

Kritik Hastada HIV Enfeksiyonu

41

Mekeleya Yimen, MD
Çeviri: Doç. Dr. Belgin Akan

ÖNEMLİ NOKTALAR

- 1 Edinsel immün yetmezlik sendromu (AIDS), seksüel yolla geçen bir retrovirüs olan insan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile oluşur ve T-Helper (CD4) hücrelerinin tüketilmesi ve ciddi immün yetmezlikle karakterizedir. Klinik olarak AIDS, CD4 hücrelerinin 200 hücre/mm³'den az olacak şekilde baskılanması veya fırsatçı enfeksiyonlarla nitelenen AIDS gelişmesi olarak tanımlanır.
- 2 Etkili antiretroviral tedavi ve kemoproflaksi, HIV enfeksiyonunun latent fazını uzatarak asemptomatik hastalık dönemini birkaç dekad uzatır.
- 3 Pulmoner komplikasyonlar, HIV ile enfekte hastalarda morbidite ve mortalitenin önde gelen nedeni olmaya devam etmektedir. Streptococcus pneumoniae, staphylococcus aureus ve tuberculosisin neden olduğu bakteriyel pnömoni solunumsal rahatsızlıkların yaygın nedenleridir..
- 4 Pneumocystis jiroveci pnömonisi (PCP) kaynaklı solunum yetmezliğinin prevelansı, antiretroviral tedavinin ve trimethoprim-sulfamethoxazole ile profilaksinin aktif olarak kullanılması ile geçmiş iki dekada belirgin olarak azalmıştır.
- 5 Yardımcı kortikosteroid tedavisi, oda havasında PaO₂ değerinin 70 mmHg'dan az olması ya da alveoler-arteriyel oksijen gradientinin 35mmHg'dan fazla olması ile tanınan ciddi PCP pnömonilerinde akciğer hasarını önlemek için önerilir.
- 6 HIV ile enfekte hastalarda cytomegalovirus ve cryptosporidium gibi patojenler yanında eski nucleoside reverse transcriptase ajanlar, pentamidine, sulfa ilaçlar ve isoniazide bağlı pankreatit insidansı yüksektir.
- 7 HIV'li hastalarda Hepatit B ve C virusleri ile koenfeksiyonlar sıktır ve kronik enfeksiyona, yüksek dereceli viremiye ve erken dönemde son dönem karaciğer hastalığı gelişmesine yol açabilir.
- 8 HIV ve AIDS'li hastalardaki nörolojik komplikasyonlar, nörokognitif bozukluklardan (örneğin demans) mental durum değişiklikleri ve nöbetlerle yaşamı tehdit eden fırsatçı enfeksiyonlara kadar değişebilir.
- 9 HIV ile enfekte hastalarda metabolik ve kardiyovasküler bozukluklar sıktır ve yüksek aktif antiretroviral tedavi sonrasındaki morbidite ve mortalitenin en sık nedenlerindendir..
- 10 Kritik hastalarda HIV ilaçlarının kesilmesi genellikle daha güvenlidir. Bununla birlikte, antiretroviral ajanlara devam edilmesi veya başlanması gerekiyorsa enfeksiyon hastalıkları uzmanına danışılması önerilir.

—Devam sonraki sayfa

tamında karşılaşılan ortak endişe, kritik hastalarda HIV tedavisine devam edilmesi konusudur. Kritik bakım uygulayıcılar, antiretroviral ajanlarla ilişkili sayısız ilaç etkileşiminin varlığının farkında olmalıdır. Ayrıca, kritik hastalarda GI yoldan düzensiz ilaç emilimi olması, böbrek ve karaciğer fonksiyon bozukluğu varlığında doz ayarlama gerekliliği ve İmmün Rekonstitüsyon İnflamatuvar Sendrom (IRIS) riski göz önünde bulunmalıdır. Kritik hastada HIV ilaçlarını bırakmak genellikle daha güvenlidir, ancak nadir durumlarda da antiretroviral ajanların devam ettirilmesi veya başlatılması gerekir, bu durumlarda bir enfeksiyon hastalıkları uzmanı ile konsültasyon yapılmalıdır.

IRIS genellikle immün düzelme ile ilişkili nadir atipik inflamatuvar bir bozukluktur. Hastalarda, paradoksik olarak kötüleşme veya fırsatçı enfeksiyon gelişimi veya yeni bir otoimmün süreç görülebilir. Patogenezin; CD4 hücre sayımlarındaki düzelme ile, hücrel ve humoral bağışıklıktaki iyileşme ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Sıklıkla hiç tedavi almamış ciddi immünsupresyonu olan (CD4 <50-100) ve HIV tanısı koyulduğunda fırsatçı enfeksiyonu bulunan hastalarda HAART'ın başlamasından 4-6 hafta sonra görülür. IRIS durumunda ortaya çıkan en yaygın hastalık mikobakteriyel hastalıklar (MTB, MAI), Cryptococcus ve CMV'dir. Tedavi, HAART'a ve fırsatçı enfeksiyonun tedavisine devam ederken yakın gözlemi gerektirir. Kortikosteroidlerin ve nonsteroid antiinflamatuvar ilaçların rolü belirsizdir, ancak sıklıkla inflamatuvar reaksiyonu bastırmak için kullanılırlar.

REFERANSLAR

- Deng H, Liu R, Ellmeier W, et al. Identification of a major co-receptor for primary isolates of HIV-1. *Nature*. 1996;381:661-666.
- Bartlett J, Gallant J, Pham P. The Medical Management of HIV Infection 2009-2010 ed. *Knowledge Source Solutions*, LLC. 2009.
- Powell K, Davis J, Morris A, et al. Survival for patients admitted to the intensive care unit continues to improve in the current era of highly active antiretroviral therapy. *Chest*. 2009;135(1):11-17.
- Morris A, Masur H, Huang L. Current issues in critical care of the human immunodeficiency virus-infected patients. *Crit Care Med*. 2006;34:42-49.
- Huang L, Quartin A, Jones D, et al. Intensive care of patients with HIV infection. *N Engl J Med*. 2006;355:173-181.
- Masur H. Management of patients with HIV in the intensive care unit. *Proc Am Thorac Soc*. 2006;3:96-102.
- Corona A, Raimondi F. Critical care of HIV infection patients in the highly active antiretroviral era. *Minerva Anesthesiol*. 2007;73:635-645.
- Barbier F, Legriel S, Pavie J, et al. Etiologies and outcomes of acute respiratory failure in HIV infected patients. *Intensive Care Med*. 2009;35(10):1678-1686.
- Gordin I, Roediger M, Girard PM, et al. Pneumonia in HIV-infected patients. Increased risk with cigarette smoking and treatment interruption. *Am J Resp Med*. 2008;178:630-636.
- Bozette SA, Sattler FR, Chiu J, et al. A controlled trial of early adjunctive treatment with steroids for pneumocystis carinii pneumonia in acquired immune deficiency syndrome. *N Engl J Med*. 1990;323:1451-1457.
- Sitbon O, Lascoux-Combe C, Delfraissy JF, et al. Prevalence of HIV related pulmonary arterial hypertension in the current antiretroviral therapy era. *Am J Respir Crit Care*. 2008;177:108-113.
- Dragovic G. Acute pancreatitis in HIV/AIDS patients; an issue of concern. *Asian Pac J Trop Biomed*. 2013;3(6):422-435.
- Price J, Thio C. Liver disease in HIV-infected individuals. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2010;8(12):1002-1012.
- Price R, Brew BJ. The AIDS dementia complex. *J Infect Dis*. 1988;158(5):1079-1083.
- Skiest D. Focal neurological diseases in HIV patients with acquired immunodeficiency syndrome. *Clin Infect Dis*. 2002;34:103-105.
- Perfect J, Dismukes W, Dromer F. Clinical practice guidelines for management of Cryptococcal diseases; 2010 update by Infectious Disease Society of America. *Clin Infect Dis*. 2010;50(3):291-322.
- Hsue P, Deeks S, Hunt P. Immunologic bases of cardiovascular disease in HIV infected patients. *J Infect Dis*. 2012;205:S375-S383.
- The data collection on Adverse Events of Anti-HIV Drugs (DAD) Study Group. Combination antiretroviral therapy and risk of myocardial infarction. *N Engl J Med*. 2003;349:1993-2003.