

Yeni tanı almış hastada ilk danışmanlık, anamnez, muayene ve laboratuvar testleri

Uzm.Dr. Taner Yıldırım

Okmeydanı EAH Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik
Mikrobiyoloji Kliniği

2. İlk adımda hasta yönetimi kursu

Radisson Blu Otel Şişli-İSTANBUL

20.12.2014

- HIV infekte hastaların tedavisindeki dinamik gelişmelerle birlikte yaşam süresinin artması sonucu uzun yıllara yayılan bir klinik yaklaşım süreci doğmuştur.
- AIDS'i Kronik bir hastalıktır.. Ancak diğer kronik hastalıklardan ayıran çok farklı boyutları vardır.
- Bulaşıcı yönüyle toplum sağlığına tehdit etmesi yanında bireyin psiko sosyal, mesleki ve ekonomik konumunu, iyilik halini hastalığın derecesiyle ilgisiz bir şekilde derinden, sarsıcı, yıkıcı şekilde etkileyebilmektedir.
- Bu durum damgalanma ve ayrımcılık sonucunda gelişir

Stigma

Discrimination

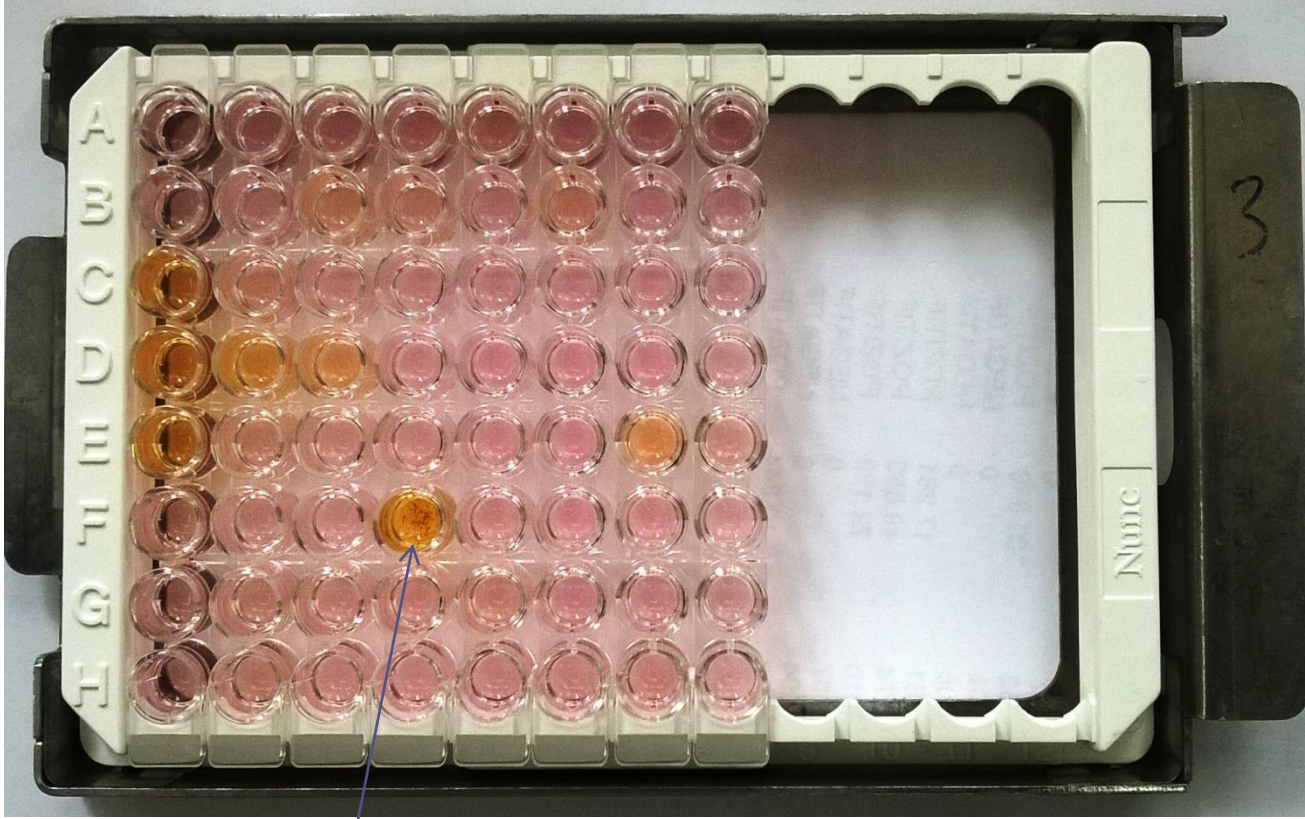
initial encounter

- Bu hastalar genelde poliklinikten izlenir. İlk karşılaşmada yıllarca sürececek bir hasta doktor işbirliğinin temeli atılır ya da işler ters giderse köprüler atılmakta sonuçta olaylar mahkemeye bile taşınmaktadır.
- Seropozitif hasta takibi yapacak doktorun uygun ve dikkatli bir değerlendirme yapma becerisi kazanmış olması kritik önemdedir ve tüm süreci etkilemektedir

Follow-up , education

Danışmanlık-1

- İlk pozitif ELİSA test sonucunun hastaya açıklanması (üstü kapalı ya da açık şekilde) ilgili laboratuvar uzmanı tarafından ikinci kan örneğinin istenmesi sırasında oluyor. SM'ne WB doğrulanmaya gönderilmesi esnasında konu biraz daha açıklığa kavuşuyor.
- Başvuran ayaktan hastaysa telefonla çağırılmakta, yatan hastaysa doktoruyla iletişime geçilmektedir
- Bu aşamada ve sonrasında hastanın kendisi dışındaki kişilere izini olmaksızın bu konuda bilgi verilmemesi çok önemlidir.
- Hastayla ilk görüşme özel olmalıdır. Hasta isterse yakını da bilgilendirilir.
- Bazen hasta yakını hastadan önce durumu öğrenmiş olabilir. Hastaya ne şekilde söyleneceğine birlikte karar verilir.



F4 yüksek pozitif hasta örneği

Danışmanlık-2

- Hasta HIV⁺ bulunması hakkında ilk bilgiyi aldığı anda SM kanalıyla WB sonucu alana kadar geçen süre 2 haftayı buluyor
- Bu süreci hastanın tümüyle umutsuzluk anksiyete içinde beklemesi istenmez bunu psikolojik hazırlık süreci gibi değerlendirmek gerekir
- Hastaya testin negatif çıkabileceği ancak kesin sonuç gelene kadar pozitifmiş gibi korunması gerektiği anlatılmalıdır
- Hastalıkla ilgili ayrıntılı görüşme doğrulama alındıktan sonra yapılmalıdır. Ancak hastanın bilgi talebi varsa cevapsız bırakılmaz

Danışmanlık-3

- WB testi sonucu 1 ay sonra tekrarı uygundur (indetermined) gelebilir. Bu durumda 1.5 aylık ek bekleme süreci doğuyor. Hasta için gerek görülürse HIV-RNA istenebilir.
- Doğrulama (+)gelince kişisel bilgi formları kodlu ve gizli olarak doğrulamayı yapan İHSM'lerine gönderilir
 - D-86-A (AIDS vakaları için)
 - D-86-B (Taşıyıcılar için)

D-86-A VAKALAR İÇİN KİŞİSEL BİLGİ FORMU

İli:

1) KİŞİNİN

KODU: (Adı, soyadı ve baba adının ilk iki harfi, doğum yılı son iki rakamı)

DOĞUM TARİHİ: / / CİNSİYETİ: E () K ()

UYRUGU: MESLEĞİ :

SÜREKLİ YAŞADIĞI ADRES : (il ve ilçe olarak)

BAĞLI OLDUĞU SAĞLIK SİGORTASI:

2) LABORATUVAR BULGULARI :

1) HIV TESTİ: İlk pozitif test tarihi: / /20

2) DOĞRULAMA TESTİ: Tarih: / /20

Kurum adı:

3) CD4+ HÜCRE SAYIMI:

4) VIRAL YÜK:

3) TEŞHİSİN KONULDUĞU TARİH: / /20

4) KLİNİK BULGULAR :

Aşağıdaki endik特ör hastalıklardan hangileri var ise işaretleyiniz

- () PNÖMONİSİS KARİNİ PNÖMONİSİ
() BEYİN TOKSOPLAZMOZİSİ
() ÖZOFAGUS KANDİDİYAZİSİ
() TRAKEA, BRONŞ VEYA AKCİĞER KANDİDİYAZİSİ
() KRİPTOSPORİDİOZİS
() SİTOMEGALOVİRUS HASTALIĞI
() HERPES SİMPEKS VİRUS ENFEKSİYONU
() EKSTRAPULMONER KRİPTOKOKKOZİS
() EKSTRAPULMONER TÜBERKÜLOZ
() TÜBERKÜLOZ DIŞI DİĞER MYCOBAKTERİAL HASTALIKLAR
AVİUM () KANSASİİ () XENOPI () NON-İDENTİFİYE ()
() PULMONER TÜBERKÜLOZ
() REKÜRAN PNÖMONİ
() İNVAZİV SERVİKAL KARSİNOM
() REKÜRAN SALMONELLA SEPTİSEMİSİ (NON-TİFOİD)
() PROGRESİV MULTİFOKAL LÖKEN-SEFOLAPATİ
() İZOSPORİAZİS
() HISTOPLAZMOZİS
() KOKSİDİODİDOMİKOZİS
() KAPOŞİ SARKOMU
() LENFOMA
PRİMER SEREBRAL () NON-HODGKİN ()
() HIV ENSEFALOPATİSİ
() HIV TÜKENMİŞLİK SENDROMU

5) BULAŞMA YOLU :

- () HOMOSEKSÜEL/BİSEKSÜEL CİNSEL İLİŞKİ
() HETEROSEKSÜEL CİNSEL İLİŞKİ
PARTNER BİLGİLERİ: Sürekli eşi () Geçici eşi () Fuhuş çalışmanı ()
() IV MADDE BAĞIMLISI
() ENFEKTE KAN TRANSFÜZYONU (Hemofilikler hariç)
Kanını aldığı kurum: Transfüzyon tarihi: / /20 Donörün kodu:
() HEMOFİLİ HASTASI
() ANNEDEN BEBEĞE GEÇİŞ: Annenin kodu:
() NOZOKOMİAL GEÇİŞ (Bulaştırıcılığı kanıtlanmış dış çekimi, tıbbi girişimler v.b.)
() BİLİNİYOR

BİLDİRİMİ YAPAN SAĞLIK KURUMU :

BİLDİRİM YAPAN DOKTORUN ADI SOYADI :

BİLDİRİM TARİHİ :

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ONAYI :

Bu form doğrulama testi pozitif olan her kişi için doldurulup, en kısa sürede ve gizlilik şartlarına uyularak Sağlık Bakanlığına gönderilmek üzere İl Sağlık Müdürlüğü'ne gönderilecektir.

D-86-B TAŞIYICILAR İÇİN KİŞİSEL BİLGİ FORMU

İli:

1) KİŞİNİN

KODU: (Adı, soyadı ve baba adının ilk iki harfi, doğum yılı son iki rakamı)

DOĞUM TARİHİ: / / CİNSİYETİ: E () K ()

UYRUGU: MESLEĞİ :

SÜREKLİ YAŞADIĞI ADRES : (il ve ilçe olarak)

BAĞLI OLDUĞU SAĞLIK SİGORTASI:

2) LABORATUVAR BULGULARI :

1) HIV TESTİ: İlk pozitif test tarihi: / /20

2) DOĞRULAMA TESTİ: Tarih: / /20

Kurum adı:

3) CD4+ HÜCRE SAYIMI:

4) VIRAL YÜK:

3) TEŞHİSİN KONULDUĞU TARİH: / /20

4) BULAŞMA YOLU :

- () HOMOSEKSÜEL/BİSEKSÜEL CİNSEL İLİŞKİ
() HETEROSEKSÜEL CİNSEL İLİŞKİ
PARTNER BİLGİLERİ: Sürekli eşi () Geçici eşi () Fuhuş çalışmanı ()
() IV MADDE BAĞIMLISI
() ENFEKTE KAN TRANSFÜZYONU (Hemofilikler hariç)
Kanını aldığı kurum: Transfüzyon tarihi: / /20 Donörün kodu:
() HEMOFİLİ HASTASI
() ANNEDEN BEBEĞE GEÇİŞ: Annenin kodu:
() NOZOKOMİAL GEÇİŞ (Bulaştırıcılığı kanıtlanmış dış çekimi, tıbbi girişimler v.b.)
() BİLİNİYOR

BİLDİRİMİ YAPAN SAĞLIK KURUMU :

BİLDİRİM YAPAN DOKTORUN ADI SOYADI :

BİLDİRİM TARİHİ :

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ONAYI :

Bu form doğrulama testi pozitif olan her kişi için doldurulup, en kısa sürede ve gizlilik şartlarına uyularak Sağlık Bakanlığına gönderilmek üzere İl Sağlık Müdürlüğü'ne gönderilecektir.

Danışmanlık-4

- WB sonucu (+) ise..hasta enfeksiyon kliniğine ilgili doktora yönlendirilmektedir. Bilgilendirmeyi bu konuda eğitilmiş hemşire, psikolog vs. yapabilir denilse de pratikte hasta takibini yapacak doktor tarafından bilgilendirilmektedir.
- Yüz yüze görüşme ortamının rahat huzurlu zamanın yeterli olması istenir. Bu süre en az 20-30 dakika zaman almaktadır. Hasta bir yakınıyla birlikte görüşmeyi tercih edebilir. Ayrıca hastayla özel bir görüşme yapılması gereklidir.
- Basılı standart bir form verilerek imzalatılarak hasta bilgilendirilemez. Ancak takip dosyasına bir kayıt düşülebilir



Danışmanlık-5

- Bu ilk aşamada hastaya verilecek mesajlar dört ana temayı kapsamalıdır. Bunların dozu, tekrarı ne şekilde söyleneceği hastanın eğitimine, kültürüne ve ihtiyacına göre şekillenmektedir;
 1. Hastalığın kronik bir hastalık olduğu, kesin tedavisi olmamakla birlikte kontrol altında tutulabildiği, her şeyin sonu olmadığı anlatılır. Hastalık hakkında olumsuz yanlış bir algısı varsa bunun belirlenerek aşmasına yardımcı olmak gerekir.
 2. Hastalığını eş-partner veya 3. kişilere bulaştırmaması konusundaki kişisel sorumluluğu ve korunma yolları anlatılır. Eşini bilgilendirmesi, görüşmeye getirmesi ve test yaptırması konusunda yönlendirilir...

Danışmanlık-6

3. Bu hastalığın aile,iş ve sosyal ekonomik yaşamını herhangi başka bir hastalıktan farklı olarak ne şekilde etkileyebileceğini açıklanır. Ancak doğabilecek olumsuzluklardan kendini nasıl sakınması gerektiği konusunda yol ve yöntemler gösterilir
 4. Hastalığın takip ve tedavisinin yaşam boyu süreceği ve bunun ne şekilde olacağı açıklanır. Düzenli takip ve tedavinin önemi vurgulanır. Bunu nerede kime yaptıracığı konusundaki kararını vermesi için seçenekler gösterilir. Hastanın sormak istediklerine her aşamada fırsat vermeli soru sorması teşvik edilmelidir
- Bu ilk görüşmeden sonra hastaya düşünme süresi verilip kısa süre içinde muayene ve diğer gerekli testlerin yaptırması önerilmektedir.

Support

Preperation for ARV therapy

Anamnez-1

- **Standart bir hasta anamnezinden farklı yönleri şunlardır**
 - Olası bulaş yolu ve zamanı saptanmaya çalışılır
 - Cinsel tercihi ve riskli cinsel aktivite düzeyi belirlenir
 - Cinsel yolla bulaşan hastalık geçmişi sorulur
 - Hastalık seyrini olumsuz etkileyebilecek alışkanlıklar özellikle sorgulanır (alkol , ilaç, uyuşturucu..)
 - Sosyal ve ekonomik durumu, mesleği, işi belirlenir
 - Aile ilişkileri ve bağları saptanır
- **HIV ilişkili hastalık anamnezi dikkate alınır**

Anamnez-2

- **HIV ile bağıntılı semptomlara odaklanmak gerekir**
 - Ateş, gece terlemeleri, kilo kaybı, diyare, cilt döküntüleri/lezyonları, ağızda kandida/ülserler, nörolojik işlevde ve mental durumda değişiklikler..
- **Tıbbi geçmişe özel bir önem verilir**
 - Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, suçiçeği veya zona, viral hepatitler bakteriyel infeksiyonlar jinekolojik sorunlar, tüberküloz maruziyeti..
- **Nerede hangi koşullarda yaşadığı ve seyahat öyküsü alınır**
 - Endemik bulaşıcı hastalıklar konusunda bir öngörü sağlar

Anamnez-3

- **Davranışları hakkında bilgi edinilir**
 - Cinsel öyküsü ve güncel cinsel pratiği belirlenir. Cinsel eşi/eşlerinin durumundan haberdar olup olmadığı ve test yaptırıp yaptırmadığı saptanır
 - Bu sürecin aile ilişkilerine yıkıcı etkisi olabilir zorunlu haller dışında hekimin hastadan izinsiz partnerine bildirimde bulunması uygun olmuyor !!
 - Aktif iv uyuşturucu ve madde kullanımı sorgulanır
- **Depresyon**
 - İpuçları değerlendirilir, kişilik, libido, uyku, iştah konsantrasyon hafıza değişikliklerine dikkat edilir

Anamnez-4

- **Aile**
 - Ailesi, yaşama koşulları, çalışma ortamı değerlendirilir. HIV tanısıyla bunlar nasıl etkilenecektir...
- **Tüm hikaye alındıktan sonra**
 - Hastanın HIV enfeksiyonu ve tedavisi konusundaki farkındalık düzeyini saptayarak eğitim eksiği belirlenip giderilme yolu aranır
 - İlk vizitteki yoğun bilgi aktarımı ve emosyonel aşırı yüklenme bu konudaki açıklamaların kalıcı olmasını engelleyebilir
 - Bazı şeyler zamana yayılır ve diğer vizitlere bırakılır veya tekrarı gerekir. Bazen ne söyleseniz fayda etmez ..

Hikayede kritik noktalar-1

HIV Testi

- İlk pozitif HIV testi hangi tarihte saptandı?
- Nerede yapıldı?
- İstenme sebebi neydi?
- ELİSA ve WB test sonuçları kendisinde mi?
- Daha önce yapılmış negatif test sonucu var mı?
- Sağlık bakımını genelde nerede yaptırır?
- Varsa en son CD4 sonucu nedir?

HIV ilişkili hastalıklar

- Kandidiazis özafagus, oral
- Persistan diyare
- *Varicella zoster* (Zona)
- Oral hairy lökoplaki
- *P. jiroveci* pnömonisi
- Tekrarlayan pnömoni
- Kriptokokal menenjit
- Toksoplazmozis
- Kaposi sarkoması
- Yaygın *M.avium* kompleksi enfeksiyonu
- CMV retinitisi
- Tüberküloz
- İnvaziv servikal kanser
- Diğer HIV ilişkili hastalıklar

Hikayede kritik noktalar-2

Tıbbi geçmişi

- Kardiyovasküler
- Pulmoner
- Gastrointestinal
- Renal
- Nörolojik
- Kanser
- Endokrin
- KBB
- Karaciğer
- GYN/O
- Cilt
- Suçiçeği ve zona
- Psikiyatrik tedavi

Sistemlerin bakışı

Son üç ayda aşağıdakiler var mı?

- Açıklanamayan kilo kaybı
- Lenf nodu büyümesi
- Gece terlemeleri
- Açıklanamayan ısrarcı baş ağrısı
- İştah bozukluğu
- Uyku bozukluğu
- Olumsuz düşünceler
- Yeni cilt döküntüsü veya ülseri
- Ağızda yanma beyaz lekeler
- Ağrılı yutma
- Göğüs ağrısı
- Öksürük
- Solunum güçlüğü
- Mide ağrısı
- Kusma
- İshal
- El ayak uyuşma karıncalanması
- Kas zayıflığı
- Görme değişikliği

Aşılanma hikayesi

- Hepatitis B
- Hepatitis A
- Pneumovax 23 ve Prevenar
- İnfluenza
- Tetanoz profilaksisi zamanı

Tüberküloz hikayesi,

- Bilinen maruziyet var mı?
- Son PPD'nin tarihi
- Pozitif PPD öyküsü
 - Evet ise profilaksi verildi mi?
 - Evet ise profilaksi süresi ve tipi nedir

Hikayede kritik noktalar-3

Jinekolojik hikaye

- Hiç gebe kaldı mı?
 - Evetse
 - Doğan çocuk sayısı
 - Prematüre doğum
 - Düşük ve küretaj
- HIV tanısı aldıktan sonra doğum oldu mu?
- Son mens başlangıç tarihi?
- Son mens periodu normal miydi?
- Şu anda hamile mi?
 - Evet ise prenatal bakıma yönlendirildi mi?
- Doğum kontrol yöntemi uyguluyor mu?
 - Evet ise ne şekilde?
- Son PAP testi ne zaman yapıldı?

Tıbbi tedaviler

- Halen kullandığı ilaçlar ve tedaviler. Alternatif tedaviler, vitaminler dahil
- İlaç alerjisi ve diğerleri (ör: hacamat, sülük vs)

Alışkanlıklar

- Sigara içimi halen ve geçmişte (kantite edilir)
- Alkol alımı halen ve geçmişte (kantite edilir)
- Keyif verici madde kullanımı halen ve geçmişte



Sulu hacamat

Not: Görüntü hasta onayı alınarak kullanılmıştır

Hikayede kritik noktalar-4

HIV bulaş şekli

- Homoseksüel
- Heteroseksüel
- İV ilaç kullanımı
- Kan transfüzyonu
- Hemofili
- Bilinmeyen
- Diğer

Hasta eğitimi

- Daha güvenli seks kuralları
 - Kondom
 - Spermisid
 - Güvenli/güvensiz uygulamalar
- Hasta cinsel aktif mi?
 - Eş(ler)i durumunu biliyor mu?
- Eş(ler)i HIV testi yaptırdı mı?
 - Pozitif olan var mı?
- İlaç kullanımı
 - Enjektör paylaşımı
 - Bağımlılık tedavisi

Fizik Muayene-1

- Hastanın sistemik muayenesi şikayeti olmasa da yapılmalıdır..
 - Genel bakı ve muayenesinde kronik enfeksiyon odağı oluşturabilecek bulgular aranır
 - Boy, kilo ve bel çevresi ölçülür
 - Periferik LAP muayenesi dikkatle yapılır (PGL, Tbc, lenfoma, toksoplazma..)
 - Ano genital şikayet ve bulgular gerekirse diğer branş uzmanlarıyla konsülte edilir
- HIV ilişki olan hastalık bulguları aranır

Fizik muayene-2

- Cilt
- Fundoskopi
- Orofarenks
- Lenfbezleri (PGL)
- Genital
- Nörolojik

Konsültasyonlar... Zamanında ve olması gerektiği gibi...

- Psikiyatrist/Psikolog/Sosyal Hizmet uzmanı
- OB/GYN
- Dermatoloji
- Nöroloji
- Gastroenteroloji
- Oftalmoloji
- Beslenme

Temel Laboratuvar testleri-1

- WB doğrulama sonucu dosyada bulunmalı..
 - WB indetermine sonuç erken HIV enfeksiyonu(EHI) için uyarıcıdır (Fiebig evre-4)
 - WB pozitif ancak p31 bandı henüz yoksa primer HIV enfeksiyonu(PHI) olasılığı vardır (Fiebig evre-5)
- Viral yük (VY) sayısı (kopya/ml)
 - Aynı metotla ve aynı lab'da çalışması tercih edilir
 - ART ihtiyacını belirler ve seçimini etkiler
 - Akut enfeksiyonda ve ileri evre hastalarda yüksektir (10^5 - 10^7)
 - Yüksek viral yük CD4+ sayısının daha hızlı düşmesine yol açar
 - Asemptomatik hastalarda VY daha düşüktür (10^2 - 10^5)
 - Tedavi izleminde virolojik yanıt en önemli değişkendir
 - Araya giren hastalık veya aşılama sonucunu etkiler test ertelenir

Temel Laboratuvar testleri-2

- CD4+ hücre sayısı

- Hastanın immunolojik evrenlenmesini sağlar,
- AIDS riskini gösterir
- ART ihtiyacını belirler
- Tedavi sonrası immunolojik düzelmeyi gösterir
- Erken/akut HIV enfeksiyonu sırasındaki seyri dengesizdir uygun aralıkla tekrarlanmalıdır
- Araya giren hastalıklardan, steroid kullanımından etkilenir
- Tedavi öncesi mümkünse iki değer görülmeli
- BK sayısı lenfosit sayısı olağandışı yüksek olanlarda CD4+ hücre %'si immunolojik durumu daha iyi yansıtır
- CD4+ hücresi %14-28 arasında ise sayısı 200-500 arasındadır

Temel Laboratuvar testleri-3

- Hemogram

- Anemi
- Lökopeni
- Trombositopeni

} takip ve ek incelemeler gerektirir

- Biyokimya testleri

- AKŞ, üre, kreatinin, LDH, ALT, AST, bilirubin, albumin, globulin, trigliserid, kolesterol, HDL, LDL, Na, K, P..
- TİT
 - Proteinüriye dikkat

Temel Laboratuvar testleri-4

- Serolojik testler
 - HBsAg, anti-HbsAb, anti-HBc IgG
 - HBeAg, Anti Hbe, Anti delta
 - anti-HCV
 - anti-HAV IgG
 - VDRL,TPHA
 - Eğer pozitifse titre bakılır
 - anti-Toksoplazma IgG
 - anti-CMV IgG
 - anti-VZV IgG

Temel Laboratuvar testleri-5

- Diğer testler
 - PPD
 - ART öncesi genotipik direnç testi (yapılamıyorsa serum saklanabilir)
 - G-6-PD eksikliği (Gd^{med}) oksidan ilaçlarla ciddi hemoliz ortaya çıkar
 - Sulfonamidler, dapson, primakin gibi
 - HLA-B*5701 (MHC class I allele) genine Abacavir kullanacak hastada hipersensitivite yatkınlığını anlamak için bakılması gerekiyor... (Avrupa'da %5-7 pozitif, Akdeniz'de %1-2..)
 - Maraviroc (CCR5 antogonisti) kullanılacaksa reseptör tropizm testi öneriliyor

Tüm bu verileri standart bir form temelinde dosya sistemiyle ya da bilgiişlem programına üzerinde takip etmek gerekmektedir

Yararlı Kaynaklar



T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Halk Sağlığı
Kurumu

HIV / AIDS TANI TEDAVİ REHBERİ



2013

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM-1: HIV ENFEKSİYONLARININ TARANMASI VE TANISI

1. HIV Enfeksiyonlarının Taranması ve Tanısı	17
1.1. Tarama ve Tanıda Kullanılacak Testler	18
1.2. Hızlı Testler	21
1.3. HIV Testi Yapılırken Dikkat Edilmesi Gerekenler	21
1.4. Test Endikasyonları	21
1.5. Tarama ve Tanıda Kullanılmak Üzere Önerilen Algoritmalar	22
1.5.1. Standart Algoritma	22
1.5.2. Akut HIV Enfeksiyonu Düşünülen Durumlar İçin Algoritma	23
1.5.3. Yenidoğanlar ve 18 Aylıktan Küçük Çocuklar İçin Algoritma	23
1.6. Sonuçların Bildirimine İlişkin Not	24
Şekil 1. Standart Algoritma Önerisi	25
Şekil 2. Akut HIV Enfeksiyonu Düşünülen Durumlarda Tanı Algoritma	26
Şekil 3. Yenidoğanda ve 18 Aylıktan Küçükler İçin Önerilen Algoritma	27
Şekil 4. Multispot Enzyme Immunoassay'in Doğrulama Aşamasında Kullanımı ve Sonuçlarının Yorumlanması	28
1.7. Kaynaklar	29

BÖLÜM-2: TEDAVİDEN ÖNCE VE SONRA İZLEM

2. Tedaviden Önce ve Sonra İzlem	33
2.1. Tanı Konduktan Sonra Yapılacak İşlemler	33
2.1.1. Öykü ve Fizik Bakı	33
2.1.1.1. Öykü	33
2.1.1.2. Fizik Bakı	34
2.1.2. Laboratuvar Değerlendirmesi	34
2.1.2.1. HIV Hastalığına İlişkin Testler	34
2.1.2.2. Rutin Laboratuvar Testleri	35
2.1.2.2.1. Tam Kan Sayımı ve Lenfosit Yüzdesi	35
2.1.2.2.2. Biyokimya Paneli	35
2.1.2.3. Eşlik Eden Enfeksiyonlar ve Yandaş Hastalıklar İçin Testler	36
2.1.2.3.1. Tüberküloz Tarama Testleri	36
2.1.2.3.2. Sifiliz ve Diğer Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar İçin Tarama Testleri	36
2.1.2.3.3. <i>Toxoplasma Gondii</i> İçin Serolojik Testler	37
2.1.2.3.4. Viral Hepatit Tarama Testleri	37
2.1.2.3.5. Herpes Virüsleri İçin Tarama Testleri	37
2.1.3. Eşlik Eden Hastalıkların İzlenmesi	37
2.1.3.1. Kanser Taramaları	38
2.1.3.2. Kemik Mineral Dansitesi Ölçümü	38
2.1.3.3. D Vitamini	38
2.1.4. Tedaviye Uyum ve İzlemde Kalma	38
2.1.5. Aşılama	39
2.2. Kaynaklar	41

BÖLÜM-3: ANTİRETROVİRAL TEDAVİYE BAŞLANMASI

3. Antiretroviral Tedaviye Başlanması	45
3.1. Daha Önce Tedavi Almamış Hastaya Başlanacak Antiretroviral Rejimler	47
3.2. Akut HIV Enfeksiyonunda Tedavi	52
3.3. Kaynaklar	53

BÖLÜM-4: TEDAVİ BAŞARISIZLIĞININ ÖLÇÜTLERİ VE TEDAVİ DEĞİŞİKLİĞİ

4. Tedavi Başarısızlığının Ölçütleri ve Tedavi Değişikliği	52
4.1. Tanımlar	52
4.2. Virolojik Başarısızlık	52
4.2.1. Virolojik Başarısızlığın Nedenleri	57
4.2.2. Virolojik Başarısızlığın Nedenlerinin Araştırılması	58
4.2.3. Virolojik Başarısızlığın Yönetimi	58
4.2.4. Antiretroviral Rejim Değişikliği	59
4.2.5. Yeni Tedavi Rejiminin Belirlenmesi	59
4.3. İmmünolojik Başarısızlık	59

PATIENT MONITORING GUIDELINES FOR HIV CARE AND ANTIRETROVIRAL THERAPY (ART)

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Department of HIV/AIDS
20, avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland
E-mail: hiv-aids@who.int
<http://www.who.int/hiv/en>



World Health
Organization



UNAIDS
Jointly funded by the United Nations
and the Global Fund



2006

British HIV Association guidelines for the routine investigation and monitoring of adult HIV-1-infected individuals 2011

D Asboe, C Aitken, M Boffito, C Booth, P Cane, A Fakoya, AM Geretti, P Kelleher, N Mackie, D Muir, G Murphy, C Orkin, F Post, G Rooney, C Sabin, L Sherr, E Smit, W Tong, A Ustianowski, M Valappil, J Walsh, M Williams and D Yirell on behalf of the BHIVA Guidelines Subcommittee*

British HIV Association (BHIVA), BHIVA Secretariat, Mediscript Ltd, London, UK

Table of Contents

1. Levels of evidence
 - 1.1 Reference
2. Introduction
3. Auditable targets
4. Table summaries
 - 4.1 Initial diagnosis
 - 4.2 Assessment of ART-naïve individuals
 - 4.3 ART initiation
 - 4.4 Initial assessment following commencement of ART
 - 4.5 Routine monitoring on ART
 - 4.6 References
5. Newly diagnosed and transferring HIV-positive individuals
 - 5.1 Initial HIV-1 diagnosis
 - 5.2 Tests to determine whether acquisition of HIV infection is recent
 - 5.3 Individuals transferring care from a different HIV healthcare setting
 - 5.4 Communication with general practitioners and shared care
 - 5.5 Recommendations
 - 5.6 References
6. Patient history
 - 6.1 Initial HIV-1 diagnosis
 - 6.2 Monitoring of ART-naïve patients
 - 6.3 Pre-ART initiation assessment
 - 6.4 Monitoring individuals established on ART
 - 6.5 Assessment of adherence
 - 6.6 Recommendations
 - 6.7 References
7. Examination
 - 7.1 Recommendations
8. Identifying the need for psychological support
 - 8.1 References
9. Assessment of immune status
 - 9.1 CD4 T cell counts
 - 9.2 CD4 T cell percentage
 - 9.3 References
10. HIV viral load
 - 10.1 Initial diagnosis/ART naïve
 - 10.2 Post ART initiation
 - 10.3 Individuals established on ART
 - 10.4 Recommendations
 - 10.5 References
11. Technical aspects of viral load testing
 - 11.1 References
12. Viral load kinetics during ART and viral load 'blips'
 - 12.1 References
13. Proximal DNA load
 - 13.1 References
14. Resistance testing
 - 14.1 Initial HIV-1 diagnosis
 - 14.2 ART-naïve
 - 14.3 Post treatment initiation
 - 14.4 ART-experienced
 - 14.5 References
15. Subtype determination
 - 15.1 Disease progression
 - 15.2 Transmission
 - 15.3 Performance of molecular diagnostic assays
 - 15.4 Response to therapy
 - 15.5 Development of drug resistance
 - 15.6 References
16. Other tests to guide use of specific antiretroviral agents
 - 16.1 Tropism testing
 - 16.2 HLA B*5701 testing
 - 16.3 References
17. Therapeutic drug monitoring
 - 17.1 Recommendations
 - 17.2 References
18. Biochemistry testing
 - 18.1 Introduction
 - 18.2 Liver function
 - 18.3 Renal function
 - 18.4 Dyslipidaemia in HIV-infected individuals

2011

Correspondence: Dr David Asboe, Chelsea and Westminster Hospital, 369 Fulham Road, London SW10 9NH, UK. Tel: +44 20 8846 6131; fax: +44 20 8846 6198; e-mail: david.asboe@chelwest.nhs.uk

*See Appendix for list of members of the BHIVA Guidelines Writing Group on Routine Investigation and Monitoring.

Primary Care Guidelines for the Management of Persons Infected With HIV: 2013 Update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America

Judith A. Aberg,¹ Joel E. Gallant,^{2,3} Khalil G. Ghanem,³ Patricia Emmanuel,⁴ Barry S. Zingman,⁵ and Michael A. Horberg⁶

¹Division of Infectious Diseases and Immunology, New York University School of Medicine, Bellevue Hospital Center, New York; ²Southwest CARE Center, Santa Fe, New Mexico; ³Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland; ⁴Department of Pediatrics, University of South Florida Health, Tampa; ⁵Albert Einstein College of Medicine, Montefiore Medical Center, Bronx, New York and ⁶Mid-Atlantic Permanente Research Institute, Rockville, Maryland

Evidence-based guidelines for the management of persons infected with human immunodeficiency virus (HIV) were prepared by an expert panel of the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. These updated guidelines replace those published in 2009. The guidelines are intended for use by healthcare providers who care for HIV-infected patients. Since 2009, new antiretroviral drugs and classes have become available, and the prognosis of persons with HIV infection continues to improve. However, with fewer complications and increased survival, HIV-infected persons are increasingly developing common health problems that also affect the general population. Some of these conditions may be related to HIV infection itself or its treatment. HIV-infected persons should be managed and monitored for all relevant age- and sex-specific health problems. New information based on publications from the period 2009–2013 has been incorporated into this document.

Keywords. HIV; primary care; guidelines; HIV monitoring; HIV metabolic; HIV vaccines; sexually transmitted diseases.

EXECUTIVE SUMMARY

Summary of Changes

These updated guidelines replace those published in 2009 [1]. The following general changes have been made to the document since the previous publication:

- The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) system was used in the updating of this guideline. Recommendations are graded as either being strong or weak and the quality of the evidence is graded as high, moderate, low, or very low.

- Recommendations on the optimal way to diagnose HIV have given way to expanded recommendations on the initial evaluation and immediate follow-up for HIV-infected patients. Easy-to-use tables have also been added.
- Recommendations for long-term complications have been removed.
- A new section was added on metabolic comorbidities, replacing the need for separate guidelines on dyslipidemia, which had been previously published [2].
- A more robust section and table on sexually transmitted diseases has been added.

Formatting changes have also been incorporated to help readers easily identify the recommendations.

Summarized below are the recommendations made in the updated guidelines for the management of persons infected with HIV. Each section of the guideline begins with a specific clinical question and is followed by numbered recommendations and a summary

Received 25 September 2013; accepted 26 September 2013.
Correspondence: Judith A. Aberg, MD, New York University School of Medicine, 550 First Ave, BCD 5 (Rm 508), New York, NY 10016 (judith.aberg@nyumc.org).
Clinical Infectious Diseases
© The Author 2013. Published by Oxford University Press on behalf of the Infectious Diseases Society of America. All rights reserved. For Permissions, please e-mail: journals.permissions@oup.com.
DOI: 10.1093/cid/cit616

2013

DHSS
5/2014

IAS-USA
7/2014

EACS
6/2014

BHIVA
6/2014



GUIDELINES



CONSOLIDATED GUIDELINES ON
**THE USE OF
ANTIRETROVIRAL DRUGS
FOR TREATING AND
PREVENTING HIV INFECTION**

RECOMMENDATIONS FOR A PUBLIC HEALTH APPROACH

JUNE 2013

2013

Olgu

- 28 yaşında erkek hasta, konfeksiyon işçisi
 - Anamnez kendisi ve birlikte yaşadığı yaşlı annesinden alındı, çok güvenilir değil
- Şikayetleri
 - Boyunda şişlik
 - Ateş, kilo kaybı
 - Yutma güçlüğü
 - Öksürük, göğüste ağrı

- Hikayesi

- 1 ay önce grip benzeri şikayetleri başlamış
- 15 gün önce sağ çene altında şişlik fark etmiş
- Gittiği diğer bir EAH hastanesi KBB bölümünde ayaktan iki antibiyotik verilmiş
- Şişlikte artma olunca hastanemiz aciline ve sonra KBB bölümüne başvurmuş
- Boynundaki apse düşünülen kitleden alınan iğne biyopsi materyali kültüründe üreme olmamış
- Bu sırada istenen testlerinde anti-HIV pozitif çıkması nedeniyle hasta kliniğimize yatırıldı

- Özgeçmiş ve soy geçmişi
 - 2006 yılında mide/apandisit operasyonu? geçirmiş
 - 2007/2009 yıllarında akciğer tbc nedeniyle 9 ay tedavi görmüş, sağ plevral dekortikasyon ve lobektomi? ameliyatı yapılmış, epikrizde anti-HIV hakkında bir bilgi yok
 - Geçmişte yapılmış bir anti-HIV testi yok ??
 - Sigara, alkol, uyuşturucu, ilaç kullanmıyor
 - Son 6 ay içinde seyahat öyküsü, şüpheli veneryal temas yok, hayvan beslemiyor
 - Bir erkek kardeşi yeni tanı AC Tbc tedavisi alıyormuş

- Fizik muayene

- Genel durum orta, bilinç açık koopere, oryante, oldukça zayıf (43 kg) ve halsiz görünümde
- TA: 80/40 mmHg, N.130/dk dolgun ritmik, Ateş:38 C
- Konjonktiva soluk, ağız içinde yaygın kandidal plakları var, sağ submandibular 5x3cm sert fikse LAP, sağ servikalde 3x2 cm sert fikse LAP
- Sağ hemitoraksda operasyon skarı ve deformite var, altta solunum sesleri derinden geliyor solda solunum sesleri azalmış seyrek ince raller var
- Batında median 20cm operasyon skarı var, KC ve dalak 1-2 cm palpe ediliyor
- Diğer sistem muayenelerinde özellik saptanmadı

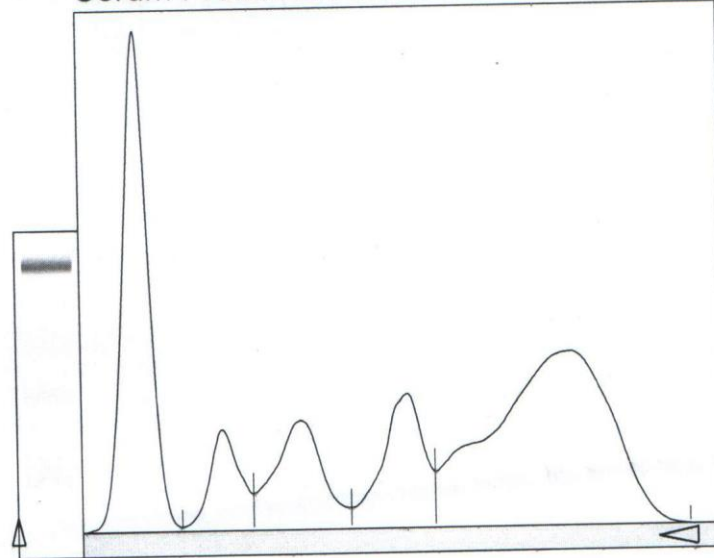
- Laboratuvar bulguları

- BK: 6850 mm³
(lenfosit:650)
- Hb:6.8 g/dl
- Plt: 166.000 mm³
- Albumin: 2.34 g/dl
- Globulin: 5.41 g/dl
- CRP:193 mg/L,
- Sed:140 mm/saat
- Ferritin.2763ng/ml
- TİT: normal

- Seroloji

- Toksoplazma IgG/IgM (-/-)
- CMV IgG/IgM (+/-)
- EBV IgG/IgM (+/-)
- RPR/TPHA (-/-)
- Anti HAV IgG (-)
- Anti HCV (-)
- HBsAg (-)
- Anti HBs (-)
- Anti HBc IgG (+)
- Brucella aglütinasyon (-)

Serum Protein Elektroforezi



Fraksiyonlar	%	% Referans deger	(g/dL)	(g/dL) Referans deger
Albumin	26.9 ↓	54.0-66.0	1.8 ↓	3.2 - 5.3
Alpha 1	6.6 ↑	1.4- 2.8	0.4 ↑	0.1 - 0.2
Alpha 2	11.2	9.1-13.8	0.7	0.6 - 1.1
Beta	11.8	8.7-14.4	0.8	0.5 - 1.2
Gamma	43.5 ↑	10.6-19.2	2.8 ↑	0.6 - 1.5

A/G Orani **0.37**

Tot. Prot. (g/dL)

6.5 ↓

6.6-8.3

NOT : **Immunifikasyon elektroforezi önerilir.**

- Radyolojik incelemeler

- Batın USG:

- Hepatosplenomegali (170/131mm), parankim ekoları tabii

- Ekokardiyografi:

- Normal

- Toraks BT:

- Sağ hemitoraksda belirgin volüm kaybı, bazalde pelvral kalınlaşma ve kotlarda deformasyon mevcut, efüzyon yok. Kalp ve ana mediastinal vasküler yapılarda major patoloji yok, mediastinal LAM veya kitlesel patoloji yok. Perikardial efüzyon yok. Sol hemitoraksda üst lob apikoposterior segmentte düzensiz nodüler formasyonlar halinde büyüğü 2 cm'ye ulaşan konsolidasyonlar ile komşuluğunda buzlu cam görünümü ve mozaik perfüzyon , lingula ve alt lob süperior bazal segmentlerde 1 cm'yi aşan şüpheli nodüller izleniyor
 - Sonuç: infeksiyöz süreç ile uyumlu olabilir, olası primer varlığında metastatik tutulum kesin olarak dışlanamaz

- Kranial MRI:

- Özellik yok

- Klinik izlem ve gidiş
 - Kültürler alındı, destek tedavisi yapıldı
 - Kan (üreme yok), balgam (NBF), boğaz (NBF)
 - ES ve albumin verildi
 - Galaktomannan(-), balgam EZN 3 kez negatif, Tbc PCR (+)
 - CD4 sayısı: 16 hücre/mm³ (%2.6), CD4/CD8: 0.04
 - Kanda CMV PCR 650 kopya/ml
 - Non spesifik abk ve antifungal tedavi başlandı.
 - Seftriakson+klaritromisin+flukonazol ve SXT-proflaktik
 - Pip/Taz + klaritromisin+flukonazol ve SXT-proflaktik
 - Tedaviye Anti Tbc (6. gün) eklendi,
 - SXT tedavi dozuna çıkıldı
 - Ateş kontrol altına alınamadı, genel durumu kötüleşmeye başladı solunum sıkıntısı arttı
 - Maske oksijen desteği, bronkoldilatör, steroid, diüretik tedaviler altında YB aranmaya başlandı, yatağında çekilen AC grafide yaygın infiltrasyonlar izlendi
 - Yatışının 13. günde hastanemiz yoğun bakımına nakledildi
 - Hasta yakınlarına bilgilendirme yapıldı....!

- Hasta yoğun bakıma geçtikten 4 gün sonra
- HIV RNA : 2.22 milyon kopya/ml ve doğrulama testi sonucu olumlu geldi
- Hasta 16 gün de yoğun bakımda izlendi ve 29. günde ex oldu (pulmoner tbc ve lenfoma?)
- Hasta yakınları ile bir daha görüşme olmadı...

Bilgilendirme;

Ne zaman?

Kime?

Nasıl yapılacak?

Olası tepkiler nasıl öngörülüp yönetilecek?

Konusunda işler her zaman kolay ve rahat değildir.

İlginize teşekkürler....