



# En Zor Olgum: Ne Öğrendim?

Dr. Öğr. Üyesi Sibel Yıldız Kaya

Prof. Dr. Birgül Mete

İÜC-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

# Olgu

- HE, 34 yaşında erkek hasta
- **Yakınmalar**
  - 3 aydır devam eden **aralıklı ateş**
  - Son 10 gündür olan
    - **bulantı**
    - **kusma**
    - **baş ağrısı**
    - **çift görme**
    - **kulakta basınç hissi**
    - **yeni başlayan hıçkırık**
- Son 1 ayda 2 farklı merkezde hastane yatışları mevcut.
- Hasta kendisine HIV enfeksiyonu tanısı konulduğunu söyleyerek Acil servise başvurdu.

# Öykü

- 2 yıldır **yaygın lenfadenopatileri** nedeniyle farklı merkezlere başvuruları mevcut.
- 2-3 aydır ara ara olan **38 °C üstü ateş**
- 3 hafta önce dış merkezde pnömoni tanısıyla 1 haftalık yatış mevcut.
- Taburculuk sonrası başlayan **baş ağrısı, kulakta basınç hissi, çift görme** şikayetleri ile 1 hafta önce farklı bir merkezde tekrar yatışı mevcut.
- Bu yatışında meropenem, doksisisiklin ve asetazolamid tedavileri verilmiş.
  - Kan kültürlerinde **maya** görülmüş.
  - Lomber ponksiyon yapılması planlanmış.
- Ancak hasta kendi isteğiyle taburcu olup CTF Acil servise başvurmuş.

# Öz geçmiş/soygeçmiş

- Pıhtılaşma bozukluğu? sebebiyle 2007 yılında **ASA** 1\*100mg başlanmış, son 2 yıldır kullanmıyor.
- Dış merkezde HIV enfeksiyonu tanısı aldığını söyledi ancak doğrulama testi görülmedi.
- 2 yıl önce yaptırdığı testin negatif olduğunu ifade ediyor.
- **Sigara:** 14 paket/yıl
- **Alkol:** kullanmıyor
- **Allerji:** 2 yıl önce MR çekimi sırasında **kontrast madde** ile anjiyoödem hikayesi
- **Anne:** Meme Ca – 1993’de eksitus (gebelik sırasında da tedavi almış)
- **Baba:** Diyabet ve Koroner kalp hastalığı

Ateş: 36,6 °C

Nabız: 103/dk

Ta: 128/91 mmHg

Sat: %98 (OH)

## Fizik Muayene

- Genel durumu orta, bilinç açık, oryante, koopere
- Diplopi, sol gözde mediale deviasyon ve bilateral egzoftalmik görünüm
- Ense sertliği (+), Kernig bulgusu (-)
- Yüzde yer yer krutlu hiperemik döküntü ..... «**Dermatoloji: HIV ilişkili şiddetli seboreik dermatit**»
- Sirtında daha yoğun olan püstüler (sivilce benzeri) lezyonlar



- Yaygın lenfadenomegali;
    - Sağ oksipital
    - Sağ servikal
    - Sol supraklaviküler LAM
    - Sağ aksillar
    - Sağ ve sol ingüinal
- 1 cm civarı



## LABORATUVAR BULGULARI

WBC: 4610/mm<sup>3</sup>

**Lenfosit: 1060 /mm<sup>3</sup>**

**CD4: 18 (%0,5)**

CD8: %23,7

Üre: 26 mg/dl

**AST/ALT: 58/104 IU/L**

Total protein: 7,3 g/dl

**Na/K: 126/ 2,9 mEq/L**

**CRP: 108 mg/L**

**Hgb : 12,3 g/dl**

PLT: 221.000/mm<sup>3</sup>

INR: 1,15

Kreatinin: 0,59 mg/dl

**ALP/GGT: 105/150 U/L**

**Albumin: 3,33 g/dl**

**LDH: 288 IU/L (240-480 IU/L)**

Prokalsitonin : 0,35 ng/ml



- PA Akciğer grafisi
- EKG: normal sinüs ritmi
- Karın USG: Hepatomegali (170 mm)

- Menenjit (Kriptokok?) ön tanısıyla servise yatırıldı.

- Meropenem
  - Vankomisin
  - Lipozomal Amfoterisin B
  - Flukonazol
  - Ko-trimoksazol profilaksisi
- } başlandı

- **Ateş:** 39,5<sup>0</sup>C ... Kan kültürü alındı.

- Göz hastalıkları, Nöroloji ve Beyin Cerrahisi bölümlerinden konsültasyon istendi.



## Dış Merkez Kraniyal MR-venografi

Her iki transvers sinüs lateral segmentlerinde, sol dominant olmasına rağmen, sol tarafta daha belirgin ciddi darlıkları var.

**İdiopatik intrakraniyal hipertansiyon** olabilir.

Bu bulguyu radyolojik olarak destekleyecek **serebellar tonsillerde yaklaşık 4 mm ektopi var.**

### Göz Hastalıkları Konsültasyonu

- Fundus incelemesinde
  - **sağda papilödem grade 3**
  - **solda papilödem grade 4**
- Bilateral retinal alanlar doğal

### Nöroloji Konsültasyonu

- Olası beyin sapı tutulumu açısından **kontrastlı kraniyal MR** görüntüleme (mümkünse LP'den önce)
- Papilödem bulgusu menenjit ile uyumlu olabileceğinden LP için **kontrendikasyon oluşturmamaktadır.**

### Beyin Cerrahisi Konsültasyonu

- KİBAS ve bilateral papilödem bulguları olan hastaya **LP yapılması sakıncalıdır.**
- Tanı ve tedavi açısından mutlak gereklilik halinde boşaltıcı olmayacak şekilde LP ile BOS alınabilir.
- Akut KİBAS olmadığı için **mannitol veya ekstrasventriküler drenaj (EVD) düşünülmedi.**

# Seroloji

Anti HIV 1/2	REAKTİF
HIV doğrulama (Western-blot)	POZİTİF
HIV RNA	10.977 kopya/ml

Sifilis IgG	NEGATİF
HBs Ag	NEGATİF
Anti HBc IgG	NEGATİF
Anti HBs	31.97 mIU/ml
Anti HCV	NEGATİF

Anti HAV IgG	POZİTİF
Rubella Ig G	POZİTİF
Toxoplazma IgG	NEGATİF
CMV IgG	POZİTİF
Kabakulak Ig G	POZİTİF
Kızamık Ig G	POZİTİF
EBV VCA IgG	POZİTİF
CMV IgG	POZİTİF

# İç Hastalıkları Konsültasyonu

- Başvurusunda **Sodyum 127** mEq/L olan hastadan spot idrar sodyumu, tiroid fonksiyon testleri, bazal kortizol, TİT gönderilmesi; sodyum ve potasyum replasmanı önerildi.
- Sabah kortizol düzeyi: 13,34 µg/dl (6,2-19,4)
- Spot idrarda sodyum: 161** mEq/L ↑
- Plazma renin: 0,231 ng/ml (0,10-6,56)
- Plazma aldosteron: 18,19** pg/ml (70-300) ↓
- Ürik asit: 2,8 mg/dl (3,4-7) ↓
- TSH: 3,07 µIU/ml
- Serbest T4: 1,33 ng/dl
- Serbest T3: 1,78 pg/ml

	Serebral tuz kaybı	SIADH
Plazma volümü	↓	↑, N
Dehidratasyon	+	-
Plazma sodyumu	↓	↓
İdrar sodyu		işken
İdrar akım		elde ↑
Net sodyum		/-
Plazma renin aktivasyonu	↓	↓
Plazma aldosteron	↓	↑
Serum ürik asidi	N	↓
Tedavi	Bol sıvı-tuz	Su ve tuzu kısıtla

**Uygun ADH sendromu olarak değerlendirildi.**

**Na:132 K:3,1 Cl:92 (mEq/L)**  
**Kronik hiponatremisi olan hastada sodyum replasmanı düşünülmedi, sıvı kısıtlanması önerildi.**

## ➤ Yatışının 5. günü

- Her gün 40,5 °C'yi bulan ateş devam ediyor.
- Vücudundaki yaygın papüler döküntüler azalma eğiliminde
- Baş ağrısı nispeten azalmış ancak halen şiddetlendiğinde 10/10 puan olarak değerlendiriyor.
- Hıçkırık hiç geçmeden devam ediyor.
- Egzoftalmi minimal azaldı ancak diplopi ve deviasyon devam ediyor.
- Dış merkez kan kültüründe «*Cryptococcus neoformans*» üredi.



## ➤ Yatışının 5. günü

- WBC: 4090/mm<sup>3</sup> NE: %63,1
- Hgb: 10,6 g/dl
- PLT: 212.000/mm<sup>3</sup>
- **CRP: 188 mg/L (165 – 117 – 108)**
- **PCT: 2,21 ng/ml (1,67 – 0,386 – 0,35)**
- **ESH: 66/saat**
- **Ferritin > 2000 ug/dl**
- **D-dimer: 12,2 mg/dl (0-5)**
- **Trigliserid: 459 mg/dl**
- KIBAS bulguları devam ediyor.
- Nöroloji, Beyin Cerrahisi ve Girişimsel Radyoloji bölümleri ile yeniden konsülte edildi.
- Lomber ponksiyon önerilmiyor.
- Ventrikül genişlemesi olmadığı için EVD için de uygun bulunmadı.

- Şiddetli baş ağrısı, ateş
- Egzoftalmi, sol gözde içe deviasyon
- Yatışında başlayan ve geçmeyen hıçkırık
- Bilateral papilödem (+)
- **MR venografi:** ciddi darlıklar mevcut
- Nöroloji, Beyin Cerrahisi, Girişimsel Radyoloji:  
**LP kontrendike !!!**



after multiple lumbar punctures (BIII). Corticosteroids and mannitol have been shown to be ineffective in managing ICP and **are not recommended (AIII)**. Acetazolamide **should not be used** as therapy for increased ICP management because it may exacerbate hyperchloremic acidosis from

**Deksametazon 3\*8 mg başlandı -21 günde doz azaltılarak kesilmesi planlandı.**

Ateş düştü

Ense sertliği geriledi

Baş ağrısı azaldı

Hıçkırık geriledi

Bulantı kusma olmadı

Sol göz halen mediale deviye ancak her yöne hareketleri tam

Son göz muayenesinde papilödem bilateral ++

## ➤ Yatışının 12. günü (steroid tedavisinin 1. haftası)

- Yatışında alınan kan kültürlerinde *Cryptococcus neoformans* üremesi oldu.
- Meropenem ve vankomisin tedavileri 7. günde kesildi.
- Sol bacak antero-medialinde **kahverengi-mor renkli papülonodüler** lezyonlar gelişti.
- Sonrasında yüz dahil tüm vücutta yeni lezyonlar gelişti.
- **Kaposi sarkomu? Pseudolenfoma?** ön tanıları ile Dermatoloji tarafından hastadan biyopsi alındı.





# Kortikosteroid-Kaposi sarkomu (KS)

## İmmün Yeniden Yapılanma İnflamatuvar Sendromu (İRİS)

### □ Kortikosteroid tedavisi, KS'nin indüksiyonu ve önceden var olan KS'nin alevlenmesi ile ilişkili

- HHV-8 aktivasyonu
- Kaposi sarkomu iğsi hücrelerinin proliferasyonu
- Doğal öldürücü (NK) hücrelerin aktivite supresyonu-onkojenik

### Risk faktörleri:

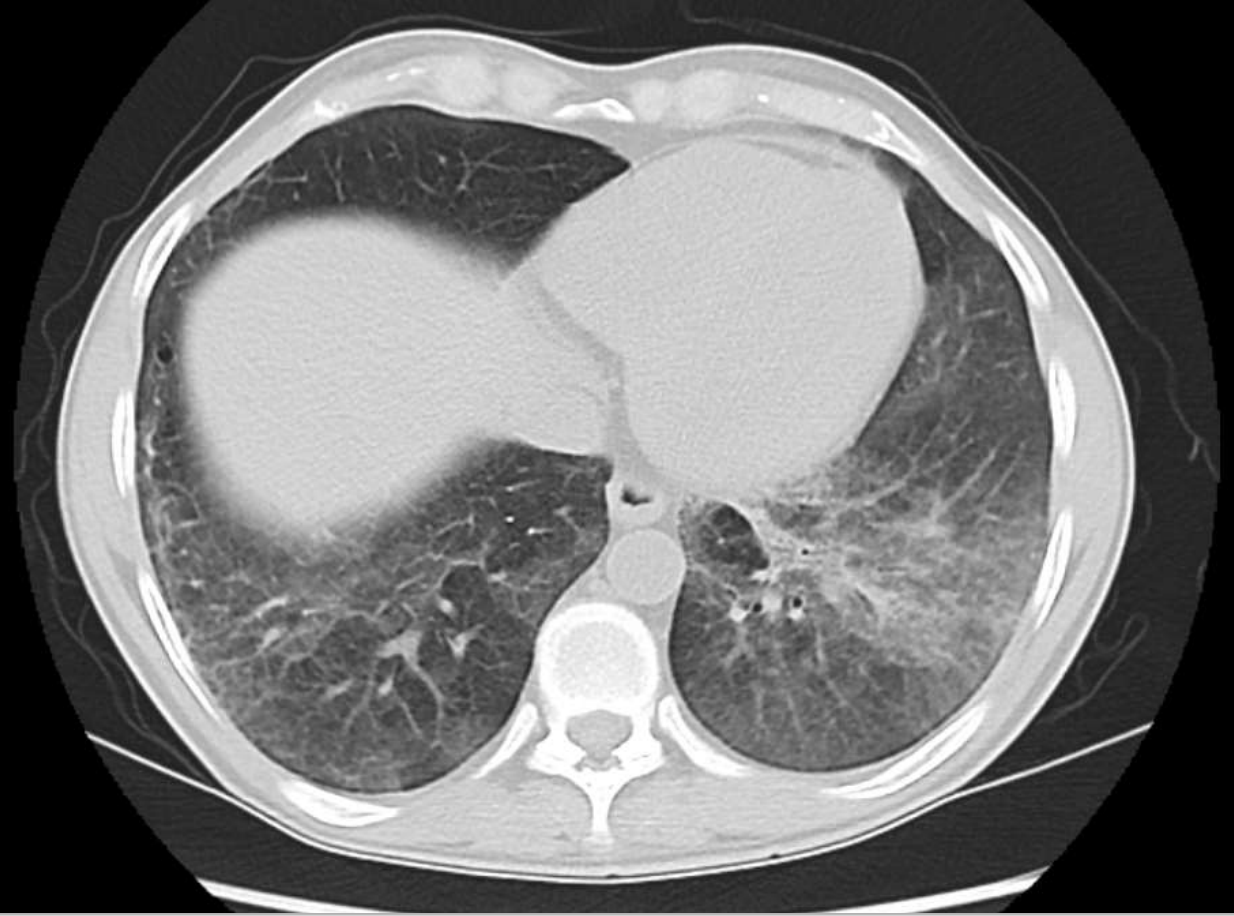
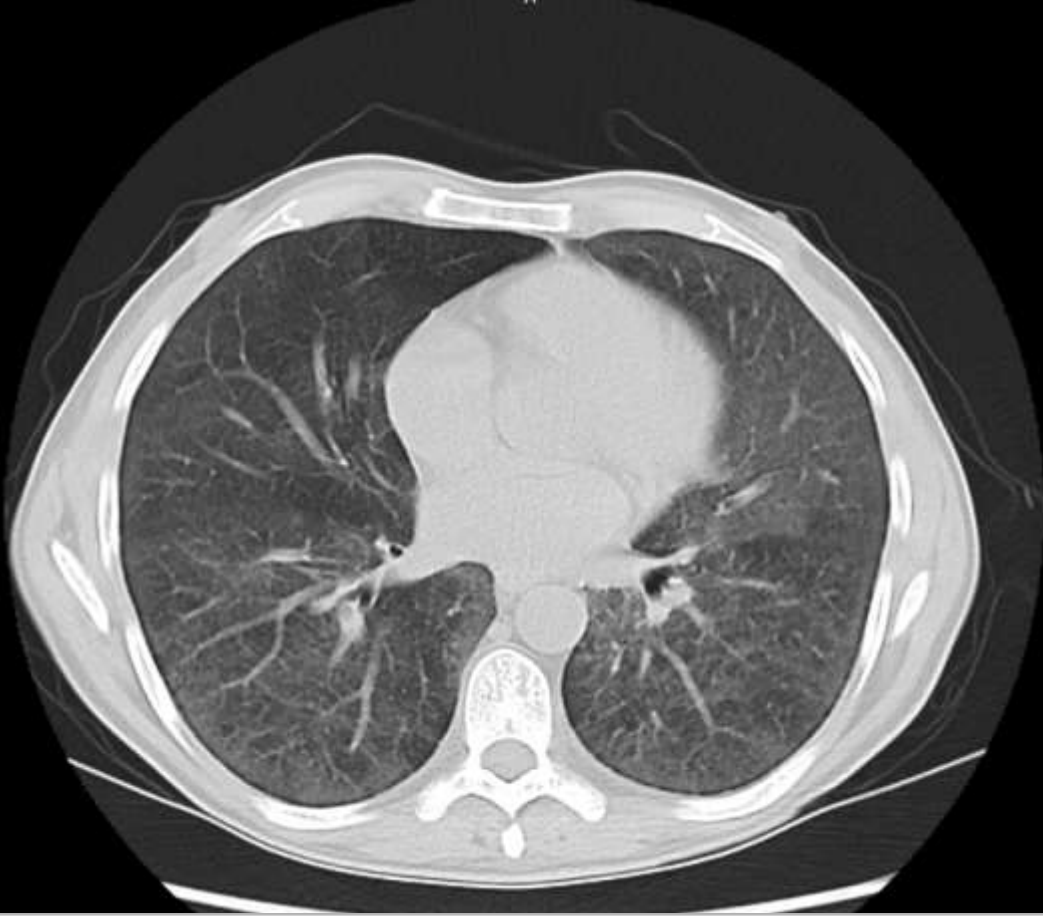
- ilerlemiş KS tümör evresi (T1)
- tedavi öncesi HIV viral yükü  $>5 \log_{10}$  kopya/mL
- **kortikosteroid kullanımı**
- akciğer tutulumu, viseral tutulum, ödem
- tedavi öncesi saptanabilir HHV-8 düzeyi
- eş zamanlı kemoterapi olmadan tek başına ART

- Hastalığın alevlenme potansiyeli ve ayrıca kortikosteroid kullanımı ile KS gelişimi arasındaki ilişki göz önüne alındığında, **KS'li hastalarda eş zamanlı kortikosteroid kullanımından kaçınılmalı veya dikkatle ve yakın gözlem altında kullanılmalıdır (AIII).**
- **KS-İRİS tedavisi için steroidler önerilmez (AIII).**
- KS-İRİS tedavisi, **sistemik kemoterapi eklenmesi ya da değiştirilmesi** ve destekleyici önlemleri içerir.
- Hayatı tehdit eden İRİS gelişmedikçe **ART ertelenmemeli veya kesilmemeli**

## ➤ Yatışının 19. günü

- Hastanın yeni gelişen genel durumunu bozmayan **hipoksisi** mevcut .
- Saturasyonu oda havasında %90'ın altına düşüyor, derin soluma ile %94-95 civarı seyrediyor.
- Öksürük yok.
- **Solunum paneli:** negatif
- Toraks BT çekildi.
- **Lenfopeni derinleşti.**
- Biyokimyasal tetkiklerde anlamlı bir değişiklik yok.

	19. gün
WBC /mm <sup>3</sup>	10800
NE	%93,8
Lenfosit /mm <sup>3</sup>	<b>360</b>
CD4 /mm <sup>3</sup>	<b>18</b>
Hgb g/dl	<b>10,2</b>
PLT/mm <sup>3</sup>	238.000
CRP mg/L	13
PCT ng/mL	0,35
Üre/ Kreatinin mg/dl	51 /1,02
AST/ ALT IU/L	28 /46
LDH IU/L	<b>463</b>
Trigliserid mg/dl	<b>310</b>



Her iki akciğerlerde alt loblarda belirgin yaygın buzlu cam dansitesinde alanlar izlenmiştir. İmmunosuprese hastada PCP? viral pnömoni? (CMV?) açısından klinik değerlendirme önerilir.

Gün içindeki takibinde saturasyonu oda havasında %80'e düşen hastaya *Pneumocystis jirovecii* pnömonisi ön tanısı ile **Ko-trimoksazol + prednison** 2x40 mg başlandı.

## ➤ Yatışının 21. günü

- Lipozomal Amfoterisin B + Flukonazol (21. gün)
- Lipozomal Amfoterisin B tedavisi kesildi, flukonazol ile konsolidasyon tedavisine devam edildi.
- Kotrimoksazol (3. gün)
- Steroid tedavisi (16. gün)
- **ART başlandı: TDF/FTC + DTG**
- CD4 : 9/mm<sup>3</sup>
- CD4/CD8 %: 0,1/3,5
- Bir gün sonra ateşi yükseldi.
- CRP: 10 -> 60'a yükseldi.
- Piperasilin-tazobaktam başlandı.
- Deri biyopsisi sonuçlandı;
  - HHV-8 pozitif
  - Kaposi sarkomu
- Lenfadenopati ve Kaposi Sarkomu nedeniyle PET-BT çekildi.

# PET-BT

- Multipl supra - infradiyafragmatik lenfatik istasyonlarda değişik yoğunluklarda **artmış** FDG (SUVmax: 6-8) metabolizması gösteren **multipl lenf nodları izlenmiş olup HIV** infeksiyonuna **bağlı reaktif hiperplaziler** ile uyumlu olabileceği gibi bu zeminde **lenfoproliferatif maligniteler** ekarte edilememiştir.

- Her  
**infi**

PET-BT sonucuyla **Hematoloji** konsültasyonu istendi  
İnguinal lenf nodundan eksizyon önerildi.

- Kar  
artr  
önerim.


- **Sol femur distal diafizer** seviyesinde **anteromedial cilt** yüzeyinde hafifçe kalınlaşmaya eşlik eden fokal minimal artmış FDG metabolizması dikkati çekmiştir.



## ➤ Yatışının 26. günü

- Hasta 5 gündür **ateşli** seyrediyor (40°C)
- Genel durum iyi, infeksiyon odağı yok.
- **Her gün Hematoloji tarafından değerlendiriliyor.**
- Flukonazol 26. gün
- Kotrimoksazol 8. gün
- Steroid 21. gün
- Piperasilin-tazobaktam tedavisi meropeneme genişletildi.
- **Karın BT:** Paraaortakaval ve mezenterik yerleşimli büyüğünün kısa aksı 9 mm çapında **çok sayıda lenf nodu** izlenmiştir. Ayrıca her ingüinal bölgede büyüğü solda kısa aksı 13mm çapında çok sayıda lenf nodu izlenmiştir.

	26. gün
WBC /mm <sup>3</sup>	2280
NE%	
Hgb g/dl	
PLT /mm <sup>3</sup>	
CRP mg/l	
PCT ng/ml	
ESH mm	
Ferritin ng/ml	
D-dimer ng/ml	
Fibrinogen mg/dl	
Üre/ Kreatinin mg/dl	
AST/ ALT IU/L	
Trigliserid mg/dl	
Sodyum mEq/L	
Potasyum mEq/L	5,4



# Hemofagositik Lenfhistiositoz (HLH) Tanı Kriterleri

## Klinik ve laboratuvar tanı kriterleri

1- Ateş (>7 gün, >38,5° C)

2- Splenomegali

3- **Sitopeni** (en az 2 hücre serisi)

- **Hemoglobin <9 g/dl**

- **Trombositler < 100.000/mm<sup>3</sup>**

- Nötrofiller <1000/mm<sup>3</sup>

4- **Hipertrigliseridemi**>300 mg/dl

5- **Ferritin >500 µg/L**

6- sCD25 >2400 U/ml veya laboratuvar normal aralıklarına göre artmış olması

7- Yüksek CXCL9

8- NK hücre aktivitesinin azalması veya hiç olmaması

9- Kemik iliği, beyin omurilik sıvısı veya lenf nodlarında makrofajlarda hemofagositoz saptanması

## Periferik yayma

Atipik hücre görülmedi

Trombositler sayımla uyumlu

HLH düşünülmedi.

**8 kriterden 5'inin olması ile tanı**



- Girişimsel radyoloji tarafından sol inguinal lenf nodundan yapılan tru-cut biyopsinin patoloji incelemesi

## Dissemine kriptokok enfeksiyonu ile uyumlu sonuçlandı

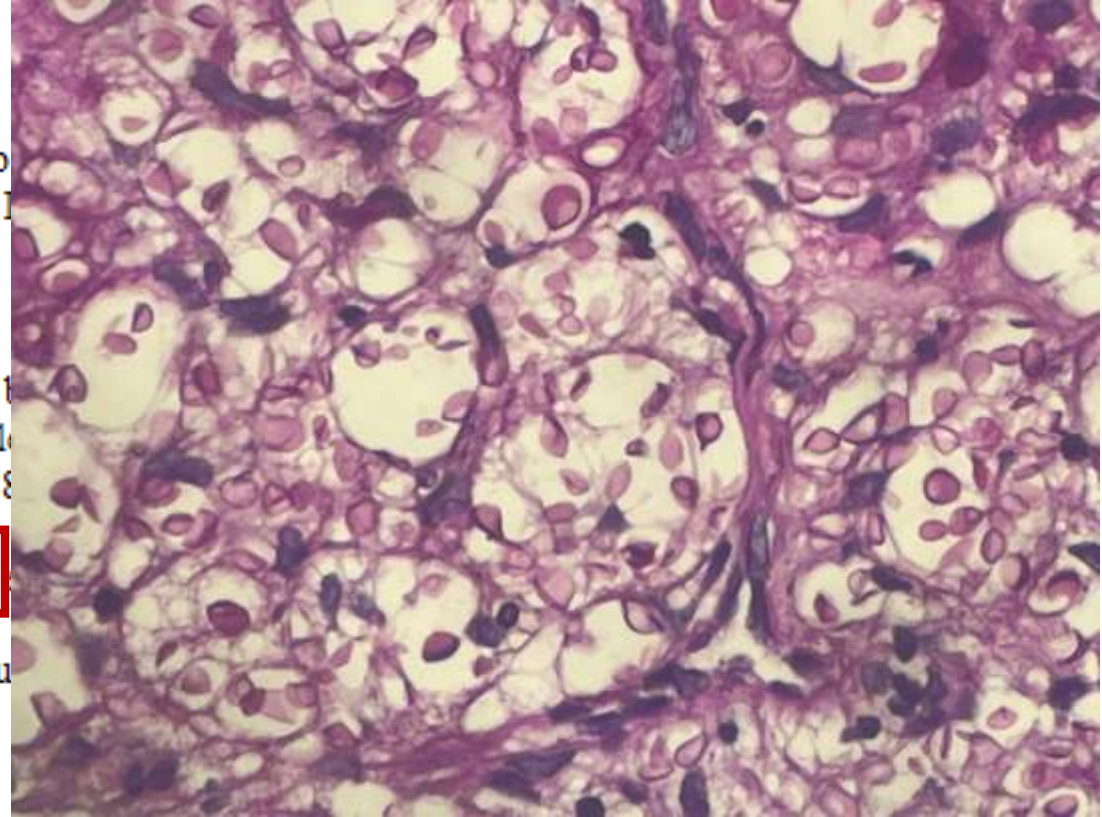
**KLİNİK BULGU:** B24 Tanılı hasta daha önce steroid sonrası bacaklarında lezyon uyumlu inguinal lenf düğümünde tru-cut biyopsi alındı. Tüberküloz? Granülom?

**MAKROSKOPİ:** 0.5x0.2,0.3x0.2,0.2x0.2 cm ölçüde 3 adet tru-cut biyopsi. 1/-

**MİKROSKOPİK BULGULAR:** Gönderilen biyopsi örneği az miktarda yağ ve lenf düğümü parankimi çok sayıda şişkin sitoplazmalı histiyositlerle doludur. CD68 ile Mikroorganizma mevcuttur. EZN Boyası ile aside dirençli basil görülmedi. HHV8

**PATOLOJİK TANI:** Histiyositler içinde PAS(+) maya şeklinde mantar yapıları.

**EPIKRİZ:** Bulgular lenf düğümünde mantar enfeksiyonu (ön planda cryptococcus)



## ➤ Yatışının 1. ayı

- Hastanın **1 haftadır ateşi** devam ediyor. Genel durum iyi, infeksiyon odağı yok.
- Lenfoma ateşi?
- **Lökosit: 1,040/mm<sup>3</sup> Nötrofil: 830/mm<sup>3</sup>**
- **CRP: 54 mg/L K: 5,8 mEq/L Na: 124 mEq/L**
- Meropenem sonrası ateş düşüyor ve akut fazda kısmen gerileme sağlandı.

- Ateş tekrar yükseldi, kontrol Toraks BT istendi.

Önceki BT'ye göre bulgular minimal regrese.

Viral pnömoni (CMV?), PCP?

- **CMV-DNA: 109.000 kopya/ml**

Tedaviye gansiklovir eklendi.

Gansiklovirin 3. günü ateş düşme eğiliminde

1 hafta ateşsiz seyrediyor.

Flukonazol 30. gün

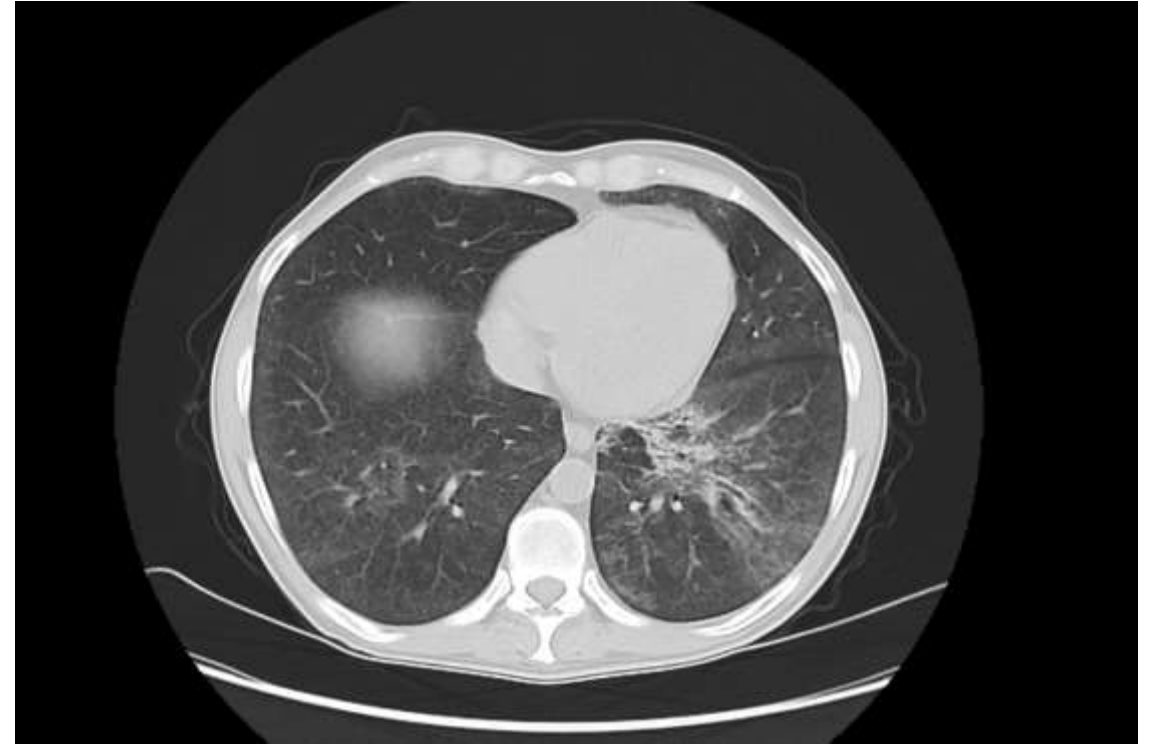
Kotrimoksazol 12. gün

**Steroid 25. gün → Prednizolon 1X20 mg**

**Azaltılarak kesilmesi planlandı**

Meropenem 5. gün

Kronik asemptomatik hiponatremisi olan hasta Elektrolit düzensizliği nedeniyle İç Hastalıkları tarafından günlük değerlendiriliyor.



## ➤ Yatışının 45. günü

- Genel durum iyi
- Ateşleri aralıklı devam ediyor.
- Dirençli h
- Ateş sonr
- Çekilen a
- Yatış önc
- Hiperpigmentasyonu dikkati çekiyor.
- Ortostatik hipotansiyonu oluyor.

Flukonazol 45. gün

Gansiklovir 15. gün

Kotrimoksazol → 21 güne tamamlanıp kesildi.

Steroid → 5 gündür almıyor.

Hiponatremiye bağlı bilinç değişikliği düşünüldü.  
Nefroloji mevcut tabloyu «**Uygunsuz ADH Sendromu**»  
olarak değerlendirdi  
Sıvı kısıtlaması önerildi.

PC

HIV R

di

# ➤ Yatışının 75. günü

05.08.2024

- 1 ay IV gar
- Dirençli a
- *Ancak 7-*
- Yatış boy
- Tekrarlay
- geriledi .
- Hiponatremi
- önerildi.
- Taburculu
- kuramadıkları

Hasta bir kez daha  
**uygunsuz ADH sendromu**  
**serebral tuz kaybı ve**  
**adrenal yetmezlik**  
açısından tetkik edilmeye başlandı.

- *başını masaya koymuş ve sorulara yanıt vermiyor.*

ödem

nası

m

## ➤ Yatışının 75-85. günleri

- Endokrinoloji

- **sinaktan test**

- Kortizol

- ACTH →

- «Primer»

Sıvı kısıtlaması sonlandırıldı.

Hidrokortizon 15 + 5 mg tedavisi başlandı.



Hidrokortizon sonrası sodyum normal değere yükseldi.

Ateş tekrarlamadı.

Şikayet yok.

Hiponatremi düzeldi.

Yeniden **Karın BT** y  
nodüler kalınlık artı

• Kortizol: 4,74



(l): 87,4



,14

- Total Testesteron: 534

- DHEA-SO4: 115

- Plazma Renin aktivitesi: 0,23

## ➤ Yatışının 85-90. günleri

- Onkoloji tarafından Kaposi sarkomu nedeniyle «**paklitaksel**» kemoterapisinin ilk dozu verildi.
- İlk KT kürünü alan hastada komplikasyon gelişmedi.
- Yatışının 90. günü taburcu edildi.

	75. gün	90. gün
WBC /mm <sup>3</sup>	2720	2860
Nötrofil %	47	48,6
Lenfosit /mm <sup>3</sup>	610	800
Hgb g/dl	7,7	8,4
PLT /mm <sup>3</sup>	309.000	244.000
<b>Sodyum mEq/L</b>	<b>116</b>	<b>141</b>
Potasyum mE/L	3,3	4,2
Üre/ Kreatinin mg/dl	18 / 0,73	11 / 0,76

# Primer adrenal yetmezlik/Addison Hastalığı

- Adrenal yetmezlik semptomlarının nonspesifik olması sebebiyle tanı gecikebiliyor
- Yapılan bir çalışmada adrenal yetmezlikli hastaların
  - **%47**'sinde tanı anından önce 1 yıldan fazla
  - **%20**'sinde 5 yıldan fazla süredir semptomların olduğu saptanmıştır
  - Hastaların yalnızca **%15**'i ilk başvuruda tanı almıştır

Bleicken B, Delayed diagnosis of adrenal insufficiency is common: a cross-sectional study in 216 patients. Am J Med Sci. 2010;339: 525-531

[Disseminated cryptococcosis in an apparently normal host presenting as primary \*\*adrenal insufficiency\*\*: diagnosis by fine needle aspiration.](#)

Walker BF, Gunthel CJ, Bryan JA, Watts NB, Clark RV.

Am J Med. 1989 Jun;85(6 Pt 1):745-7. doi: 10.1016/0002-9342(89)90452-4

PMID: 2658577

Primary **Adrenal Insufficiency** due to **Cryptococcus** With Persistent **Adrenal Enlargement and Insufficiency.**

Price CE, Burns C, Aloji JA.

AACE Clin Case Rep. 2023 Sep 22;9(6):189-192. doi: 10.1016/j.aace.2023.09.002. eCollection 2023 Nov-Dec.

PMID: 38045798 [Free PMC article.](#)

Metastatik Kanser

Adrenal Kai

ilaçlar

Diğer

Disseminated Cryptococcosis with **Adrenal Insufficiency** and Meningitis in an Immunocompetent Individual.

Ito M, Hinata T, Tamura K, Koga A, Ito T, Fujii H, Hirata F, Sakuta H.

Intern Med. 2017;56(10):1259-1264. doi: 10.2169/internalmedicine.56.7356. Epub 2017 May 15.

PMID: 28502948 [Free PMC article.](#)

We present a case of cryptococcosis with **adrenal insufficiency** and meningitis in a healthy host without any risk factors. Antifungal therapy did not reduce the cryptococcal antigen titers of the cerebrospinal fluid and serum or the bilateral **adrenal** gland enl ...

1, Poliglandüler

romikoz),





## Son durum

- Hastanın Kaposi sarkomu nedeni ile onkolojiden 12 kür KT'si tamamlandı.
- 2 kür daha konsolidasyon amaçlı verilecek.
- Genel durumu iyi
- Flukonazol idame dozunda devam ediliyor.
- Hidrokortizon 1\*5 mg devam ediliyor.
  
- Son CD4: 39/mm<sup>3</sup>
- HIV RNA: saptanmadı



# Neler Öğrendim?

- **HIV/AIDS+ Dissemine kriptokok infeksiyonu+ Kaposi sarkomu+ primer adrenal yetmezlik**
- Kriptokok menenjitinde KİBAS yönetiminde steroid önerilmese de özellikle **İRİS olgularında** kullanılabilir.
- **Kaposi sarkomu steroid ilişkisi: Steroidler HHV-8 replikasyonunu** indükleyerek Kaposi sarkomunu alevlendirebilir.
- **Kaposi sarkomlu hastalarda eş zamanlı kortikosteroid kullanımından kaçınılmalı**
- İnatçı hiponatremi, hipotansiyon, halsizlik, kilo kaybı ve/veya ateş varlığında primer adrenal yetmezlik ayırıcı tanıda akılda bulundurulmalı

**TEŞEKKÜRLER...**