |
| Kulak Burun Boğaz Kliniği           | 700                                | 1                                | 28 (%4)                                                                                                              | 1                                                                                                                              |
| İç hastalıkları                     | 1226                               | 1                                | 692 (%56)                                                                                                            | 1                                                                                                                              |
| Toplam                              | 3971                               | 6                                | 1026 (%25)                                                                                                           | 5                                                                                                                              |

Tablo 2. 1 Ağustos 2025- 15 Eylül 2025 tarihleri arasında kliniklere başvuran ve AIDS tanımlayıcı hastalık ve HIV testi istenmesi önerilen diğer indikatör durumlar tanısı konulan hastalarda HIV testi istenme ve pozitiflik oranları

| Klinik adı                          | Anti HIV testi istenen kişi sayısı | Anti HIV testi pozitiflik oranı (%) | AIDS tanımlayıcı hastalık/ HIV testi önerilen diğer indikatör durumlar ve hastalık tanısı konan kişi sayısı | AIDS tanımlayıcı hastalık/ HIV testi önerilen indikatör durumlar ve hastalık tanısı konan kişilerde anti HIV pozitiflik oranı |
|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nöroloji                            | 546                                | 2                                   | 102 (%18,6)                                                                                                 | 1                                                                                                                             |
| Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği | 687                                | 1                                   | 54 (%7,9)                                                                                                   | 1                                                                                                                             |
| Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği | 600                                | 2                                   | 109 (%18)                                                                                                   | 1                                                                                                                             |
| Kulak Burun Boğaz Kliniği           | 854                                | 1                                   | 18 (%2)                                                                                                     | 1                                                                                                                             |
| İç hastalıkları                     | 1361                               | 2                                   | 600 (%44)                                                                                                   | 2                                                                                                                             |
| Toplam                              | 3502                               | 8                                   | 883 (%25,2)                                                                                                 | 6                                                                                                                             |

Sonuç: AIDS tanımlayıcı hastalıklar ve HIV testi yapılması önerilen diğer indikatör durumlar ve hastalıklar Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji hekimleri tarafından iyi bilinmektedir. HIV testi istenmesi gerekli olan hastalar farklı tanımlarla farklı polikliniklere başvurabilmektedir. Bu konu ile ilgili farkındalık artarsa HIV enfeksiyonu tanısı konma oranları da artacaktır. İlgili tanımlar söz konusu olduğunda anti-HIV ELISA testi istemeyi hatırlatmak yararlı olacaktır.. Biz çalışmamızda kısa süre içinde sayısal artış saptadık ancak istatistiksel olarak anlamlılık ifade



# HIV/AIDS

## 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



etmemektedir. Biliyoruz ki ülkemizde ve hastanemizde indikatör durumlarda kaçırılan fırsatlar var. İstatistiksel anlamlılık olmamasını sürenin kısa olmasına bağlıyoruz. Daha uzun süre takip ederek sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık .





# HIV/AIDS 2025 KONGRESİ

**4-7 ARALIK 2025**

Xanadu Resort Hotel, ANTALYA



## İLETİŞİM BİLGİLERİ

### BİLİMSEL SEKRETARYA

**Prof. Dr. Özlem ALTUNTAŞ AYDIN**

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

E-posta: ozlemaa@gmail.com

### 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