



Zor Olgular Paneli

Dr Petek ŞARLAK KONYA



Olgu

- 33 Yaşında kadın hasta
- Nisan 2022
suicid amaçlı boğazını kesen hasta 112 ile acil servise getirilmiş
- Suicid girişiminden önce de
 - 10 tane Klaritromisin tablet,
 - 2 tane Azitromisin tablet,
 - 1 çay bardağı çamaşır suyu içtiğini belirtmiş
- Vitallerinde hipotansiyon ve taşikardi saptanan hasta anestezi yoğun bakıma yatırılmış

- Fizik muayenesinde toraksta krepitasyon tespit edilmiş ve larinks hizasında boğazda 8-10 cm ciltaltı kas ve trakeada dahil derin kesisi mevcut olup acil ameliyata alınmış.
- Ameliyat öncesi yapılan tetkiklerinde **anti-HIV pozitif** saptanan hasta tarafımıza konsülte edildi.

- Operasyon sonrası hasta
 - 13 yıl önce HIV tanısı aldığı fakat hiç takibe gitmediğini ve tedavi almadığını belirtti
- Özgeçmiş : 9 yıl önce cinsiyet değiştirme operasyonu mevcut

Sistem sorgulaması

- Baş ağrısı var
- Çift görme-bulanık görme yok
- Ağızda beyaz plak-yutma güçlüğü yok
- Öksürük var , yeni başlamış
- Balgam yok
- Hemoptizi yok
- Bulantı-kusma-ishal yok
- Dizüri-genital akıntı-genital ülser yok
- Halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı var (Son bir ayda 5 kilo kayıp)
- Sigara içmiyor, alkol ve madde bağımlılığı yok

Fizik Muayene

- ✓ Vücut ısı: 37.0 C
- ✓ Nabız: 92/dk, TA: 110/70, SS: 18/dk , SP02 95
- ✓ Boy :182 Kilo :60 VKI: 18.5
- Genel durum orta, oryante ve koopere olan hasta **kaşektik** görünümde
- Baş-boyun: Trakeada kesiye bağlı sütün mevcut, servikalde ele gelen LAP yok
- KVS: Kalp ritmik, ek ses ve üfürüm yok
- **SS: Bilateral solunum sesleri azalmış, sağda ral**

-Batın: Hepatomegali yok , splenomegali yok, traube açık

– GÜS: CVAH(-), UTH(-), SPH(-)

– Nörolojik muayene doğal

- **Sol kasıkta yaklaşık 2cm ele gelen LAP**
- **Sağ göz kapağında, sağ kolda, sağ bacak ön yüzde, meme cildinde 1x1cm mor renkli lezyonlar mevcut**



Tam kan sayımı	Biyokimya	Diğer
BK: 1090/mm³ mg/dL Hb: 9,3 g/dL Hct: %28.3 PLT: 229 000/mm ³	Glukoz: 90 BUN: 8.8 mg/dL AST: 17U/L ALT: 7 U/L ALP:49 U/L LDH: 135 U/L TG:120 mg/dL HDL/LDL: 45/110 mg/dL T.Kolesterol: 100 mg/dL T. Bilirubin: 0.5 mg/dL CRP: 31 mg/L	HBsAg: (-) Anti HBs: (+) Anti HAV IgG: (+) Anti HBc IgG: (-) Anti HCV: (-) Toxo IgM/IgG:(-)/(+) CMV IgM/IgG:(-)/(+) EBV VCA Ig M: (-) HSV 1 IgM/IgG: (-)/(+) HSV 2 IgM/IgG:(-)/(-) VDRL (-)
CD4- 7/mm³ (%2) CD8-217 HIV-RNA 255000 kopya/mL		
CD4/ CD8 0.03		

Ön Tanılar?

- Kaposi sarkomu
- Lenfoma
- Pnömoni
 - Bakteriyel pnömoni? ,
 - P. jiroveci? ,
 - Viral pnömoni?
- Tüberküloz
- COVID-19

Radyoloji

BATIN BT (Nisan -2022)

- Parakaval, paraaortik alanlarda 1cm çaplı küçük eliptik reaktif birkaç adet lenf nodu
- Her iki inguinal bölgede, büyüğü solda 20x8.5 mm boyutlarında ölçülen eliptik şekilli birkaç adet lenf nodu

BOYUN BT – Normal

BEYİN BT- Normal

Toraks BT

- Sağda 32, solda 30 mm ölçülen plevral efüzyon mevcut
- Her iki akciğerde birkaç adet, büyüğü sol akciğerde 16x11 mm nodüler lezyon mevcut



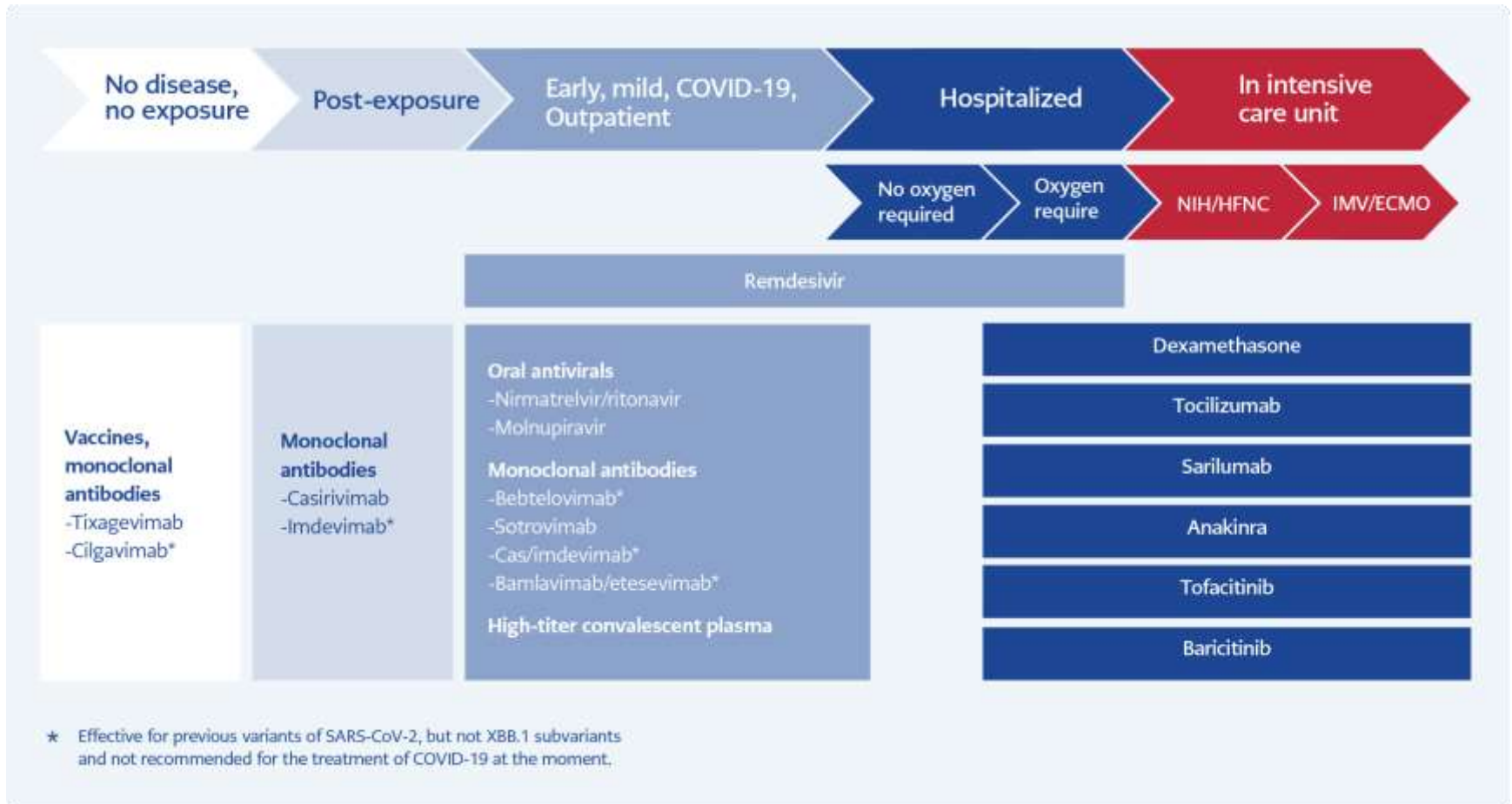
- Öksürük de tarifleyen hastanın
 - ✓ Balgamda ARB: Negatif
 - ✓ Balgam kültüründe üreme yok
 - ✓ Kan kültüründe üreme yok
 - ✓ IGRA: Negatif
 - ✓ CMV-PCR (-)
 - ✓ SARS COV2- PCR: POZİTİF

- Hasta COVID servisine alınıp izole edildi

COVID TEDAVİ EDELİM Mİ?
ANTİVİRAL ?



Tedavi



Tedavi

- Saturasyon düşüklüğü ve oksijen ihtiyacı olmayan, pnömonik infiltrasyon saptanmayan hastaya antiviral tedavi başlanmayıp semptomatik tedavi ile izlendi

- Dermatoloji ile konsülte edilerek cilt biyopsisi yapıldı (Mayıs-2022)

MAKROSKOPİ	Üzerinde 0,4 cm çapında deri elipsi izlenen 0,6 cm derinliğinde cilt-cilt altı doku parçasıdır. Tamamı 1P 1K takibe alındı.
ÖZEL YÖNTEM	İMMÜNİSTOKİMYASAL İNCELEME: 1. HHV-8: (+)
MİKROSKOPİ	Kesitlerde epidermis düzenli görünümündedir. Orta dermis ve derin dermiste yerleşim gösteren sınırları belirsiz damar lezyonu mevcuttur. Bu lezyonu oluşturan damar yapıları selüler görünümde, yer yer içi nükleuslara sahip olup intrasitoplazmik lümen içermektedir. Bu lümenlerin içerisinde eritrositler mevcuttur. Histomorfolojik bulgular Kaposi Sarkom'u ile uyumludur.
TANI	LÜTFEN MİKROSKOPİK AÇIKLAMAYI OKUYUNUZ, sağ kol, deri, punch biyopsi.

- Kaposi sarkomu yayılımı açısından onkolojiye danışılan hastaya Pet-CT çekilmesi önerildi.
- Takiplerinde COVID –PCR pozitif seyreden hasta PET cihazına kabul edilmediği için , gün aşırı burun boğaz kombine sürüntüsü SARS-CoV-2 -PCR açısından tetkik edildi.

- ART VERELİM Mİ?
- HANGİ ANTİVİRAL TERCİH EDELİM?
- İRİS?



- Hastaya TDF+EMT/DTG tedavisi başlandı
(Mayıs 2022)

LABORATUAR SONUÇLARI	KABULDE	1. AYDA	2. AYDA	3.AYDA
Beyaz küre(k/mcl)	1,1	1,09	1,78	5,78
Hemoglobin(g/dl)	9,3	9,1	10,1	11,8
Platelet(k/mcl)	229 bin	264 bin	382 bin	273bin
CD4 sayısı	7	10	49	118
CD4 %	2	3,8	6,8	5,6
CD 8 sayısı	217	185	525	1494
HIV viral yük	255.000	saptanmadı	saptanmadı	saptanmadı
Ferritin(ng/ml)	528	265	215	215
CRP(mg/dl)	35	3,2	7,1	7
Prokalsitonin(ng/ml)	0,035	0,051	-	-

- Takiplerinde saturasyon düşüklüğü olmayan, öksürük şikayeti gerileyen hastanın **73 gün** boyunca SARS-CoV-2 -PCR pozitif olarak seyretti
- Hastaya PET-CT çekilebilmesi için molnupiravir 2*800 mg antiviral tedavi başlandı ve 5 gün süreyle verildi.
- Molnupravir tedavisi kesildikten 4 gün sonra yapılan SARS-CoV-2-PCR negatif olarak saptandı.
- PCR negatifliği sağlanan hasta onkolojik tedavi açısından onkolojiye yönlendirildi.

Pet-CT

(Temmuz 2022-Tedavinin 3. ayı)

Toraks incelemesinde :

Bilateral aksillada büyüğü solda yaklaşık 18x7 mm boyutta artmış FDG tutulumu izlenen (SUVmax: 4,4) lenf nodları gözlenmiştir (Lenfoma infiltrasyonu?).

Mediastende ve bilateral hiler bölgede büyüğü subkarinal alanda yaklaşık 21x11 mm boyutta artmış FDG tutulumu izlenen (Sağ hiler SUVmax: 7,4) çok sayıda lenf nodu gözlenmiştir (Lenfoma infiltrasyonu?).

Büyüğü sol akciğer üst lob apikoposteriorda yaklaşık 19x13 mm boyutta olmak üzere her iki akciğerde artmış FDG tutulumu izlenen (SUVmax: 6,4) çok sayıda düzensiz sınırlı nodüler lezyon görülmüştür (Lenfoproliferatif hastalık?, klinik değerlendirme, radyolojik kontrol ve histopatolojik verifikasyon önerilir).

Her iki akciğer alt lobda subplevral alanlarda belirgin FDG tutulumu izlenmeyen buzlu cam dansite artışları görülmüştür (Enfeksiyöz / İnflamatuvar?).

Sol hemitoraksta yaklaşık 15 mm kalınlıkta plevral efüzyon gözlenmiştir.

Bilateral retrokrural alanda büyüğü solda yaklaşık 15x10 mm boyutta artmış FDG tutulumu izlenen (SUVmax: 7,8) nodüler dansite artışları görülmüştür (LAP?, klinik değerlendirme ve radyolojik kontrol önerilir).

Akciğer parankim alanlarında ve mediastinal alanda patolojik FDG tutulumu izlenmemiştir.

Abdominal İncelemede :

Paraaortik, parakaval, prekaval, peripankreatik, paraçölyak alanlarda ve mezenterik yağ planları içerisinde büyüğü sol paraaortik alanda yaklaşık 14x8 mm boyutta artmış FDG tutulumu izlenen (SUVmax: 5,2) çok sayıda lenf nodu görülmüştür (lenfoma infiltrasyonu?).

Ayrıca omental yağ planlarında büyüğü milimetrik çapta belirgin patolojik FDG tutulumu izlenmeyen çok sayıda nodüler ve retiküler dansite artışları görülmüştür (Lenfoma infiltrasyonu?, klinik değerlendirme ve nondiagnostik kontrastsız BT ile optimal değerlendirilemeyen bu alanların diğer görüntüleme yöntemleri ile kontrolü önerilir).

Bilateral parailiak ve inguinal alanlarda büyüğü solda yaklaşık 15x12 mm boyutta artmış FDG tutulumu izlenen (SUVmax: 8,4) çok sayıda lenf nodu gözlenmiştir (Lenfoma infiltrasyonu?).

Abdominal bölgede karaciğer, sürrenal gland, lenf nodları ve diğer alanlarda patolojik FDG tutulumu izlenmemiştir.

- PET-CT sonucunda lenfoma şüphesi olan hastaya tanı için eksizyonel biyopsi önerildi

Alınan Doku : Lenf Nodu
Alınma Şekli : Eksizyon

KLİNİK BİLGİ	Sol aksilla kitle.
MAKROSKOPİ	4,5x2,5x1,5 cm ölçülerinde yağ bağ doku parçasıdır. Çevresi siyahla boyandı. 1,7 cm çapında 2 adet lenf nodu diseke edildi. Lenf nodlarının tamamı takibe alındı. 6K takibe alındı.
TANI	REAKTİF HİPERPLAZİ, 2 adet lenf nodu, sol aksilla, lenfadenektomi.

- Kaposi sarkomu akciğer tutulumu?
- Hasta, cilt ve organ tutulumu olması nedeniyle evre 4 kabul edildi
- Hasta onkoloji takiplerine gitmeyi ve onkolojik tedavi almayı kabul etmedi
- TDF+EMT/DTG tedavisininin 6. ayında tekrar kontrole geldi

Tablo 8.5. HHV-8'e bağlı hastalıkların tedavisi.

Hafif-orta düzeyde KS (lokalize cilt ve/veya lenf düęümü tutulumu)

ART başlanması veya optimizasyonu

İlerlemiş KS (organ tutuluşu ve/veya deride yaygın tutuluş)

- » Kemoterapi ve ART
- » Kemoterapide lipozomal doksorubisin ilk seçenektir.
- » KS tedavisinde ve KS ile ilişkili BYYS tedavisinde steroid kullanımından kaçınılmalıdır, steroidler ciddi alevlenmelere neden olabilir.
- » HHV-8'e yönelik antiviral ilaçlar önerilmez.

PEL

- » Kemoterapi ve ART
- » Oral valgansiklovir veya IV gansiklovir yardımcı tedavi olarak kullanılabilir.

MCD

- » Tüm hastalar ART ve aşağıdaki ilaçlardan birisini almalıdır.
 - IV gansiklovir (veya oral valgansiklovir) +/- yüksek doz zidovudin
 - Rituksimab +/- prednizon
 - KS ve MCD birlikte ise: rituksimab +/- lipozomal doksorubisin
 - IL-6 veya IL-6 reseptörünü hedef alan monoklonal antikorlar
 - Steroitler etkilidir; ancak mümkünse kullanılmamalı veya çok dikkatli kullanılmalıdır (özellikle birlikte KS de varsa)





6. Ay Toraks BT (Ekim 2022)

Önceki tetkikte supraklaviküler bölgede ve aksiller bölgede izlenen lenf nodları benzer değerlendirilmiştir.

Önceki tetkikin kontrastsız olması nedeniyle net değerlendirilememekle birlikte, mediastinal bölgelerde izlenen yumuşak doku dansitelerinde hafif regresyon izlendiği düşünülmüştür. Güncel tetkikte belirgin patolojik boyut ve natürde lenf nodu izlenmemektedir.

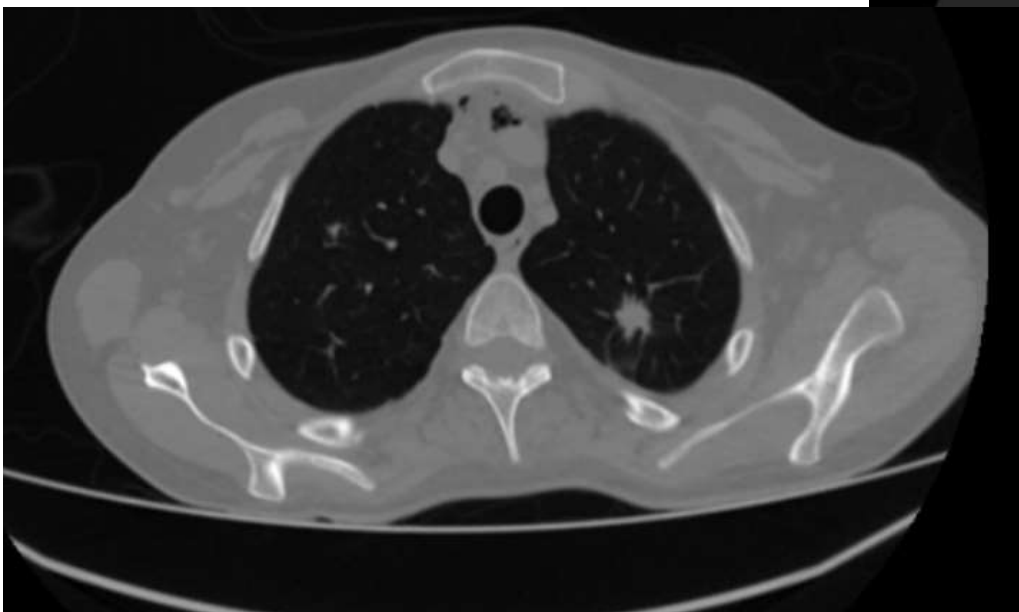
Önceki tetkikte bilateral akciğer üst loblarda ve alt loblarda konsolidasyon ve çevresinde spiküle konturlu buzlu cam alanı izlenen görünümler güncel tetkikte sebat etmekle birlikte boyutlarında belirgin azalma dikkati çekmiştir.

Büyüğü sol akciğer üst lob apikoposterior segmentte (IM 47) 8 mm (önceki tetkikte 17 mm) uzun aksta ölçülmüştür. Diğer parankimal bulgular ve parankimal nodül bulguları benzerdir.

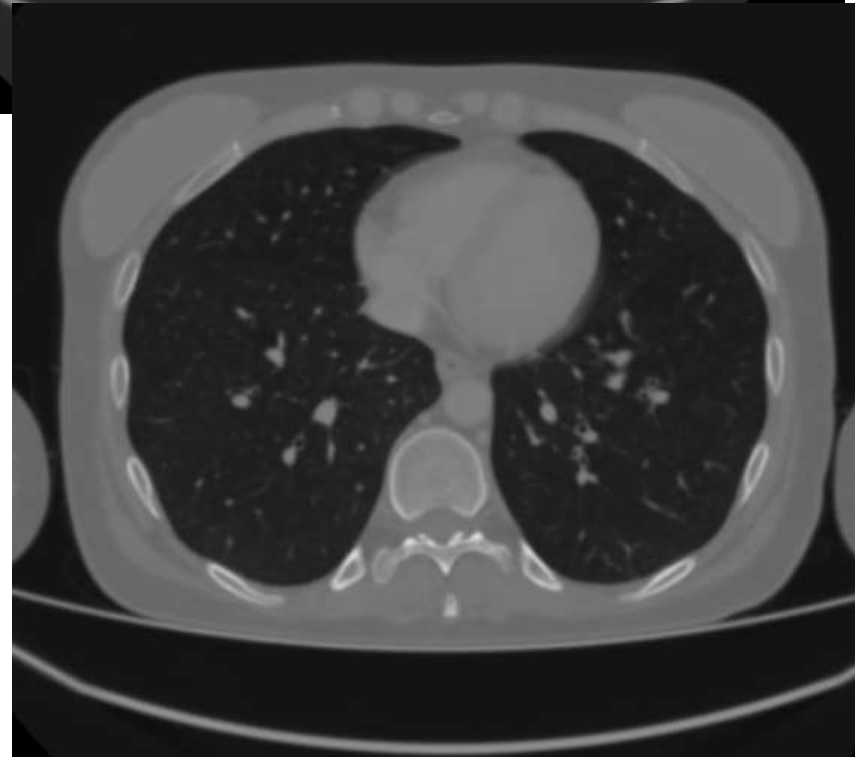
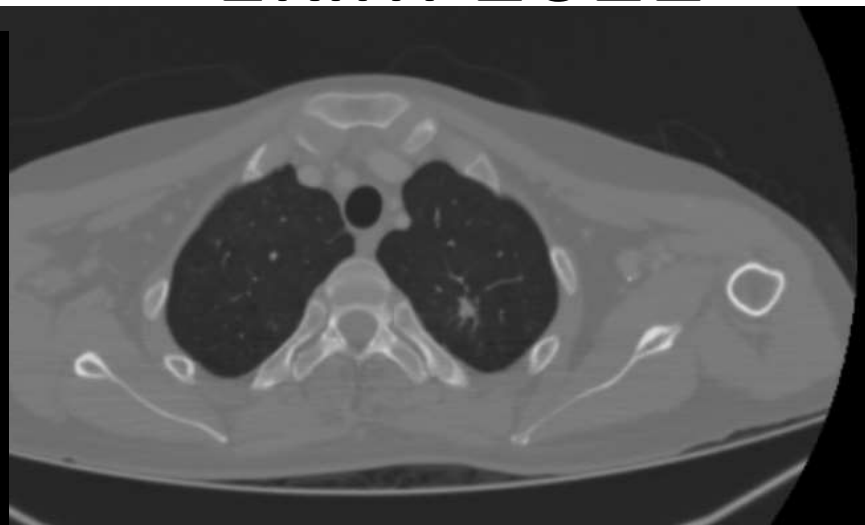
Önceki tetkikte sol pleural boşlukta izlenen pleural efüzyon tam regrese değerlendirildi.

Diğer bulgularda anlamlı farklılık , ek patoloji izlenmedi.

Nisan 2022



Ekim 2022



BATIN BT

- Bilateral parailiak lojlarda ve her iki inguinal bölgede büyüğü solda 18x8 mm eliptik şekilli birkaç adet lenf nodu mevcuttur
- Önceki BT ile karşılaştırıldığında anlamlı boyut farkı saptanmadı.

LABORATUAR SONUÇLARI	6. AYDA	12. AYDA
Beyaz küre(k/mcL)	6930	9700
Hemoglobin(g/dl)	12,3	14,4
Platelet(k/mcL)	250 bin	264 bin
CD4 sayısı	239	368
CD4 %	9,6	13,7
CD8 sayısı	1640	1642
HIV viral yük	saptanmadı	saptanmadı

En son TDF+EMT/DTG tedavisinin **18. ayında** takibe gelen hastanın

- Beyaz küre 7200
- Hb 12.3
- Plt 270 bin
- CD4 417
- CD 4 %15.6
- CD4/ CD8 0.14
- HIV-RNA Negatif
- Çekilen tüm vücut tomografilerinde patolojik bulgu yok

Hasta Őu an TDF+EMT/DTG tedavisinin 19.ayında
düzenli takibe devam etmekte





Teşekkür Ederim

Staging classification for AIDS-related KS

	Good risk (all of the following)	Poor risk (any of the following)
Tumor, T	T0: Confined to skin and/or lymph nodes and/or minimal oral disease (non-nodular KS confined to palate)	T1: Tumor-associated edema or ulceration Extensive oral KS Gastrointestinal KS KS in other non-nodal viscera
Immune system, I	I0: CD4 cell count >200/ μ L*	I1: CD4 cell count <200/ μ L
Systemic illness, S	S0: No history of OI or thrush No "B" symptoms Δ Karnofsky performance status >70	S1: History of OI and/or thrush "B" symptoms present Karnofsky performance status <70 Other HIV-related illness (eg, neurologic disease, lymphoma)

KS: Kaposi sarcoma; OI: opportunistic infection.

* A CD4 lymphocyte cut-off of 150 μ L may be more discriminatory. (Krown, SE, Testa, MA, Huang, J. AIDS-related Kaposi's sarcoma: prospective validation of the AIDS Clinical Trials Group staging classification. AIDS Clinical Trials Group Oncology Committee. J Clin Oncol 1997; 15:3085.)

Δ "B" symptoms are unexplained fever, night sweats, >10% involuntary weight loss, or diarrhea persisting more than two weeks.

Adapted from: Krown, SE, Metroka, C, Wernz, JC. Kaposi's sarcoma in the acquired immune deficiency syndrome: a proposal for uniform evaluation, response, and staging criteria. AIDS Clinical Trials Group Oncology Committee. J Clin Oncol 1989; 7:1201.
