# HIV Manifestations in Otorhinolaryngology

د. أحمد مصطفى
قسم أمراض والأذن والأنف والحنجرة وجراحة الرأس والعنق
كلية الطب البشري – جامعة دمشق
العام الدراسي 2020 – 2021 _ الفصل الأول

## المقدمة

- الأيدز (AIDS = Acquired Immuno-Deficiency Syndrome:
  - جذب انتباه الأطباء ووصفت الحالات الأولى في بداية الثمانينات
  - أصبح مرضا وبائيا في بداية التسعينات
  - عزل العامل الممرض وهو من نمط T- lymphocyte virus (فيروس نقص المناعة البشري نمط 1: *human Immunodeficiency virus type1 (HIV1)*)
- **HIV-1:** واحد من الفيروسات القهقرية والذي يحوي على الأنزيم الناسخ العكسي ( *Reverse transcriptase*) *والتي تحول RNA الفيروس إلى DNA*
- الإنتان بال HIV1: ينجم عن التلقيح من مفرزات المريض المصاب (دم، لعاب، السائل المنوي، ....الخ)
- يهاجم الفيروس المستقبلات CD4 الموجودة على الخلايا التائية المساعدة، البالعات، الخلايا العصبية والخلايا العارضة للمستضد
- ينجم عن الإنتان نقص تعداد الخلايا التائية المساعدة CD4 مع نقص في الوظيفة المناعية (نقص أداء الخلايا التائية المساعدة والبالعات والعدلات ونقص تفعيل شلال المتممة وبالتالي يصبح المريض عرضة للانتانات الانتهازية والسرطان ...)

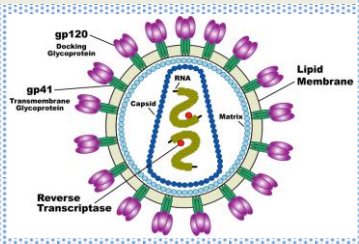
# التعريف والإمراض

- **تعريف متلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيدز) تبعا لمركز ضبط العدوى والوقاية:**
  - في العام 1982: عرف الأيدز بأنه كل مريض مصاب بال HIV1 وطور أحد الأمراض المحددة لمتلازمة الأيدز (داء المبيضات البيض، الداء الاندخالي بالCMV، غرن كابوزي، ذات الرئة بالمتكيس الكاريني ...وغيرها)
  - في العام 1987: تم توسيع التعريف ليشمل حالات مرضية لاورمية ولا إنتانية المرافقة للإيدز (العته المتبط بالايدز، متلازمة الهزال المرتبط بالايدز (فقد > 10% من وزن المريض)
  - في العام 1993: عدل مركز CDC التعريف ليشمل المرضى المصابين بال HIV1 ولديهم تعداد CD4 < 200 خلية/ ميكروليتر
- HIV : يؤدي لاضطراب التنظيم المناعي والتأتب وزيادة أمراض المناعة الذاتية
- الوفيات: تحدث معظم الوفيات عند مرضى الأيدز إما بسبب إنتاني أو ورمي
- نقص الوزن: غالبا ما يهيمن على بداية الأمراض المحددة للإيدز قبل ظهور العلامات السريرية الأخرى

**CDC: *Center for Disease Control & Prevention***

# فيروس نقص المناعة البشري (HIV1) ونمط انتقاله

- **بنية فيروس HIV1:**
  - يتألف من نسختين من RNA وحيد الفتيلة
  - انزيم الناسخة العكسية
  - محفظة *capsid* (p24)
  - الغلاف الفيروسي (فوسفوليبيد ثنائي الطبقات)



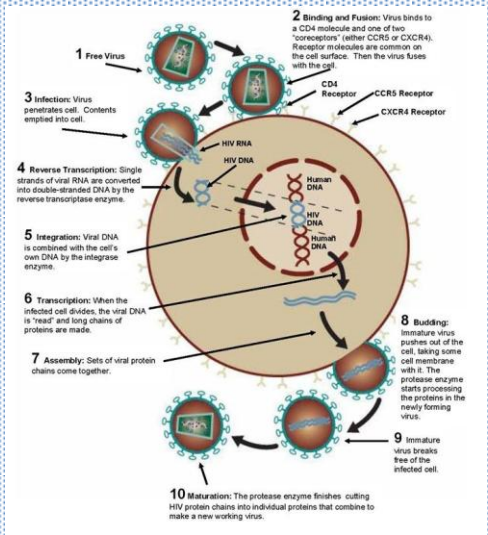

- **نمط انتشار فيروس HIV1:**
  - الاتصال الجنسي
  - الوخز بأدوات حادة ملوثة (أبر جراحية، أبر محاقن، مشارط ...)
  - نقل الدم أو أحد مشتقاته
  - الانتقال من الأم إلى جنينها أثناء الولادة أو الرضاعة
- **المجموعات عالية الخطورة:**
  - المثليين (الذكر > الإناث)
  - تعدد الشركاء الجنسيين
  - متعاطي المخدرات وريديا
  - المعرضين لنقل دم سابق أو متكرر
  - العاملين في القطاع الصحي (نادرا)

# مراحل الإصابة بال HIV1

- **تمر الإصابة بأربعة مراحل:**
  1. الأولى: التعرض للفيروس
  2. الثانية: الإنتان البدئي الحاد أو الإنقلاب المصلي
  3. الثالثة: مرحلة الكمون
  4. الرابعة: الأيدز

1. **المرحلة الأولى:** هي مرحلة التلقيح أو التعرض للفيروس وتكون من خلال مخالطة الشخص المصاب أو التلوث بمفرزات الشخص المصاب

# 2. المرحلة الثانية: الإنتان الحاد

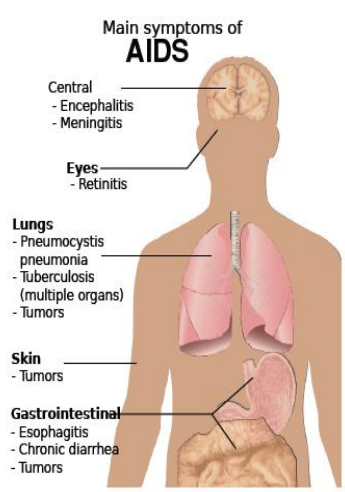



- الإنتان الحاد بالHIV1 أو الإنتان البدئي بال HIV1، أو متلازمة الانقلاب المصلي: هي المرحلة الثانية من المرض بعد التلقيح
- تحدث بعد مرحلة الحضانة (بعد التعرض بأيام أو أسابيع عادة)
- يحدث لدى المصاب إنتان فيروسي شبيه بالانفلونزا أو داء وحيدات النوى الخمجي
- الأعراض الأكثر شيوعا: حمى، اعتلال عقد لمفاوية، التهاب بلعوم، ألم عضلي، طفح، وهن عام، قرحات فموية أو مريئية
- الأعراض الأقل شيوعا: الصداع، الغثيان والإقياء، ضخامات حشوية، نقص وزن، سلاق فموي، أو أعراض عصبية

## 3. المرحلة الثالثة: الكمون Latency

- الإستجابة المناعية تقلل عدد جزيئات الفيروس في الدم وتستهل مرحلة الإنتان المزمن أو الثانوي
- قد تختلف فترة الانتان الثانوي بين أسبوعين وحتى 20 سنة
- **خلال هذا الطور من الإنتان الثانوي:**
  - يتفعل ال HIV1 ضمن العقد اللمفية ووالأنسجة المحيطة (الغنية بالخلايا التائية إيجابية CD4)
  - تتجمع جسيمات الفيروس ضمن الخلايا المخموجة وكذلك كفيروسات حرة
  - يكون المصابين قادرين على نقل العدوى في هذا الطور (تحمل الخلايا التائية إيجابية CD4 وإيجابية CD45RO معظم الحمل من طلائع الفيروس)
  - كل الذين لديهم حمل فيروسي قابل للكشف يطورون متلازمة إيدز من دون معالجة
- نسبة قليلة من الأشخاص المصابين بالإنتان يحتفظون بتعداد عالي من الخلايا التائية CD4+ مع حمل فيروسي منخفض غير قابل للكشف من دون معالجة مضادة للفيروس
  - يصنف هؤلاء كمسيطرين على الفيروس ويسمون ( HIV controllers or long-term nonprogressors (LTNP) or **elite controllers or elite suppressors**)

## 4. المرحلة الرابعة: مرحلة متلازمة نقص المناعة AIDS




- تعني متلازمة الإيدز تطور الأمراض المرتبطة بضعف المناعة والتي يمكن أن تصيب هذه الانتانات أي عضو في الجسم
- معظم هذه الحالات عبارة عن إنتانات انتهازية ناجمة عن فيروسات أو جراثيم أو طفيليات أو فطور
- كما يصاب مرضى الإيدز بطيف واسع من الأورام المرتبطة بنقص المناعة (غرن كابوزي، سرطان عنق الرحم، الليمفومات .. وغيرها)
- تترافق الانتانات المرتبطة بنقص المناعة بأعراض عامة (حمى، تعرق ليلي، ضخامات عقدية، عرواءات، وهن عام و نقص وزن
- بعض الانتانات الانتهازية مرتبطة بشيوع هذه الانتانات في المنطقة الجغرافية التي يقطنها المريض

# الوبائيات والإمراض

- 70% من المصابين بفيروس نقص المناعة يطورون أمراض في الرأس والعنق
- ≈40% من المرضى يتظاهرون بشكل بدئي بأفة في منطقة الأذن والأنف والحنجرة
- خطورة مرتفعة للإصابة بطيف واسع من الأمراض الشائعة والغريبة
- متلازمة نقص المناعة (الإيدز) تمثل المراحل النهائية من هذه الإنتانات

# التشخيص والتصنيف

- **التشخيص:**
  - كشف أضداد فيروس HIV1 باستخدام تقنية إليزا Enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) وتقنية البقعة الغربية Western Blot
  - كشف مورثات الفيروس باستخدام تقنية polymerase chain reaction (PCR)
  - قياس تعداد الخلايا CD4+ وCD4+/CD8+ Ratio

- **يجمع المرضى المصابين بال HIV1 في أربعة مستويات تبعا لتعداد الخلايا CD4+:**
  1. تعداد الخلايا CD4+ > 500 خلية/ ملم$^3$: حيث يكون المرضى لاعرضيين في هذه الحالة
  2. تعداد الخلايا CD4+: 200 – 500 خلية/ ملم$^3$: تبدأ التظاهرات الباكرة للأمراض المرتبطة بنقص المناعة
  3. تعداد الخلايا CD4+ < 200 خلية/ ملم$^3$: تكثر الإصابات المرتبطة بمتلازمة نقص المناعة
  4. تعداد الخلايا CD4+ < 50 خلية/ ملم$^3$: خطورة حدوث الانتانات الانتهازية الغير اعتيادية

## الفيزيولوجية المرضية

- ترتبط خطورة حدوث انتانات انتهازية على أدنى تعداد للخلايا CD4+ وليس على أحدث تعداد لها
- الأسباب الرئيسة للتظاهرات الأذنية لل HIV1:
  - الانتانات: الشائعة والانتهازية الغير اعتيادية
  - الأورام: غرن كابوزي والليمفوما
  - الأذيات العصبية البدئية: العته والهزال
- العوامل الممرضة الشائعة: يستجيب معظمها للمعالجة في المراحل الباكرة من المرض
- العوامل الممرضة الغير اعتيادية: تحدث في المراحل النهائية للمرض
- غرن كابوزي (KS) وليمفوما لاهودجكن (NHL): هي أكثر الأورام شيوعا في الرأس والعنق عند مرضى الإيدز

## الفيزيولوجية المرضية

- الكثير من المرضى المصابين بانتانات انتهازية خطيرة غير مدركين لإصابتهم بالفيروس
- بعد العام 2000: ≈50% من المرضى المشخصين لم يكن لديهم علم مسبق بإصابتهم بالفيروس
- ≈ 35% من المرضى لم يتلقوا أي معالجة نوعية للإنتان بالفيروس قبل تشخيص متلازمة الإيدز لديهم (هوفمان)
- المرضى المصابين بالمراحل المتقدمة من نقص المناعة:
  - ليس فقط لم يتلقوا أية عناية أو معالجة
  - بل ساهموا بنشر المرض للأخرين من دون وعي
- تنبيه أطباء الأذن والأنف والحنجرة للإمكانية الحقيقية بأن الإنتان بال HIV قد يكون وراء الأمراض المرافقة

# Conditions Occurring in or Affecting Multiple Head and Neck Anatomic Sites

A. Conditions in the face & External nose
B. Conditions in the Ear
C. Conditions in the nose & Paranasal sinuses
D. Conditions in the oral cavity, Pharynx & Larynx
E. Conditions in the neck

# Conditions Occurring in or Affecting Multiple Head and Neck Anatomic Sites

Table I. **ENT manifestations of HIV**

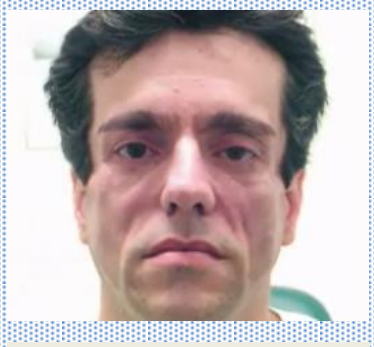
| Oral | Nose and paranasal sinuses | Otological and neurotological | Head and neck |
|---|---|---|---|
| • Recurrent aphthous ulcers<br>• Candidiasis<br>• Herpes simplex<br>• Gingivitis<br>• Stomatitis<br>• Periodontitis<br>• Condylomata<br>• Hairy leukoplakia<br>• Kaposi's sarcoma<br>• Non-Hodgkin's lymphoma | Cutaneous lesions<br>• Kaposi's sarcoma<br>• Herpes simplex<br>• Herpes zoster<br>• Seborrhoeic dermatitis<br>Non-cutaneous<br>• Adenoid hypertrophy<br>• Eustachian tube obstruction<br>• Allergic rhinitis<br>• Acute AND chronic sinusitis | • Otitis externa<br>• Otitis media with effusion<br>• Eustachian tube dysfunction<br>• Kaposi's sarcoma<br>• Sensorineural hearing loss<br>• Bell's palsy | • Generalised lymphadenopathy<br>• Neck mass<br>*Mycobacterium tuberculosis*<br>*Mycobacterium avium*<br>Cryptococcosis<br>Histoplasmosis<br>Coccidioidomycosis<br>• Parotid gland cyst |

## الافات الانتهازية في متلازمة نقص المناعة المكتسب

- *Secondary infections:*
  - *Pneumocystis carinii pneumonia,*
  - *Tuberculosis*
  - *Candida albicans*
  - *Cryptococcus neoformans*
  - *Mycobacterium species (avium & kansasii)*
  - *Toxoplasma gondii*
  - *Cytomegalovirus*
  - *Herpes zoster*
  - *Histoplasmosis*
  - *Herpes simplex*
  - *Coccidiomycosis*
  - *Papovavirus*
  - *Streptococcus pneumonia*
  - *H-infuenza*

- **Secondary cancers**:
  1. Kaposi's sarcoma.
  2. B-cell lymphoma.
  3. Cervical cancer
- These cancers often foreshadow a poor prognosis
- Co-infection with an oncogenic DNA virus, especially:
  - Kaposi's sarcoma-associated herpes virus (KSHV) (*human herpesvirus- 8* [HHV-8])
  - *Epstein-Barr virus* (EBV),
  - *human papillomavirus* (HPV)
- Hodgkin's disease, anal & rectal carcinomas, hepatocellular carcinomas, head & neck cancers & lung cancer

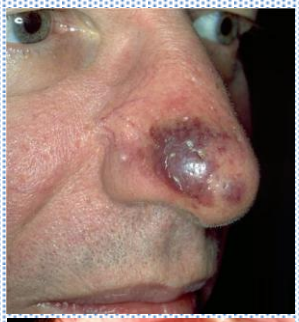
## الحثل الشحمي الوجهي Lipodystrophy



HIV-associated lipodystrophy

- تحدث هذه المتلازمة في المرضى الخاضعين للعلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية
- تسبب تشوه لافت للوجه
- إصابة الوجه هي الأكثر شيوعا وتحمل وصمة اجتماعية
- تسيء بشدة لنوعية حياة مريض الإيدز
- قد تسبب عدم الالتزام باستمرارية العلاج

# Kaposi's Sarcoma (KS) غرن كابوزي



- **التعريف:** ورم اندفاعي حطاطي مصطبغ يترافق بالإصابة بفيروس الحلأ البشري نمط 8
- الخباثة الأكثر شيوعا عند مرضى الإيدز
- قد يكون التظاهر الأول لمتلازمة نقص المناعة
- أول وصف له كان بين الرجال المثليين (1981) وكان أول ملامح جائحات الإيدز
- **نمط الإنتقال:**
  - ينتقل بالاتصال الجنسي أو عبر الدم الملوث أو اللعاب الملوث
- **الفئات الأكثر عرضة للإصابة:**
  - المثليين (الذكور> الإناث)
  - المتعاطين للمخدرات الوريدية

# Kaposi's Sarcoma (KS) غرن كابوزي

- **الملامح السريرية لغرن كابوزي:**
  - اندفاعات جلدية متعددة البؤر وردية أو إرجوانية غير مؤلمة تأخذ شكل بقعي أو عقيدي مرتفع تصيب الجلد والأغشية المخاطية
  - غالبا يصيب الجلد أولا وقد يصيب الأغشية المخاطية للفم والسبيل الهضمي والرئتين
  - قد تظهر الإصابة المخاطية أولا وخصوصا في جوف الفم (الحنك واللثة اكثر شيوعا)
- **الأعراض:**
  - عادة غير مؤلم إلا إذا حدث انتان ثانوي أو تقرح حيث يحدث تقرح ونزف من الأفة
  - الأفات الفموية العرطلة تسبب اضطراب النطق والمضغ والبلع
- **التشخيص:**
  - سريري بالأساس ويؤكد بالخزعة والفحص النسيجي

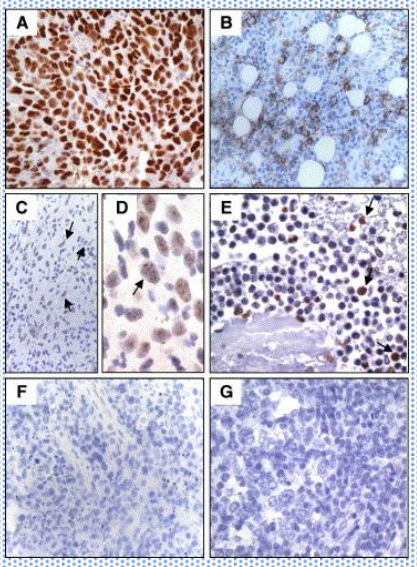
# Kaposi's Sarcoma (KS) غرن كابوزي

- **التدبير:**
  - العلاج الأساسي لغرن كابوزي المرتبط بالإيدز تلطيفي
  - استطبابات خاصة للمعالجة في غرن كابوزي: الأفات المشوهة أوالأفات الحشوية العرضية (ألم ووذمة) اعتلال عقد لمفاوية أو أفات جلدية واسعة الانتشار
- **الخيارات العلاجية:**
  - معالجة شعاعية بجرعات منخفضة
  - معالجة كيماوية أو مناعية
  - العلاج باللايزر
  - العلاجات الهدفية لفيروس HHV8
- **المعالجة المثلى لا تزال موضع جدل**

# Non Hodgkin's Lymphoma ليمفوما لاهودجكن

- **الحدوث والوبائيات:**
  - هي ثاني أكثر الخباثات شيوعا المرافقة لإنتان الأيدز (3-10% من مرضة الإيدز)
  - تزداد خطورة حدوثها بشكل مضطرد مع تطور الإصابة بالإيدز بسبب التثبيط المناعي
  - 95% من اليمفوما لاهودجكن المرتبطة بالإيدز هي من منشأ خلايا بائية وتشكل الليمفوما عالية الدرجة >60% من حالاتها واليمفوما متوسطة الدرجة حوالي 33% منها
- **الملامح السريرية:**
  - يتظاهر غالبية المرضى بالحمى والتعرق الليلي ونقص الوزن
  - تتظاهر بشكل أفة أو أفات متعددة قرحية، مع وذمة لجوف الفم وتتميز الإصابة بالنمو السريع والظهور المفاجيء
  - أفات متعددة البؤر مع تقرحات (اختفاء الأفات وعودة ظهورها)
  - إمكانية حدوث خباثات أخرى متزامنة أو تالية

## Non Hodgkin's Lymphoma ليمفوما لاهودجكن




- **التدبير:**
  - يجب أن توازن المعالجة بين الحاجة لعلاج الليمفوما والخطورة الزائدة للتثبيط المناعي
  - المعالجة غالبا كيماوية متعددة الأدوية
  - الاستخدام الحالي لبروتوكول HAART مع المعالجة الكيماوية يمكن أن يزيد البقيا
  - تستخدم المعالجة الشعاعية في الحالات الموضعة والأفات العرضية
- **الإنذار:**
  - إنذار الليمفوما لاهودجكن المرتبطة بالإيدز أسوأ عموما مع تطور سريع أكثر من الحالات العادية

HAART: Highly-Active Antiretroviral Therapy

## Hodgkin's Lymphoma ليمفوما هودجكن

- يزيد خطر حدوث مرض هودجكن 10 أضعاف أكثر في مرضى الإيدز
- السير السريري أكثر عدوانية
- تكثر الأنماط مختلطة الخلوية الخطيرة والنمط قليل الخلوية
- 80 – 100% ترافق مع إنتان بالفيروس ابشتاين بار EBV
- البقيا العامة والاستجابة للعلاج أقل من حالات هودجكن الإعتيادية
- تتألف المعالجة من اشتراك العلاج الكيماوي مع المعالجة المضادة لفيروس الإيدز
- إضافة HAART للمعالجة الكيماوية يبدو أنها تحسن الاستجابة وتزيد البقيا الخالية من المرض والبقيا العامة

## فرط التصنع اللمفاوي Lymphoid Hyperplasia

- يحدث فرط التصنع اللمفاوي المعمم غالبا في حلقة فالداير (اللوزات الحنكية، الناميات، اللوزات اللسانية)
- فرط التصنع اللمفاوي في البلعوم الأنفي (ضخامة الناميات عند بالغ ← إنتان محتمل بال HIV1)
- كل مرضى الأيدز يطورون درجة من فرط التصنع الليمفاوي السليم
- **الأعراض:**
  - انسداد أنف: العرض الأكثر شيوعا
  - التهاب أذن وسطى مصلي أو حاد (مع نقص سمع، امتلاء أذني أو ألم أذن)
- **التشخيص:**
  - التصوير الطبقي المحوري مع الحقن
  - التصوير بالرنين المغناطيسي للبلعوم الأنفي: ضروري لنفي أية أفة غازية لقاعدة القحف (ليمفوما) أو مجرد ضخامة غير متناظرة للناميات
  - الدراسة النسيجية للخزعات
- **التدبير:**
  - المعالجة المحافظة بالصادات و الستيروئيدات الموضعية تحسن الأعراض
  - الجراحة: عند فشل العلاج المحافظ، تجريف بلعوم أنفي مع خزع طبلي وأنابيب تهوية
  - يرسل النسيج المستأصل للدراسة النسيجية لنفي الليمفوما

## داء المبيضات البيض الفموي Oral Candidiasis

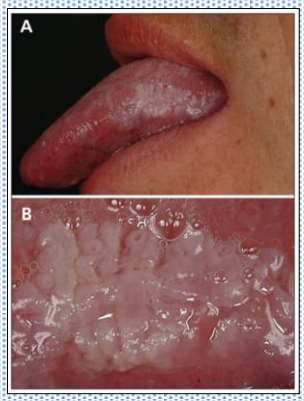
- واحد من التظاهرات الباكرة والشائعة والتي قد تنبيء بإنتان بال HIV1
- تنخفض البقا طويلة الأمد عند مريض ال HIV1+ في حال طور سلاق فموي
- يوجد أربعة أنماط مختلفة للسلاق الفموي عند مرضى الأيدز:

1. **داء المبيضات الغشائي الكاذب:** يتميز النمط التقليدي منه بلويحات بيضاء يمكن كشطها وتترك قاعدة حمامية مدماة
2. **داء المبيضات مفرط التصنع:** يمكن الخلط بينه وبين الطلاوة أو الطلوان المشعر، حيث يبدو كلويحات بيضاء سميكة يصعب كشطها (ضرورة الخزعة)
3. **داء المبيضات الضموري:** أفات منبسطة ضمورية تصيب الغشاء المخاطي الفموي والبلعومي
4. **التهاب الشفتين الزاوي:** يصيب صوار الفم في الطرفين مع أفات حمامية قرحية تشمل الجلد المجاور

## داء المبيضات البيض الفموي Oral Candidiasis

- **داء المبيضات البلعومي المريئي:** أكثر شيوعا عند مرضى التثبيط المناعي ويجب الشك بوجوده عند شكاية المريض من ألم بلع شديد وعسرة بلع
- **التدبير:**
  - المعالجة الموضعية: مفيدة في المراحل الباكرة للأيدز
  - المعالجة الجهازية: فلوكونازول، أمفوتيريسين B، في الحالات المتقدمة للمرض
  - المعالجة مشتركة موضعية وجهازية في داء المبيضات المنتشر (البلعومي المريئي)

## الطلوان المشعر الفموي Oral Hairy Leucoplakia




- **التعريف:** أفة بيضاء متغضنة على حواف اللسان الجانبية غير قابلة للكشط
- قد يصيب مرضى زرع الأعضاء بسبب المعالجة المزمنة بالستيروئيدات، نادر جدا عند الأسوياء مناعيا
- العامل المسبب في مرضى الإيدز هو فيروس ابشتاين بار (EBV)
- وصف للمرة الأولى في العام 1984 عند الرجال المثليين، أقل شيوعا عند النساء ونادر عند الأطفال المصابين بال HIV1
- **التدبير:**
  - لا حاجة للعلاج في الحالات الغير عرضية إلا لأسباب جمالية
  - تطوره عند المريض قيد المعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية يدل على فشل البروتوكول العلاجي

## القرحات القلاعية الناكسة Recurrent Aphthous Ulcers

- شائعة عند مرضى الانتان بالفيروس HIV1
- تتظاهر بقرحات فموية مؤلمة
- تختلف بالحجم من 0.2 ملم - > 6ملم
- تهدف المعالجة لتخفيف الألم والأعراض باستخدام الغسول الفموية المطهرة و الستيروئيدات والمخدرات الموضعية
- يجب إجراء خزعة ودراسة نسيجية في الحالات التالية:
  - الأفات القرحية الكبيرة
  - النكس المتكرر
  - الأفات الغير مستجيبة على العلاج

## أفات فموية أخرى

- **الحمامى اللثوية الخطية:**
  - التهاب لثة خاص بالمصابين بالأيدز، نازفة وغير مؤلمة
  - تعالج بالعناية الموضعية والصادات الحيوية الجهازية
- **القرح الأفرنجي:**
  - قد يتزامن مع الإصابة بفيروس نقص المناعة
- **الالتهاب النخري للثة والأنسجة الداعمة للأسنان:**
  - يصيب 50% من مرضى الأيدز
  - تسببه مجموعة من الجراثيم (الكليبسلا، أيشريشيا كولي، المتفطرات الطيرية، اللاهوائيات)
  - الأعراض: ألم شديد، بخر، تخلخل الأسنان
  - المعالجة: التنضير، كلندامايسين، الفلاجيل

# التظاهرات لأيدز في الأنف و الجيوب

## HIV Sinonasal Manifestations

- يتظاهر 40-70% من مرضى الأيدز بالتهاب أنف تحسسي، التهاب جيوب، انسداد أنف، سرطانات أنف وجيوب
- الشكايات الأكثر شيوعا في الأنف والجيوب: انسداد الأنف والذي ينجم غالبا عن ضخامة ناميات أو التهاب أنف تحسسي
- يمكن أن يشكو المرضى من أمراض شائعة أخرى كالتدرن
- يحدث التهاب الأنف والجيوب الحاد أو المتكرر أو المزمن عند 20 – 68% من المرضى
- العوامل الممرضة مشابهة للحالات العادية باستثناء حالتين استثنائيتين من الانتانات الأنتهازية (الزوائف الزنجارية، الرشاشيات الدخنية)
- داء الفطار الفطراني: يحدث عند مرضى العوز المناعي المصابين بنقص العدلات، لكن ليس شائعا بين مرضى الأيدز

# تظاهرات الأيدز في العنق

## Neck Manifestations

- تحدث الضخامات العقدية بشكل شائع عند مرضى الأيدز
- > 90% من المرضى الذين لديهم تظاهرات أذنية سوف يطورون ضخامات رقبية
- تختلف المقاربة التشخيصية قليلا عن المرضى العاديين الذين تتركز الدراسة لنفي الخباثة عندهم
- التشخيص التفريقي لكتلة عنق عند مريض إيجابي HIV:
  - اعتلال العقد اللمفية المرتبط بفيروس نقص المناعة
  - مرض نكفي
  - انتانات
  - أورام
- الحالات الانتانية المسببة لاعتلال العقد اللمفية الرقبية (التدرن، انتانات المتفطرات اللاسلية، داء المقوسات، التهاب العقد اللمفية القيحي، الانتانات الفطرية)

# اعتلال العقد اللمفاوية المعمم المستمر

## Persistent Generalized Lymphadenopathy

- حوالي 70% من مرضى الأيدز بعد الأنقلاب المصلي
- يعرف عند البالغين كاي اعتلال عقدي > 1سم من دون سبب واضح ويصيب موفعين أو أكثر خارج المنطقة المغبنية لمدة ثلاثة أشهر أو أكثر
- الاستطبابات لإجراء استقصاءات إضافية أو FNAB:
  1. العقد اللمفية المتضخمة بسرعة
  2. وجود عقدة مسيطرة أو اعتلال عقد رقبية غير متناظرة
  3. العقد الصلبة غير متحركة
  4. نقص وزن حديث

# ضخامة الغدة النكفية

## Parotid Gland Enlargement

- تحدث عند المصابين الذين لا يعالجون بمضادات الفيروسات القهقرية
- الداء اللمفاوي البشروي الكيسي المرتبط بالايدز (الكيسات اللمفية البشروية السليمة):
  - حالة مرضية خاصة بالأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة (تنجم عن الاستجابة اللمفاوية للإنتان بال HIV1)
- الأعراض: ضخامة نكفية ثنائية الجانب غير مؤلمة، من دون أية أعراض عدا التشوه الجمالي
  - السير الطبيعي لهذا المرض غير معروف
- يتم تأكيد التشخيص بالإيكوغرافي وFNAB: يبدي التصوير بالأيكو أفات كيسية متعددة ضمن الغدة النكفية
- المعالجة: (حسب شدة التشوه الشكلي)
  - معالجة مضادة لفيروس الأيدز
  - بزل الكيسات مع التصليب بحقن التتراسيكلين
  - المعالجة الشعاعية بجرعات منخفضة أو الاستئصال الجراحي

# التظاهرات الأذنية للأيدز

## Otological Manifestations

- التظاهرات الأذنية للأيدز أقل شيوعا من الأفات السابقة
- اللافت عدم حدوث التهاب الأذن الخارجية النخري والاعتيادي أكثر من الأشخاص المضعفين مناعيا كمرضى السكري
- بينما يزيد معدل حدوث التهاب الذن المصلي عند مرضى الأيدز (كل مريض بالغ لديه التهاب أذن مصلي ثنائي الجانب يجب نفي إصابة بال HIV1)
- يجب مقاربة وتدبير الالتهاب المصلي وفق المعايير الطبية من قبل أخصائي أذن أنف حنجرة
- تتضمن المعالجة خزع طبلي ثنائي الجانب مع تجريف ناميات (والدراسة النسيجية للمجروفات)

# نقص السمع الحسي العصبي

## Sensorineural Hearing Loss

- قد يدث نقص السمع الحسي العصبي عند مرضى الأيدز
- ترتبط الأسباب بالفيروسات ذات الانحياز العصبي وتأثيرها على العصب السمعي، الأفرنجي، التهاب السحايا بالمستخفيات
- تتضمن الاستقصاءات:
  - فحص أذني شامل، دراسة سمعية كاملة
  - دراسة مخبرية لنفي الأفرنجي
  - الدراسة الشعاعية حسب الضرورة
  - بزل السائل الدماغي الشوكي لتحري اللولبيات الشاحبة أو الأضداد الفيروسية أو مستضدات المستخفيات
- التدبير: تبعا لشدة نقص السمع و درجة العجز السمعي مع علاج سببي في حال اكتشافه