



Olgu Sunumu

Dr. Selma İlkay ŞAHİN

Prof. Dr. Hayat KUMBASAR-KARAOSMANOĞLU

Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

İstanbul, 2024

52 yař

Erkek hasta

Öğretmen

MSM

Multipl partnerli +

İstanbul'da yaşıyor.

Başvuru –
22/04/2024

- Peniste ağrısız yara
- Gövde ön yüzde ve sırtta 8-10 adet çok belirgin olmayan makülopapüler döküntü
- En son bir ay önce **korunmasız cinsel temas öyküsü**
- VDRL ve Anti-HIV testi isteniyor

Başvuru –
24/4/2024

- Sifiliz tanısı +

- VDRL: 1/16

- TPHA: 1/280

- Anti HIV (+)



- Doğrulama testine gönderiliyor

- Temmuz 2019'da anti HIV (-)

Başvuru –
24/04/2024

- Hastaya tek doz Benzatin Penisilin 2,4 milyon IU IM tedavi veriliyor
- Penisteki lezyon 2 hafta içinde kayboluyor.

Özgeçmiş/
Soygeçmiş/
Alışkanlıklar



Astım (Formeterol
bir yıldır)



Sigara (-)



Alkol (-)



Bağımlılık yapıcı
madde kullanımı (-)

Başvuru –
06/06/2024

Hasta doğrulama sonucu ile
başvuruyor

06/06/2024
Tedavi
öncesi
değerlendir
me ve
muayene

Vücutta döküntü (yer yer makülopapüler
görünümde)

Orofarenks doğal

Solunum seslerinde özellik yok

KVS: S1 (+) S2 (+) ek ses ve üfürüm
tespit edilmedi

Batın: Organomegali yok

Lenfadenopati saptanmadı

06/06/2024- Tedavi başlangıcı

	06/06/2024
CD4 %	34
CD4	516
HIV RNA	17750 k/mL

06/06/2024- Tedavi başlangıcı

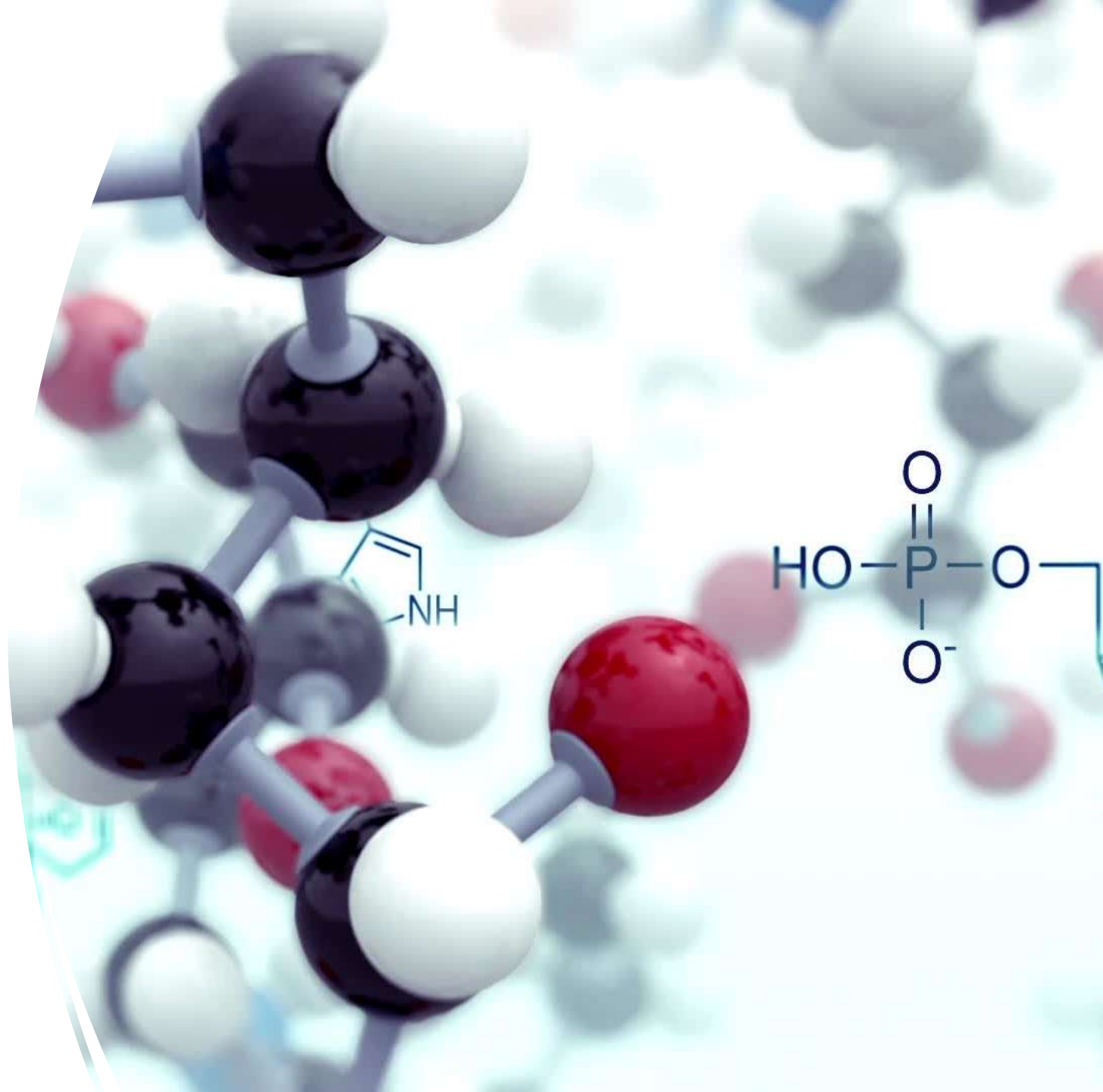
	06/06/2024
HBsAg / Anti-HBcIgG / Anti-HBs /Anti HCV / Anti-HAV IgG	(-) / (-)/(+)(-)/ (+)
CMV IgG	(+)
Tokso IgG	(+)
PPD	5 mm
WBC	8040
Hb	14,7
Trombosit	161000
Formül	%68,4 PNL %23,5 Lenfosit
AST/ALT	18/18
T.kol/LDL/HDL/TG	188/132/39/84

??



Antiretroviral tedavi başlanıyor. (06/06/2024)

- Biktegravir sodyum +
Emtrisitabin + Tenofovir
alafenamid



27/06/2024
Tedavinin 1.
ay1

Hasta ilk kontrolüne geldi

Döküntüler gövde ve sırttan ekstremitelere yayılmış

Gövdede yoğun olarak bulunmakta

Saçlı deride ağrılı yer yer krutlanmış lezyonlar

Az sayıda lezyon vezikül görünümünde olsa da genel olarak makülopapüler özellikte

Pembe, bazı yerler daha koyu görünümde

Hasta, avuç içinde de birkaç adet döküntü olduğunu ancak daha sonra kaybolduğunu ifade ediyor



27/06/2024 1. ay



27/06/2024 1.ay

Fizik muayene

Sistem
muayeneleri
normal.

Lenfadenopati
saptanmadı.

Ateş
saptanmadı.

Yakın zamanda
seyahat öyküsü
yok

??



HIV ve Döküntülü hastalıklar

- HIV ile yaşayan kişilerde dermatolojik bulgular oldukça yaygındır (%95)(Navarrete-Dechent ve ark., 2015).
- Enfeksiyöz/ Non-enfeksiyöz/ Neoplastik/ Antiretroviral tedavi ile ilişkili

- **Cinsel yolla bulaşan hastalıklar**

- Sifiliz, Herpes Simpleks, uyuz

- **Mukozal değişiklikler**

- Kalıcı oral, faringeal ve bazen genital kandida
- Oral kıllı lökoplaki

- **Pruritik, papüler veya papülopüstüleri, foliküler döküntüleri**

- Eozinofilik folikülit
- Kalıcı stafilokok ve pityrosporum folikülit

- **Fırsatçı bakteriler**

- Tüberküloz, özellikle yaygın atipik mikobakteriler (mikobakteri avium-intracellulare,)
- Basiller anjiyomatozis
- Pneumocystis jirovecii

- **Fırsatçı mikozlar**

- Kriptokok
- Endemik mikozlar

- **Viral enfeksiyonlar**

- Akut HIV, Herpes zoster, siğiller, Molluskum contagiosum

- **Maligniteler**

- Kaposi sarkomu

- **Pruritus / kuru cilt -**

- Kseroz ve edinilmiş iktiyoz

- **İlaç Reaksiyonları**

1. Ay Kontrolü

	06/06/2024	27/06/2024
CD4 (%)	34	
CD4 (mm ³)	516	
HIV RNA (Kopya/mL)	17750	<26

1.Ay Kontrolü

	06/06/2024	27/06/2024
WBC	8040	10980
Hgb	14,7	14,9
Trombosit	161000	186000
Formül	%68,4 PNL %23,5 Lenfosit	%71 PNL %20 Lenfosit
AST/ALT	18/18	23/22
T.kol/LDL/HDL/TG	188/132/39/84	
VDRL	1/16	

09/07/2024

Hasta, Őikayetlerinin artması ¼zerine tekrar kliniĐimize baŐvurdu

Dermatoloji g¼r¼Ő¼ istendi.

Sifiliz?
Kaposi?
Mpox?
LayŐmanyaz?
TBC?

Hastanın lezyonlarından biyopsi alınması planlandı.

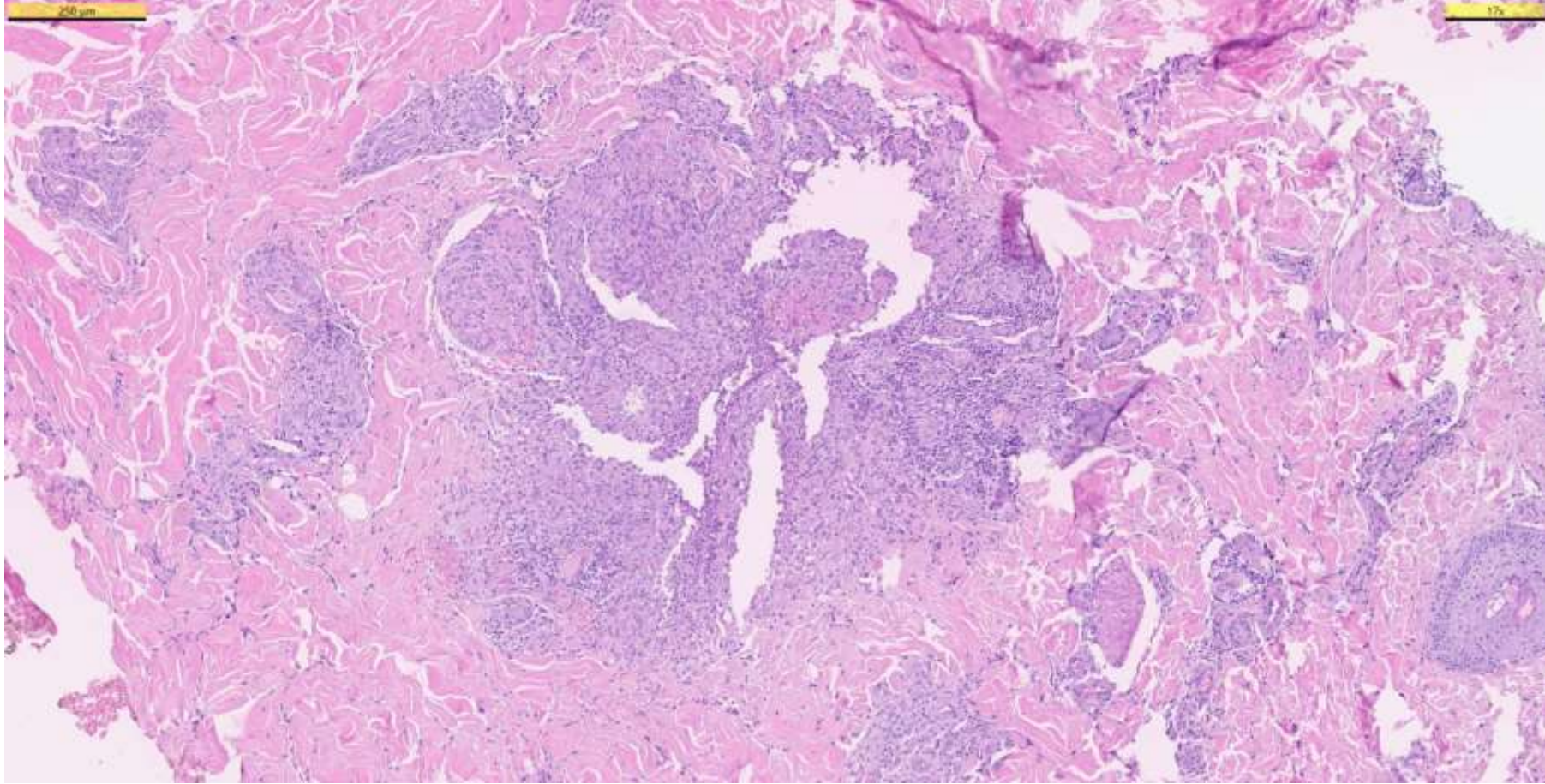
??





Patoloji sonucu-1

- Kronik aktif non-spesifik lenfohistiyositik dermal granüloamatöz enflamasyon odağı
- Lezyonu oluşturan hücreler *polifenotipik* olup lenfohistiyositler, nötrofiller, yer yer az miktarda plazma hücresi mevcuttur.
- Spesifik etken mikroorganizmaya rastlanmadı.



Dermal yerleşimli yoğun kronik aktif inflamasyon odağı ve bu alanlarda artmış vasküler yapılanma.
İnflamasyon, lenfositik hücrelerden baskın ve nötrofilleri de içermekte. (Resim 1, Hematoksilen & eozin)



1. Patoloji Ek Boyamalar

- Spesifik etken mikroorganizma varlığı araştırıldı.



Negatif

- **PAS** ve **EZN** **negatif**
- Bulgular tipik olmamakla beraber *sifiliz, tüberküloz* mevcut patolojik bulgularla ekarte **edilemez**.



Patoloji sonucu sonrası

- Hastanın Kontrastlı Toraks ve Batın BT'leri planlandı.
- **VDRL** titresi tekrar istendi.
- Yeni bir dermatoloji konsültasyonu
- İkinci bir biyopsi?
- *Ek boyamalar?*

??



HIV ve Sifiliz

- *Treponema pallidum*
- HIV ile enfekte olanlarla/olmayanlarda klinik belirtiler çoğunlukla benzerdir.
- Primer Sifiliz: Şankr/lar, lenfadenopati/ler
- Sekonder Sifiliz: Primer evre iyileştikten üç-altı hafta sonra
Dermatolojik, nörolojik ve oküler
- Geç sifiliz(Tersiyer sifiliz): Kardiyak ve gommatöz lezyonlar
- Latent sifiliz: Sadece serolojik testler pozitif.

***HIV + olgularda primer ve sekonder evre örtüşebilir**
***Tedaviye yanıtızsızlık olabilir**

IRIS ve Sifiliz

- Nadir ancak önemli bir komplikasyondur.
- Risk faktörleri diğer IRIS nedenleri ile benzer.
- Sifilizin yeni veya kötüleşen semptomları olarak kendini gösterebilir (*Deri lezyonları ve göz tutulumları*)
- IRIS-sifiliz genellikle haftalar içinde gelişir.
- ART'ye yeni başlayan hem de deneyimli hastalarda görülebilir
- Başlangıçta sifiliz serolojisi negatif olabilir ve IRIS gelişiminden sonra serokonversiyon (antikor gelişimi) görülebilir.
- Tedavi ART'ye devam etmeyi ve uygun antibiyotik tedavisini içerir.

27.08.2024

- Hastadan yeni bir biyopsi alındı.
- Lezyonların bir kısmı kabuklanmaya başlamış.
- Ateş yok.
- Ultrason görüntüleme ve fizik muayenesinde lenfadenopati yok.
- Tomografiler?
- Mpox negatif saptandı.
- VDRL 1/4

KONTRASTLI ABDOMİNOPELVİK BT

Karaciğer kontur ve parankim dansitesi normaldir. Parenkimde yer işgal eden kitle gözlenmemiştir. **Karaciğer uzun aksı 183mm ölçülmüş olup normalden büyüktür (hepatomegali).** Portal ve hepatic venöz yapılar patenttir. İntra-ekstrahepatik safra yollarında dilatasyon saptanmadı.

Safra kesesi lojunda patoloji saptanmadı.

Pankreas parankim kalınlığı ve dansitesi normaldir. Parankimde yer kaplayıcı solid-kistik lezyon saptanmadı. Peripankreatik yağlı dokular açıktır.

Dalak boyut, konturları normal olup parenkim dansitesi homojendir.

Bilateral sürrenal glandlar simetrik morfolojidedir.

Her iki böbrek boyut, kontur ve parenkim dansitesi normal olup, parankimde yer kaplayıcı lezyon izlenmedi. Toplayıcı sisteminde belirgin dilatasyon saptanmamıştır.

Oral ve rektal kontrast madde verilmemesi nedeni ile gastrointestinal sistem ve kolonik ansların değerlendirilmesi suboptimaldir.

İntraabdominal bölgede patolojik boyut ve görünümde lenf nodu mevcut değildir.

Batın içi serbest ya da lokule sıvı kolleksiyonu saptanmadı.

Mesane dolumu yeterli olmamakla birlikte lümen içi patoloji saptanmadı.

Prostat glandda kaba parankimal kalsifikasyonlar izlenmiştir.

Abdominal aortada milimetrik kalsifiye aterom plakları görülmektedir.

Umblikus düzeyinde 13 mm çapında fasya defekti mevcut olup tanımlanan defektten cilt yönüne herniye yağlı doku izlenmiştir (umblikal herni).

Bilateral yağ doku içerikli inguinal herni izlenmiştir.

Vertebralarda dejeneratif değişiklikler ve vertebra korpus köşelerinde osteofitik sivrileşmeler saptanmıştır.

KONTRASTLI TORAKS BT

Trakea ve ana bronşial sistem açıktır.

Her iki hemitoraks simetrik olarak havalanmaktadır.

Kalp doğal form ve lokalizasyondadır. **Asendan aort çapı 37 mm ve desendan aort çapı 25 mm ölçülmüştür. Arkus aorta düzeyinde milimetrik kalsifiye aterom plakları görülmektedir.**

Mediastende ve her iki hiler bölgede patolojik boyut ve görünümde lenf nodu ve yer kaplayan lezyon saptanmamıştır.

Plevral ya da perikardiyal effüzyon saptanmadı.

Her iki akciğerde yer yer sekel plöroparankimal bant formasyonları izlenmiştir.

En büyüğü sol akciğer alt lob laterobazal segmentte 5.5 mm çapında olmak üzere her iki akciğerde milimetrik boyutta birkaç adet parankimal nodül izlenmiştir(sekel?).

Sağ akciğer alt lob laterobazal ve posterobazal segmentte fokal buzlu cam yoğunluğunda dansite artımları mevcuttur. Enfektif proses açısından klinik ve laboratuvar bulguları ile birlikte değerlendirilmesi önerilir.

Her iki akciğerde hafif amfizematöz değişiklikler izlenmiştir.

Bilateral subareolar alanlarda jinekomasti ile uyumlu hafif dansite artımları görülmektedir.

Vertebralarda dejeneratif değişiklikler ve vertebra korpus köşelerinde osteofitik sivrileşmeler saptanmıştır. Torakal vertebralarda açıklığı sola bakan minimal skolyoz izlenmiştir.



ART'min 3. ayı



??





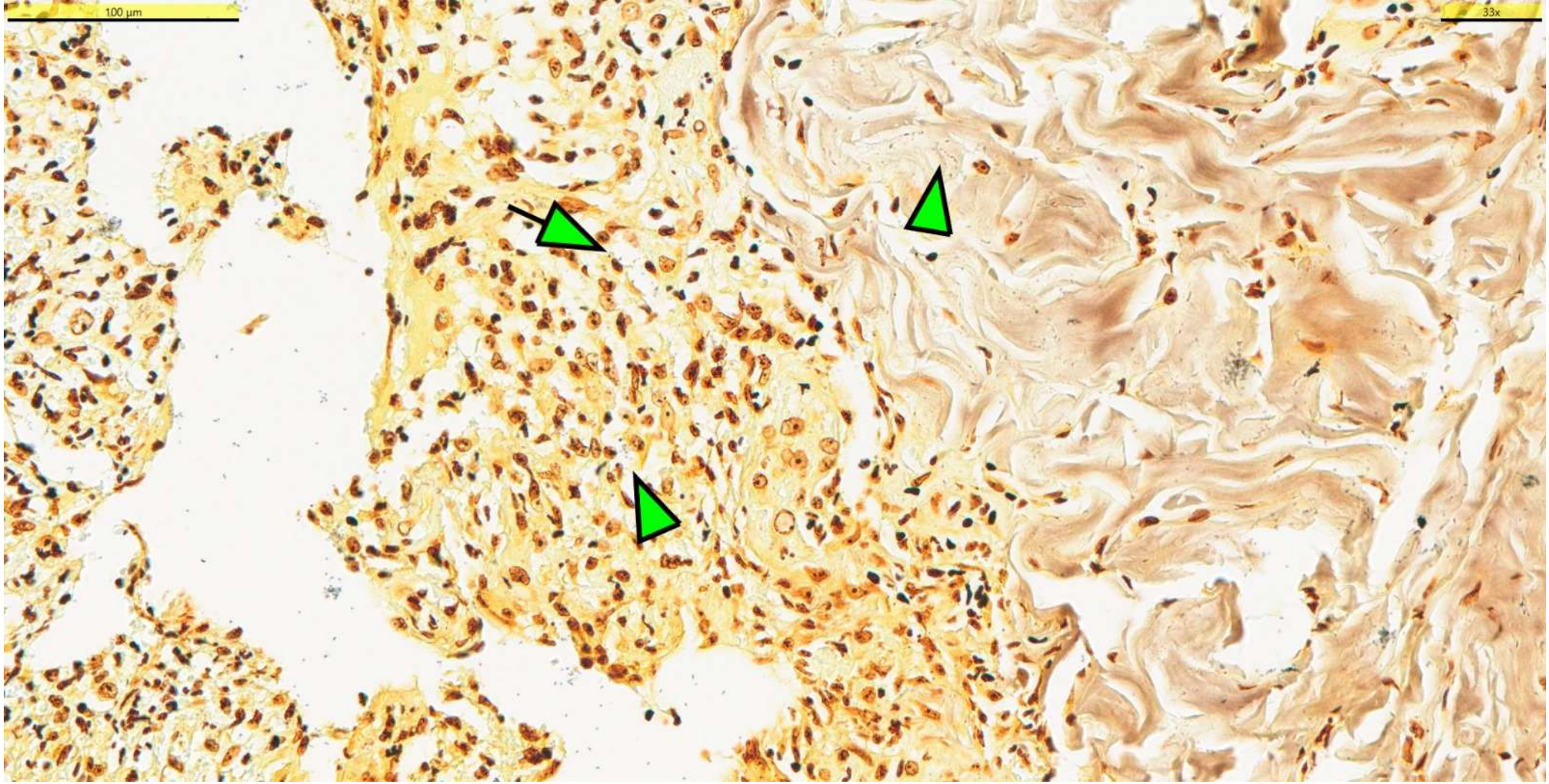
2.Patoloji Sonucu

- Non neoplastik
Kaposi Sarkomu ile uyumlu değil
- **HHV 8 immünreaktivitesi negatif**



2.Patoloji Sonucu

- Non neoplastik
Kaposi Sarkomu ile uyumlu değil
- HHV 8 immünreaktivitesi negatif
- **Lezyon alanlarında seyrek bakteri toplulukları dikkati çekmiştir(Warthin Starry)**
- Her iki lezyon da farklı evrelerinde **«Basiller Anjiyomatozis»** ile uyumludur



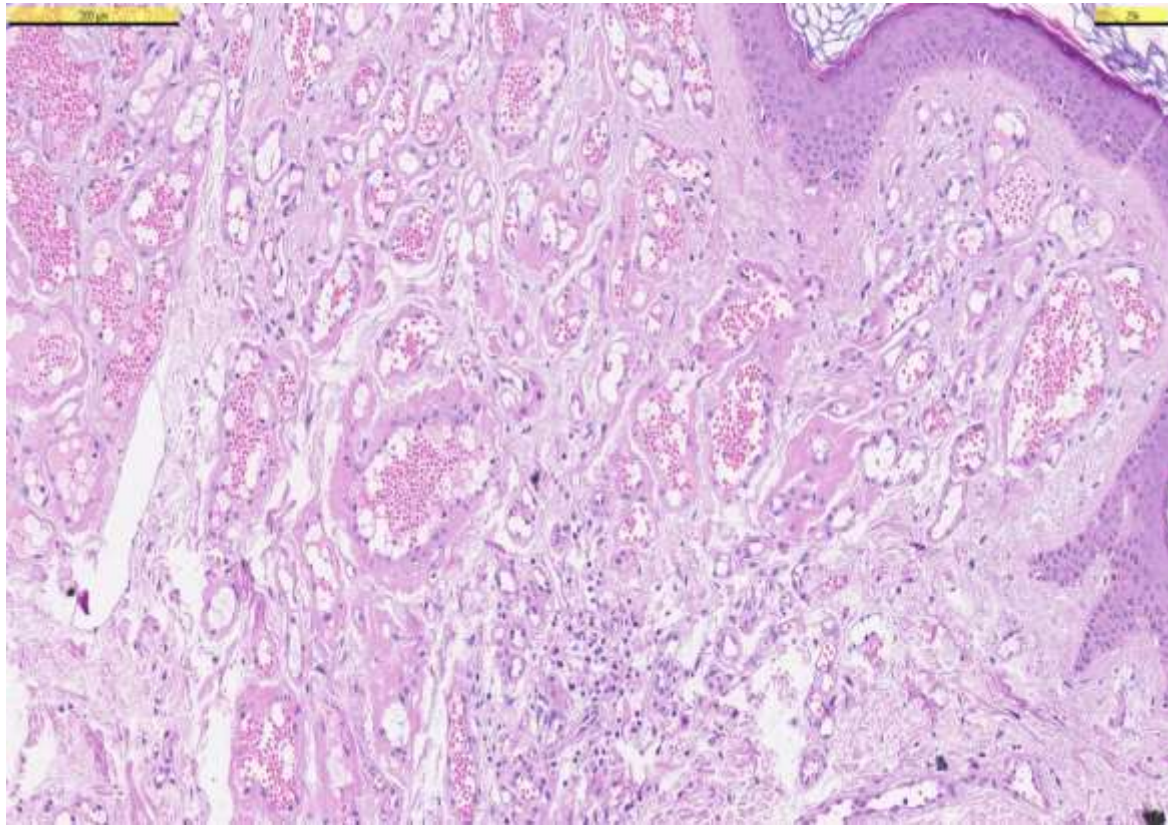
Özellikle nötrofil lökositlerle iç içe nükleer debri yanı sıra focal alanlarda basil yapıları (Resim 2, Warthin-Starry histokimyasal boyası, oklar).
“Kronik aktif lenfohistiyositik dermal granülomatöz inflamasyon odağı”

Basiller Anjiyomatozis

- Vasküler proliferasyon, hemoraji ve nekroz ile karakterize lezyonlar
- Deri ve visseral tutulum
- *Bartonella henselae* ve *Bartonella quintana*
- Genellikle bir veya birkaç cilt lezyonu
- Tipik cilt lezyonları, ülserleşip kabuklanabilen mor-kırmızı nodüller veya plaklardır.
- Tanı en iyi biyopsi ile konulur.

Basiller Anjiyomatozis

- Hematoksilen Eozin: Dermis veya kutiste küçük kan damarlarının proliferasyonunu, bol sitoplazmalı genişlemiş endotelyal hücreleri ve nekrotik ve granülomatöz değişiklikleri gösterir.
- Warthin-Starry: Perivasküler basilleri gösterir.
- Kültür veya polimeraz zincir reaksiyonu (PCR)
- Anti-Bartonella antikörlerine yönelik serolojik testler mevcuttur.
- Eritromisin/doksisiklin ile uzun süreli tedavi
- Florokinolonlar, diğer makrolidler ve trimetoprim-sülfametoksazol de Bartonella'ya karşı etkilidir.



- ❖ Lezyon içerisinde inflamasyon öncekine göre oldukça azalmış (Resim 4, Hematoksilen&eozin boyası).
- ❖ Lezyon içerisinde basil ile uyumlu yapı saptanmadı (Resim 5, Warthin Starry histokimyasal boyası).
“Reaktif vasküler proliferasyon / basiller anjiyomatozis ile uyumludur.”

- Hastaya doksisisiklin tedavisi 2x100 mg başlandı.
- Tedavi süresi en az 3 ay olacak şekilde planlandı.
- Hasta tedavisinin birinci ayında kontrole geldi.
- Lezyonlarda gerileme mevcut.



	06/06/2024	
CD4 (%)	34	33
CD4 (mm ³)	516	468
HIV RNA (Kopya/mL)	17750	<26 (27/06/2024)