



Eş Zamanlı Nekrotizan Pnömoni ve Nekrotizan Deri Yumuşak Doku İnfeksiyonu ile Tanı Alan HIV Olgusu

A Case of HIV Concurrently Diagnosed with Necrotizing Pneumonia and Necrotizing Soft Tissue Infection

Deniz AKYOL¹(ID), Gamze ŞANLIDAĞ¹(ID), Anıl Murat ÖZTÜRK²(ID),
Meltem IŞIKGÖZ TAŞBAKAN¹(ID), Hüsnü PULLUKÇU¹(ID)

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

² Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Makale atfı: Akyol D, Şanlıdağ G, Öztürk AM, Işıkgöz Taşbakan M, Pullukçu H. Eş zamanlı nekrotizan pnömoni ve nekrotizan deri yumuşak doku enfeksiyonu ile tanı alan HIV olgusu. FLORA 2019;24(4):395-8.

ÖZ

Yüksek etkinlikli antiretroviral tedaviyle birlikte insan immünyetmezlik virüsü (HIV) ile infekte hastalarda fırsatçı enfeksiyonların sıklığı azalmaktadır. HIV tanısı fırsatçı enfeksiyonlar ile eş zamanlı konabilmektedir. Bu yazıda nekrotizan deri yumuşak doku enfeksiyonu ve nekrotizan pnömoni kliniği ile takip edilirken HIV tanısı alan 39 yaşında bir erkek olgu sunulmuştur. Solunumsal örneklerde ve kan kültürlerinde etken izole edilmemiş olup doku kültüründe *Acinetobacter baumannii* üremesi olmuştur. Olgunun klinik tablosu göz önüne alınarak altta yatan olası immünyetmezlik açısından anti-HIV istenmiştir ve pozitif saptanmıştır. "Centers for Disease Control and Prevention", sağlık hizmeti veren tüm kurumlarda, 13-64 yaş arasındaki bireylerin, başvuru nedenine ve risk durumlarına bakılmaksızın HIV açısından incelenmesini önermektedir. Sık tekrarlayan enfeksiyonlar nedeniyle başvuran risk grubu hastalarda da HIV araştırılması akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Nekrotizan pnömoni; Nekrotizan deri yumuşak doku enfeksiyonu; İnsan immünyetmezlik virüsü

ABSTRACT

A Case of HIV Concurrently Diagnosed with Necrotizing Pneumonia and Necrotizing Soft Tissue Infection

Deniz AKYOL¹, Gamze ŞANLIDAĞ¹, Anıl Murat ÖZTÜRK², Meltem IŞIKGÖZ TAŞBAKAN¹, Hüsnü PULLUKÇU¹

¹ Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Faculty of Medicine, University of Ege, Izmir, Turkey

² Department of Orthopedics and Traumatology, Faculty of Medicine, University of Ege, Izmir, Turkey

The rate of opportunistic infections has decreased with highly active antiretroviral therapy in HIV infected patients. HIV can be diagnosed concurrently with opportunistic infections. In this paper, it was aimed to present a 39-year-old male patient who was diagnosed with HIV while being followed-up for necrotizing skin soft tissue infection and necrotizing pneumonia. *Acinetobacter baumannii* was isolated from deep wound culture, but no agent was isolated from blood cultures and lower respiratory tract samples of the patient. Considering his

Geliş Tarihi/Received: 18/11/2019 - Kabul Ediliş Tarihi/Accepted: 05/12/2019

©Telif Haklı 2019 Flora. Makale metnine www.floradergisi.org web adresinden ulaşılabilir.

clinical condition, anti-HIV was requested from the patient for possible immunodeficiency. The test result was positive. CDC recommends that everyone between the ages of 13-64 get tested for HIV as part of routine health care. For those with specific risk factors such as patients presenting with frequent recurrent infections, testing for HIV should come to mind.

Key Words: Necrotizing pneumonia; Necrotizing soft tissue infection; HIV

GİRİŞ

Tedavi edilmemiş insan immünyetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu ve HIV ile ilişkili immünsüpresyon, fırsatçı enfeksiyon sıklığını arttırmaktadır. Yüksek etkinlikteli antiretroviral tedaviye rağmen fırsatçı enfeksiyonlar önemli mortalite ve morbidite sebebi olmaktadır^[1]. Fırsatçı enfeksiyonlar ile mücadelede erken HIV tanısı konulması, yakın ve düzenli takip, hızlı ve etkin tedavi ile uygun profilaksi esastır.

Günümüzde ise fırsatçı enfeksiyonlar daha çok tedavi almamış ya da henüz tanı konulmamış hastalarda ortaya çıkmaktadır. Bazen de bu fırsatçı enfeksiyonların nedenini araştırırken HIV enfeksiyonu tanısı konulmaktadır^[2]. HIV ile enfekte bireylerin %20-30'unun bu durumdan haberdar olmadığı tahmin edilmektedir. Bu da hem tanının gecikmesine hem de bulaşmanın sürmesine neden olmaktadır^[1].

Bu yazıda eş zamanlı olarak nekrotizan deri yumuşak doku enfeksiyonu ve nekrotizan pnömoni tanısı ile takip edilirken HIV tanısı olan bir olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Otuz dokuz yaşında erkek olgu yaklaşık 10 gün önce başlayan ateş yüksekliği, sol uyluk ve bacakta ağrı, yaygın kızarıklık ve ısı artışı yakınmalarıyla dış merkeze başvurmuştur. Son altı ay içinde iki kez pnömoni ve bir kez ateş yüksekliği nedeniyle bir sağlık kuruluşunda tedavi alma öyküsü mevcuttur. Nekrotizan deri yumuşak doku enfeksiyonu ön tanısıyla yatırılarak izleme alınmış piperasilin-tazobaktam ve teikoplanin başlanmıştır. Ortopedi tarafından cerrahi debridman uygulanmıştır. Yatışı sırasında ani başlayan nefes darlığı ve göğüste batıcı vasıfta ağrı yakınmaları gelişmiştir. Pulmoner tromboemboli ön tanısıyla hastanemize sevk edilmiştir. Fizik muayenesinde bibaziler kaba raller işitilmiştir. Sol bacakta ve uylukta eritem, ısı artışı ve yaygın ödem ile ülserasyonlar sap-

tanmıştır. Rutin tetkiklerinde lökosit 30.920/mL (normali 4.5-11.0 $10^3/\mu\text{L}$) hemoglobin 9.1 g/dL (normali 11.7-16.1 g/dL), trombosit 229.000/mL (normali 15-450 $10^3/\mu\text{L}$), C-reaktif protein 32 mg/dL (normali 0-5 mg/L), kreatinin 2.36 mg/dL (normali 0.6-1.1 mg/dL) bulunmuştur. Toraks anjiyo bilgisayarlı tomografisinde emboli lehine bulgu izlenmemiş, sol akciğer alt lob ön planda nekrotizan pnömoni lehine değerlendirilmiştir. Bronkoalveoler lavaj sıvısının bakteriyolojik-mikolojik-mikobakteriyolojik ve paraziter incelemesinde etken saptanmamıştır. Periferik kan kültürlerinde üreme olmamıştır.

İzlemede sol uyluktaki pürülan akıntının devam etmesi üzerine ortopedi ve travmatoloji bölümü tarafından değerlendirilerek tekrar debridman ameliyatı uygulanmıştır. Yumuşak doku rekonstrüksiyonuna ihtiyaç olmamıştır. Doku kültüründe *Acinetobacter baumannii* üremesi olması üzerine tedavisi meropenem ve tigesiklin olarak tekrar düzenlenmiştir (Resim 1). Olgunun genç yaşta eş zamanlı nekrotizan pnömoni ve nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonu klinik tabloları da dikkate alınarak altta yatan olası immünyetmezlik açısından anti-HIV istenmiştir ve pozitif saptanmıştır. Doğrulama testi de pozitif saptanan hastadan gönderilen HIV-1 viral yük 6753 kopya/mL olarak görülmüş, CD4 lenfosit sayısı o dönemde hastanemizde çalışılmadığı için istenememiştir. Tenofovir/emtrisitabin ve dolutegravir ile birlikte profilaksi amacıyla da trimetoprim-sülfametoksazol başlanmıştır. Pnömoni ve yumuşak doku enfeksiyonu gerileyen hastanın birinci ay kontrolünde HIV viral yük negatif olarak saptanmış olup izlemine devam edilmektedir.

TARTIŞMA

“HIV Indicator Diseases Across Europe Study (HIDES)” çalışması ile “HIV enfeksiyonu ile ilişkili gösterge koşullar” belirlenmiştir^[3]. Pulmoner *Mycobacterium* enfeksiyonları, bir yılda iki veya daha fazla tekrarlayan pnömoni, bir aydan uzun süren pnömoni ve *Pneumocystis jirovecii* pnömonisi



Resim 1. Olgunun sol uyluk posteriorundaki kas ve kemik planlarına uzanım gösteren nekrotizan deri yumuşak doku infeksiyonu (Olgunun izni ile paylaşılmıştır.).

öyküsü akciğer infeksiyonları açısından gösterge durumlar olarak kabul edilmektedir.

Nekrotizan deri yumuşak doku infeksiyonu cilt, cilt altı doku ve fasiyaları etkileyen, hızla yayılan inflamasyon, tromboz ve nekrozla seyreden ciddi bir tablodur. Sıklıkla altta yatan immünyetmezliğe neden olan bir durum ve doku kanlanmasının bozulduğu hastalıklarla birlikte görülmektedir. Diabetes mellitus, ileri yaş, alkolizm, organ yetmezlikleri, malignite, intravenöz ilaç kullanımı, HIV/AIDS gibi immün sistemi etkileyen infeksiyonlar kolaylaştırıcı faktörlerdir^[4]. Hastalığın çok hızlı seyretmesi ve mortalitesinin yüksek olması nedeniyle hastaya hızlıca antibiyotik başlanması ve acil cerrahi uygulama yapılması hayat kurtarıcıdır^[5]. Olgumuzda da erken cerrahi debridman sonrası klinik gereklilik nedeniyle tekrarlayan cerrahi uygulanmış olup ampirik tedavi sonrası doku kültüründeki *A. baumannii* üremesi doğrultusunda antibiyoterapisi düzenlenmiştir.

Her ne kadar HIV nedeniyle meydana gelen nekrotizan fasiyit olguları literatürde bildirilse de, daha önce yaptığımız 18 hastalık çalışmamızda hiçbir hastada HIV infeksiyonu tespit edilmemiş-

tir^[6,7]. Bu çalışma ile HIV ve nekrotizan fasiyit infeksiyonu olan ilk olgumuz sunulmaktadır.

Olgumuzda olduğu gibi gösterge durum olarak kabul edilen tekrarlayan pnömoni öyküsü (altı ayda üç kez) ve immünyüpresyon ile ilişkilendirilecek nekrotizan deri yumuşak doku infeksiyonu açısından HIV taraması yapılmıştır ve pozitif saptanmıştır.

HIV infeksiyonu tanısı alan kişi doğru yaklaşım, takip ve tedavi ile uzun ve kaliteli bir yaşam sürebilmektedir. Tanı sonrası tüm bireylere, CD4 T lenfosit sayısından bağımsız olarak antiretroviral tedavi (ART) başlanması mutlaka önerilmektedir^[8]. CD4 T lenfosit sayısı ne kadar düşük ise ART o kadar acil başlanmalıdır. Akut HIV infeksiyonu, semptomların şiddetli veya uzun süreli olması, nörolojik hastalık bulunması, ≥ 50 yaş ve CD4 T lenfosit sayısının < 350 hücre/ mm^3 olması acilen ART başlanması önerilen durumlardır^[2].

Daha önce ART almamış bireylerde ART rejimi, genellikle iki nükleozid revers transkriptaz inhibitörü (NRTI) ilahtan oluşan omurgaya entegraz iççik transfer inhibitörü (INSTI) veya nonnükleozid revers transkriptaz inhibitörü (NNRTI) veya

farmakokinetik olarak kobisistat veya ritonavir ile güçlendirilmiş proteaz inhibitörü (PI) ilaç sınıfında yer alan ilaçlardan birinin eklenmesiyle oluşturulmaktadır. Olgumuzda olduğu gibi direnç testi sonucu beklenmeden ART'ye başlanacak olması durumunda birinci basamak ART rejiminin dirence karşı genetik bariyeri yüksek bir ilaç (PI/ritonavir, PI/kobisistat veya dolutegravir) içermesi önerilmektedir^[8]. Bu bilgiler ışığında olgumuza tenofovir/emtrisitabin ve dolutegravir tedavisi ile CD4 lenfosit sayısı o dönem hastanemizde çalışamaması bir kısıtlılık olmakla birlikte bilinmemesi nedeniyle profilaksi amacıyla da trimetoprim-sülfametoksazol başlanmıştır.

“Centers for Disease Control and Prevention”, PCDC, sağlık hizmeti veren tüm kurumlarda, 13-64 yaş arasındaki bireylerin, başvuru nedenine ve risk durumlarına bakılmaksızın HIV açısından incelenmesini önermektedir^[9]. Sık tekrarlayan enfeksiyonlar nedeniyle başvuran risk grubu hastalarda da akla getirilmelidir. Bunun yanında klinik olarak HIV testi yapılması gereken olgumuzda olduğu gibi gösterge durumlarda da mutlaka HIV enfeksiyonu akılda tutulmalıdır.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

YAZAR KATKISI

Anafikir/Planlama: MIT, HP

Analiz/Yorum: MIT, HP, AMO

Veri Sağlama: DA, AMO, MIT

Yazım: DA, GŞ

Gözden Geçirme ve Düzeltme: MIT, HP, AMO

Onaylama: HP, MIT

KAYNAKLAR

1. *Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents: Recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America.* http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguideline/adult_oi.pdf (Erişim tarihi: 11/11/2019).

2. Gökengin D, Kurtaran B, Korten V, Tabak F, Ünal S. *HIV/AIDS Tanı İzlem ve Tedavi El Kitabı. Türk HIV/AIDS Platformu, 2019.*
3. 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 HIDES I (HIV indicator diseases across Europe study).* *PLoS One* 2013;8(1):e52845.
4. Frisman E, Rácz O, Beck J, Firmert J, Bodnarova L. *Fourrier's gangrene (necrotising fasciitis) complicated by renal and respiratory insufficiency: a case report.* *J Wound Care* 2016;25(1):34,36-8.
5. Akbaş T, Bilgin H, Aykut UE, Karakurt S. *Nekrotizan fasiit: geçmiş cerrahi müdahale mortaliteyi artırır. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2015;5(3):84-8.
6. Olsen RJ, Burns KM, Chen L, Kreiswirth BN, Musser JM. *Severe necrotizing fasciitis in a human immunodeficiency virus-positive patient caused by methicillin-resistant Staphylococcus aureus.* *J Clin Microbiol* 2008;46(3):1144-7.
7. Öztürk AM, Akyol D, Süer O, Erdem HA, Şimşir Yıldırım I, Akar Şenol Ş, et al. *Necrotising fasciitis: clinical evaluation and treatment results of 18 patients.* *Mediterr J Infect Microb Antimicrob* 2019;8:9.
8. *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV: Recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America.* <https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adultandadolescentgl.pdf> (Erişim tarihi 12/11/2019).
9. *Division of HIV/AIDS Prevention, National Center for HIV/AIDS. Centers for Disease Control and Prevention.* <https://www.cdc.gov/hiv/testing/index.html> (Erişim tarihi 16/11/2019).

Yazışma Adresi/Address for Correspondence

Asistan Dr. Deniz AKYOL

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi,

İnfeksiyon Hastalıkları ve

Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı,

İzmir-Türkiye

E-posta: yavuzleyla@hotmail.com