

ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME (AIDS)

Gökhan H. ALPASLAN*

Acquired Immune Deficiency Syndrome yani Kazanılmış İmmün Yetmezlik Sendromu sözcüklerinin başharflerinden türetilmiş olan AIDS şu ana kadar insanoğlu için bilinen en ağır tablolulu ve öldürücü olan hastalıklardan birisidir. AIDS geçtiğimiz üç yıl içinde tıp dünyasını ayağa kaldıran çok yeni bir hastalıktır. AIDS öte yandan bağışık sistemin çökmesi ile aynı anda görülen ağız enfeksiyonlarıyla dişhekimleri ve özellikle ağız cerrahlarında yakından ilgilendirmektedir. AIDS'lu hastaların çok büyük bölümünde baş ve boyun bölgesinde çeşitli lezyonlar meydana gelmesiyle şu anda olmasa bile gelecekteki meslek hayatımızda yüzyüze gelebileceğiz. Bu yüzden hastalığın klinik semptomları hakkında bilgi sahibi olmamız belki bizleri bu hastalarda kesin tanıya götürebilecektir.

Centers For Disease Control (CDC)'un 1983 yılı verilerine göre ABD'de 1300 vaka görülmüş ve hastalık Avrupa ülkelerimde içine alan 16 ülkeye yayılmıştır (5). Bir başka kaynağa göre ise 1979 yılı Haziran ayından günümüze kadar 6993 kişi AIDS'a yakalanmış ve bu vakaların % 86'sı 1983 Ocak ayından bu yana tespit edilmiştir. İstatistiklere göre ABD'de hergün 4 kişi bu hastalığa yakalanmakta ve hasta sayısı her 6 ayda bir kat artmaktadır. Yine aynı kaynağa göre son bir yıl içinde AIDS tanısı koyulan hastaların % 60'ı hayatlarını kaybetmişlerdir(1).

Öldürücü bir hastalık olan AIDS ilk önce homoseksüel ve biseksüel erkeklerde ve daha sonrada intravenöz uyuşturucu ilaç bağımlılarıyla Haiti'li göçmenlerde görülmüştür (1, 2, 3, 5). Son zamanlarda kan transfüzyonu yapılmış yeni doğmuşlarda ve Hemofilik'lerdeki ölümlerin sekonder nedeni olarak sorumlu tutulmaktadır (1, 5).

AIDS'a yakalanan hastaların çoğunun yaşı 20 ile 49 arasında değişmekteyken kan transfüzyonu sonucu daha genç veya daha yaşlı

(*) G.Ü. Dişhek. Fak. Ağız, Diş, Çene Hast. ve Cer. Anabilim Dalı Araş. Gör.

AİDS

kişilerde hastalığa yakalanabilmektedirler (5). Doğumdan önce veya hemen sonra hastalığa yakalanan çocukların büyük çoğunluğunun ailesinde de hastalık bulunmakta veya risk gruplarından birinde bulunmaktadır (5, 6). AIDS'lu çocukların % 32'sinde kan transfüzyonu hastalıktan sorumlu tutulmaktadır.

Centers For Disease Control (CDC)'un tanımına göre AIDS etyolojisi bilinmeyen fakat Pneumocystis Carinii Pneumonia ve Kaposi Sarkomu gibi hastalıkların gelişmesiyle karakterize, kazanılmış immün yetmezliktir (1, 5). Yine Centers For Disease Control (CDC) steroid kullananları, immünosupresif ilaç tedavisi alanları, transplantasyon yapılmış kişileri, lösemili hastaları, Hodgkin Hastalığı olanları bu tasnifin dışında tutmaktadır (1).

AIDS'lu hastalardaki immün defekt kaybolmuş veya iyice azalmış hücresel immünite lenfopeni ve tersine dönmüş T-helper T-suppressor hücre oranıyla karakterizedir. Bu hastalarda hümoral immünite hastalıktan etkilenmemiştir (1,2,3,4, 5, 6).

ABD'de hastalık için 4 ana risk grubu kabul edilmektedir. Bunlar: Erkek homoseksüeller % 71, intravenöz uyuşturucu ilaç bağımlıları % 16, Haiti'li göçmenler % 5, Hemofilik'ler % 0.08, bunun dışındakileriyse AIDS'lu hastaların kadın seks partnerleri ve bilinmeyen risk gruplarına dahil edilen kişiler oluşturmaktadır (1, 3, 5). Yine hastalık yukarıda sayılan risk grupları içine alınan kişilerde görülmektedir.

AİDS asemptomatik immün anormalliklerle başlayan çok geniş bir olaylar zinciridir. İlk semptomlar belirgin değildir ve hastalık tümüyle ortaya çıkana kadar aylarca devam edebilmektedir. Hastalığın latend periyodu bilinmeyen orijinli ateş, diyare, kilo kaybı, Candidiasis ve gece terlemeleriyle karakterizedir. Bu latend devre birçok bakımdan kronik viral enfeksiyon ve Graft-versus-host hastalığı ile aynıdır. Lenfadenopati meydana gelebilmektedir ve biyopsi yapıldığında reaktif hiperplasi olduğu görülmektedir (1, 3). Bunun dışında hastalığın seyri sırasında bazı ağız lezyonlarında meydana gelmektedir ki bunlar bizleri ilgilendirmektedir.

Birçok araştırmacı AIDS'un virüs tarafından meydana geldiğine inanmaktadırlar. Bir kaynağa göre birçok virüsler organizmada immünosupresif etki yapmakta fakat Cytomegalovirüs (CMV) AIDS'un en fazla şüphelenilen etyolojik faktörüdür (3). Tabiki burada unutulma-

ması gereken bir nokta bazı reenfeksiyonların önceden varolmasının ve çevre faktörlerinin önemli rol oynadığıdır. Bir görüşe göre AIDS mutasyona uğrayarak daha öldürücü form kazanmış Cytomegalovirüs (CMV) tarafından meydana gelmektedir. Fakat AIDS hastalarından Human T-cell Leukaemia Virüs (HTL-III) ve Lymphadenopath-Associated Virüs (LAV) retrovirüsleri bulunduğundan bu yana Cytomegalovirüs (CMV) sorumlu tutulmaktadır (1, 5).

Fransız çalışmacılar T-hücresi Lymphotropic Retrovirüs'ü Persistent Lymphadenopath Syndrome (PLS)'lu hastalardan bulmuşlardır. Bu Lymphadenopathy-Associated Virüs (LAV) özellikle T-hücrelerini enfekte etmektedir ve buna karşı antikolar AIDS hastalarında tespit edilmiştir (5).

Amerika'lı araştırmacılar Human T-Cell Leukaemia Virüs (HTLV-III)'ü AIDS nedeni olarak kabul etmektedirler, çünkü AIDS'lu hastalarda buna karşı antikolar çok yüksek oranlarda bulunmuştur (5).

AIDS'un ortaya çıktığı dönemlerde AIDS'dan etkilenen homoseksüel kişilerde Persistent Lymphadenopathy Syndrome (PLS) denen yani Sürekli Lenfadenopati Sendromu tesadüfen ortaya çıkmıştır. Bu tablonun diğer belirtileri yorgunluk, hafif ateş, gece terlemeleri, splenomegali, hypergammaglobulinemi ve değişmiş T-hücresi oranlarıdır. Lenfadenopati foliküler hiperplasiye bağlı olarak inguinal bölgede meydana gelmekte ve lenfositlerdeki anormalliklerle nodüllerin endotelial hücrelerindeki bozukluklar AIDS'lu hastalardakinin aynısıydı. Persistent Lymphadenopathy Syndrome (PLS) veya AIDS'u olmayan homoseksüellerde de T-helper ve T-suppressor hücreleri oranında bozukluk olmasına rağmen AIDS'da T-helper sayısı düşmekte, Persistent Lymphadenopathy Syndrome (PLS)'da T-suppressor hücrelerinde artma meydana gelmektedir. Bu tip lenfosit sayısındaki değişiklikler Hepatitis B virüs enfeksiyonlarında da görülmekte ve AIDS'lu hastalardaki lenfosit sayısındaki değişikliklerden sorumlu tutulmaktadır (5).

Hastalığın yayılması homoseksüellerde mukozal temas; intravenöz uyuşturucu ilaç bağımlılarında parenteral yoldan olmaktadır. Aynı şekilde Faktör VIII kullanan Hemofilik'lerde parenteral yoldan hastalığa tutulmaktadırlar. Bugün için bu yayılma yollarının bilinmesi ABD'de hastalığın durdurulması için etkin önlemlerin alınmasını zorunlu kılmıştır. Bunun için Centers For Disease Control (CDC) bazı prensipler kabul etmiştir ki bunlar Hepatitis B enfeksiyonunkilerle ay-

AİDS

nıdır. Bu prensiplere göre kan ve kanla kontamine olmuş tüm vücut sıvıları enfekte olarak kabul edilmektedir (3).

AİDS ile ilgili olarak en sık rapor edilen hastalıklar Pneumocystis Carinii Pneumonia ve Kaposi Sarkomu'dur. Bunun yanı sıra istatistiklere göre AİDS'lu hastaların yaklaşık % 50'sinde Moniliasis görülmektedir. Bu yüzden Candida Albicans'a bağlı stomatitlerin altından AİDS'un ağız belirtileri ortaya çıkabilmesi açısından dikkatli davranılmalıdır.

Pneumocystis Carinii Pneumonia; insanları respiratuar yoldan enfekte eden bir protozoa tarafından meydana gelen bir hastalıktır. Mikroorganizma avirülandır ve çok nadir olarak immünolojik bozukluğu olmayan insanları tutarak hastalık meydana getirmektedir. ABD'deki vakaların hemen hemen tümünde hastalık primer kongenital inmün yetmezliği olanlarda, organ transplantasyonu veya immünosupresif ilaç tedavisi alanlarda görülmüştür. AİDS'luların yarısından fazlasında bu hastalık tespit edilmiş olup yine birçoğunun ölüm nedeni yine bu hastalıktandır (1,5).

Kaposi Sarkomu; ilk defa 1872 yılında Macar Dermatologu Moricz Kaposi tarafından İdiopatik Multiple Pigmente Deri Sarkomu veya idiyopatik Multiple Hemorajik Sarkom olarak tarif edilmiştir. Günümüzde Afrika'da Büyük Sahra'nın güneyinde çok sık görülen bir neoplasm olarak bilinmektedir. Kaposi Sarkomu'na Kongo, Tanzanya ve Uganda'da tüm tümörlerin % 9-12'si gibi yüksek sıklıkta rastlanmaktadır. Afrika'nın bu ekvatorial kuşağının dışında Kaposi Sarkomu Akdeniz'lilerde özellikle Yunanlı, Yahudi ve İtalyan'larda görülmektedir (1, 2, 4, 5, 6).

Kaposi Sarkomu vasküler sistemin fazla görülmeyen multifokal neoplastik hastalığı olarak kabul edilmektedir. Hastalık erişkin erkeklerde görülmektedir. Hastalığın erkekler lehinde görülmesinin nedeni aydınlığa kavuşmamıştır. Hastalık çocuklarda sıklıkla görülmemektedir. Dutz ve Stout 1256 Kaposi Sarkomu vakasından 40 tanesini 6 yaş altındaki insanlarda olduğunu rapor etmiştir (6).

Hastalık tüm vücudu tutabilirse beyinde çok nadir olarak görülebilir. Büyük çoğunlukla hastalığın başlangıç lezyonu alt ekstremitelerin derisini tutan kırmızımsı renkte iyi sınırlanmış makül, nodül veya hyperpigmente plak şeklindedir. Hastalığın başlangıç lezyonunun ağızda görülmesi nadirdir, görüldüğünde de % 75 oranında 50-80 yaşları arasında rastlanmaktadır (4, 6). Literatürde 11 vakanın başlan-

gıç lezyonunu ağızda verdiği görülmüştür. Kaposi Sarkomu'nun ağız lezyonları hemangioma veya inflamatuvar granüloma benzeyen kırmızı renk değişikliği ile görülmektedir (6). Beyazlarda mor renkli maküller görüldüğü halde bu durum Afrika'lı zencilerde mevcut değildir. Deri lezyonlarının büyüklüğü değişiktir ve renkleri koyulaştığında Malign Melanoma'ya benzerlik gösterirler. Nodüller tipik olarak 1 cm. çapında sert, iyi sınırlanmış şişlikler şeklindedir, plaklarsa 15 cm. veya daha fazla büyüklüklere ulaşabilirler. Deri lezyonlarının hastaya verdiği tek şikayet hasta bölgedeki ödem bazanda batıcı veya yanıcı tarzdaki ağrıdır (4).

Hastalığın klinik gidişi yavaş non-malign gelişimden akut malign ve sarkomatöz gelişime değişiklikler göstermektedir. Hastalığın kendiliğinden gerilediği bazı vakalarda görülmüştür. Hastalığın metastaz yapma eğilimi fazla değildir (4).

AİDS ortaya çıktığından beri Kaposi Sarkomu'da AIDS'un görüldüğü ülkelerde rastlanılan bir hastalık haline gelmiştir. ABD'de Kaposi Sarkomu % 0.02-0.06 oranında görülürken 1980- 1983 yılları arasında AİDS ile ilişkili 555 vaka görülmüştür. İstatistiklere göre AİDS' lu hastaların yarısından fazlasında Kaposi Sarkomu görülmektedir. Bugün için Kaposi Sarkomu AİDS ile ilişkili majör hastalıklardan birisi olarak kabul edilmektedir (1 , 2, 3, 4, 5, 6).

AİDS hastalarında görülen Kaposi Sarkomu klasik vakalardan farklı olarak genç yaş grubunda görülmesi, generalize anatomik dağılımı ve çabuk yayılımı gibi özellikler göstermektedir. Ağızda görülen Kaposi Sarkomu klinik olarak vasküler tipte kırmızımsı morumsu renkte, sertcene kıvamlı, düz veya eksofitik lezyonlardır. Bu lezyonlar ağızda en sık palatal mukoza ve orofarengeal bölgede görülmektedir (1 , 2).

Kaposi Sarkomu'nun ana komponentleri iç şeklindeki hücreler ve atipik vasküler kanallardır. Diğer karakteristik özellikleriyse kırmızı kan hücrelerinin ekstrasvasyonu, hemosiderin depolanması, iltihabi infiltrat ve iç şeklindeki hücrelerdeki mitotik figürlerdir. Kaposi Sarkomu histopatolojik olarak «Erken» ve «Geç» olmak üzere iki ayrı dönemde de incelenebilmektedir. Erken Dönem sayıca artmış ve dilatasyona uğramış kapillerlerle histiyosit, lenfosit ve plasma hücresi infiltratı ile sarılmış laminaı tam oluşmamış damarlarla karakterizedir. Bu dönemde endotelial hücreler yeni vasküler kanallar yapma eğilimindedirler. Bu dönemde küçük gruplar halinde ekstrasvaze olmuş eritro-

AIDS

sitlere ve hemosiderin depolanmalarına rastlanabilir. Lezyonlar lamina propriada lokalizedir. Geç veya Sarkomatöz dönemde tek sıralı endotelial hücreyle sarılmış düzensiz vasküler yapılar ve iç şeklindeki hücrelerden meydana gelmiş fibroblastik aktivite görülür. Bu dönemde ekstrasvaze olmuş eritrositler hemosiderinle karışmış şekildedir. Lezyonlar lamina propriayı yaygın bir şekilde içine almıştır (1,2).

Green ve arkadaşları AIDS'la ilişkili Kaposi Sarkomu ile diğer vasküler lezyonları klinik ve histopatolojik olarak karşılaştıran bir çalışma yapmışlardır (2). Araştırma materyali 1981 - 1983 yılları arasında University California San Fransisco Kaposi Kliniği'nin 25 AIDS vakası ve yine aynı üniversitenin Oral Patoloji arşivlerinden alınan 5 Piyojenik Granüloma ve 5 Kapiller Hemangioma vakasından temin edilmiştir. Çalışmacılar araştırma sonuçlarını şu şekilde tabloya dökmüşlerdir (Bkz. Tablo).

T A B L O *					
	Tüm K.S	Geç K.S	Erken K.S	Piy. Gra.	Kap. H
Eritrosit Ekstrasvasyonu	25/25	15/15	10/10	3/5	5/5
Eosinofilik Hücreler	25/25	15/15	10/10	0/5	0/5
Hemosiderin Depolanması	23/25	14/15	9/10	0/5	1/5
Atipik Vasküler Kanallar	22/25	12/15	10/10	2/5	1/5
İç Şeklinde Hücreler	15/25	13/15	2/10	0/5	1/5
İltihabi Hücreler	13/25	5/15	8/10	5/5	2/5
Mitotik Figürler	11/25	10/15	1/10	0/5	5/5
Epitel İçermesi	0/25	0/15	0/10	5/5	2/5

(*) Tablo, Histopathologic Spectrum of Oral Kaposi's Sarcoma, Oral Surg., 58 : 306-314, 1984'den alınmıştır.

Araştırmanın sonucunda tüm erken lezyonlarda atipik vasküler kanallar, eritrosit ekstrasvasyonu ve eosinofilik hücreler gözlenmiştir. Geç vakaların tümünde de iç şeklinde hücreler görülmüştür. Bu vakaların hiçbirinde tümörün epitele doğru gelişim gösterip epitelde klinik veya histopatolojik olarak ülserasyon yaptığı görülmemiştir. Bu özelliklerden farklı olarak benign lezyonlarda hemosiderin depolanmasının nadir olduğu ve eosinofilik hücrelerin bulunmadığı gözlenmiştir.

Piyojenik Granüloma ve Hemangioma'larda epitelinde lezyonun içine alındığı tespit edilmiştir. Öte yandan eritrositlerin ekstrasvazasyonu benign lezyonlarda ve Kaposi Sarkomunda da görülmektedir (2).

Özetlenecek olursa AIDS ile ilişkili Kaposi Sarkomu genellikle damak bölgesinde düz veya ekzofitik pigmente lezyonlar şeklinde görülmekte ve benign vasküler lezyonlarla yakın benzerlikler göstermektedir. Kaposi Sarkomunun tanınmasında ve tanı koyulmasında şu hispatolojik kriterler faydalı olacaktır :

- a) Atipik vasküler kanallar.
- b) İğ şeklindeki hücreler.
- c) Eritrosit ekstrasvazasyonu.
- d) Hemosiderin depolanması.
- e) Eosinofilik hücrelerin depolanması.
- f) Erken dönemde kronik iltihabi hücrelerin bulunması.
- g) Geç dönemlerde mitotik aktivitenin mevcut olması.

AIDS'un tedavisinde üç yol bulunmaktadır. Bunlar AIDS ile birlikte görülen enfeksiyonların kontrol edilmesi, tümörlerin özellikle Kaposi Sarkomunun ortadan kaldırılması ve immün sistemin kalkındırılmasıdır.

AIDS hastalarının ölümlerindeki en önemli hastalık olan Pneumocystis Carinii Pneumonia genellikle Trimetoprim-Sulphomethoxazole ile tedavi edilmektedir. Bakteriyel enfeksiyonların tedavilerinde klasik yöntemler kullanılmaktadır. Fungal enfeksiyonlarsa oral yoldan Nystatin ve Ketaconazole, intravenöz yoldansa Amphotericin ile tedavi edilmeye çalışılmaktadır. Kaposi Sarkomu'nun cerrahi tedavisi yanında Vinblastine, Adriamycin veya Bleomycin gibi ilaçlar kullanılmaktadır, fakat bu ilaçlardan hiçbirinden beklenen sonuçlar alınamamıştır. İmmün sistemlerin kalkındırılmasına çalışmaksa tamamiyle sonuçsuz kalmıştır. Bu amaçla Thymik Hormonların kullanılması sonucunda T-lenfositlerinin tamamen ortadan kalkması gibi sonuçlar alınmıştır (5).

AIDS'un latend döneminde artan hücrel immün yetmezlik dental enfeksiyonların akışını değiştirebilir ve değişik komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Dental enfeksiyonların tedavisine doğan rezistans aza-

AİDS

lan immüneyey gösterir. Ayrıca bu hastalardaki ani enfeksiyonlar örneğın Candidiasis hekimleri bu yönde uymalıdır. AIDS'u düşündürecek diğer durumlarsa şunlardır :

- a) Tanımlanamayan kronik ateş.
- b) Üç aydan fazla süren kronik lenfadenopati.
- c) Mukokutanöz Herpes Simplex.
- d) Sürekli Candidiasis.
- e) Kaposi Sarkomu olmasından şüphelenilen kırmızı renkli plak veya nodüller.
- f) Nonspesifik granümatöz iltihap.
- g) Malign lenforetiküler neoplasmlar.

Hastalıktan korunmak için hepatitis B için uygulanmakta olan önlemler aynen uygulanmalı kan ve kanla kontamine olmuş vücut sıvıları enfekte kabul edilmelidir. Biz dişhekimleri hastalıktan korunmak için :

- a) Kan veya diğer vücut sıvılarıyla kontaminasyon meydana gelirse % 5,25*1 ik Sodyumhipoklorit ile yıkanmalı.
- b) Eldiven, gözlük ve maske kullanılmalı.
- c) Mümkün olduğu kadar disposable malzeme kullanılmaya çalışılmalı.
- d) Hastada kullanılan aletler basınçlı buhar veya uzun süreli kuru sıcak hava ile steril edilmelidir.

ÖZET

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AİDS) etyolojisi bilinmeyen Pneumocystis Carinii Pneumonia ve Kaposi Sarkomu gibi hastalıkların gelişmesiyle karakterize, kazanılmış bir immün yetmezliktir. Araştırmalar sonucunda Human T-Cell Leukaemia Virüs (HTLV III) virüsüne karşı antikolar AIDS'lu hastalarda bulunmuştur. Hastalığın dört ana risk grubu vardır. Bunlar : Erkek homoseksüeller, intravenöz uyuşturucu ilaç bağımlıları, Haiti'li göçmenler ve Hemofilik'lerdir. Bu

gün için hastalığın kesin tedavisi yoktur. Sağlık personeli hastalıktan korunmak için Hepatitis B için uygulanmakta olan önlemleri aynen uygulamalıdır.

SUMMARY

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) is characterized by the occurrence of Pneumocystis Carinii Pneumonia and Kaposi's Sarcoma with an unknown aetiology. Antibodies to Human T-Cell Leukemia Virus (HTLV III) were found in high levels in AIDS patients. Male homosexuals, intravenous drug abusers, Haitian immigrants and Hemophiliacs are making up the four major risk groups of AIDS. There is no exact way of treatment now. Measures for Hepatitis B must be employed for caring from AIDS by health personnels.

KAYNAKLAR

- 1 — Garber, K.A., Weathers, D.R. : Three Cases of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) With Oral Manifestations : The Compendium Of Continuing Education., (15), 97-106, 1985.
- 2 — Green, T.L., Beckstead, J.H., Lozada, N., Silverman, S., Hansen, L.S. : Histopathologic Spectrum of Oral Kaposi's Sarcoma., Oral Surg., 58: 306-314, 1984.
- 3 — Hurlen, B., Gerner, N.: Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) Complications In Dental Treatment. Int. J. Oral Surg., 13 : 148-150, 1984.
- 4 — Manni, H., Molengraft, F. : Kaposi's Sarcoma of The Plate., J. Maxfac. Surg., 10 : 187-189, 1982.
- 5 — Porter, S.R., Scully, C, Cawson, R.A. : Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)., Br. Dent. J . , 157: 387-391, 1984.
- 6 — Sengupta, S.K., Edwards, K. : Kaposi's Sarcoma In A 2-Year Old Child. Int. J. Oral Surg., 13 : 532-534, 1984.