

AIDS

Aquired Immune Deficiency Syndrome

Opr. Dr. Arif Ertan ERSOY
 Çamlıca Hayat Hastanesi
 Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

Bu hastalık ilk olarak ABD'de tespit edildi. İmmun sistem yardımcı indüktörleri olan T lenfositlerin kalite ve kantitesinde düşüş bu hastalığın en önemli özelliğidir. Öldürme oranı %50-60'tır. Hastalık ortaya çıkmışsa bu oran %100 olarak verilir.

Epidemioloji

96 yılında 13 milyon insan tespit edilmiştir. Mevcut artış hızına göre 2000 yılında bu rakamın 38-100 milyon arasında olması beklenmektedir.

Bulaşma yolları sebebiyle homoseksüel ve uyuşturucu kullananlarda daha sık görülmektedir.

Erkeklerde sayı fazla olmasına rağmen, bu günlerde kadınlardaki artış hızı daha fazladır.

Amerikada 25-44 yaş aralığındaki ölüm sebeplerinde 4 sıradadır.

Bulaşma yolları:

1. Kan ve kan ürünleri
2. Seks (özellikle anal seks)
3. Anneden çocuğa (perinatal)

Virüsün bulunduğu vücut sıvıları:

1. Kan
2. Genital salgılar
3. Serebrospinal sıvı
4. Amniotik sıvı
5. Bronşial lavaj sıvısı
6. İdrar
7. Süt
8. Gözyaşı
9. Tükrük

Virüsün özellikleri

HIV tek strandlı RNA şeklindedir. İnsan vücudunda çift strandlı DNA'ya döner.

T-helper'lerin CD4 reseptörlerine bağlanır. HIV 2 diye bir formda sadece Afrika'da tesbit edilmiştir. Bunun sebep olduğu AIDS daha hafif seyretmektedir.

Virüs bulaştıktan sonra 10 yıla kadar uzayabilen latent bir period ve hastalığın ortaya çıkışıyla 2 yıllık bir ömür söz konusudur.

Hastaların %70'inde Enfeksiyöz Mononükleozis oluşmaktadır.

Tedavi

Şu an tedavisi söz konusu değildir. Ömrü uzattığı gösterilen birkaç ilaç kullanılmaktadır. Virüs bunlara 6-12 ayda direnç geliştirebilmektedir.

Tedavide kullanılan ilaçlar:

1. Zidovudine (Azidothymidine)
2. Didanosine
3. Foscarnet (Böbrek yetmezliğine yol açmaktadır)

Sıklıkla meydana gelen enfeksiyonlar:

Pneumocystis Carinii (%75)
CMV
Candidiazis

Sıklıkla meydana gelen neoplazmalar:

Kaposi sarkomu (KS)
Non-hodgkin lenfoma

Bulgular

Otolaringolojik Bulgular

Baş boyun bulguları %40 hastada görülmektedir.

Bu bulgular hemen hemen normal hastadakilere aynıdır.

Otolojik bulgular

Dış, orta ve iç kulakta semptomlar verebilmektedir.

Aurikulada kaposi sarkomu; aurikula üzerinde kırmızı-mavi nodül şeklinde görülür. Tanısı biopsi ile koyulur. Tedavisi ise kemoterapi (Ct) ve radyoterapidir (Rt).

Pneumocystis enfeksiyonu; eksternal kanalda subkutanöz kitle veya aural polip şeklinde görülür. Tanı biopsi ile koyulur. Rekürren ve antibiyoterapiye cevap vermeyen eksternal otit ve AOM'larda akla gelmelidir.

Nazofarenkste meydana gelmiş bir kaposi sarkomu veya non-hodgkin lenfomaya bağlı effüzyonlu otitis media.

Sensörineural işitme kaybı; HIV kendi neurotoksik olmakla birlikte eklenen diğer virüs, bakteri ve fungal ajanlara bağlı gelişebilmektedir.

Deri bulguları:

Ciltte KS
Seboroik dermatit
Molluscum contagiosum
Fungal enfeksiyonlar
Ülsere herpetik lezyonlar

Nazal ve Sinüs bulguları:

Antibiyoterapiye cevap vermeyen sinüzitte, etken genelde seyrek görülen virüs, bakteri ve mantarlar olmaktadır. Örneğin Cryptococcus neoformans, Alternaria alternata, Acantameba castellani.

Vestibulde, burun içi ve cildinde ülsere herpetik lezyonlar.

Vestibül, septum ve sinüs içinde KS.

Oral, farengeal ve özefajial candidiazis; difüz, kalın beyaz membranlar şeklinde karşımıza çıkar.

Dudak çevresinde düzelmeyen ülsere herpetik lezyonlar

Dilde hairy leukoplaki
Akut nekrotizan gingivit
Cytomegalovirus enfeksiyonları
N-H lenfoma.

Larengeal bulgular:

Antibiyoterapiye hemen cevap veren ama tekrarlayan epiglotit
Mor nodül şeklinde ses kısıklığı yapabilen
KS

Tükrük bezi bulguları:

Kistik parotis büyümesi; bunun lenfoid dokuda mı glanlardan mı kaynaklandığı kesin anlaşılammıştır. Ağrısız kitle şeklindedir. Tanısı İİAB ile koyulabilmektedir.

Boyun bulguları:

Yaygın lenfadenopatiler; bunlar maligniteye veya enfeksiyonlara (mycobacterium) bağlı olmaktadır. Malignite şüphesi fazlaysa açık biopsi önerilmektedir.

Bronkopulmoner bulgular:

%65-75 hastada Pneumocystis Carinii pnömoniye sebep olmaktadır.
Çeşitli virüs, bakteri ve mantar enfeksiyonları da görülebilmekte ve neoplazmalar gelişebilmektedir.

Bu hastalık ve semptomlar normal insanlarda daha yoğun antibiyoterapiyle, kemote-

rapiyle ve neoplazmlarda Ct ve Rt ile geriletmeye çalışılmaktadır. Vücut savunma sistemi doğru çalışmadığından çoğu zaman sonuçsuz kalmakta veya yakın zamanda tekrarı izlenmektedir.

Kaynaklar

1. Marcusen, D.C., and Sooy, C.D.: Otolaryngologic and head and neck manifestation of AIDS. *Laryngoscope* 95:401-405, 1985.
2. Sooy, C.D.: The otolaryngology-head and neck manifestations of AIDS and their management. Thesis for their Triologic Society, 1989.
3. Rosenberg, R.A., Schneider, K.L., and Cohen, N.H.: Head and neck presentation of AIDS. *Laryngoscope* 94:642-646, 1984.
4. McShane, D.P., Vellend, H., and Dayal, V.S.: AIDS, otolaryngology and a cause of adenoid cystic CA of the parotid arising in apatient with the aids-related complex. *J. Otolaryngol.* 16:10-15, 1987.
5. Greenspan, J.S., Greenspan, D., and Winkler, J.R.: Diagnosis and management of the oral manifestations of HIV infection and AIDS. *Infect. Dis. Clin. North America* 2:373-385, 1988.
6. Sample, S., Lenhan, G.A., Serowonska, W.H., Rangi, S., Sherman, J.W., Chernoff, D., Hollander H. and Goetzel, E.J.: Allergic diseases in sinusitis in AIDS. *J. Allergy Clin. Immunol.* 83:190, 1989.