

Erken tanılı HIV/AIDS Olgusunda Distal Duysal Polinöropati

Distal Sensorial Polyneuropathy in an Early Diagnosed HIV/AIDS Patient-A Case Report

Özlem Altuntaş Aydın, Hayat Kumbasar Karaosmanoğlu, Mehmet Fazıl Genç*, Ahmet Levent Aydın**, Özcan Nazlıcan

S.B. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

*S.B. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

**S.B. İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Nöroşirurji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Özet

HIV/AIDS hastalarında periferik nöropatinin en sık nedeni olan distal duysal polinöropati (DDP), bu gruptaki hastaların üçte birinde semptomatik, beşte birinde de asemptomatik seyretmektedir. DDP sıklıkla HIV/AIDS hastalığının ileri döneminde saptanmaktadır. Ancak nadiren CD4+ lenfosit sayısı yüksek ve asemptomatik olgularda da izlenmektedir. Bu yazıda el ve ayaklarında yanma, güçsüzlük, uyuşukluk şikayetleri ile başvuran ve DDP saptanan erken tanılı bir HIV/AIDS olgusu sunulmuştur. (*Haseki Tıp Bülteni* 2010; 48: 116-7)

Anahtar Kelimeler: HIV/AIDS, erken tanı, distal duysal polinöropati

Abstract

Distal sensorial polyneuropathy (DSP) is the most frequent etiology of peripheral neuropathy in HIV/AIDS patients. It is symptomatic in one third and asymptomatic in one fifth of these patients. DSP is usually detected in the late period of the disease but rarely, it may be seen in asymptomatic cases with high CD4+ lymphocyte count. In this report, we present a HIV/AIDS case diagnosed in the early period of the disease with complaints of weakness, dysesthesia and numbness in the hands and feet. (*The Medical Bulletin of Haseki* 2010; 48: 116-7)

Key Words: HIV/AIDS, early diagnosis, distal sensorial polyneuropathy

Giriş

Human Immunodeficiency Virus (HIV) enfeksiyonunun serokonversiyon döneminden ileri AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) aşamasına kadar farklı evrelerinde birçok periferik nöropati tablosu ile karşılaşılır. Bu tablolardan distal duysal polinöropati (DDP) semptomatik HIV enfeksiyonlu hastaların 1/3'ünde izlenmektedir (1). DDP, genellikle ileri derece immunsupresyonu olup CD4+ lenfosit seviyesi 100/mm³'ün altında olan HIV/AIDS hastalarında saptanmaktadır. Ancak, nadiren CD4+ lenfosit sayısı yüksek olan ve asemptomatik olgularda da izlenmektedir (2,3). Bu yazıda el ve ayaklarında yanma, güçsüzlük, uyuşukluk şikayetleri ile başvuran ve DDP saptanan erken tanılı bir HIV/AIDS olgusu sunulmuştur.

Olgu

Dubai'de inşaat işinde çalışan 50 yaşındaki erkek hasta halsizlik, iştahsızlık, el ve ayaklarında yanma, güçsüzlük,

uyuşukluk şikayetleri nedeniyle İstanbul'da bir kliniğe başvurmuş ve yapılan tetkiklerde anti-HIV pozitifliği saptanıp doğrulandıktan sonra polikliniğimize yönlendirilmiştir.

Hastanemize ilk başvurusunda yapılan fizik muayenesinde patoloji saptanmayan hastadan CD4+ lenfosit sayısı, HIV-RNA miktarı, rutin tarama testleri, vitamin B₁₂, folik asit, HbA_{1c} düzeyleri yanında polinöropati ön tanısıyla elektromiyografi (EMG) tetkiki istendi.

Hemogram, rutin kan biyokimyasal değerleri, vitamin B₁₂, folik asit ve HbA_{1c} düzeyleri normal sınırlardaydı. CD4+ lenfosit sayısının 421/mm³ olması nedeniyle antiretroviral tedavi başlanmadı. EMG incelemesinde alt ve üst ekstremitelerde duysal ve motor liflerin etkilendiği aksonal/demiyelizan polinöropati saptandı. Bu bulgularla nöroloji konsültasyonu yapılan hastaya DDP tanısı ile pregabalin ilk hafta 150 mg/gün, ikinci haftadan itibaren 300 mg/gün tedavisi verildi. Tedavinin birinci haftasında şikayetleri gerileyen hastanın birinci aydan itibaren nöropatik ağrı şikayeti tamamiyle düzeldi. İlk başvurusundan üç ay sonra tekrarlanan CD4+ lenfosit sayısının 338/mm³ olması

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Özlem Altuntaş Aydın
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve
Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye
Tel: +90 212 529 44 00 Faks: +90 212 589 62 61 E-posta: ozlemaa@hotmail.com
Geliş Tarihi/Received: 24 Mayıs 2010 **Kabul Tarihi/Accepted:** 09 Haziran 2010

Haseki Tıp Bülteni,
Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır. Her hakkı saklıdır.
The Medical Bulletin of Haseki Training and Research Hospital,
published by Galenos Publishing. All rights reserved.

üzerine tenofovir+emtrisitabin ve ritonavir/lopinavir içeren antiretroviral tedavi başlandı. Hastamız kontrol muayenelerinde klinik olarak ağrı yakınması kalmadığı için pregabalin tedavisini dört ay sonra bıraktığını belirtti ve pregabalin tedavisi yeniden başlanmadı. Antiretroviral tedavinin altıncı ayında CD4+ lenfosit sayısının 439/mm³'e yükseldiği, HIV RNA değerinin negatif olduğu görüldü. Bir yıl sonra tekrarlanan EMG'sinde ilk EMG ile kıyaslandığında motor ileti çalışmalarında belirgin düzelme izlendi. Duysal aksonal nöropatisinin devam ettiği tespit edildi.

Tartışma

Nöropatik ağrı, periferik ağrı reseptörlerinin uyarımı olmaksızın, doğrudan doğruya çevresel veya santral sinir sisteminin fonksiyon bozukluğuna bağlı olarak gelişen ağrıdır (4). Burada esas sorun, algının anormal olarak işlenmesine bağlıdır. HIV enfeksiyonu hem periferik hem de santral nöropatik ağrı nedenleri arasındadır ve nörotropik virüsün periferik direkt toksik etkisinin veya sitokin aracılı toksik mekanizmanın rol oynadığı düşünülmektedir (5-7). Patolojik incelemelerde distal bölgelerdeki uzun aksonların dejenerasyonu, miyelinsiz liflerin kaybı ve dorsal kök ganglionları ile periferik sinirlerde makrofaj infiltrasyonu izlenir (3).

HIV seronegatif popülasyonda benzer tipte polinöropatinin sık olarak görülmesi nedeniyle vitamin B₁₂ eksikliği, alkolizm, diyabet, nörotoksik ilaç kullanımı gibi diğer etiyolojik nedenler dışlanmalıdır (1). DDP, HIV enfeksiyonuna sekonder gelişebildiği gibi bazı antiretroviral tedavilerin (didanozin, zalsitabin, stavudin) kullanımı sırasında da izlenebilir. Bu nedenle hastaların ilaç kullanımı da sorgulanmalıdır (2,3,7,8).

Periferik nöropatilerde ağrı ekstermitelerin distal kısımlarında daha baskındır, özellikle ayaklar ellerden daha fazla etkilendir (5). HIV/AIDS hastalarında periferik nöropatinin en sık nedeni DDP'dir. DDP, HIV/AIDS hastalarının üçte birinde semptomatik, beşte birinde de asemptomatik seyretmektedir (1,8). Genellikle ileri derecede immunsupresyon gelişmiş ve viral yükü yüksek olan HIV enfekte hastalarda ortaya çıkmaktadır. Ancak nadir de olsa yeterli CD4+ lenfosit sayısı olan olgularda da gelişebilmektedir (1). Hastamızda da antiretroviral tedavi gerektirmeyecek düzeyde CD4+ lenfosit sayısı bulunmasına rağmen distal duysal polinöropati saptanmıştır.

Nöropatik ağrı, keskin, vurucu, elektrik çarpması şeklinde, sürekli, yanıcı, künt veya zonklayıcı şekilde olabileceği gibi, karıncalanma ve uyuşma gibi rahatsız edici duyum olarak da ortaya çıkabilir. Hastalar nadiren ellerinde, sıklıkla ayaklarda özellikle çorap giyerken ve gece yatak çarşaflarına temas ile artan yanıcı ağrıdan şikayet etmektedirler. Ağrı hafiften şiddetli dereceye dek değişebileceği gibi aynı kişide gün içinde de büyük değişkenlik gösterebilir (2,5). Hastamız da ayaklarında daha belirgin olmak üzere gün içerisinde değişkenlik gösteren şiddetli yanıcı tarzda ağrıdan yakınmaktaydı.

İyi tedavi edilmeyen nöropatik ağrı hem duygudurum hem de uyku bozukluklarına yol açarak hastaların iş ve

sosyal hayatlarında engellere neden olmakta ve hayat kalitesini düşürmektedir. Bu nedenle tedavi gerekliliği altta yatan hastalığın önüne geçebilmektedir. HIV enfeksiyonunda viral replikasyonun yüksek etkili antiretroviral tedavi ile supresyonu DDP'nin klinik ilerlemesini engelleyememektedir. Bu nedenle DDP'de nöropatik ağrının tedavisi semptomatiktir (1). Ancak basit analjeziklerin etkisi genellikle çok kısıtlı olup ek tedavilerin (gabapetin, pregabalin, karbamazepin, fentanil, lamotrijin, topiramet, levodopa, tramadol, antidepresanlar) kullanımına ihtiyaç vardır. Hastamızın tedavisinde nöropatik ağrı üzerine etkisi ve antinosiseptif aktivitesi yanında anksiyolitik özelliği de olması nedeniyle pregabalin tercih edilmiştir. Pregabalin δ-aminobütirik asidin yapısal bir analogudur (9). İlk hafta 2x75 mg, daha sonra 2x150 mg pregabalin tedavisi ile dördüncü haftada şikayetleri kaybolan hastamızın aylık takiplerinde pregabalin 300 mg/gün olarak devam edilmiştir. Nöropatik ağrının tedavisi, neden olan hastalık sürdükçe devam edilmesi gereken bir tedavi değildir. Ancak tedavinin üç aydan kısa olmaması, bazen de yıllarca sürebileceği bilinmelidir (5). Hastamız klinik olarak ağrı yakınması kalmadığı için pregabalin tedavisini dört ay sonra bıraktığını belirtmiş ve pregabalin tedavisi yeniden başlanmamıştır.

Sonuç olarak; DDP'nin sebep olduğu şikayetler çoğu zaman primer hastalığın önüne geçmekte, hastaların yaşam kalitesini belirgin ölçüde azaltmaktadır. DDP nedeni araştırılırken asemptomatik HIV/AIDS hastalarında nadir de olsa gelişebileceği düşünülmeli, etyolojiye yönelik tetkiklerin arasında anti-HIV testi yer almalıdır.

Kaynaklar

1. Koralnik IJ. Neurologic Diseases Caused by Human Immunodeficiency Virus Type 1 and Opportunistic Infections. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2010. p. 1745-64.
2. Aidsmap.com [homepage on the Internet]. London: Neuropathy.National AIDS Manual. Available from: sURL: <http://www.aidsmap.com/cms1032615.asp>. Accessed; 2009.
3. Clifford DB, Mitike MT. Primary Neurological Manifestation of HIV/AIDS. In: Volberding PA, Sande MA, Lange J, Greene WC, editors. Global HIV/AIDS Medicine. 1st ed. Saunders Elsevier, Philadelphia; 2008. p. 261-69.
4. Ziegler D. Treatment of Neuropathic Pain. In: Gries FA, Cameron NE, Low PA, Ziegler D, editors. Textbook of Diabetic Neuropathy. Georg Thieme Verlag, New York; 2003. p. 211-24.
5. Bebek N, Ertaş M. Nöropatik ağrı. Ağrı 2007;19:5-10. [Abstract] / [Full Text]
6. Berker E. Nöropatik Ağrı ve Fizyopatolojik Mekanizmalar. Türk Fizik Tıp Rehab Derg 2005;51(Özel Ek A): A1-A5. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
7. Spudich SS, Price RW. Neurological Disease. In: Dolin R, Masur H, Saag MS, editors. AIDS Therapy. 3rd ed. Elsevier, Philadelphia; 2008. p. 1075-101.
8. Marcus DA. Neuropathic Pain. In: Marcus DA, editor. Chronic Pain: A Primary Care Guide to Practical Management. Humana Press Inc, New Jersey; 2005. p. 111-28.
9. Ceyhan M, Tan E. Yeni Bir Antikonvülsan Pregabalin: Preklinik Veriler. Türk Nörol Derg 2008;14:161-71. [Abstract] / [Full Text]