

**ERCIYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİNDE TANI KONMUŞ İLK AIDS  
VAKASININ KISMİ OTOPSİ BULGULARI**  
**The partial autopsy findings of the first AIDS case diagnosed in Erciyes University  
Medical Faculty**

Olcaı Kandemir<sup>1</sup>, Bilgehan Aygen<sup>2</sup>, H Ali Kahya<sup>3</sup>, Yüksel Okumuş<sup>3</sup>

**Özet:** Son yıllarda HIV enfeksiyonunun artışı ve kaçınılmaz seyri bütün dünyanın dikkatini AIDS konusuna çekti, bu da bilgi artışını sağladı. Batı ülkelerinden gelen enfekte kişilerle temas yoluyla veya kan ürünleriyle geçiş nedeniyle AIDS, yakın bir gelecekte Türkiye'de de önemli bir problem olabilir. Bu makalede 32 yaşında AIDS'li bir hastanın kısmi otopsi bulgularını sunuyoruz. Bu vaka Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesinde tanı verilmiş ilk AIDS hastasıdır.

**Anahtar Kelimeler:** AIDS, Pnömosistis karini, Otopsi

**Summary:** The increase in HIV infection in recent years and its inevitable progression have made whole world pay attention to AIDS. This has accumulated knowledge in this field. AIDS, in near future, may be a major problem in Turkey because of contact with infected individuals from Western countries or transmission through blood products. In this article we present the partial autopsy findings of a 32-year-old man with AIDS. This has been the first case of AIDS diagnosed at Erciyes University Medical Faculty.

**Key Words:** AIDS, Pnemocystis carinii, Autopsy

Dünyada 1970'li yılların sonundan itibaren hızla yayılan AIDS, 1985 yılından itibaren Türkiye'de de görülmeye başlanmıştır. Dünyada ve Türkiye'de giderek artan HIV pozitif kişi sayısının kayıtlardakilerden çok daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (1). HIV enfeksiyonları dünyada özellikle Batı ülkelerinde vaka takdimi açısından sıradan sayılsa da Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesinde tanı verilmiş olan ilk AIDS vakasının otopsisinin yapılması ve bulgularının yayınlanmasının ilgi çekici ve yararlı olacağına inanıyoruz.

### VAKA TAKDİMİ

Otuziki yaşında erkek hasta, 15 gün önce başlayan nefes darlığı, kuru öksürük, ateş, iştahsızlık, halsizlik ve bir aydır ağızda tekrarlayan yaralar nedeniyle başvurdu ve E.Ü.

*Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi 38039 KAYSERİ  
Patoloji. Y.Doç.Dr.<sup>1</sup>, Uzm.Dr.<sup>3</sup>. Enfeksiyon Hastalıkları.  
Y.Doç.Dr.<sup>2</sup>.*

Geliş tarihi: 26 Ekim 1994

Tıp Fak. Enfeksiyon Hastalıkları servisine yatırıldı. Son 10 yıldır yurt dışında yaşadığı ve uyuşturucu ilaç kullandığı öğrenildi. Eşi serebral tümör nedeniyle Ankara'da ameliyat edilmiş ve çocuğu da tedaviye cevap vermeyen immün yetmezliğe bağlı akciğer enfeksiyonu tanısı ile üniversitemizde takip edilmiş olup her ikisi de kaybedilmişti.

Muayenesinde ateş 38.6°C, nabız 136/dk, kan basıncı 110/70 mmHg, solunum 34/dk bulundu. Her iki akciğerde orta ve alt zonlarda kreptan raller duyuldu.

Laboratuvar incelemeleri; Hb:13.8g/dl, BK:5600/mm<sup>3</sup>, periferik yaymada %68 nötrofil, %28 lenfosit, %2 çomak, %2 eozinofil, trombositler yeterli, kümeli ve eritrositler normokrom normositer, sedimantasyon 53 mm/saat, CRP pozitif. Anti-HIV mikro-ELISA ve Western Blot teknikleri ile pozitif bulundu. Akciğer grafisinde bilateral yaygın, homojen olmayan infiltrasyon gözlemlendi.

AIDS ve Pnömosistis karini pnömonisi düşünülerek hastaya trimetoprim/sulfametoksazol başlandı. Hasta medikal tedaviye rağmen 8 gün sonra solunum yetmezliği nedeniyle öldü. Patoloji Anabilim Dalında otopsi yapıldı.

Otopside göğüs ve karın boşlukları usulüne uygun olarak açıldı. Akciğerler konsolide görünümdeydi. Karaciğer büyük, sert, sağda alt kostayı 25 cm geçmiş ve orta hattı aşmıştı. Makroskopik olarak başka patolojik bir bulgu izlenmedi.

Mikroskopik olarak akciğerde bal peteği görünümü ve diffüz infiltrasyon dikkati çekti (Resim 1). Alveol lümenleri fibrinle karışık nekrotik bir materyal ile doluydu. Kümeler halinde bazıları hemosiderinle yüklü histiositler mevcuttu. İnteralveolar septumlar kalınlaşmıştı ve mononükleer iltihap hücreleri ile infiltreydi. Hem doku kesitlerinde hem de akciğerden yapılan imprint sitolojisinde giemsa ile pozitif boyanan 5-6 mm çapında Pnömosistis karini kistleri izlendi.

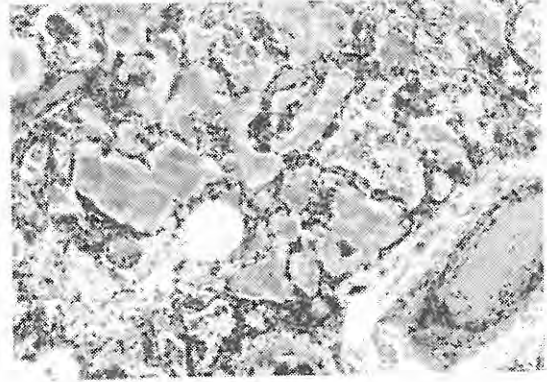
Deride hiperkeratoz gösteren atrofik bir epidermis altında dermisde artmış ve kabalaşmış hiposellüller kollajen lifleri, deri ekleri etrafında fibrozis görüldü. İltihabi infiltrasyon yoktu.

Karaciğerde konjesyon, kolestaz, bazı santral venler çevresinde fibrozis meydana gelmişti. Portal mesafeler mononükleer iltihap hücreleri tarafından infiltre edilmiş, konjesyona bağlı olarak sinüzoidler genişlemişti (Resim 2).

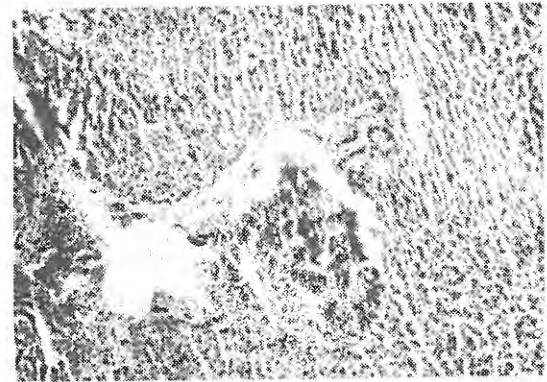
Böbrekte glomerüllerde kapiller dolgunluk ve interstisyumda yaygın konjesyon mevcuttu. Bazı glomerüller hiyalinize olmuştu.

Duodenuma ait kesitlerde bütün mukozada lamina propriayı dolduran yoğun bir iltihabi infiltrasyon göze çarpıyordu. Mukoza villusları geniş sahalarda düzleşmiş, yüzey alanı azalmış ve lamina propria hacmi artmıştı. Çoğunluğu lenfositlerden oluşan ve histiyositlerin de katıldığı mononükleer hücre infiltrasyonu mukoza ve submukozada izlendi. Bez epitellerinde iltihaba sekonder rejenerasyon aktivitesi, kolonik metaplazi ve odaklar halinde mide yüzey epitel metaplazisi görüldü. Enterositlerin nükleusları normalden daha

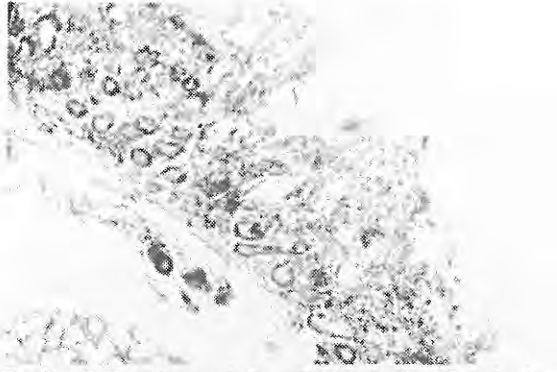
büyük ve kromatin yoğunluğu artmıştı (Resim 3). Submandibular, hiler ve paraaortik çok sayıda lenf bezi çıkarıldı. Lenf bezlerinde lenfoid follikül hiperplazisi ve yer yer lenfositik korona kaybı gözlemlendi (Resim 4). Kalp kası kesitlerinde hipertrofik lifler izlendi (Resim 5).



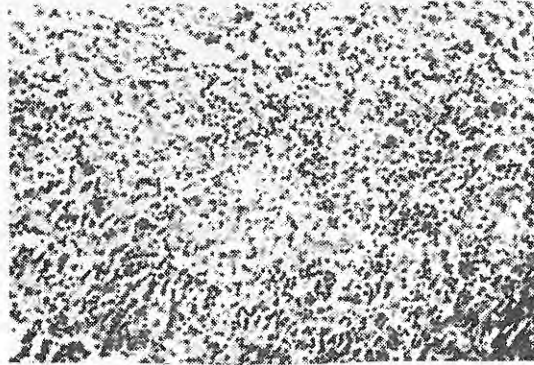
Resim 1. Akciğer kesitlerinde pnömosistis karini pnömonisi: Alveol boşluklarını dolduran nekrotik materyal ve bal peteği görünümü izleniyor (Küçültülmüş X100, H-E).



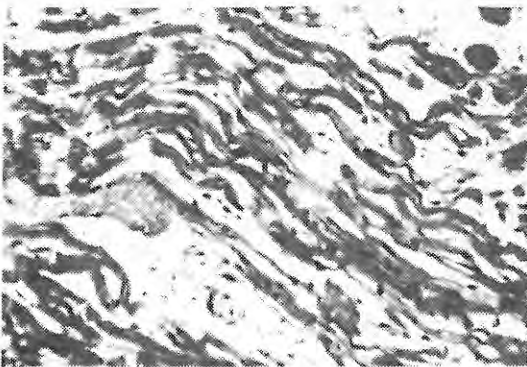
Resim 2. Karaciğerde portal infiltrasyon ve genişlemiş sinüzoidler (Küçültülmüş X100, H-E).



**Resim 3.** Duodenumda kronik duodenite ait bulgular: Lamina propriada iltihabi mononükleer hücreler ve bezlerde aktivite görülüyor (Küçültülmüş X100, H-E).



**Resim 4.** Lenf bezi kesitlerinde lenfoid follikül hiperplazisi izlenmektedir (Küçültülmüş X100, H-E).



**Resim 5.** Kalp kasında hipertrofik lifler (Küçültülmüş X200, H-E).

## TARTIŞMA

Dünyanın her yerinde HIV enfeksiyonunun geçişi hemen hemen aynıdır ve üç şekilde meydana gelir: Birinci şekil: Batı ülkelerinde görülen en çok homoseksüel ve biseksüel erkeklerin etkili olduğu, ilaç alışkanlığı olanlar ve hemofili hastalarında en çok görülen geçiş, ikinci şekil: Afrika ve Karaiblerdeki en önemli problem olan heteroseksüel ve perinatal geçiş, üçüncü şekil: Kuzey Afrika, Orta Doğu ve Asyada görülen birinci ve ikinci geçişin olduğu ülkelerden gelen infekte kişilerle temas yoluyla geçiş (2). Üçüncü şekilde AIDS geçişi bizim ülkemizde de bazı vakaların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu makalede Almanya'da işçi olarak çalışmış, birinci geçiş ile hastalığı almış, dönmüş, ilaç alışkanlığı olan ve kendisi de muhtemelen üçüncü geçişe neden olmuş bir vaka sunulmaktadır.

HIV enfeksiyonuna bağlı olarak klinikte genellikle kilo kaybı, lenfadenopati, immün kompleks hastalığı, kronik ensefalopati ve myelopati ile seyreden AIDS hastalarında fırsatçı yaygın enfeksiyonlar ve tümörler sık görülen komplikasyonlardır (2-5).

Bizim hastamızda da olduğu gibi kaşeksi derecesinde ve kanser hastalarındakinden de fazla kilo kaybı AIDS vakalarında dikkati çeker, hatta Afrika'da "slim disease" (zayıf hastalığı) deyiimi kullanılır (2). Hastaların %50-90'ında gastrointestinal semptomlar görülür. HIV'e bağlı enteropati, enfeksiyonlar, önlenemeyen diyare ve malabsorbsiyon ortaya çıkar. Özefajit, gastrit, jejunit, kolit ve proktit olabilir (2,6). Fırsatçı mikroorganizmalar görülebilir(7,8). Lamina propriadaki lenfosit ve makrofajlar içinde HIV immunohistokimyasal olarak veya elektron mikroskopta gösterilebilir(2,6). Bizim vakamızda da gastrit, şiddetli duodenit ve kolit görüldü. Işık mikroskopunda herhangi bir mikroorganizma veya virusa bağlı inklüzyon cisimciği tesbit edilmedi.

AIDS hastalarının %80'inde fırsatçı enfeksiyon olarak Pnömosistis karini pnömonisi görülür (2,4,9,10). Diğer organları da tutan yaygın Pnömosistis karini enfeksiyonu bildirilmiştir (8-

11). Bizim vakamızda da şiddetli bir Pnömosistis karini pnömonisi tesbit edildi. AIDS'de karaciğerde fırsatçı viral hepatitler görülebilir. Bundan başka peliosis, sinüzoid dilatasyonu, portal mesafede iltihabi infiltrasyon, yağlanma tarif edilmiştir(10,12,13). Bizim vakamızda da portal iltihabi infiltrasyon, sinüzoidlerde genişleme ve hem dalak hem de karaciğerde konjesyon izlendi. AIDS'li hastalarda karaciğer ve diğer organlarda görülen konjesyonun nedeni tam olarak açıklanmamış olmakla birlikte bazı teoriler ileri sürülmüştür. Son yıllarda yapılan araştırmalar sonunda karaciğer iğne biyopsisi yapılan AIDS'li hastalarda kanama nedeniyle artan mortalite riskinin temel nedeninin kanama zamanı uzaması veya koagülasyon defekti olmadığı anlaşılmıştır. Hepatik elastik doku defekti veya sinüzoidal endotel hücre hasarının karaciğerde konjesyon, peliosis ve kanama eğiliminin artmasına neden olduğu ileri sürülmüştür(14).

AIDS vakalarında lenf bezlerinde lenfoid follikül hiperplazisi, lenfositik korona kaybı veya diffüz bir görünüm, hatta B hücreli ya da Burkitt tipi lenfoma tarif edilmektedir(3,4,15). Bizim vakamızda lenfoid follikül hiperplazisi izlendi.

Aile hikayesine baktığımız zaman 2 yıl önce hastamızın yedi aylık çocuğu hastanemizde tedavi edilemeyen akciğer enfeksiyonu ve immun yetmezlik tanısı almış, başka bir merkeze sevk edilmiş. Lenf bezi biyopsisinde diffüz görünüm, lenfositik korona kaybı dikkati çekti. Hastamızın eşi de büyük bir merkezde beyin tümörü ile takip edilmiş; herikisinde de AIDS araştırılmamış ve kaybedilmişlerdir. Birçok defa enfeksiyon tedavisi görmüş olan vakamız, gıda maddeleri satan bir iş yerinde çalışırken rahatsızlıklarının geçmemesi üzerine hastanemize yatırıldı ve araştırılırken AIDS düşünülerek serolojik olarak da doğrulandı.

Bu vaka üniversitemizde ilk tanı verilen AIDS vakası olsa da, eşi ve çocuğu gibi tanı verilmemiş

birçok vakanın daha olduğuna inanıyoruz. Dünya Sağlık Teşkilatı 1993 yılında dünyada HIV ile enfekte 14 milyon kişi olduğunu tahmin etmiştir. Türkiye'de 1985'de 2 AIDS vakası ve seropozitif vakalarla birlikte toplam 5 vaka bildirildiği halde, 1993 Temmuz sonu itibarıyla 110 AIDS, toplam 297 vaka bildirilmiştir(16). Aralık 1993'de Türkiye'de bildirilen AIDS'li vaka sayısı 120'dir(1).

Ülkemizde artan sıklığı nedeniyle sağlık personeli HIV enfeksiyonu açısından risk altındadır. Özellikle kan ve kan ürünleri, insan dokuları ile çalışan laborant, diş hekimi, doktor ve hemşireler için bu risk daha da fazladır. Bu nedenle sağlık personeli kan, doku ve vücut sıvılarıyla çalışırken steril olmayan, dayanıklı, kalın bir eldiven giymelidir. Vücut sıvısı, kan veya doku gibi hasta ürünleri ile temas halinde ya da iğne batması, kesici alet yaralanması durumunda delinen alan kanatılmalı ve hemen sabunla yıkanmalıdır. Serolojik inceleme sonucu negatif bulunsa bile 6 hafta, 3 ay ve 6 aylık aralıkla izlenmesi gerekir (17). Otopsi yapan sağlık personeli de risk grubundadır. Otopsi sırasında ellerin bistüri ile kesilmesi veya konjunktivalara sıçraması durumunda bulaşma olabilir. Otopsi salonlarında belli tedbirler alınmalı ve havalandırma gibi bazı özellikler bulunmalıdır. Otopsi sırasında lastik çizme, naylon önlük, kalın eldiven, başlık ve gözlük giyilmelidir(18). Ayrıca hastane atıkları ile çevrenin kontamine olması önlenmeli, en önemlisi de sağlık personeli bu konuda eğitilmelidir.

Klinik, patolojik ve laboratuvar bulgularının öğretici olmasının yanı sıra bu vakanın bize verdiği en önemli mesaj, tedaviye cevap vermeyen ve düzelmeyen enfeksiyonlarda, dikkati çeken kaşeksilerde, sebebi bulunamayan ateş ve klinikte tanı, konamayan her vakada mutlaka AIDS araştırılmalıdır; bütün girişimlerde, laboratuvar incelemeleri ve otopsi sırasında HIV bulaşmaması için gerekli tedbirler alınmalıdır.

#### KAYNAKLAR

1. Bozkaya E. Türkiye'de AIDS. AIDS Savaşım Günleri-94, Second European Meeting on Migratory Prostitution. 29 Mart-1 Nisan 1994, İstanbul ss 60-61.
2. Millard PR, Esiri MM. The pathology of AIDS: an update. In: Anthony PP, MacSween RNM (eds), *Recent Advances in Histopathology*. Churchill Livingstone, London 1992, pp 67-92.
3. Carbone A, Tirelli U, Vaccher E, et al. A clinicopathologic study of lymphoid neoplasia associated with human immunodeficiency virus infection in Italy. *Cancer* 1991; 68:842-852.
4. Costa J, Rabson AS. Viral disease. In: Kissane JM (ed), *Anderson's Pathology*. The CV Mosby Company, St. Louis 1990, pp 375-376.
5. Dal Canto MC. AIDS and nervous system: Current status and future perspectives. *Hum Path* 1989; 20: 410-417.
6. Heise C, Dandekar S, Kumar P, Dublantier R, Donovan RM, Halsted CH. Human immunodeficiency virus infection of enterocytes and mononuclear cells in human jejunum mucosa. *Gastroenterol* 1991; 100:1521-1527.
7. Peacock CS, Blanshard C, Tovey DG, Ellis DS, Gazzard BG. Histologic diagnosis of intestinal microsporidiosis in patients with AIDS. *J Clin Pathol* 1991; 44:558-563.
8. Witt K, Nielsen TN, Junge J. Dissemination of *Pneumocystis Dis carinii* in patients with AIDS. *Scand Infect dis* 1991; 23:691-695.
9. Amin MB, Abrash MP, Mezger E, Sekerak GF. Systemic dissemination of *pneumocystis carinii* in a patient with acquired immunodeficiency syndrome. *Henry Ford Hospital Med J* 1990, (Abstract), 38:68-71.
10. Cappel MS. Hepatobiliary manifestations of the acquired immune deficiency syndrome. *Am J Gastroenterol* 1991; 86:1-15.
11. Sachs JR, Greenfield SM, Sohn M, Turner JL. Disseminated *Pneumocystis carinii* infection with hepatic involvement in a patient with the acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Gastroenterol* 1991; 86:82-85.
12. Astagneau P, Michon C, Marche C, et al. Hepatic involvement in AIDS. A retrospective clinical study in 71 patients. *Ann Med Interne* 1990;141:459-463.
13. Kramer L, Kramer A, Weigel R, et al. Hepatic involvement in patients with human deficiency virus infection: Discrepancies between AIDS patients and those with earlier stages of infection. *J Infect Dis* 1991;163: 866-869.
14. Gordon SC, McFadden RF, Reddy KR, Schiff ER. Major hemorrhage after percutaneous liver biopsy in patients with AIDS. *Correspondance* 1991, June 1787.
15. Wood GS, Burns BF, Dorfman RF, Warnke RA. Fatal post-transfusion acquired immunodeficiency in a heterosexual man: quantitative lymph node immunopathology. *Hum Path* 1988; 19:236-238.
16. Türkiye'de ilk AIDS vakaları ve HIV enfeksiyonlarının yıllara göre dağılımı. *AIDS Savaşım Bülteni* 1993, 7:17.
17. Görak G. Sağlık personelinde HIV enfeksiyon riski ve enfeksiyon kontrolü. 1. Türkiye AIDS Kongresi, 12-15 Ocak 1993. Omes ofset AŞ, İstanbul 1993, ss 13-14.
18. Aksoy ME, İnanıcı MA. AIDS ve enfeksiyon hastalıklarının otopsi sırasında bulaşma riski ve önleme yolları. *AIDS Savaşım Günleri-94. Second European Meeting on Migratory Prostitution*. 29 Mart-1 Nisan 1994, İstanbul ss 61-62.