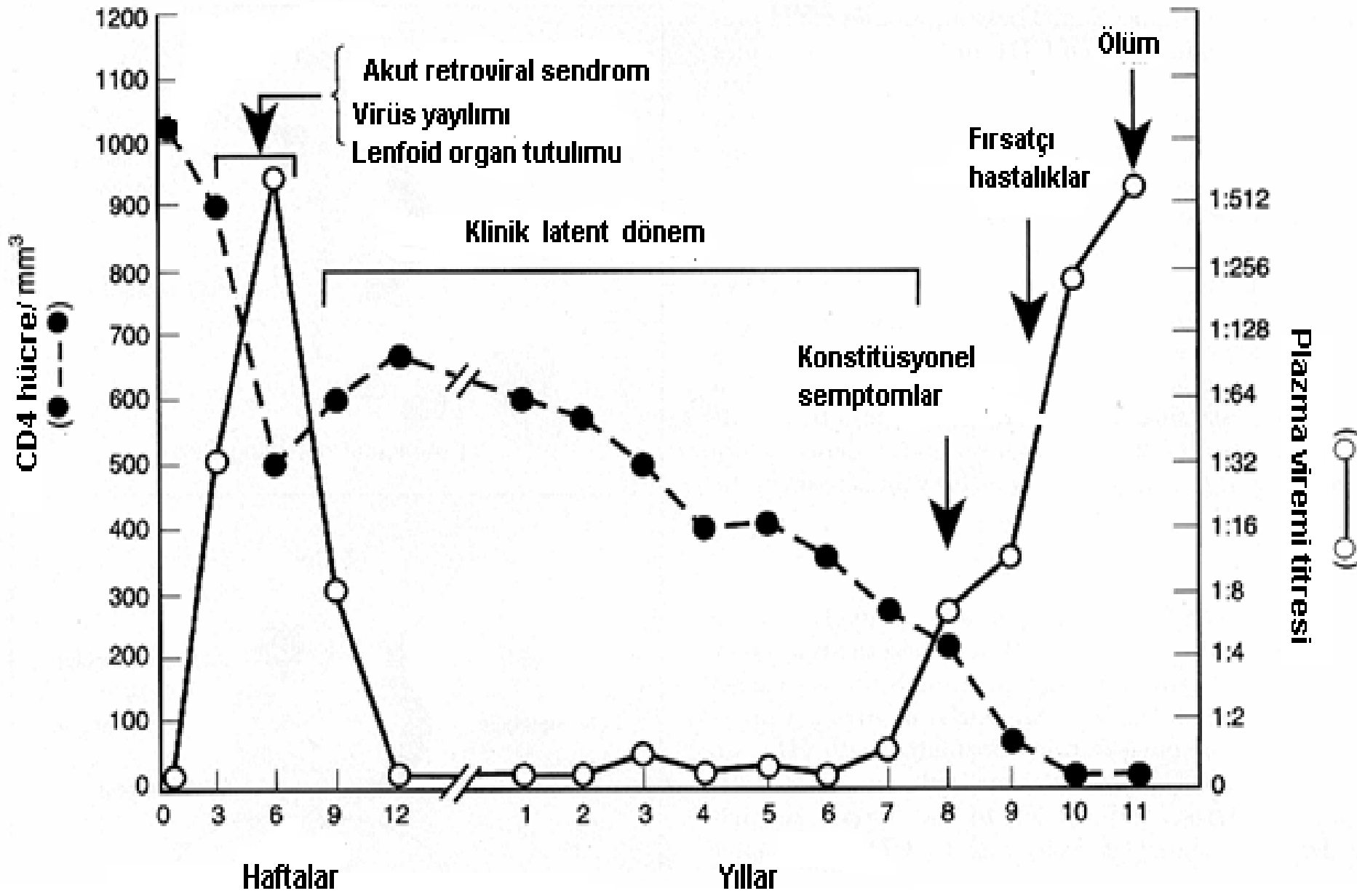


*Muzaffer Fincancı*

# **HIV Enfeksiyonunda Klinik ve İmmunolojik Sınıflama ve ART Başlama Kararı Alınması**



# HIV enfeksiyonu sınıflama sistemi

	Klinik kategori A	Klinik kategori B	Klinik kategori C
CD4>500/ $\mu$ L	A1	B1	C1
CD4:200-499/ $\mu$ L	A2	B2	C2
CD4<200/ $\mu$ L	A3	B3	C3

# Klinik Kategori A

- Akut primer HIV enfeksiyonu
- Persistan jeneralize lenfadenopati
- Asemptomatik HIV enfeksiyonu

# Klinik Kategori B

- Basiller anjiomatoz
- Orofarengeal kandidiyaz
- Tedaviye yanıt vermeyen vulvovaginal kandidiyaz
- Servikal displazi/karsinoma insitu
- Konstitüsyonel semptomlar; ateş, ishal, kilo kaybı
- Oral tüylü lökoplaki
- İdiyopatik trombositopenik purpura
- Listeriyoz
- Pelvik enflamatuvar hastalık
- Periferi nöropati
- Herpes zoster enfeksiyonu

# Klinik Kategori C

- Trakea, bronş veya akciğer kandidiyazı
- Ösefagiyal kandidiyaz
- Servikal kanser
- Dissemine veya akciğer dışı koksidioidomikoz
- Akciğer dışı kriptokokkoz
- Kronik intestinal isosporiyaz (>1 ay)
- Kronik intestinal kriptosporidiyaz (> 1 ay)
- Sitomegalovirüs hastalığı (karaciğer, dalak, lenf bezi hariç)
- Sitemegalovirüs retiniti
- HIV'e bağlı ensefalopati
- *Herpes simplex*'e bağlı 1 aydan fazla süren ülserler, bronşit, pnömoni veya ösefajit
- Dissemine veya akciğer dışı histoplazmoz
- Kaposi sarkomu
- Burkitt lenfoması
- Primer beyin lenfoması
- Dissemine veya akciğer dışı *Mycobacterium avium complex*(MAC) veya *M.kansasii* enfeksiyonu
- *Mycobacterium tuberculosis* enfeksiyonu
- *Pneumocystis jirovecii* pnömonisi
- Tekrarlayan pnömoniler
- Progressif multifokal lökoensefalopati
- Tekrarlayan *Salmonella* septisemisi
- Beyinde toksoplazmoz
- HIV tükenmişlik sendromu

## *Bazı fırsatçı hastalıklar ile CD4 (+) T lenfosit sayısı arasındaki ilişki*

<b>Sınır yok</b>	Pulmoner tüberküloz, Herpes zoster virus (HSV) enfeksiyonu, bakteriyel pnömoni, kaposi sarkomu, lenfoma
<b>CD4&lt;200mm<sup>3</sup></b>	Pneumocystis jirovecii pnömonisi (PCP), özofageal kandidiaz, Progressif multifokal lökoensefalopati,, Herpes simplex virus (HSV) enfeksiyonu
<b>CD4&lt;100mm<sup>3</sup></b>	Serebral toksoplazmoz, HIV ensefalopatisi, kriptokokkoz, milier tüberküloz
<b>CD4&lt;50 mm<sup>3</sup></b>	CMV retiniti, kriptosporidioz, MAC ve diğer atipik mikobakteri enfeksiyonları

# ART ne zaman başlamalı?

## *Kararı etkileyen faktörler*

- HIV ile ilişkili semptomlar
- CD<sub>4</sub> sayısı ve viral yük
- Hastalık seyrini etkileyen komorbiditeler
- Gebelik
- Hastalığın yayılma olasılığı
- Hastanın isteği
- Sosyo-ekonomik durum



# ART başlanması önerilen HIV ile ilişkili semptomatik hastalıklar



- CDC : Kategori B ve C
- DSÖ : Klinik evre 3 ve 4
- Akut ve yeni HIV enfeksiyonu (Erken HIV enfeksiyonu) (BII)

# Asemptomatik hastada CD4 sayısına göre tedavi önerileri

CD4 sayısı (hücre/mm <sup>3</sup> )	DHHS 2013	EACS 2013	WHO 2013	BREZİLYA 2008	BOTSWANA 2008
<200	+	+	+	+	+
200-350	+	+	+	±	+<250
350-500	+(AII)	±	±	-	-
>500	+(BIII)	±	-	-	-

+ : Tedavi edilmelidir

± : Tedavi başlanması yararlıdır. Hastanın özel koşullarına göre tedavi önerilir

- : Tedavi önerilmez

# HIV/AIDS TANI TEDAVİ REHBERİ - TÜRKİYE

KLİNİK KATEGORİ	CD4 T HÜCRESİ SAYISI	ÖNERİLEN
Semptomatik hasta	Herhangi bir değer	Tedavi başlanmalı
Aseptomatik hasta	<350 hücre/mm <sup>3</sup>	Tedavi başlanmalı
Aseptomatik hasta	350-500 hücre/mm <sup>3</sup>	Tedavi başlanması yararlıdır. Hastanın özel koşullarına göre tedavi önerilir.
Aseptomatik hasta	>500 hücre/mm <sup>3</sup>	Tedavi başlanabilir. Hastanın özel koşulları değerlendirilerek, istekli ve hazırsa tedavi önerilebilir.

## Daha Erken ART Başlanması Önerilen Durumlar

- CD4 T hücrelerinin sayısında hızlı azalma ( $>100$  hücre/ $\text{mm}^3/\text{yıl}$ ) (AIII)
- Viral yük  $>100\,000$  kopya/ml (BII)
- HIV ile ilişkili böbrek hastalığı (HIVAN) (AII)
- HIV ile ilişkili nörokognitiv bozukluk
- Yüksek kardiyovasküler risk
- Malinite varlığı
- Otoimmün hastalık
- $>50$  yaş (BIII)

# Daha Erken ART Başlanması Önerilen Durumlar

## □ Kronik HBV/HIV koenfeksiyonu (AII)

- *HBV'nin tedavi edilmesi gerekiyorsa veya  $CD4 < 500$  ise  $\Rightarrow$  ART +*

- *HBV'nin tedavisi gerekmiyorsa ve  $CD4 > 500$  ise  $\rightarrow$  ART $\pm$*

## □ Kronik HCV/HIV koenfeksiyonu (BII)

## □ Gebelik

# Gebelerde antiretroviral tedavi/profilaksi deęerlendirmesi

<b>Gebelik durumu</b>	<b>Tedavi/profilaksi</b>
<b>Kendi sağlığı için ART gereksinimi olan gebeler</b>	<b>Ömür boyu tedavi</b> . Tedavi almayan gebelerde mümkün olan en kısa sürede ART başlanmalıdır. (Acil tedavi gereken gebelere gebeliğin ilk üç ayında olursa bile tedavi başlanmalıdır*) . Tedavi alanlarda almakta olduğu tedavinin etkinliği değerlendirilmeli, ART sürdürülmelidir*.
<b>Kendi sağlığı için tedavi gereksinimi olmayan gebeler</b>	<b>Gebelik boyunca profilaksi</b> . HIV viral yük düzeyine ve CD4 sayısına bakılmaksızın tüm gebelere ARV profilaksi (gebeliğin 14. haftasından sonra, 28. haftasından önce ) başlanmalıdır.

# Tüberküloz tedavisi başlanan koenfeksiyonlularda ART

Hastanın durumu	ART başlama zamanı
CD4 < 50 h/mm <sup>3</sup>	2 hafta içinde başlanmalı  (AI)
CD4 ≥ 50 h/mm <sup>3</sup> + ağır klinik tablo var	2-4 hafta içinde başlanmalı  (BI, BIII)
CD4 ≥ 50 h/mm <sup>3</sup> + ağır klinik tablo yok	2-4 haftadan sonraya ertelenebilir 8-12 haftayı geçmemeli  (AI, BIII)
Gebelik varsa	Olabildiğince erken başlanmalı  (AIII)
MDR tüberküloz varsa	2-4 hafta içinde başlanmalı  (BIII)

# Erken tedavi için uyarılar

- ARV ilaç toksisiteleri yaşam kalitesini ve tedaviye uyumu olumsuz yönde etkileyebilir.
- Erken dönemde ilaç direnci gelişmesi ileriki tedavi seçeneklerini azaltabilir.



# ART'nin ertelenebileceđi durumlar

- Hastanın ilaç kullanma isteğinin olmaması
- İlaçların devamlılığının sağlanmasının garanti altına alınamaması
- İlaç alımını aksatabilecek cerrahi girişim olasılığı
- ARV ile etkileşebilecek tedavi zorunlulukları
- $CD4 > 500$  hücre/mm<sup>3</sup>
- “Uzun sürede ilerleme göstermeyen hastalar” ? ve “elit kontroller” ?