



Akut Sinüzit Kliniğini Taklit Eden Akut HIV İnfeksiyonu

Acute HIV Infection Mimicking Acute Sinusitis

Özay AKYILDIZ¹(İD), Behice KURTARAN²(İD)

¹ Acıbadem Adana Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Adana, Türkiye

² Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

* XX. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Kongresi (13-16 Mart 2019, Antalya)'nde bildirilmiştir.

Makale atfı: Akyıldız Ö, Kurtaran B. Akut sinüzit kliniğini taklit eden akut HIV enfeksiyonu. FLORA 2019;24(4):391-4.

ÖZ

İnsan immünyetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu, günümüzde erken tanı, düzenli izlem ve antiretroviral tedavi ile etkin şekilde yönetilebilen kronik bir enfeksiyon haline gelmiştir. Her yıl yeni tanı alan olgularla birlikte kümülatif olarak artan sayıda kişi, HIV ile enfekte hale gelmektedir. HIV enfeksiyonu ve AIDS tanısı sıklıkla bağışıklığın baskılanmasına bağlı gelişen fırsatçı enfeksiyonlar veya maligniteler gibi komorbiditelerle konulmaktadır. Ancak riskli cinsel davranışları olan ve/veya uygun klinik bulguları olan kişilerde, başvuru sebepleri düşündürmese ve AIDS tanımlayıcı enfeksiyonlar ile prezente edilmese de HIV enfeksiyonundan şüphelenilmesi, hastalığın erken dönemde tespiti açısından çok önemlidir. Bu yazıda 35 yaşında erkek hastada akut sinüzit kliniğini taklit eden akut HIV enfeksiyonu olgusu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: HIV enfeksiyonu; Sinüzit; Antiretroviral tedavi

ABSTRACT

Acute HIV Infection Mimicking Acute Sinusitis

Özay AKYILDIZ¹, Behice KURTARAN²

¹ Clinic of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Acıbadem Adana Hospital, Adana, Turkey

² Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Faculty of Medicine, University of Cukurova, Adana, Turkey

Recently, Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection has become a chronic infection that can be effectively managed by early diagnosis, regular follow-up and antiretroviral therapy. With the newly diagnosed cases each year, a cumulatively increasing number of patients become HIV-infected. HIV infection and AIDS are often diagnosed with comorbidities such as opportunistic infections or malign-

Geliş Tarihi/Received: 02/08/2019 - Kabul Ediliş Tarihi/Accepted: 07/09/2019

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

nancies that are caused by immunosuppression. However, in individuals with risky sexual behaviors and / or appropriate clinical findings, despite an irrelevant chief complaint or presentation without AIDS-defining infections, suspicion of HIV infection is very important for the early detection of the disease. In this article, we aimed to present a case of acute HIV infection mimicking acute sinusitis in a 35-year-old male patient.

Key Words: HIV infection; Sinusitis; Antiretroviral therapy

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre günümüzde dünyada yaklaşık 36.7 milyon kişi insan immünyetmezlik virüsü (HIV) ile yaşamaktadır. HIV enfeksiyonu, günümüzde erken tanı, düzenli izlem ve antiretroviral tedavi (ART) ile etkin şekilde yönetilebilen kronik bir enfeksiyon haline gelmiştir. Yıllar içerisinde daha etkin, kullanımı daha kolay, daha az yan etkiye sahip ve genetik bariyeri daha yüksek antiretroviral ilaçlar geliştirilmiştir. Her yıl yeni tanı alan olgularla birlikte kümülatif olarak artan sayıda hasta, HIV ile enfekte hale gelmektedir^[1]. Türkiye HIV prevalansının düşük olduğu ülkeler arasındadır (< %1); ancak 1985 yılından bu yana Sağlık Bakanlığına bildirilen olgu sayısı, son 10 yılda 10 kat artarak toplam 20.293'e ulaşmıştır^[2]. Akut HIV enfeksiyonu çeşitli klinik durumlarla ortaya çıkabilmektedir, ancak sinüzit benzeri tablo olması çok nadir görülebilecek bir tablodur. Bu yazıda akut sinüzit kliniği ile tanı alan HIV olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

Bilinen sistemik bir hastalığı olmayan 35 yaşında bekar erkek hasta, bir haftadır olan ateş yüksekliği, baş ağrısı şikayetleriyle bir sağlık kuruluşuna başvurmuş. Burada çekilen beyin manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) patoloji saptanmadığı söylenip bir tedavi önerilmemiş. Ateş yüksekliği ve baş ağrılarının devam etmesi üzerine enfeksiyon hastalıkları polikliniğimize başvuran hasta santral sinir sistemi enfeksiyonu, akut sinüzit ön tanıları ile servisimize yatırıldı. Fizik muayenede genel durumu iyi, bilinci açık ve koopere idi. Ateş yüksekliği ve ense sertliği dışında patolojik bulgu saptanmadı. Tam kan sayımında ve biyokimyasal incelemesinde bir özellik bulunmadı. Beyin MRG'si frontal ve etmoidal sinüzit olarak raporlandı. Lomber ponksiyon ile alınan beyin omurilik sıvısında hücre görülmedi; biyokimyasal testler normaldi. Batın ultrasonografide hepatoste-

atoz saptandı. Akciğer grafisi normaldi. Hastaya moksifloksasin 1 x 400 mg intravenöz (IV) tedavi başlandı. Hastanın anamnezinde korunmasız heteroseksüel cinsel temasları olduğu, alkol, sigara ve uyuşturucu kullandığı öğrenildi. Soy geçmişinde bir kardeşinde anti-HCV pozitifliği, iki abisinde madde bağımlılığı mevcuttu. Bu bilgiler ışığında istenen serolojik incelemesinde; anti-HIV (+), HBsAg, anti-HBs, anti-HCV, VDRL, TPHA negatif bulundu. Diğer çalışılan serolojik tetkikler negatifti. HIV için Western Blot doğrulama testi pozitif olarak saptandı. CD4+ T lenfosit sayısı 834 hücre/ μ L (%51), HIV-RNA'sı 6.0715.375 kopya/mL olan, antiretroviral ilaç direnç testinde herhangi bir direnç saptanmayan hastaya ART olarak tenofovir/emtrisitabin ile lopinavir/ritonavir tedavisi başlandı. Antibiyotik tedavisinin ikinci gününde ateşi düşen, baş ağrıları gerileyen hasta ayaktan takip edilmek üzere yatışının yedinci gününde taburcu edildi. Hastanın üç ay sonraki ilk kontrolünde aktif şikayeti yoktu. On yedi aydır tedavisini düzenli kullanan hastanın takiplerine devam edilmektedir.

TARTIŞMA

Dünyada HIV/AIDS ile yaşayan hasta sayısı, korunmaya yönelik ilerlemelere ve tedavideki gelişmelere rağmen giderek artmaktadır. Bu artış, yeni enfekte olgulara ve başarılı ART sonucu HIV/AIDS hastalarının daha uzun süre yaşamasına bağlanmaktadır^[3].

HIV/AIDS genellikle 25-44 yaş arasında, insanların en üretken olduğu çağlarda görülmektedir^[3]. Türkiye'de de enfeksiyon sıklıkla erkeklerde ve olgumuzla da benzer şekilde 30-34 yaş, kadınlarda ise 20-24 yaş arasında izlenmektedir^[4,5].

Cinsel ilişki HIV/AIDS hastalığının en sık bulaş yoludur. İnfeksiyonun ilk ortaya çıkışında homoseksüel kişilerin hastalığı olarak bildirilmekte iken, günümüzde toplumdan topluma değişimle birlikte en sık bulaş yolunun heteroseksüel cinsel ilişki olduğu bilinmektedir^[1]. Olgumuzun da öz

geçmişinde korunmasız heteroseksüel cinsel ilişki öyküsü olduğu, alkol ve uyuşturucu kullandığı belirtilmiştir. Hastaya rutin öz geçmiş sorgulaması yapılmasa, sadece semptomaya yönelik ateş ve baş ağrısı için tetkik edilirken saptanan sinüzit enfeksiyonu için tedavi edilip gönderilebilirdi. Hastanın daha sonra tamamlanan testlerinde viral yükünün çok yüksek olması ve CD4 sayısının belirgin şekilde etkilenmemesi, geçirmiş olduğu bu tablonun akut HIV enfeksiyonu olarak yorumlanmasına yol açmıştır. Radyolojik olarak saptanan sinüzit tablosunun insidental olma olasılığı da söz konusudur. Hasta sinüzit bile olsa anamnez almayla başlayan geleneksel tıp yaklaşımı, bu hastada HIV enfeksiyonu tanısının atlanmasını engellemiş ve hastayı geç tanı ve onun doğuracağı kötü sonuçlardan kurtarmıştır. Sonuç olarak anti-HIV testi, mevcut klinik tablosu nedeniyle değil, yaşı ve bulaş için riskli davranış öykülerinin olması üzerine istenmiş ve HIV enfeksiyonu tanısı doğrulanmıştır.

Fırsatçı enfeksiyonlar, HIV enfeksiyonunda CD4+ T hücre sayısının düşmesiyle birlikte hastalığın geç dönemlerinde ortaya çıkar ve en önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Son yıllarda gelişmeler ve profilaksi uygulamaları ile fırsatçı enfeksiyon insidansı düşmüştür. HIV ile enfekte kişilerde AIDS ve fırsatçı enfeksiyonlar, genelde hastalığının farkında olmayan ve tedavi almayan hastalarda izlenir^[6,7]. Hastamızın ilk başvurusunda fırsatçı enfeksiyon varlığı tespit edilmemiştir.

HIV pozitif kişiler akciğer kökenli komorbiditeler açısından risk altındadır, ayrıca viral replikasyonun baskılanması ve CD4 sayısının artışı enfeksiyöz pulmoner komplikasyonları azaltır^[8]. Dolayısıyla ART sayesinde fırsatçı enfeksiyonların insidansı gerilemiş ve bu pulmoner sebeplerle mortalite azalmıştır^[8,9]. Akciğer tutulumuyla başvuran hastalarda ayrıntılı hikaye alınması hastanın seyahat, maruziyet ve alışkanlık bilgilerinin öğrenilmesi gerekir. Olguların kemoprofilaksi ve aşılama geçmişi sorgulanmalıdır^[9]. Olgumuzda, CD4 sayısı sürekli olarak 500 hücre/ μ L'den yüksek seyretti ve fırsatçı patojenlere bağlı akciğer ya da başka bir sistem tutulumu saptanmadı. HIV/AIDS'in immün sistemi baskılayıcı etkisi, bölgesel epidemiyolojik faktörlerle bir araya geldiğinde, birden fazla enfeksiyon hastalığının aynı anda ve aynı bireyde görülebileceği unutulmamalıdır.

Akut sinüzit çoğunlukla soğuk algınlığı veya allerjik rinit gibi burun mukozasında ödem ve inflamasyon oluşturan, dolayısıyla sinüs ağzının kapanmasına neden olan başka bir enfeksiyona sekonder olarak gelişir. Anatomik defektler, allerji varlığı sinüzit gelişine zemin oluşturur ancak hiçbir risk faktörü olmayan bireylerde de sinüzit gelişebilir. Kronikleşebilen bu tablo, etken *Mucorales* ya da başka bir küf mantarı, nokardiyoz ya da aktinomikoz gibi patojenler olmadıkça fırsatçı bir enfeksiyon olarak kabul edilmemektedir^[10]. Ayrıca tek bir sinüzit atağı da AIDS tanımlayıcı hastalıklar arasında yer almamaktadır. 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 hasta öz geçmişi ile birlikte bu hastada istenen testler arasında yer bulmuştur.

Sonuç olarak; HIV enfeksiyonu ve AIDS tanısı sıklıkla bağışıklığın baskılanmasına bağlı gelişen fırsatçı enfeksiyonlar veya maligniteler gibi komorbiditelerle konulmaktadır. Ancak riskli cinsel davranışları olan ve/veya uygun klinik bulguları olan kişilerde, başvuru sebepleri düşündürmese ve AIDS tanımlayıcı enfeksiyonlar ile prezente edilmese de HIV enfeksiyonundan şüphelenilmesi, hastalığın erken dönemde tespiti açısından çok önemlidir. Geriye dönüp bakıldığında sinüzit tanısı, eğer bu hastada anti-HIV testi istenmemiş olsaydı, muhtemel bir akut HIV enfeksiyonu kliniğini maskeleyebilirdi.

HIV enfeksiyonu için riskli davranışları bulunan özellikle genç hastalarda ateş etyolojisinin tarama tetkiklerinde anti-HIV testi mutlaka yer almalıdır. HIV enfeksiyonunda erken tanı konulan ve uygun zamanda tedaviye başlanan hastalarda düzenli tedavi ile virüs yükü baskılanması ve CD4 sayısının artması sağlanmakta ve yaşam süresi uzatılmaktadır. Hastanın tedaviye uyumu ve tedavi başarısı açısından yan etkiler yakından izlenmelidir. Ayrıca, toplumun HIV/AIDS hastalığının bulaşma ve korunma yolları konusunda bilgilendirilmesi ve riskli davranışta bulunanların hekime erken başvurusu büyük önem taşımaktadır.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

YAZAR KATKISI

Anafikir/Planlama: ÖA, BK

Analiz/Yorum: ÖA, BK

Veri Sağlama: ÖA, BK

Yazım: ÖA

Gözden Geçirme ve Düzeltme: ÖA, BK

Onaylama: BK

KAYNAKLAR

1. UNAIDS. UNAIDS Data 2017. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf (Erişim Tarihi: 5 Eylül 2019).
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı İstatistiksel Verileri; 2016. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/862-hiv-aids/1135-hiv-aids-istatistik.html> (Erişim Tarihi: 5 Eylül 2019).
3. Rio CD, Curan J. Epidemiology and prevention of acquired immunodeficiency syndrome and human immunodeficiency virus infection. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (eds). *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2010:1635-6.
4. Ünal S. Human immunodeficiency virus (HIV) hastalığı, AIDS ve ilgili hastalıklar. Erol Ç (editör). *İç Hastalıkları*. 1. Baskı. Ankara: MN Medikal ve Nobel Tıp Kitabevi, 2008:3391-431.
5. Taşdelen Fışgın N, Tanyel E, Sarıkaya Genç H, Tülek N. HIV/AIDS olgularının değerlendirilmesi. *Klimik Dergisi* 2009;22(1):18-20.
6. Masur H. Management of opportunistic infections associated with human immunodeficiency virus infection. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (eds). *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2010:1855-86.
7. Sterling TR, Chaisson RE. General clinical manifestations of human immunodeficiency virus infection (including acute retroviral syndrome and oral, cutaneous, renal, ocular, metabolic, and cardiac diseases). In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (eds). *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2010:1705-25.
8. Grubb JR, Moorman AC, Baker RK, Masur H. The changing spectrum of pulmonary disease in patients with HIV infection on antiretroviral therapy. *AIDS* 2006;12:1095-107.
9. Crothers K, Huang L, Goulet JL, Goetz MB, Brown ST, Rodriguez-Barradas MC, et al. HIV infection and risk for incident pulmonary diseases in the combination antiretroviral therapy. *Am J Respir Crit Care Med* 2011;183:388-95.
10. Rosenfeld RM. Acute sinusitis in adults. *N Engl J Med* 2016;375:962.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence

Uzm. Dr. Özay AKYILDIZ

Acıbadem Adana Hastanesi,

İnfeksiyon Hastalıkları ve

Klinik Mikrobiyoloji Kliniği,

Adana-Türkiye

E-posta: osaymeclis@yahoo.com