

Akut Pürülan Menenjit mi, HIV'a Bağlı Fırsatçı İnfeksiyon mu?

Acute Purulent Meningitis or Opportunistic Infection Due to HIV?

Damla AKDAĞ¹, Hüsnü PULLUKÇU¹, Gülşen MERMUT¹, Tansu YAMAZHAN¹,
Meltem İŞIKGÖZ TAŞBAKAN¹, Sercan ULUSOY¹

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

GİRİŞ

Pek çok nörolojik sendroma neden olabilen insan immünyetmezlik virüsü (HIV) nörotrop bir virüstür. Aseptik menenjit, polinöropatiler, miyelopatiler ve psikiyatrik sendromlar görülebilir. HIV/AIDS hastalarının nörolojik yakınmalarla doktora ilk başvuru sıklığı yaklaşık %10'dur. Toksoplazma ensefaliti gibi bazı hastalıklar AIDS belirleyici hastalıklar arasında olmakla birlikte akut pürülan menenjitte böyle bir bağlantının varlığı acık değildir. Akut pürülan menenjit ciddi ve mortal seyirli infeksiyon hastalıklarından biridir. Bu tür infeksiyonlar söz konusu olduğunda olası risk faktörleri ile birlikte bağışıklık sistemini baskılayan durumların da gözden geçirilmesi gereklidir. Bu yazıda akut pürülan menenjit tanısıyla izlenen ve yakınlarından alınan anamnezde riskli davranış öyküsü nedeniyle tesadüfen HIV pozitifliği saptanan bir olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Bilinen kronik bir hastalığı olmayan 34 yaşındaki erkek hastaya, 15 gün önce ateş yüksekliği, boğaz ağrısı ve halsizlik şikayetleriyle başvurduğu bir merkezde, üst solunum yolu infeksiyonu düşünülerek sırasıyla amoksisilin-klavulanik asit ve levofloksasin tedavileri uygulanmış. Bu tedavilerden fayda görmeyen ve bilinç değişikliği gelişen hastanın çekilen beyin bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'sinde patoloji saptanmamış. Genel durumunun bozulması ve

bilinç bulanıklığı, ajitasyon gelişmesi üzerine santral sinir sistemi infeksiyonu ön tanısıyla servisimize yatırıldı. Yatışı sırasında ateş yüksekliği olan hastanın, kooperasyon ve oryantasyon kaybının yanında fizik muayenesinde ense sertliği, Kerning ve Brudzinski pozitifliği saptandı. Lomber ponksiyon ile alınan beyin omurilik sıvısı (BOS) örneğinde; görünüm berraktı ancak basıncı artmıştı, Pandy testi (++++) sonuçlandı. Direkt muayenede 150 lökosit/mm³ ve Giemsa boyalı preparatta polimorf nüveli lökosit hakimiyeti vardı. Biyokimyasal incelemede BOS'ta mikroprotein düzeyi 161 mg/dL, glukoz 50 mg/dL idi (eş zamanlı kan şekeri: 105 mg/dL). Gram boyamada bakteri morfolojisine rastlanmadı. BOS'un bakteriyolojik, mikolojik, mikobakteriyolojik kültürleri yapıldı ve herpes ensefaliti yönünden polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) testi ile nükleik asit araştırıldı. Baskılanmış akut pürülan menenjit tanısı ile hastaya seftriakson (2 x 2 g/gün), mannitol (4 x 125 mL/gün) ve deksametazon (3 x 8 mg/gün) tedavisi başlandı. Kan ve BOS kültürlerinde üreme olmadı ve herpes PCR testi negatif saptandı. Bağışıklık taraması amacıyla istenen anti-HIV testinin pozitif saptanması üzerine LIA ile doğrulama yapıldı ve doğrulamada da pozitiflik saptandı. Viral yükü > 10 x 10⁶ kopya/mL, CD4 sayısı 198 hücre/mm³ olan hastaya tenofovir/emtrisitabin ve lopinavir/ritonavir tedavisi başlandı. Ampirik olarak başlanan menenjit tedavisinin ikinci gününde bilinci açılan, ateş yüksekliği gerileyen hasta HIV bulası

açısından sorgulandığında riskli cinsel temas öyküsü olduğu öğrenildi. Antiretroviral tedavi (ART) öncesi normal olan trigliserid düzeyi 459 mg/dL, total kolesterol 209 mg/dL'ye yükseldi. Tedavi elvitegravir/kobisistat/emtrisitabin/tenofovir olarak değiştirildi. Menenjit tedavisi tamamlandıktan sonra taburcu edilen hastanın ART'nin birinci ayında viral yükü 3564 kopya/mL, üçüncü ayında 299 kopya/mL düzeyine geriledi, CD4 sayısı 700 hücre/mm³'e yükseldi.

TARTIŞMA

HIV ile infekte bireylerin izleminde gelişen nörolojik komplikasyonlar hastalığın prognozunu önemli oranda etkilemektedir. Bu bozuklukların zemininde virüsün sinir hücrelerinin doğrudan etkilemesi ve infekte makrofajların rol aldığı bilinmektedir. HIV enfeksiyonu ile gelişen nörolojik bozukluklar patofizyolojilerine göre üç grupta sınıflandırılabilir. İlk grupta virüsün direkt etkisiyle oluşan nörokognitif bozukluklar, HIV ensefalopatisi, HIV ilişkili vakuoler miyelopati gibi hastalıklar bulunurken ikinci grupta HIV'a bağlı gelişen intrakraniyal kitle lezyonları ve buna bağlı komplikasyonlar yer alır. Üçüncü grup ise immün sistemin baskılanmasına bağlı görülen fırsatçı enfeksiyonlardır^[1]. Bu enfeksiyonların başında *Toxoplasma gondii*, *Cryptococcus neoformans*, *Treponema pallidum*, sitomegalovirüs ve herpes simpleks virüs, mikobakteriler gibi immün sistemi sağlam bireylerde nadiren karşılaşılan etkenler yer alırken bakteriler ve buna bağlı gelişen akut pürülan menenjit HIV'a atfedilen bir hastalık değildir.

Akut pürülan menenjit tüm yaş gruplarında görülebilen, sıklıkla kafa tabanı kırığı, kohlear implant, kafa travması, cerrahi girişim öyküsü, rinore veya BOS kaçağı, BOS şanti gibi risk faktörü bulunan bireylerde karşılaşılan bir hastalık olup toplum kökenli pürülan menenjitlerin %80'ini *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* ve *Neisseria meningitidis* oluşturmaktadır. Elli yaşın üzerindeki hastalarda *Listeria monocytogenes* de sık görülen bir etkindir^[2]. Ancak sunulan olguda da olduğu gibi bu risk faktörlerini bulundurmayan ve etken mikroorganizma tespit edilemeyen bireylerde mutlaka enfeksiyona zemin hazırlayan etyolojilerin değerlendirilmesi gerekmektedir. HIV taraması da bu tetkiklerin başında gelmektedir.

2015 sonu itibarıyla Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 36.7 milyon kişi HIV ile infektidir ve ART'ye erişim oranı %46'dır. Ülkemizde toplam 13.181 HIV ile infekte kişi vardır^[3]. Yine ülkemizden yapılan başka bir çalışma göstermektedir ki 2011-2015 yılları arasında kaydedilen yeni olgu sayısında üç kat artış saptanmıştır^[4].

HIV enfeksiyonu ve AIDS tanısı sıklıkla bağışıklığın baskılanmasına bağlı gelişen fırsatçı enfeksiyonlar veya maligniteler gibi komorbiditelerle konulmaktadır. Ancak pürülan menenjit gibi mortalitesi yüksek enfeksiyonlar için de HIV pozitifliği ve buna bağlı düşük CD4 düzeyinin risk faktörü olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle ülkemizdeki yeni tanı olgu sayısının artışını da göz önünde bulundurarak bu gibi hastalarda HIV taraması mutlaka yapılmalı, ayrıca tedavinin ART ile olumlu yönde etkileneceği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Atangana R, Bahebeck J, Mboudou ET, Eyenga VC, Binam F. Neurologic disturbances in human immunodeficiency virus carriers in Yaoundé. *Sante* 2003;13:155-8.
2. Ertem S. Akut bakteriyel menenjit: Etiyoloji ve epidemiyoloji. Eraksoy H, Yenen OS (editörler). *İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2000:1-5.
3. Klinik HIV/AIDS Kongresi 2016. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu verisi.
4. Changing Trends in Epidemiology of HIV in Turkey, 30th IUSTI-Europe Congress 2016.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence

Dr. Damla AKDAĞ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir-Türkiye

E-posta: akdagdamla@hotmail.com