



Klinik **HIV/AIDS**

Sempozyumu **2010**

## **Olgu Sunumu**

**Dr. Hayat Kumbasar**

S.B. Haseki Eđitim ve Arařtırma Hastanesi

# Olgu 1 (2009)

36 y, kadın

Bekar,

Konsomatris

1 çocuđu var

İlk başvuru; ateş, halsizlik, kilo kaybı (3 ayda 5 kg)

**Anti-HIV (+), Western Blot (+)**

**Özgeçmiş:** Özellik yok

**Soygeçmiş:** **Ailede KAH, HT, DM öyküsü yok.**

**Alışkanlıklar:** **Sigara 3 paket-yıl**

Alkol 40 g etanol / gün; 10 yıldır

Uyuşturucu madde kullanımı yok

**Bulaş yolu;** heteroseksüel temas

# Fizik Muayene

**Kilo: 57 kg, boy: 162 cm (VKI:22)**

**TA: 110/70 mmHg, nabız: 70/dk**

Bilinç açık, oryante, koopere

Deri doğal, döküntü yok

Sistem muayeneleri doğal

# Laboratuvar

- Hb: 12 g/dL, WBC: 5800 /uL, PLT: 145.000 /uL
- ALT: 21 U/L, AST:18 U/L, BUN:38 mg/dL, kreatinin: 0.8 mg/dL
- **Glukoz: 81 mg/dL ,**  
**T.kolesterol: 170 mg/dL,**  
**LDL-kolesterol:113 mg/dL ,**  
**HDL-kolesterol: 36 mg/dL,**  
**Trigliserid: 245 mg/dL**
- HBs Ag(-), anti HBc IgG(-), anti HBs(-), anti HCV(-), anti-HAV IgG (+)
- VDRL(-), TPHA(-), Toksoplasma IgG(+), anti CMV IgG(+), PPD (-)
- **CD4 T-lenfosit sayısı: 39 hücre/mm<sup>3</sup> (%4)**
- **HIV RNA: 229.000.000 kopya/ml**

# Tedavi

- Tenofovir + Emtrisitabin (Truvada) 1x1 tb
- Lopinavir + Ritonavir (Kaletra) 2x2 tb
- TMP-SMZ 960 mg 1x1 tb
- Klaritromisin 500 mg 2x1 tb

## Tedavinin 3. ayında

- Genel durumu daha iyi
- Şikayetleri geriledi.
- İlaçları düzenli kullanıyor.
- İlacı bağı bir yan etki tariflemiyor.
- Kilosunda artış mevcut (57 kg→61 kg)

Tedavi	CD4 T-lenfosit sayısı /mm <sup>3</sup>	HIV RNA (kopya/ml)	HDL- kolesterol (mg/dL)	LDL- kolesterol (mg/dL)	Trigliserid (mg/dL)
0. ay	39	229.000.000	36	113	245
3.ay	51	59.000	33	131	390

# NCEP ATP III<sup>1</sup>

## ( National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines)

\* Yaş: Erkek  $\geq 45$  y

Kadın  $\geq 55$  y veya erken menapoz ve hormon tedavisi

\* Ailede kalp hastalığı hikayesi ( baba veya erkek kardeşte  $< 55$  y, anne veya kız kardeşte  $< 45$  y

\* **Sigara**

\* Hipertansiyon ( $\geq 145/90$  mmHg veya antihipertansif ilaç kullanımı)

\* **Düşük HDL-C ( $< 40$  mg/dL)**

1. National Cholesterol Education Panel. Third Report of the Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adults Treatment Panel III) NCEP, 2002

Risk	LDL-C hedefi	Tedavi önerisi
Düşük risk: 0-1 (10 y risk < %10)	< 160	≥ 190
<b>Orta dereceli risk: ≥ 2</b> <b>(10 y risk %10- %20)</b>	<b>&lt;130</b>	<b>≥ 130</b>
Yüksek risk: Perifer arter hastalığı HT DM Abdominal aort anevrizması Karotid arter hastalığı	<100	≥ 100

## Olgumuz deęerlendirildięinde;

36 yaşıında

Aile öyküsü yok

**HDL <40**

**Sigara kullanımı**



2 risk faktörü

10 y risk %10-20

**LDL-C hedef**

**<130mg/dL**

LDL-C 130 mg/dL iken;

- .
- Sigarayı bırakması konusunda ikna edildi.
- Yaşam biçimi değişikliği planlandı  
Diyet, fiziksel aktivitenin artırılması, kilo kontrolü
- Antihiperlipidemik tedavi ertelendi

Tedavi	CD4 T-lenfosit sayısı /mm <sup>3</sup>	HIV RNA (kopya/ml)	HDL- kolesterol (mg/dL)	LDL- kolesterol (mg/dL)	Trigliserid (mg/dL)
0. ay	39	229.000.000	36	113	245
3.Ay	51	59.000	33	131	390
6. ay	104	701	38	130	<b>581</b>

## Tedavinin 6. ayında

- 3 aydır sigara kullanmıyor.
- LDL-C :130 mg/dl
- **Trigliserid >500 mg/dl**
- Antihiperlipidemik önerildi.
- Fenofibrat (Lipanthyl-267 M Kapsül) 1x1

Tedavi	CD4 T-lenfosit sayısı /mm <sup>3</sup>	HIV RNA (kopya/ml)	HDL- kolesterol (mg/dL)	LDL- kolesterol (mg/dL)	Trigliserid (mg/dL)
0. ay	39	229.000.000	36	103	230
3.Ay	51	59.000	33	131	390
6. ay	104	701	38	130	581
9. ay	172	-	35	124	<b>410</b>

# Tedavinin 9. ayında

## Lipohipertrofi

- Genel durumu iyi
- 6 aydır sigara kullanmıyor, diyet ve spor yapıyor.
- Buna karşın çok kilo aldığını ifade ediyor.
- Özellikle göbük , memeler ve ensede yağ birikimi  
Hasta 67 kg ve 10 kg almış (tedavi öncesi 57 kg)
- Hastaya ART yan etkileri ile ilgili tekrar bilgi verildi.
- Gebelik varlığı ve düşüncesi sorgulandı.
- Tedavinin değiştirilmesine birlikte karar verildi.
- Lopinavir/ritonavir → Efavirenz



## Tenofovir/Emtrisitabin + Efavirenz tedavisinin 3. ayında (ART'nin 12. ayı)

- CD4: 248 hücre/mm<sup>3</sup>
- HIV RNA negatif
- Antihiperlipidemik almıyor, diyet yapmaya devam ediyor.
- 3 ay içinde 67 kg → 63 kg

**HDL:48 mg/dL, LDL: 105 mg/dL, trigliserid: 282 mg/dL**

Pl ile tedavinin 9. ayında  
67 kg  
(göbek çevresi:109 cm)



Tedavi değişikliğinden 4 ay sonra  
63 kg  
(göbek çevresi:107 cm)



## Olgu 2

44 yaşında, erkek

Evli

Resepsiyonist

Kan bağıışı sırasında anti HIV(+) saptanmış.

2009-Western Blot(+)

Bulaş yolu; heteroseksüel temas

**Özgeçmiş:** 25 yıl önce Akc TB

**Soygeçmiş:** Ailede KAH, HT, DM öyküsü yok.

**Alışkanlıklar:** Sigara, alkol, ilaç, uyuşturucu madde kullanmıyor.

# Fizik Muayene

**Kilo: 72 kg, boy: 1.76 cm (VKI:23.5)**

**TA: 110/70 mmHg, Nabız: 70/dk**

Bilinç açık, oryante, koopere

Deri doğal, döküntü yok.

Baş-boyun muayenesi doğal

Solunum sesleri doğal.

KVS: Üfürüm (-) ek ses(-)

GIS: Batın rahat, barsak sesleri normal, HSM(-)

# Laboratuvar

- Hb: 14 g/dL , WBC: 4500 /uL , PLT: 216.000 /uL
- ALT: 17 U/L, AST:20 U/L, BUN:38 mg/dL, Kreatinin: 0.9 mg/dL
  
- **Glukoz: 95 mg/dL,**
- **total kolesterol: 234 mg/dL,**
- **LDL-kolesterol: 177 mg/dL,**
- **HDL-kolesterol: 34 mg/dL,**
- **Trigliserid: 116 mg/dL**
  
- HBs Ag(-), anti HBc IgG(-), anti HBs(-), anti HCV(-)
- VDRL: (-), TPHA(+), Toksoplasma IgG(+), anti CMV IgG(+)
  
- **CD4 T-lenfosit sayısı: 265 hücre/mm<sup>3</sup>(%13)**
- **HIV RNA: 160.000 kopya/ml**

42 yaşında

Ailede KAH öyküsü yok

Sigara kullanmıyor

HDL 34 mg/dL



tek risk faktörü

10 y KVH risk <%10

LDL-C hedef 160mg/dL

Risk	LDL-C hedefi	Tedavi önerisi
<b>Düşük risk: 0-1</b> <b>(10 y risk &lt; %10)</b>	<b>&lt; 160</b>	<b>≥ 190</b>
Orta dereceli risk: ≥ 2 (10 y risk %10- %20)	<130	≥ 130
Yüksek risk: Perifer arter hastalığı HT DM Abdominal aort anevrizması Karotid arter hastalığı	<100	≥ 100

# Tedavi

## (asemptomatik HIV enfeksiyonu)

- Tenofovir+Emtrisitabin (Truvada) 1x1 tb
- Efavirenz (Stocrin)1x1 tb
- Yaşam biçimi değişikliği (diyet, egzersiz)

# Tedavinin 3. ayında

- Genel durumu iyi, şikayeti yok
- Tedavinin ilk ayında efavirenz'e bağlı kabus görme ve baş dönmesi (4 haftada kendiliğinden gerilemiş)
- CD4 T-lenfosit sayısı (/mm<sup>3</sup>) 265 → 285
- HIV RNA (kopya/ml): 180.000 → 1380

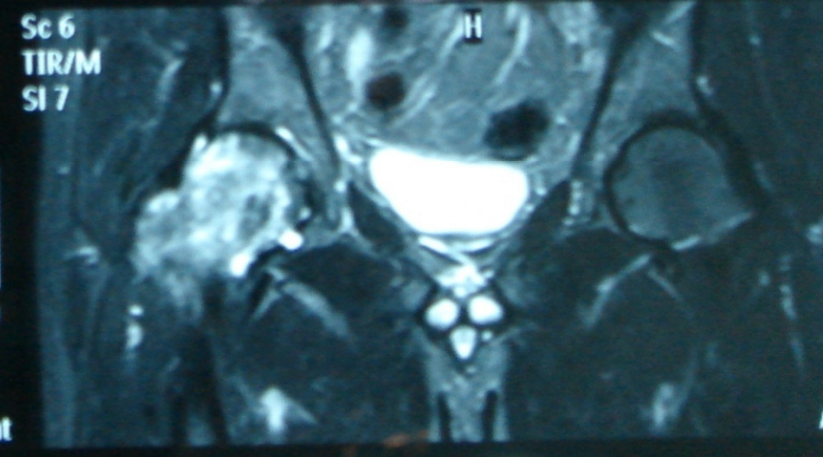
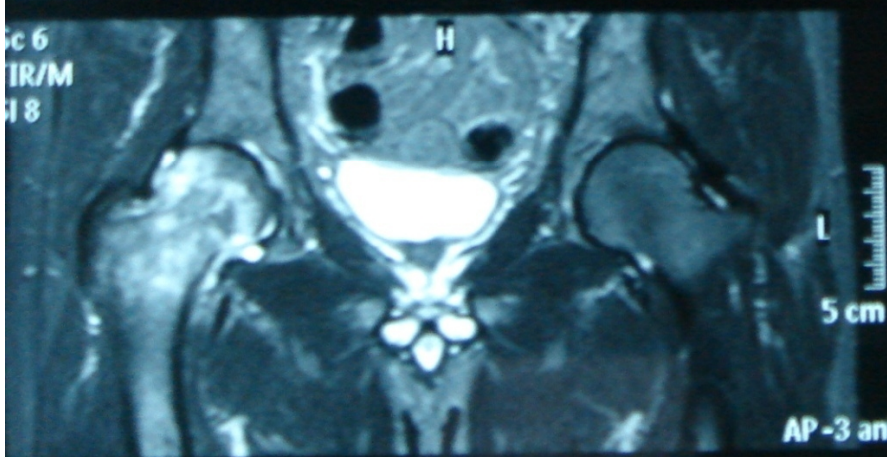
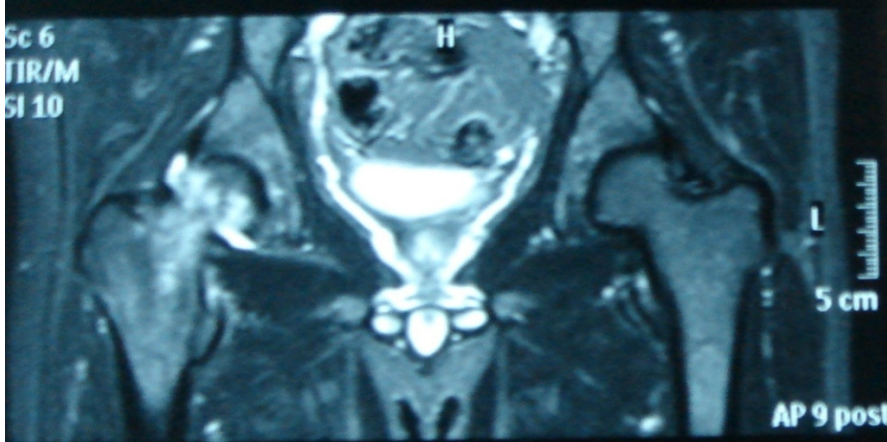
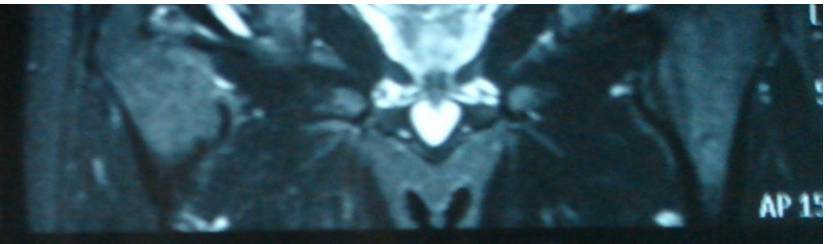
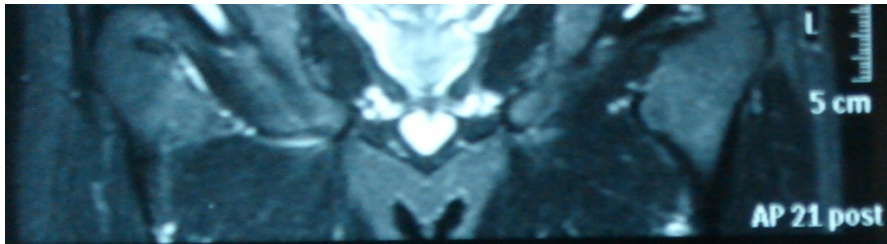
Tedavi	CD4 T-lenfosit sayısı/mm <sup>3</sup>	HIV RNA (kopya/ml)	HDL- kolesterol (mg/dL)	LDL- kolesterol (mg/dL)	Trigliserid (mg/dL)
0. ay	265	180.000	37	177	116
6.ay	282	-	43	185	133
12. ay	344	-	46	205 (atorvastatin 10 mg/g)	156

## Tedavinin 12. ayında

- Sağ kalçada ani başlayan şiddetli ağrı ve hareket kısıtlılığı
- Kalça ekleminde şişlik, kızarıklık, ısı artışı yok.
- Kalça grafisi normal
- DEXA normal
- Kalça MR
- Ortopedi konsültasyonu istendi

## Kalça MR

- Sağ femur başı-boyun seviyesinde yaygın medulla trabeküler ödem lehine sinyal artımı saptandı. Sağ femur başında anterolateralde yaklaşık 2 cm. çapında stabil evre **avaskuler nekroz** ile uyumlu alan saptandı. Sağ femur başı konturları düzgündür.



# Ortopedi konsültasyonu

- Nonsteroid antiinflamatuar tedavi
- Koltuk değneği ile mobilizasyon
- FTR (Kalça egzersizleri)

- Ortopedinin önerileri ile kalça ağrısı 3 hafta sonra tamamen geriledi.
- Hasta halen koltuk değneklerini kullanıyor.
- Kalça egzersizlerine devam ediyor.
- Cerrahi tedavi uygun görülmedi.

# Avasküler nekroz (Osteonekroz)

- Kemiğin kanlanması bozulması sonucu gelişen kemik ölümüdür
- Kemik yapıların ve kemik iliği nekrozunun görüldüğü patolojik bir olaydır
- Aseptik nekroz, avasküler nekroz, osteokondroz, osteokondritis juvenilis, apofizitis, epifizitis gibi çeşitli adlar verilmektedir

- En sık tuttuđu kemikler:
  - El ve ayakların küçük kemikleri
  - Femur başı ve kondilleri
  - Humerus başıdır
- Tüm yaş gruplarında görülebilir

# Patofizyoloji

- Kemik iliği hücrelerinin ve osteositlerin ölümü
- Nekrotik segmentin çökmesi
- Eklem uyumunun bozulması
- Dejeneratif artrit ilerler

# Etyoloji

- Kortikosteroid kullanımı
- İmmünsüpresyon
- Sistemik Lupus Eritematozus
- Romatoid Artrit
- Alkol bağımlılığı
- Orak hücreli anemi ve diğer hemoglobinopatiler
- Koagülasyon defektleri
- Kronik pankreatit
- Disbarizm (Caisson hastalığı)
- Miyeloproliferatif hastalıklar
- Gaucher hastalığı
- Radyasyon
- Gebelik
- Gut hastalığı
- Astım

# HIV/AIDS hastalarında osteonekroz

- İlk olgu 1990'da bildirilmiş.<sup>1</sup>
- Asemptomatik olgularda insidans %4.4 olup genel popülasyona oranla 100 kat fazla.<sup>2,3</sup>
- Çoğunlukla ileri derece immünosupresyon, alkol kullanımı, yüksek VKI, hiperlipidemi, steroid tedavisi ile ilişkili
- PI ile ilişkisi tartışmalı

1.Goorney BP, Lacey H, Thurairajasingam S, Brown JD. Avascular necrosis of the hip in a man with HIV infection. Genitourin Med. 1990;66:451-2.

2.Lawson-Ayayin S, Bonnet F, Bernardin E, et al. Avascular necrosis in HIV-infected patients: A case control study from the Aquitaine Cohort,1997-2002, France. Clin Infect Dis 2005;40:1188-93

3.Cazanave C, Dupon M, Lavignolle-Aurillac, et al. Reduced bone mineral density in HIV-infected patients:prevalance and associated factors.AIDS 2008,22:395-402

# Klinik

- Asemptomatik
- Eklem ve çevresinde hissedilen ağrı
- Hareket kısıtlılığı
- Eklemde sertleşme ve deformasyon

## Tanı

- Direk grafi  
Değişiklikler aylar sonra ortaya çıkar  
Kist oluşumu, skleroz veya hilal belirtisi (kresent)
- Kemik sintigrafisi
- MR: tanıda altın standart  
erken dönemde duyarlılık %90

# Tedavi

- Risk faktörlerinden korunma tedavinin ilk basamağını oluşturmalıdır.
- Alkol kötüye kullanımı azaltılmalı, steroid tedavisi mümkün olan en düşük dozda ve sürede yapılmalı, dalgıçların dalış kurallarına uyması sağlanmalıdır.
- Koltuk değneği ve baston kullanılarak 2-4 hafta süreyle kalçaya binen yükün azaltılması yalnızca kollaps riskinin en az olduğu medialdeki küçük lezyonlar için etkilidir.

## İlaç tedavisi

- Lipid düşürücü ilaçlar
- Antikoagülanlar
- Bifosfonatlar (alendronat)
- İlioprost (prostasiklin analogu, VD)

## Cerrahi tedavi;

vaskülarize veya nonvaskularize kemik grefti

total kalça artroplastisi

osteotomi