

# OLGU SUNUMU

## Vaka-8

Doç.Dr.Mustafa Kemal ÇELEN

Dicle Üniversitesi Hastanesi  
İnfeksiyon Hastalıkları- DİYARBAKIR

[mkcelen@hotmail.com](mailto:mkcelen@hotmail.com)

- 46 yaşında
- Sünnetli erkek, evli, 2 çocuklu
- Son altı ayda aşırı yorgunluk
- Genital bölgeden alt extremiteye uzanan siyah lekeler oluşmuş
- Bacaklarda şişlik nedeniyle başvurduğu  
Kızıltepe DH hastanesinde; **HIV pozitif**

# Dicle Üniversitesine Sevk Edildi

- Detaylı sorgulamada;  
Son 5 yıldır korunmasız *homosexuel ilişkisi* mevcut
- HBsAg negatif, Anti-HCV negatif
- Son 1 yıldır 12 kg zayıflamış
- Gece terlemesi mevcut
- Uykusuzluk mevcut

- Bir yıl önce geçirilen bir **üretral akıntı** hikayesi mevcut
- Sigara ve alkol kullanmıyor
- Meslek: Bahçıvan
- Hasta ilk etapta **hastalığı kabullenmeyerek** alternatif tıp başvurup bir takım ilaçları kullanmayı tercih etmiş

## ***ASIL PROBLEM...***

- Genital bölgeden alt extremiteye uzanan
- Çok sayıda ve ortalama 1-2 cm çapında
- Kırmızı lezyonlar mevcut
- Bazı lezyonlar birleşme özelliğinde
- Bazıları enfekte olmuş
- Her iki alt extremitede ödem ve yumuşak doku enfeksiyonu mevcuttur

# KAPOSI SARKOMU MU!?!



# KAPOSI SARKOMU

- En sık görülen tümör
- İlk vaka 1981 yılında; MSM
- Klasik KS; ileri yaşta veya sağlıklı doğu Akdeniz insanından saptanmaktadır
- HIV ilişkili KS; cilt ve mukoz membranı kapsamaktadır
- Lenf bezi, mide-bağırsak, akciğer ve karaciğer

# HHV-8

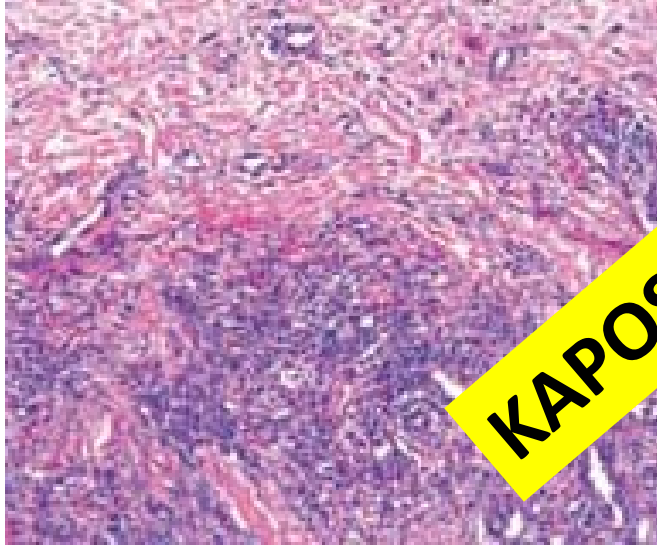
- HHV-tip 8 ile ilişkili
- İtalya ve Orta Afrika'da HHV-8 %50 pozitif
- KS patogenezindeki rolü net değildir
- CD4 düşüklüğü KS için ciddi bir predispozisyonudur
- ABD'de KS vakalarının %29'unda  
*CD4>300 , HIV-RNA düşük düzeyde*



## *HIV ilişkili KS*

- Prognozu deęişkendir
- Küçük lezyonlarla yaşam son derece uzun olup
- Büyük veya agresif lezyonlar kısa sürede ölümle sonuçlanabilir
- 1980'li yıllara göre sıklığı azalmıştır ???? (ART)
- **Genelde HAART tedavisi ile KS yanıt sağlanmaktadır**

# PATOLOJİ SONUCU



**KAPOSI SARKOMU**

# 2010-Ocak

- CD4+ hücresi 92 /mm<sup>3</sup>
- HIV-1 RNA düzeyi 725.000 kopya/mL
- Eşi, HIV pozitif
- Çocukları HIV negatif

**Bu noktada nasıl bir yol izlenmeli?**

# Yorumunuz nedir?

- Hasta AIDS; HAART başlanmalı...
- **Tedavi öneriniz?**
- HAART dışında bir tedavi uygulanmalı mı?
- **Kaposi sarkomunun seyri tedavinin kaçınıcı haftasında tekrar değerlendir meli?**

## HASTAYA TRUVADA + KALETRA KOMBİNASYONU BAŞLANDI

- Tedavinin 12.haftasında,  
CD4+ düzeyi 121/mm<sup>3</sup>'ye yükseldi  
ve HIV-1 RNA: 89.800 kopya/mL
- Tedavinin 24.haftasında, CD4+ 150/mm<sup>3</sup>  
ve HIV-1 RNA 14.500 kopya/mL olarak  
saptandı
- Hasta-ilaç uyumu olumluydu

# Lezyonların Seyri

- 6 aylık tedavi süresinin sonunda “lezyonlar” solmasına karşın boyut ve sayıda bir azalma olmadı...
- Hastanın HAART tedavisi süresince alt extremitede “yumuşak doku enfeksiyonu” gelişti
- 14-21 günlük tedaviler ile düzeldi

# KAPOSİ SARKOMU TEDAVİSİ

- ART tedavisi ile %80'lere varan başarı
- **Tüm vakalarda etkin bir tedavi yöntemi değildir**
- Geniş ve masif seyirli vakalarda kemoterapi etkili bir yöntemdir

# KS & Kötü Prognoz Faktörleri

- Tanı sırasında HAART almıyor olması
- Diğer fırsatçı infeksiyonların varlığı
- CD4 düzeyi
- Visseral yerleşim
- Damak yerleşimi



# Tedavi

- **Kriyoterapi:** lezyon < 1cm ise, likit nitrojenle %80 tam remisyon
- **Kriyocerrahisi:** 1-3 cm arası lezyonlar
- **Radyoterapi:** pahalı, tedavi yanıtı düşük ve %5 oranda ciddi deri bulgularına yol açar
- **Lokal kemoterapi:** (vinblastine) 2 cm boyutlu lezyonlarda % 70 başarı sağlanır

# *İmmünoterapi*

- *Pegylated-interferon alfa2b* 50 mcg/hafta
- Mekanizması tam olarak açıklanmamış
- 6-8 haftalık tedavi
- Özellikle CD4>400 olanlarda kullanılabilir

# Kemoterapi

- Progressif seyirli KS
- Visseral KS
- ART ye rağmen devam eden
- Lenfödemi olan lezyonlarda

kemoterapi kullanılmalıdır...

## *Pegylated liposomal doxorubicin hydrochloride*

- *(Caelyx)* 20 mg/m<sup>2</sup> onbeş gün ara ile kür
- Total remisyon oranı %80
- 6-8 kürle genelde iyi yanıt alınmaktadır
- Bulantı kusma nadir
- Myelotoksisite
- Kardiyotoksisite



- *Caelyx* yeterli olmadığı durumlarda...
- Adriamycine
- Bleomycine
- Vincristine

kombinasyonu uygulanabilir

# *Paclitaxel (Taxol)*

- 100 mg/m<sup>2</sup> iki haftafda bir kullanım
- Myelotoksisite
- Alopesia açısından değerlendirilmeli
- *Caelyx* tedavisine rağmen devam eden hastalarda *kullanımı önerilmektedir*



# Olguya dönersek...

- 23/07/2010...1.Kür **Liposomal-Doxorubicin**
- 31/08/2010...2.Kür **Liposomal-Doxorubicin**
- 30/09/2010...3.Kür **Liposomal-Doxorubicin**
- 18/10/2010...4.Kür **Liposomal-Doxorubicin**
- 13/11/2010...5.Kür **Liposomal-Doxorubicin**
- 19/12/2010...6.Kür **Liposomal-Doxorubicin**

# Kemoterapi sonrası izlem...

- Hastanın lezyonları

Sayıca azaldı

boyut olarak küçüldü

renk olarak açıldı

- Genelini değerlendirirsek %65-70 oranında düzeldi
- Tam remisyon sağlanmadı
- Lenfödemi düzeldi
- Mevcut HAART tedavisine devam edilmekte



# Tedavi Yöntemimiz Doğru muydu?

- Acaba en başından HAART+Kemoterapi ????
- Kemoterapi ile lezyonlar %65-70 oranında düzeldi. Bu noktada ne yapılmalı?
- Bu hastaya Pegile-interferon alfa2B önerilir mi?
- Paclitaxel önerirmisiniz?

# Yeni Tedavi Yöntemleri

- Rapamycine
- Valgancyclovir
- İnterlökin-12
- Sirolimus
- Bevacizumab
- İmatinib (Glivec)
- Sorafenib (Nexavar)

# Kaposi Sarkomu & Rapamycine

- HIV ilişkili Kaposi Sarkomlu hastlarda
- HAART+ Rapamycine etkinliği ve günvenirliği
- Tümör regresyonunda etkin görülmüş
- Ancak terapötik etkili
- Bazı vakalarda uygulanabilir

Krown SE. J Acquir Immune Defic Syndr. 2011.

# Sonuç Olarak...

- HIV vakalarında KS sık görülen bir tümör
- MSM önemli bir risk faktörüdür
- HAART tedavisi ile vakaların %80 başarı mevcut
- Visseral, progressif seyirli ve büyük lezyonlarda kemoterapi etkin bir yöntemdir
- *Kötü prongostik faktörleri olan hastalara HAART+Kemoterapi önerilebilir mi?*

SABRINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİM

# NAİV HIV İNFEKSİYONUNDA TEDAVİ YAKLAŞIMI

Semptomatik	Aseptomatik	Direnç Testleri	Önemli Noktalar
<ul style="list-style-type: none"><li>• CDC evre B ve C: tedavi önerilmektedir.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• CD4 &lt; 200: tedavi geciktirilmeden önerilir</li><li>• CD4 201-350: tedavi önerilir</li><li>• <b>CD4 350-500: VY &gt; 10<sup>5</sup> kopya/mL ve/veya CD4 düşüşü yıllık &gt; 50-100 mm<sup>3</sup> veya yaş &gt;55 veya hepatit C ko-infeksiyonu veya gebelik, yüksek kardiovasküler risk, malingnensi varsa tedavi önerilir.</b></li><li>• CD4 &gt;500: Tedavi plasma HIV RNA düzeyinden bağımsız olarak ertelenir. VY &gt; 10<sup>5</sup> kopya/mL yakın CD4 takibi yapılır.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tanı anında veya başlangıç vizitinde Genotip ve subtip tayini önerilmektedir.</b></li><li>• Eğer genotip testi yapmak olanaksız ise, ritonavir içeren PI ilk tedavi rejiminde önerilmektedir.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tedavi öncesinde CD4 düzeyini tekrar kontrol etmek.</li><li>• <b>Hastanın tedavi uyumu ve tedavi prosedürü konusunda bilgilendirilmesi ve zaman ayrılması gerekmektedir.</b></li></ul>