

Türkiye’de HIV-Viseral Layşmanyaz Koinfeksiyonunda Sekonder Profilaksi

Secondary Prophylaxis in HIV-Visceral Leishmaniasis Coinfection in Türkiye

Mehmet Ali Tüz¹ , Yener Özel² , Derya Tuna Ecer¹ , Gülce Eylül Aldemir¹ , Ahmet Özbilgin³ 

¹Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye; ²Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye; ³Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Parazitoloji Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

Viseral layşmanyaz (VL) ülkemizde özellikle Doğu Anadolu, Ege, İç Anadolu ve Akdeniz bölgesinde endemik olarak görülmektedir ve etken tür çoğunlukla *Leishmania infantum*’dur (1). Dünya Sağlık Örgütü’nün 2017 yılında yayımladığı el kitabında Avrupa için tahmini yıllık VL insidansı 1100–1900 olgu arasında değişmekte olup Gürcistan, İspanya, Arnavutluk, İtalya, Türkiye ve Azerbaycan en çok etkilenen ülkeler olarak bildirilmiştir (2).

Diğer yandan ülkemizde HIV ile yaşayan birey sayısı her geçen gün artmaktadır; bu durumun HIV-VL koinfeksiyonu olasılığını da artırabileceği öngörülmektedir (3). HIV enfeksiyonu, VL gelişme riskini artırmakta, VL ise HIV hastalığının ilerlemesini hızlandırmaktadır (4,5). Başlangıç CD4⁺ T lenfosit sayısı *Leishmania*-HIV koinfekte hastalarda daha düşük olmakla birlikte VL’nin kendisi de CD4⁺ T lenfositlerinde bir azalmaya neden olmaktadır (4,5). HIV- VL koinfeksiyonunda *L. infantum*’a karşı yaklaşık 40–60 mg/kg toplam dozda lipozomal amfoterisin B (LampB) ile primer tedavi önerilmektedir (5,6).

İmmüsupresyon, tedaviye yanıtın azalması, yüksek nüks oranı ve mortalite riski gibi nedenlerden dolayı HIV-VL koinfeksiyonunda sekonder profilaksi uygulanması önerilmektedir (4,5). Koinfekte hastalarda yaşam boyu VL nüks oranı, takip süresine bağlı olarak %60–100 arasında değişmektedir (7). Bununla birlikte, serolojik testlerde antikor yanıtları yıllar sonra bile tespit edilebildiğinden, nükseden VL tanısı için dalak, kemik iliği veya lenf düğümü aspiratlarında parazitin mikroskopıyla gösterilmesi gerekmektedir. Bu durum, invazif işlemlerin tekrarlanmasını gerektirdiği için zorluk yaratmaktadır (7).

Viseral layşmanyaz tanısı konulduğunda CD4⁺ T lenfosit sayısı <200/mm³ olan hastalarda, primer tedavi sonrasında en az 6 ay boyunca 3–4 haftada bir LampB ile sekonder profilaksi uygulaması önerilmektedir (5,6). CD4⁺ T lenfosit sayısı >350/mm³’e yükselip HIV RNA yaklaşık 6 ay boyunca negatif saptanuncaya kadar sekonder profilaksinin 12–18 aya kadar uzatılabileceği belirtilmektedir (5,6).

Dünya Sağlık Örgütü 2022 kılavuzunda, dünya genelinde VL insidansı azalma olmasına rağmen HIV ile koinfekte olgu sayısının arttığı, HIV ve VL’nin endemik olduğu bölgelerin giderek daha fazla örtüştüğü vurgulanmaktadır (7). Aynı kılavuzda, Türkiye layşmanyaz açısından endemik fakat HIV-VL koinfeksiyonu bildirilmeyen ülkeler arasında yer almakta; Güney Avrupa’da ise yetişkinlerde yeni VL olgularının %70’inin HIV enfeksiyonu ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (7).

Ülkemizden bildirilen ilk HIV-VL koinfeksiyonu olgusu Soyak ve arkadaşları (3) tarafından 2024 yılında Klimik Dergisi’nde yayımlanmıştır (3). HIV ile yaşayan birey sayısındaki artış ve bildirilen olgu sayılarının çoğalmasıyla farkındalığın artacağı ve daha fazla koinfeksiyon olgusunun saptanacağını düşünüyoruz. Bildiğimiz kadarıyla ülkemizden bildirilen ikinci HIV-VL koinfeksiyonu olgusunu, Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği’nin (KLİMİK) 2025 yılında düzenlediği kongrede poster olarak sunduk (8). Olgumuzun takibi sırasında Soyak ve arkadaşlarının (3) çalışmasındaki ayrıntılı olgu sunumundan büyük ölçüde yararlandık ve bunun için teşekkürlerimizi sunarız. Biz de HIV-VL koinfeksiyonunda sekonder profilaksinin önemini vurgulamak ve ülkemizde profilaksi uygulamasındaki sistemsel sorunlara dikkat çekmek amacıyla bu yazıyı hazırladık. Söz konusu olguya benzer biçimde, olgumuz için de primer tedavi tamamlandıktan sonra sekonder LampB profilaksisi planladık; ancak Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)’ndeki kısıtlamalar nedeniyle ilaç raporu

Cite this article as: Tüz MA, Özel Y, Ecer DT, Aldemir GE, Özbilgin A. [Secondary prophylaxis in HIV-visceral leishmaniasis coinfection in Türkiye]. Klimik Derg. 2025;38(4):252–3. Turkish. **Sorumlu Yazar** / Correspondence: Mehmet Ali Tüz, E-posta / E-mail: mehmetali43@hotmail.com, **Geliş** / Received: 05 Mayıs / May 2025, **Kabul** / Accepted: 18 Eylül / September 2025, **Yayın Tarihi** / Published Date: 29 Aralık / December 2025, **DOI**: 10.36519/kd.2025.5279

yenilenemedi. Sağlık Bakanlığı'ndan endikasyon dışı ilaç kullanım onayı olarak sekonder profilaksi uygulamasına başlayabildik.

Nüks gelişmesi durumunda daha yüksek doz LampB içeren rejimlerle tedavinin tekrarlanması önerilmektedir (4,5). Çalışmalarda yüksek nüks oranları bildirildiği de dikkate alındığında, sekonder profilaksi maliyetinin nüks sonrası yeniden tedavi maliyetiyle benzer düzeyde olabileceği düşünülmektedir. Yine de etkinlik-maliyet analizleri sonucunda, SUT'ta HIV-VL koinfeksiyonu ve sekonder profilaksiye ilişkin düzenleme ya da ekleme yapılması faydalı olabilir. Bu düzenleme gerçekleşinceye kadar, endikasyon dışı ilaç kullanım onayıyla sekonder profilaksi uygulaması bir seçenek olarak değerlendirilebilir.

Hasta Onamı

Hastadan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Danışman Değerlendirmesi

Bağımsız dış danışman

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram – M.A.T., Y.Ö., A.Ö., D.T.E., G.E.A.; Denetleme – M.A.T., Y.Ö., A.Ö.; Veri Toplama ve/veya İşleme – M.A.T., Y.Ö., A.Ö., D.T.E., G.E.A.; Analiz ve/veya Yorum – A.Ö., D.T.E., G.E.A.; Literatür Taraması – M.A.T., Y.Ö., A.Ö.; Makale Yazımı – M.A.T., Y.Ö., D.T.E., G.E.A.; Eleştirel İnceleme – A.Ö.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek

Yazar finansal destek beyan etmemiştir.

KAYNAKLAR

1. Yıldız Zeyrek F, Töz S, Yüksel F, Turgay N, Özbek Y. [Comparison of polymerase chain reaction using kinetoplast DNA specific primers and other parasitological methods in the diagnosis of clinical samples of suspected patients with cutaneous leishmaniasis in Şanlıurfa]. Mikrobiyol Bul. 2017;51(4):340-9. Turkish. [CrossRef]
2. Gradoni L, López-Vélez R, Mokni M. Manual on case management and surveillance of the leishmaniasis in the WHO European Region [Internet]. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2017. [erişim 5 Mayıs 2025]. <https://iris.who.int/items/b7a93fdd-97b3-4d93-a0c0-eb6059ec57f6>
3. Soyak F, Öztürk-Deniz SS, Karazeybek Z, et al. [Visceral leishmaniasis in a patient diagnosed with HIV/AIDS: The first case in Turkey]. Klimik Derg. 2024;37(2):143-5. Turkish. [CrossRef]
4. ter Horst R, Collin SM, Ritmeijer K, Bogale A, Davidson RN. Concordant HIV infection and visceral leishmaniasis in Ethiopia: the influence of antiretroviral treatment and other factors on outcome. Clin Infect Dis. 2008;46(11):1702-9. [CrossRef]
5. World Health Organization. Control of the leishmaniasis. World Health Organ Tech Rep Ser. 2010;(949):xii-xiii, 1-186, back cover.
6. Aronson N, Herwaldt BL, Libman M, et al. Diagnosis and treatment of leishmaniasis: Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the American Society of Tropical Medicine and Hygiene (ASTMH). Clin Infect Dis. 2016;63(12):1539-57. [CrossRef]
7. WHO guideline for the treatment of visceral leishmaniasis in HIV co-infected patients in East Africa and South-East Asia [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022. [erişim 5 Mayıs 2025]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240048294>
8. Tüz MA, Özel Y, Tuna Ecer D, Aldemir GE, Özbilgin A. HIV ile koenfekte bir viseral leishmaniasis olgusunda tanı ve tedavi deneyimi [abstract]. In: 25. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Kongresi; 2025 Apr 24-27; Antalya, Türkiye. İstanbul: Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği; 2025. p. 908-9.