

Rehberler Eşliğinde Antiretroviral Tedavi

Dr. Aysel Kocagül Çelikbaş
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
15.12.2018

HIV ve HAART



- HIV enfeksiyonu kronik bir hastalık
- Otuzdan fazla onaylı ilaç mevcut
- Tedavi ömür boyu sürecek ve oldukça kompleks (HAART)
- Tedaviye erişebilen ve tedavi uyumu olan olgularda HIV ile ilişkili ölümler giderek azalmakta

Antiretroviral Tedavi



HIV
tedavisinde
kullanılan
Antiretroviral
ilaç (ART)
kombinasyonları

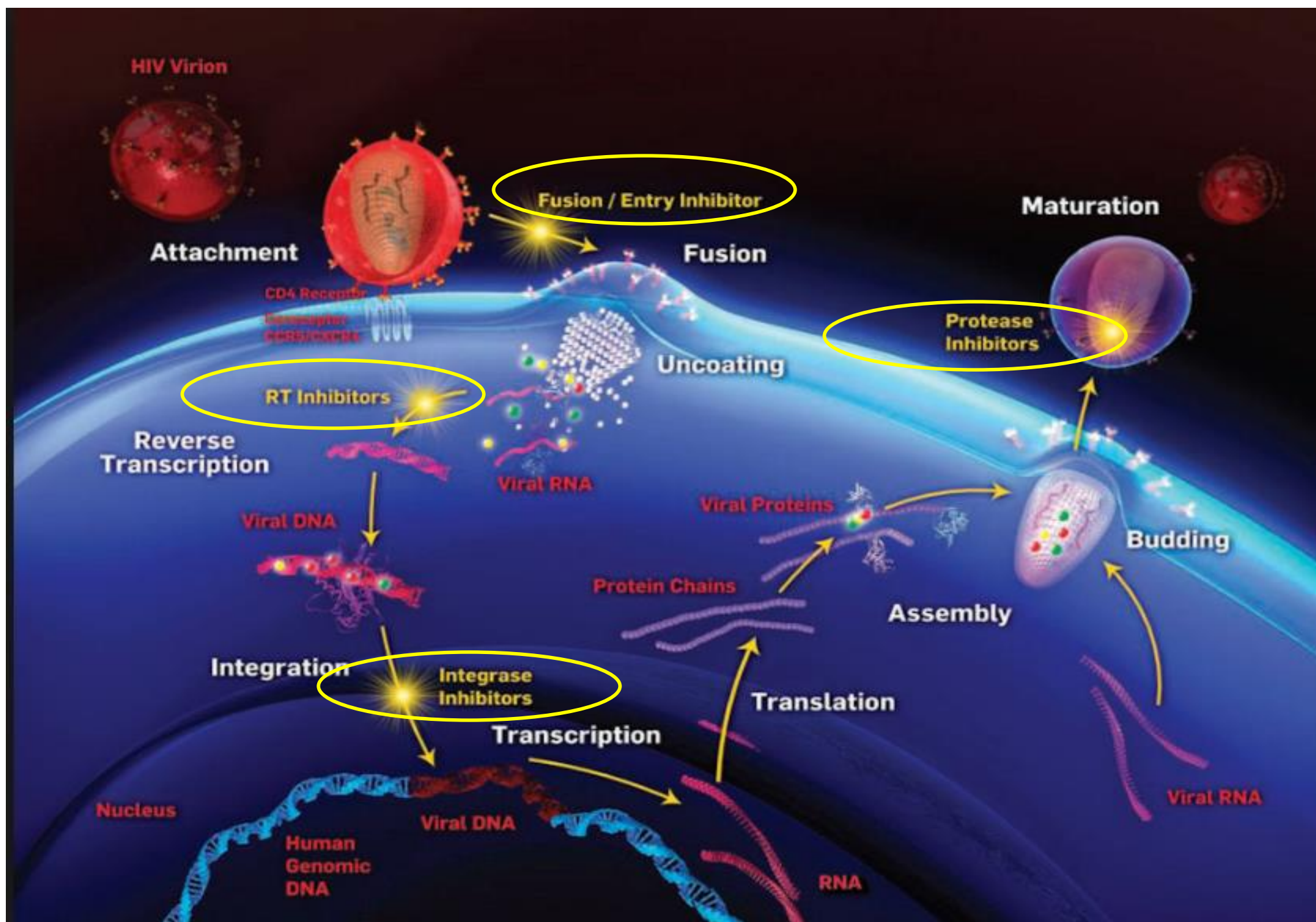
ART kür sağlamaz ancak
Uzun süre ve daha iyi koşullarda
hayatta kalmayı sağlar

HIV yükünü azaltır.

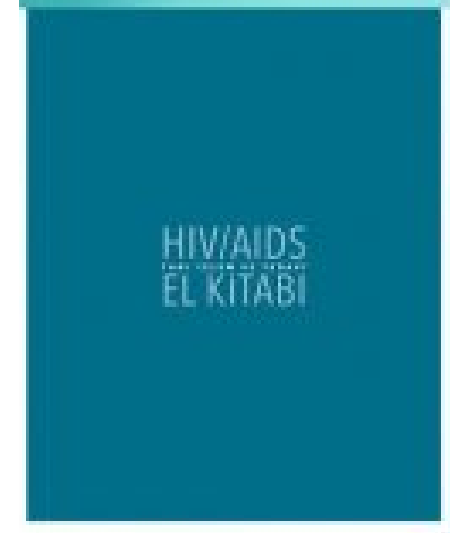
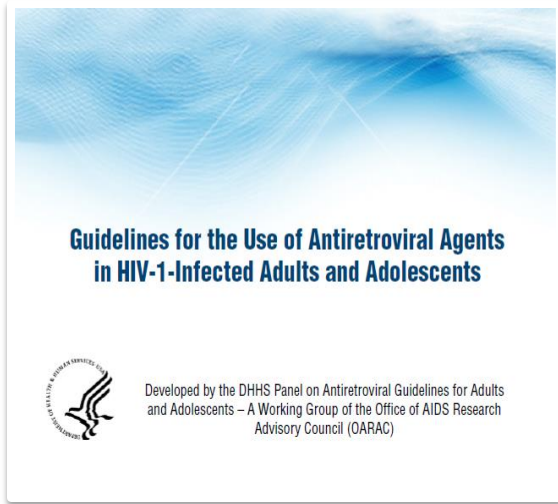
İmmün sistemi
korur

Hastalığın AIDS e
ilerlemesini durdurur.

HIV bulaş riskini
azaltır



Rehberler



TEDAVİYE NE ZAMAN BAŞLAMALIYIZ ?

Tüm rehberler 2015 yılından itibaren
CD4 pozitif T lenfosit hücre sayısına ve viral
yük düzeyine bakılmaksızın tüm HIV pozitif
olgulara ART başlanmasını önermekte

Hızla ART Başlanması Gereken Durumlar

- Akut/erken infeksiyon (akut retroviral sendrom)
- HIV ilişkili nefropati (HIVAN)
- HIV/hepatitis B-C koinfeksiyonu
- AIDS tanımlayıcı hastalık, HIV-ilşkili demans
- AIDS-ilşkili malignite
- Fırsatçı infeksiyonlar
- Düşük CD4 sayısı ($<200 /\text{mm}^3$)
- Gebelik

http://www.eacsociety.org/files/guidelines_8.2-english.pdf

<https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adultandadolescentgl.pdf>

Hızla ART Başlanması Gereken Durumlar

- Akut/erken infeksiyon (akut retroviral sendrom)
- Ciddi ve uzamış semptomlar
- Nörolojik hastalıklar
- Yaşın 50 üzerinde
- Düşük CD4 sayısı ($< 350/\text{mm}^3$)
- Gebelik

Tedaviye Başlama Kararı

Klinik muayene
Bazal tetkikler

Değerlendirir

HIV ilaç direnç testleri
HLA B 5701 testi

Acil tedavi başlamayı gerektiren bir durum var mı?

EVET

Tedavi başla

HAYIR

- Hasta ile tedavinin yarar ve riskleri, ilaç uyumunun önemi hakkında konuşulmalı
- Tedaviye hazır ve istekli mi? değerlendirilmeli

http://www.eacsociety.org/files/guidelines_8.2-english.pdf

<https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adultandadolescentgl.pdf>

Part II ART of HIV-positive Persons

This section provides an overview of the important aspects of the management of HIV-positive individuals starting or established on ART. Recommendations are based on a range of evidence, in particular it is weighted towards randomised controlled clinical trials. Other data have been taken into account, including cohort studies, and where evidence is limited the panel has reached a consensus around best clinical practice. The ART section is wide ranging and, with the move to starting therapy independently of CD4 count, there is an important section on readiness to start. Treatment recommendations are based on drugs licensed in Europe and range from initial therapy through to switching with or without virological failure. We highlight two important areas of ART: pregnancy and TB. Details on the use of PrEP, which is being rolled out across Europe, are also included. Finally, with the increasing complexity of co-morbidities and concomitant treatments, a large part of the section is devoted to adverse effects, drug interactions and dose adjustments in renal and hepatic disease.

Assessing HIV-positive Persons' Readiness to Start and Maintain ART^(x)

Goal: to help persons start and/or maintain ART

The equipoise when to start ART has changed in light of the START trial [1]. Evidence is accumulating that starting ART on the same day after establishing a diagnosis of HIV infection is feasible and acceptable to HIV-positive persons. Nevertheless, assessment of the readiness to start

Identify the person's stage of readiness using WEMS⁽ⁱ⁾ techniques, and start discussion with an open question/invitation: "I would like to talk about HIV medicines." <wait> "What do you think about them?"

Başlanan Tedavinin Devamlılığını Sağlayabilmek İçin



Aile desteği
Sosyal destek
Alkol ve uyuşturucu kullanımı
Depresyon durumu
Kognitif fonksiyonları
Meslek
Sağlık güvencesi

http://www.eacsociety.org/files/2018_guidelines-9.1-english.pdf
<https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adultandadolescentgl.pdf>

Başlangıç Rejimine Karar Verirken

Viral yük
Genetik yapı (HLA)
İlaç direnci
Tropizm

Fırsatçı enfeksiyonlar

HAART
• Etkin
• Genetik bariyeri yüksek
• Yan etkisi az

Eşlik Eden Hastalıklar
Diyabet,
Kalp hastalığı,
Hepatit,
Hiperlipidemi
Böbrek patolojisi
Gebelik
Depresyon
Alkol veya uyuşturucu

Günlük yaşam
İlaç adedi
Doz aralığı
İlaç gıda ilişkisi
İlaç ilaç etkileşimi
Yan etkileri

HIV Enfeksiyonu Tedavisinde Kullanımda Olan Antiretroviral Ajanlar

Nükleozid RTI (NRTI)

- Zidovudin (ZDV)
- Didanosin (ddI)
- Zalcitabin (ddC)
- Stavudin (d4T)
- Lamivudin (3TC)
- Abakavir (ABC)
- Emtrisitabin (FTC)
- Tenofovir DF (TDF)
- Tenofovir alafenamid (TAF)

Fusion İnhibitörleri

- Enfuvirtid (T-20)
- CCR5 Antagonist
- Maravirok (MVC)

Nonnükleoz(t)ide RTI (NNRTI)

- Nevirapin (NVP)
- Delavirdin (DLV)
- Efavirenz (EFV)
- Etravirin (ETR)
- Rilpivirin
- **Doravirine**

İntegraz İnhibitörleri

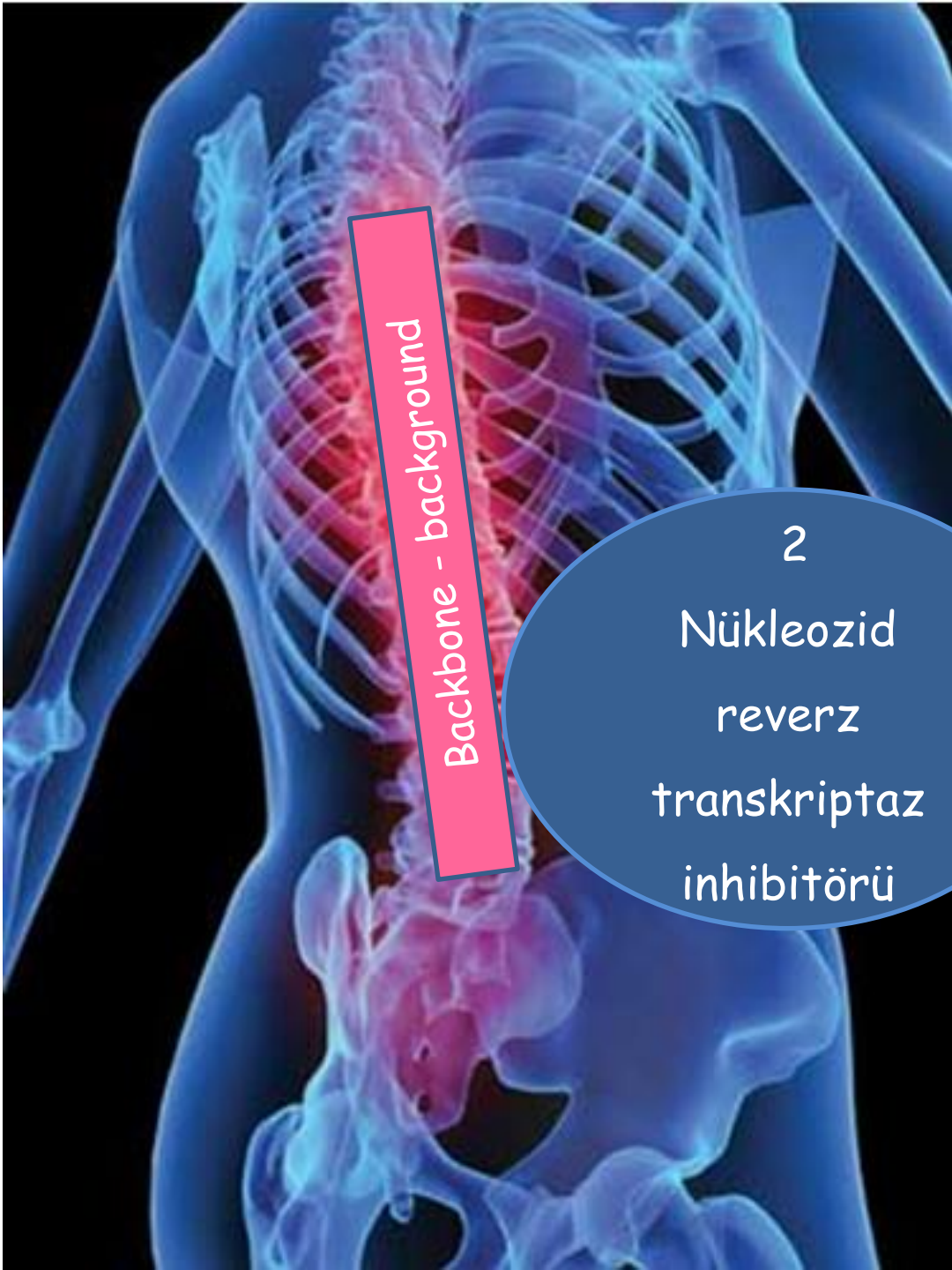
- Raltegravir (RAL)
- Dolutegravir
- Elvitegravir
- **Bictegravir**

Boosterler

- Ritonavir (RTV)
- Cobicistat (cobi)

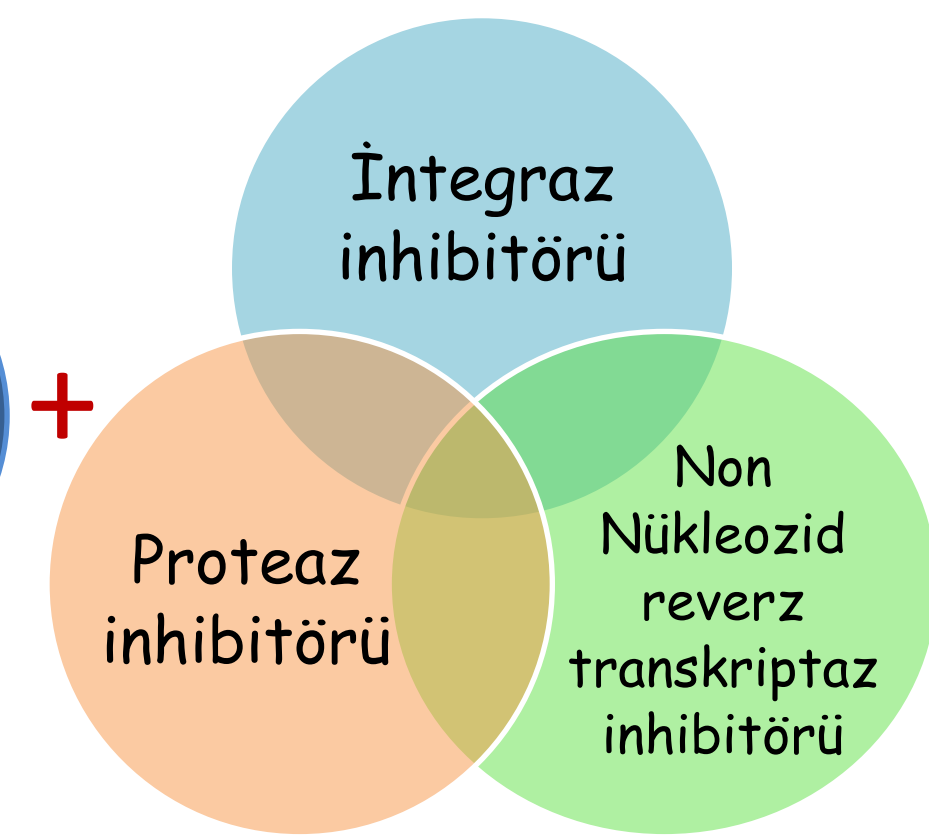
Proteaz İnhibitörleri (PI)

- Saquinavir (SQV)
- Ritonavir (RTV)
- Indinavir (IDV)
- Nelfinavir (NFV)
- Amprenavir (APV)
- Lopinavir/r (LPV/r)
- Atazanavir (ATV)
- Fosamprenavir (Fos-APV)
- Tipranavir (TPV)
- Darunavir (DRV)



2
Nükleozid
reverz
transkriptaz
inhibitörü

CORE ajanlar



HAART

Hastaya G6re Tedavi



Hastaya Göre Tedavi

Viral yük ve
CD4+ hücre sayısı

HLA-B *5701

Direnç testi

Böbrek fonksiyonları

Kemik mineral
danstometri

Fırsatçı enfeksiyonlar

Kardiak risk faktörleri

Hiperlipidemi

Psikiyatrik değerlendirme

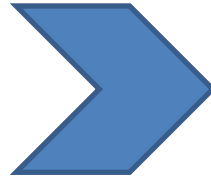
Nöbet geçirme öyküsü

HIV demans

Gebelik?

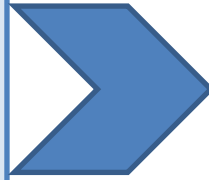
Hastaya Göre Tedavi

HLA-B*5701
bakılamadı yada +
bulundu ise



Abacavir içeren
rejimleri
kullanmayınız

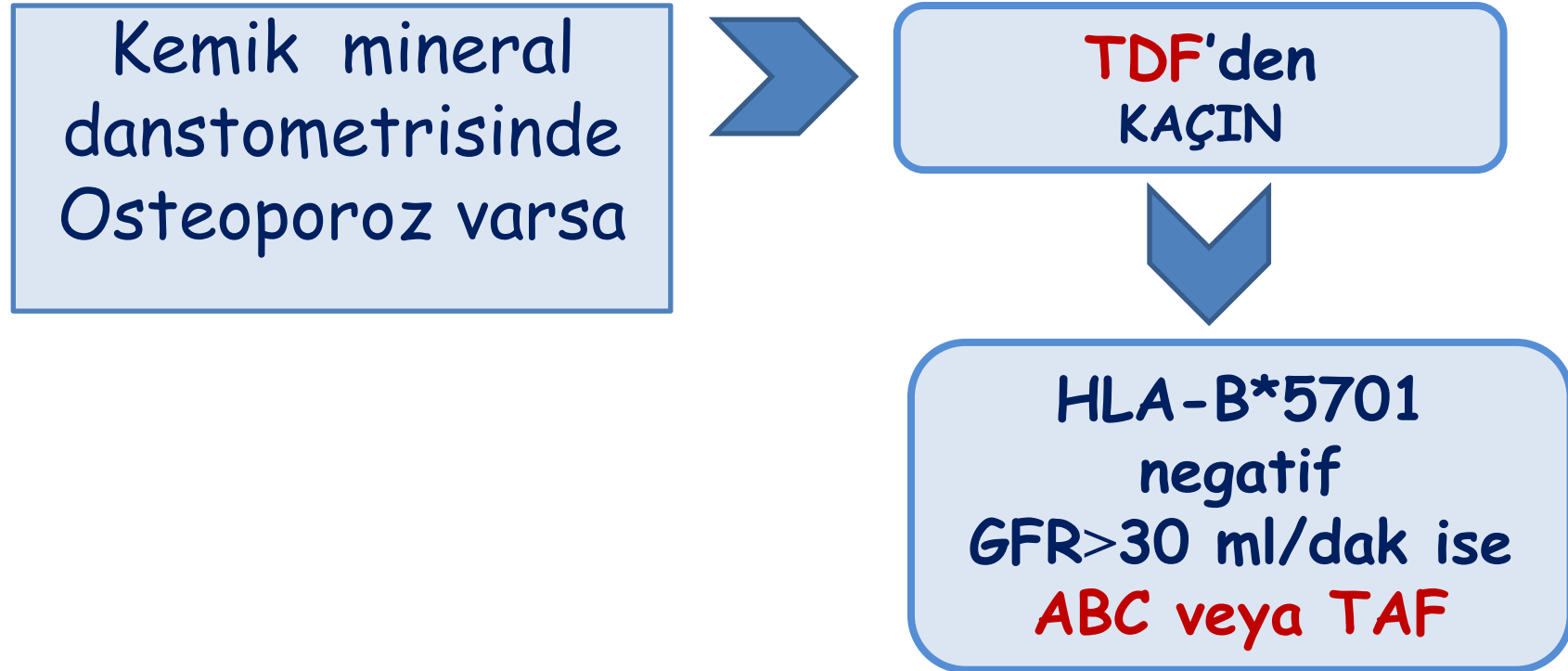
Böbrek fonksiyonlarında
Bozukluk var



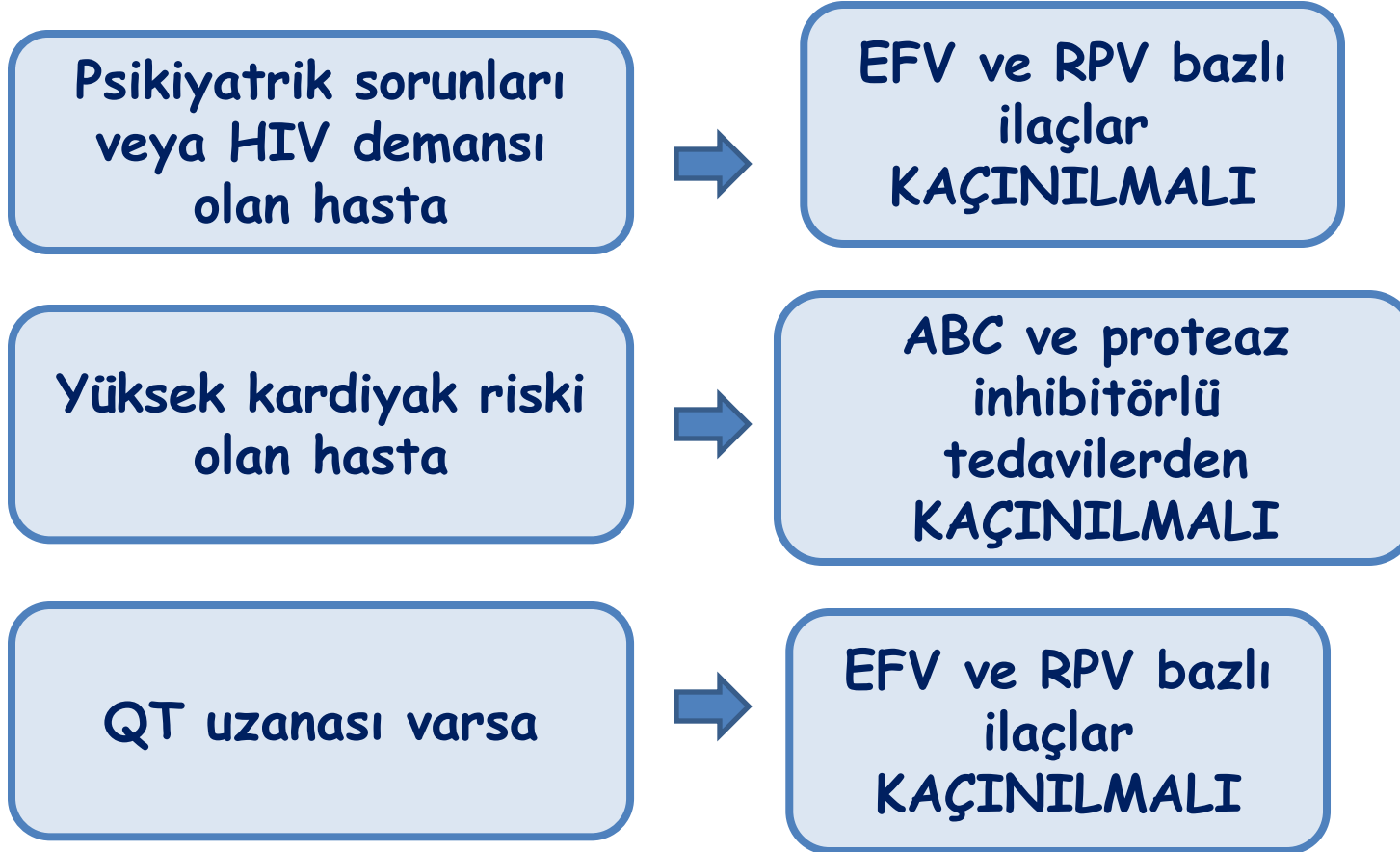
TDF'den
KAÇINILMALI

HLA-B*5701 negatif ise ABC
GFR>30 ml/dak ise TAF

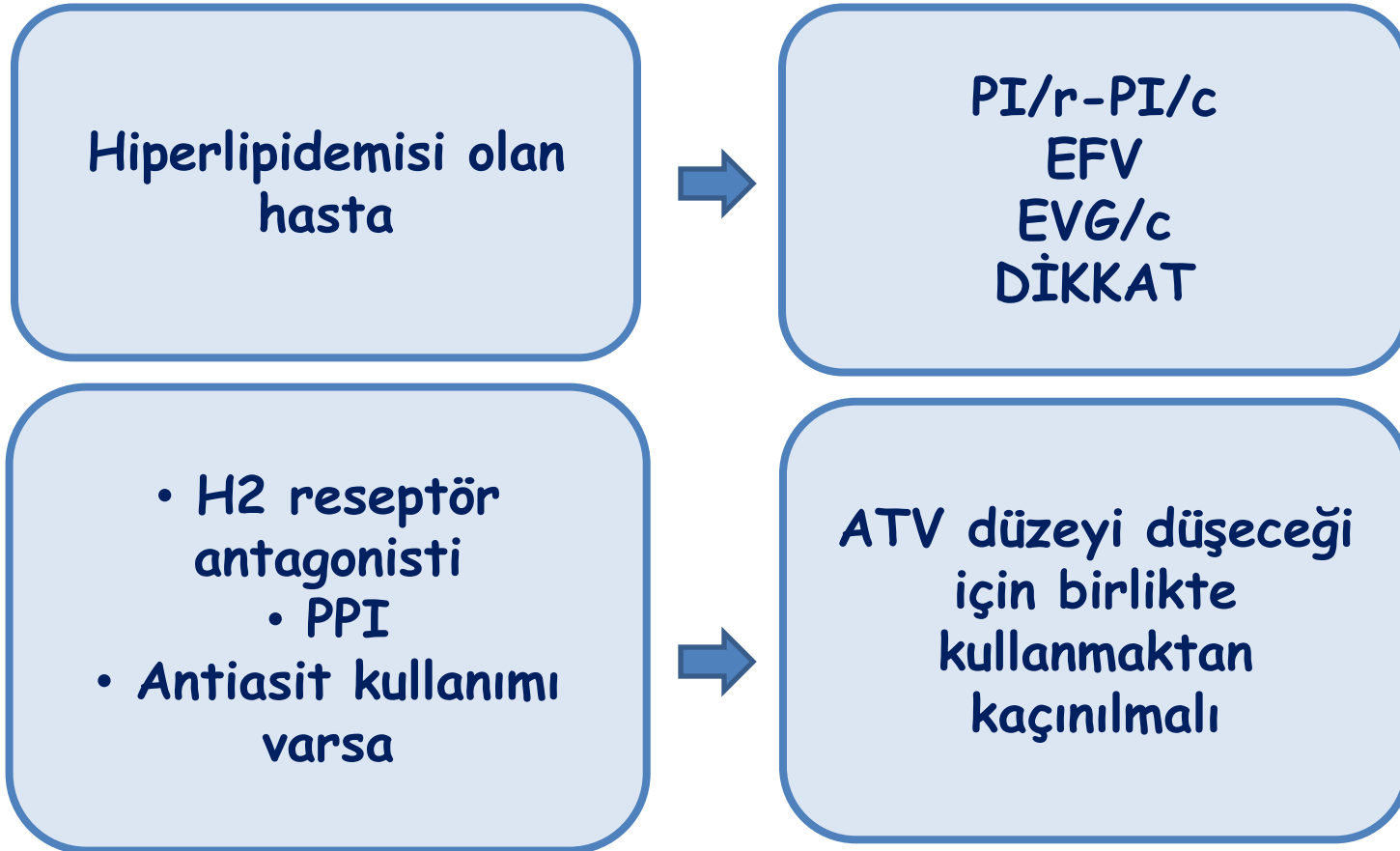
Hastaya Göre Tedavi



Hastaya Göre Tedavi



Hastaya Göre Tedavi



Hastaya Göre Tedavi

CD4 < 200 hücre/mm³



RPV içeren rejim

DRV/r + RAL

ÖNERİLMEZ

HIV RNA > 100 000 kopya/ml



RPV bazlı tedavi

ABC/3TC + EFV

ABC/3TC + ATV/r

DRV/r + RAL

ÖNERİLMEZ

Hastaya Göre Tedavi

Direnç testi çıkmadan
acilen tedavi
başlayacaksanız



Direnç riski yüksek olan
NNRTI bazlı tedavileri
tercih etmeyiniz
(Doravirin dışında)



Güncel rehberlerde
ilk tercih

2 NRTI+ İntegraz İnhibitörü



EACS
European
AIDS
Clinical
Society

GUIDELINES

Version 9.1
October 2018

English

AIDS*info*

Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents

Downloaded from <https://aidsinfo.nih.gov/guidelines> on 11/26/2018

Visit the *AIDSinfo* website to access the most up-to-date guideline.

Register for e-mail notification of guideline updates at <https://aidsinfo.nih.gov/e-news>.

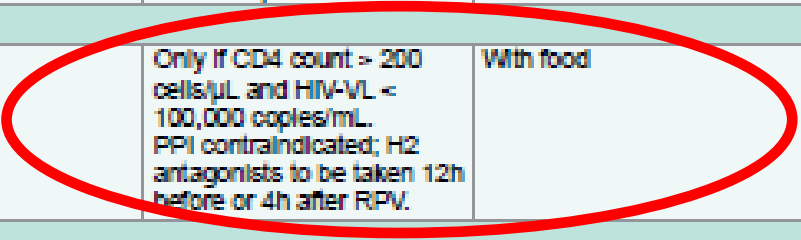
EACS 2018-İlk Seçenekte Önerilen Tedaviler

Initial Combination Regimen for ART-naïve Adult HIV-positive Persons

Regimen	Dosing	Caution	Food requirement
2 NRTIs + INSTI			
ABC/3TC/DTG ^(3,4,5)	ABC/3TC/DTG 600/300/50 mg, 1 tablet qd	Al/Ca/Mg-containing antacids or multivitamins should be taken well separated in time (minimum 2h after or 6h before). DTG 50 mg bid with rifampicin.	None
TAF/FTC ⁽⁶⁾ or TDF/FTC ⁽⁶⁾ + DTG ⁽³⁾	ABC/3TC/DTG 600/300/50 Triumeg DTG (tivicay) TAF/FTC TDF/FTC (Truvada; Hivend)		
TAF/FTC/BIC ⁽⁷⁾	TAF/FTC/BIC 25/20/60 mg, 1 tablet qd	Al/Ca/Mg-containing antacids should be taken 2h after BIC (fasting conditions) whereas Ca, Mg, Fe or multivitamins supplements can be administered simultaneously with food.	None
TAF/FTC ⁽⁶⁾ or TDF/FTC ⁽⁶⁾ + RAL ⁽⁸⁾	TDF/FTC 300/200 mg, 1 tablet qd + RAL 600 mg, 2 tablets qd or TAF/FTC 25/20 mg, 1 tablet qd + RAL 600 mg, 2 tablets qd	Co-administration of RAL with DTG is not recommended. RAL with DTG may increase the risk of QTc prolongation. RAL with DTG may increase the risk of QTc prolongation.	None
2 NRTIs + NNRTI			
TAF/FTC/RPV ⁽⁹⁾ or TDF/FTC/RPV ⁽⁹⁾	TAF/FTC/RPV 25/20/25 mg, 1 tablet qd or TDF/FTC/RPV 300/200/25 mg, 1 tablet qd	Only in persons with HIV RNA < 100,000 copies/mL. PPI contraindicated; H2 antagonists to be taken 12h before or 4h after RPV.	With food
2 NRTIs + PI/r or PI/c			
TAF/FTC ⁽⁶⁾ or TDF/FTC ⁽⁶⁾ + DRV/c ⁽¹⁰⁾ or + DRV/r ⁽¹¹⁾	TAF/FTC 10/200 mg, 1 tablet qd or TDF/FTC 300/200 mg, 1 tablet qd + DRV/c 800/150 mg, 1 tablet qd or + DRV 800 mg, 1 tablet qd + RTV 100 mg, 1 tablet qd or TAF/FTC/DRV/c 10/200/800/150 mg, 1 tablet qd	Monitor in persons with a known sulfonamide allergy.	With food

EACS 2018-İlk Seçenekte Önerilen Tedaviler

Regimen	Dosing	Caution	Food requirement
2 NRTIs + INSTI			
ABC/3TC/DTG ^{3,4,5}	ABC/3TC/DTG 600/300/50 mg, 1 tablet qd	Al/Ca/Mg-containing antacids or multivitamins should be taken well separated in time (minimum 2h after or 6h before). DTG 50 mg bid with rifampicin.	None
TAF/FTC ⁽⁶⁾ or TDF/FTC ⁽⁶⁾ + DTG ⁽⁵⁾	TAF/FTC 25/200 mg, 1 tablet qd or TDF/FTC 300/200 mg, 1 tablet qd + DTG 50 mg, 1 tablet qd		None
TAF/FTC/BIC ⁽⁴⁾	TAF/FTC/BIC 25/200/50 mg, 1 tablet qd	Al/Ca/Mg-containing antacids should be taken 2h after BIC (fasting conditions) whereas Ca, Mg, Fe or multivitamins supplements can be administered simultaneously with food.	None
TAF/FTC ⁽⁶⁾ or TDF/FTC ⁽⁶⁾ + RAL ⁽⁵⁾	TAF/FTC 25/200 mg, 1 tablet qd or TDF/FTC 300/200 mg, 1 tablet qd + RAL 400 mg, 2 tablets qd or 800 mg, 1 tablet bid	Co-administration of antacids containing Al or Mg not recommended. Co-administration of RAL 1200 mg qd with Ca containing antacids or with Ca, Mg, Fe supplements is not recommended. Use RAL 400 mg bid instead. RAL ⁽⁵⁾ 400 or 800 mg bid with rifampicin.	None
2 NRTIs + INSTI			
TAF/FTC/BIC ⁽⁴⁾ or TDF/FTC/BIC ⁽⁴⁾ + RPV	TAF/FTC/BIC 25/200/50 mg, 1 tablet qd or TDF/FTC/BIC 300/200/50 mg, 1 tablet qd		
TAF/FTC/BIC ⁽⁴⁾ or TDF/FTC/BIC ⁽⁴⁾ + RPV	TAF/FTC/BIC 25/200/50 mg, 1 tablet qd or TDF/FTC/BIC 300/200/50 mg, 1 tablet qd	Only if CD4 count > 200 cells/ μ L and HIV-VL < 100,000 copies/mL. PPI contraindicated; H2 antagonists to be taken 12h before or 4h after RPV.	With food
2 NRTIs + INSTI			
TAF/FTC ⁽⁶⁾ or TDF/FTC ⁽⁶⁾ + DRV/c ⁽⁵⁾ or DRV/r ⁽⁴⁾	TAF/FTC 10/200 mg, 1 tablet qd or TDF/FTC 300/200 mg, 1 tablet qd + DRV/c 800/150 mg, 1 tablet qd or DRV 800 mg, 1 tablet qd + RTV 400 mg, 1 tablet qd or TAF/FTC/DRV/c 10/200/800/150 mg, 1 tablet qd	Monitor in persons with a known sulfonamide allergy.	With food



EACS 2018-Alternatif Tedaviler

B) Alternative regimens (to be used when none of the preferred regimens are feasible or available, whatever the reason)

Regimen	Dosing	Caution	Food requirement
2 NRTIs + INSTI			
ABC/3TC+RAL	mg, 1 tablet qd lets qd or let bid	Co-administration of antacids containing Al or Mg not recommended. Co-administration of RAL 1200 mg qd with high dose Ca not recommended. RAL ^(M) 400 or 800 mg bid with rifampicin.	None
TAF/FTC/EVG/c-Genvoya TDF/FTC/EVG/c Stribild	mg, 1 tablet qd or 0 mg, 1 tablet qd	Al/Ca/Mg-containing antacids or multivitamins should be taken well separated in time (minimum 2h after or 6h before).	With food
ABC/3TC+EFV	TDF/FTC/EFV	Only if HIV-VL < 100,000 copies/mL.	At bed time or 2 hours before dinner
TDF/FTC/EFV	DRV ©	V 300/200/800 mg, 1 tablet qd	
ATV ©	ABC/3TC	HIV RNA < 100000	ATV ©
ATV ©	DRV ©		ATV ©
ATV ©	TAF/FTC TDF/FTC		ATV ©

EACS 2018-Diğer Tedaviler

ABC
TDF
TAF
kullanılamıyorsa

DTG+3TC

RAL+DRV®

RAL+DRV ©

Other combinations			
[DTG]	DTG 50 mg, 1 tablet qd or DTG 85 mg, 1 tablet qd	Al/Ca/Mg-containing antacids or multivitamins should be taken well separated in time (minimum 2h after or 8h before). Only if HIV-VL < 500,000 copies/mL	None
[RAL]	RAL 400 mg, 1 tablet bid or RAL 400 mg, 1 tablet qd + RTV 100 mg, 1 tablet qd	Only if CD4 count > 200 cells/ μ L and HIV-VL < 100,000 copies/mL. Co-administration of antacids containing Al or Mg not recommended.	With food

DHHS 2018-Önerilen Tedaviler

Table 6a. Recommended Antiretroviral Regimens for Initial Therapy (page 1 of 2)

İntegras inhibitörlü kombinasyonlar

ABC/3TC/DTG

Recommended regimens are those with demonstrated durable virologic efficacy, favorable tolerability and toxicity profiles, and ease of use.

INSTI plus 2 NRTIs:

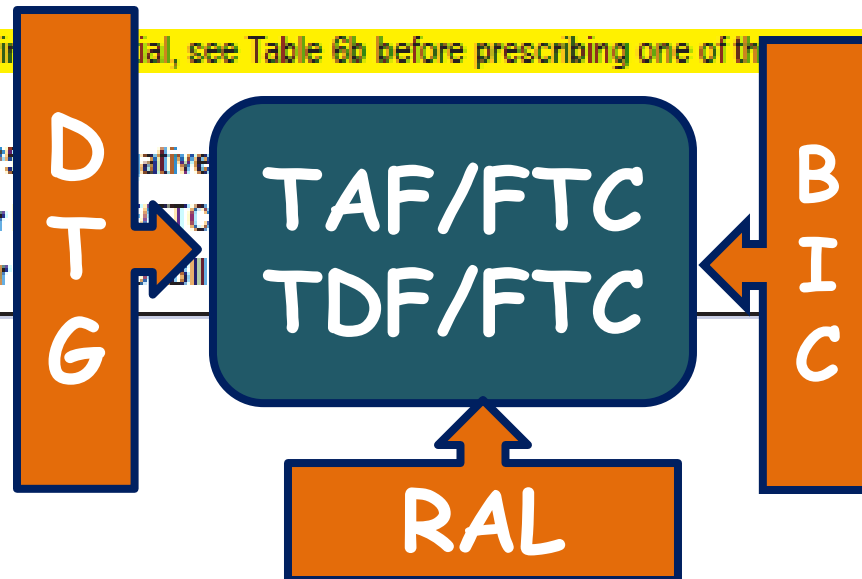
Note: For individuals of childbearing potential, see Table 6b before prescribing one of the regimens.

• BIC/TAF/FTC (AI)

• DTG/ABC/3TC^a (AI)—if HLA-B*57:01 negative

• DTG plus tenofovir^a/FTC^a (AI for all)

• RAL^c plus tenofovir^a/FTC^a (BI for all)

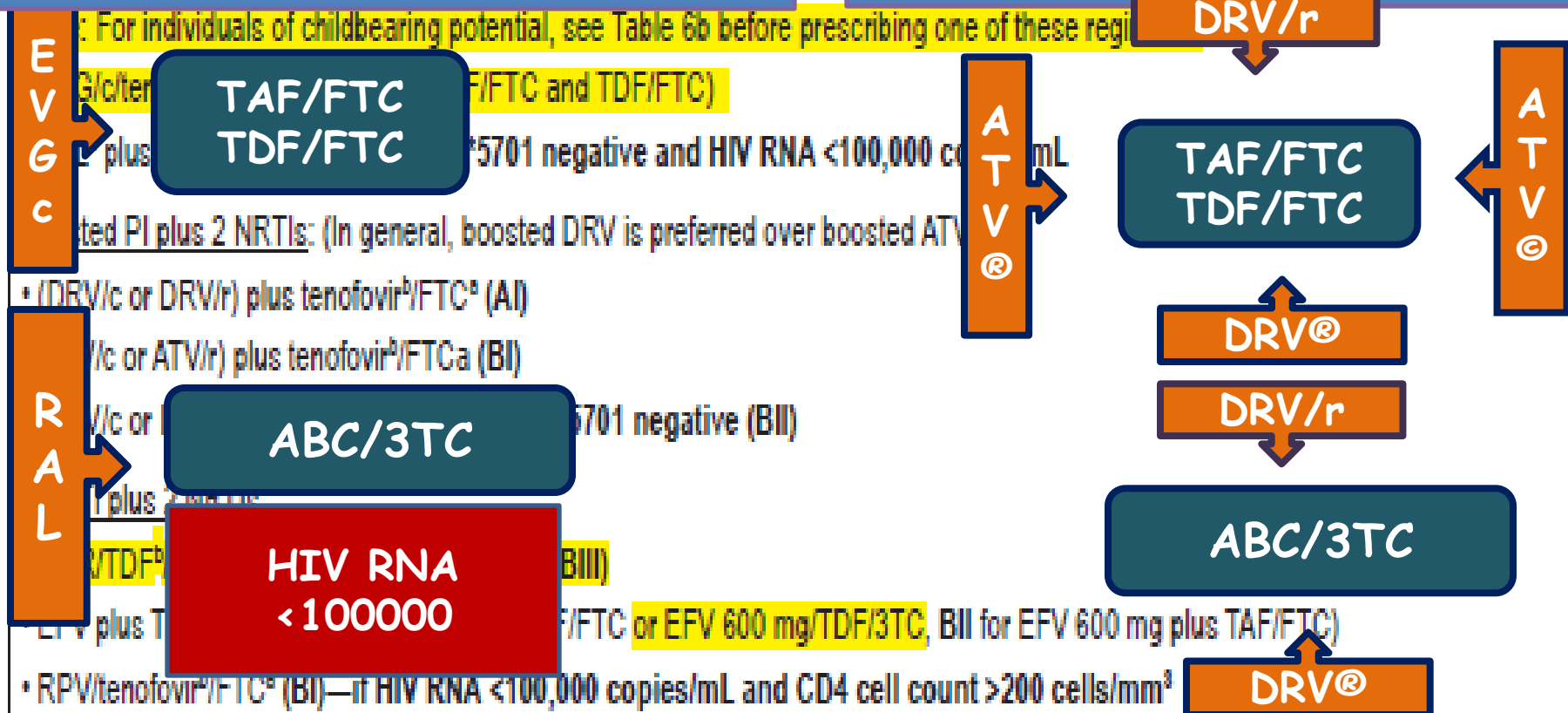


DHHS 2018-Önerilen Tedaviler

Recommended Initial Regimens in Certain Clinical Situations

İntegraz inhibitörlü kombinasyon

Proteaz inhibitörlü kombinasyon



Recommended Initial Regimens in Certain Clinical Situations

These regimens are effective and tolerable but have some disadvantages when compared with the regimens listed above or have less supporting data for certain clinical situations. In certain clinical situations, one of these regimens may be preferred (see Table 7 for examples).

NNRTI bazlı rejimler

INSTI plus

Note: For

• EVG/c

• RAL^c pl

g one of these regimens.

00 copies/mL

Boosted PI plus 2 NRTIs: (In general, boosted DRV is preferred)

- (DRV/c or DRV/r) plus tenofovir[®]/FTC[®] (AI)
- (ATV/c or ATV/r) plus tenofovir[®]/FTCa (BI)
- (DRV/c or DRV/r) plus ABC/3TC[®] —if HLA-B*5701 negative (BII)

NNRTI plus

• DOR/TC

• EFV plus

• RPV/ter

RPV

HIV RNA
<100000
CD4 >200

TAF/3TC

TAF/FTC
TDF/FTC

EFV 600mg

EFV 600mg

D
O
R

D
O
R

DHHS-Diğer Tedaviler

ABC
TDF
TAF
kullanılamıyorsa

DTG + 3TC

RAL + DRV®

3TC + DRV®

HIV RNA <100000
CD4 >200

Regimens to Consider when ABC, TDF, or TAF are Not Optimal:

- DTG plus 3TC (BI)
- DRV/r plus RAL BID (CI)—if HIV RNA <100,000 copies/mL and CD4 cell count >200 cells/mm³
- DRV/r once daily plus 3TC* (CI)

Yan Etkiler - NRTI

- Periferik nöropati
- Pankreatit
- Lipoatrofi
- Hepatik steatoz
- Laktik asidoz
- Mitokondirial toksisite
- Abacavir ile deri döküntüsü (HLA B 5701)
- Tenofovir: Böbrek fonksiyonlarında bozulma,
(Fanconi sendromu)
Kemik mineral yoğunluğunda azalma

INSTI

Yan etki

Dolutegravir-DTG

- **≥Nörel tüp defekti (gebelikte riskli)**
- %2 uykusuzluk, başağrısı, intihar düşüncesi (nadir)
- Rifampisin DTG düzeyini düşürür
- DTG Metformin düzeyini 2 kat artırır
- Antiasitler ve laksatifler

Raltegravir-RAL

- **Hipersensitivite reaksiyonu**
- **CPK↑, kas güçsüzlüğü, rabdomiyoliz**
- Depresyon, İntihar düşüncesi(nadir)

Elvitegravir-EVG

- Depresyon, intihar düşüncesi(nadir)
- **TG↑, LDL↑, HDL↑**
- Bulantı-İshal
- Antiasitler ve laksatifler ile etkinlikte azalma
- **Gebelik 2 ve 3. trimestrinde kan düzeyleri düşüyor.**
(Gebelikte kullanılması önerilmez)

Bictegravir

İshal, Bulantı, Başağrısı
Gebelikte güvenliliği bilinmiyor.

NNRTI	Yan etkiler
Efavirenz	<u>SSS yan etkileri</u> • Depresyon • Kötü rüyalar • Baş ağrısı • Baş dönmesi • İntihar eğiliminde artış Nöral tüp defekti ??? Deri döküntüsü TG↑, LDL↑, Kolesterol↑
Rilpivirin HIV RNA >100 000 CD4 <200 Ortak yan etkiler efavirenze göre daha az	<u>SSS yan etkileri</u> • Depresyon • Kötü rüyalar • Baş ağrısı • Baş dönmesi • İntihar eğiliminde artış TG↑, LDL↑, Kolesterol↑ QT uzaması

PI	Yan etkiler
•Darunavir/Ritonovir -DRV/r •Darunavir/kobisistat - DRV /c	GIS yan etkileri •Bulantı-kusma, ishal •Transaminaz yüksekliği Lipid paneli •TG↑,LDL↑, Kolesterol↑ •Deri döküntüsü, •Nefrolitiazis
Lopinovir/Ritonovir (LPV/r)	GIS yan etkileri • Bulantı-kusma, ishal •Transaminaz yüksekliği Lipid paneli •TG↑,LDL↑, Kolesterol↑ • Deri döküntüsü, • Ateş, • Uzun süreli kullanımda QT uzaması (MI riski) • İnsülin direnci
Atazanavir/Ritonovir ATV/r Atazanavir/kobisistat ATV/c	GIS yan etkileri • Bulantı, İshal • Sarılık, Kolelitiazis • İndirekt hiperbilirubinemi • Nefrotoksisite, Nefrolitiazis • Deri döküntüsü,

Rehberlerde ilk seçenek tedaviler

2NRTI + İntegraz İnhibitörü

	TAF/FTC BIC	ABC/3TC/DTG	TAF/FTC TDF/FTC RAL	TAF/FTC TDF/FTC EVG ©
Endikasyon	18 yaş ve üzeri vücut ağırlığı en az 35 kg olan	12 yaş ve üzeri vücut ağırlığı en az 40 kg	16 yaşın altındaki hastalarda güvenlik ve etkinlik belirlenmemiştir	12 yaş ve üzeri vücut ağırlığı en az 35 kg olan HIV-1 ile enfekte, içeriğinde bulunan ajanlara karşı bilinen dirençle ilişkili mutasyonu bulunmayan erişkin ve adolesanların tedavisinde endikedir.
Renal fonksiyonlar	TAF/FTC + BIC CrCL > 30 ml/dk	CrCl > 50 ml/dk	TAF/FTC+RAL CrCL > 30 ml/dk TDF/FTC+RAL CrCL > 50 ml/dk	TAF/FTC +EVG © CrCL > 30 ml/dk TDF/FTC+EVG © CrCL > 50 ml/dk
HLA gen tipi	Önemi yok	Tedaviyi başlamadan önce her hastaya HLA-B*5701 genini taşıyıp taşımadığı açısından test yapılmalıdır. HLA-B*5701 genini taşıyan hastalara kesinlikle başlanmamalıdır.	Önemi yok	Önemi yok

Rehberlerde ilk seçenek tedaviler

2NRTI + İntegraz İnhibitörü

	TAF/FTC BIC	ABC/3TC/DTG	TAF/FTC TDF/FTC RAL	TAF/FTC TDF/FTC EVG ©
Hipersensitivite	Kaşıntı , Raş, Dudaklarda şişlik	Tedavi öncesi HLA-B*5701 testi mutlaka yapılmalıdır. Pozitif olanlara kesinlikle başlanmamalıdır. Negatif olan kişilerde de halen hipersensitivite gelişme riski vardır. Hipersensitivite reaksiyonundan şüphe edildiğinde (bronşit, faranjit, gastrointestinal problemler, influenza benzeri semptomlar dahil) HLA B5701 geni negatif olsa bile tedavi kesilmelidir.	Raltegravir ilişkili hipersensitivite olabilir	Bir bağlantı bulunmamaktadır.

Rehberlerde ilk seçenek tedaviler

2NRTI + İntegraz İnhibitörü

	TAF/FTC BIC	ABC/3TC/DTG	TAF/FTC TDF/FTC RAL	TAF/FTC TDF/FTC EVG ©
Miyokart Enfarktüsü (MI)	Bir bağlantı bulunmamaktadır.	Gözlemsel alışmalar ABC ile MI riskinde artış arasında bağlantı olduğunu düşündürmektedir. Bu alışmalar daha çok tedavi deneyimli hastalarda yapılmış çalışmalardır. ABC/3TC/DTG başlayacağınız hastada MI ile ilişkili diğerk risk faktörlerini azaltmaya çalışın. • sigaranın bırakılması, • hipertansiyonun kontrol altına alınması, • hiperlipidemi	Bir bağlantı bulunmamaktadır.	Özel bir uyarı bulunmamaktadır

Rehberlerde ilk seçenek tedaviler

2NRTI + İntegraz İnhibitörü

	TAF/FTC BIC	ABC/3TC/DTG	TAF/FTC TDF/FTC+RAL	TAF/FTC TDF/FTC EVG ©
HBV Koenfeksiyonu	Ko enfekte hastalarda tedavisinin kesilmesi Hep B alevlenmesine sebep olabilir.	Ko enfekte hastada Lamivudin tek başına yeterli olmaz. Hep B için ayrıca ilaç eklenmesi önerilir.	Ko enfekte hastalarda tedavisinin kesilmesi Hep B alevlenmesine sebep olabilir.	Ko enfekte hastalarda tedavisinin kesilmesi Hep B alevlenmesine sebep olabilir.
Hepatik yetmezlik	Hepatomegali ve Hepatik steatoz Ciddi hepatik yetmezlikli hastalarda önerilmez (Child C)	Hafif hepatik yetmezlikli hastalarda ABC doz azaltılması gerekebilir (Child A) Orta ve ağır hepatik yetmezlikli hastalarda önerilmez. (Child B ve C)	Hafif ve orta hepatik yetmezlikte doz ayarlaması gerekmez. (Child A ve B) Ağır karaciğer yetmezliğine farmakokinetiği çalışılmamıştır	Hafif ve orta hepatik yetmezlikte doz ayarlaması gerekmez. (Child A ve B) Ciddi hepatik yetmezlikli hastalarda önerilmez (Child C)
Kemik mineral yoğunluğu	TAF/FTC sorunsuz	Sorunsuz	TDF/FTC sıkıntılı TAF/FTC sorunsuz RAL miyopati rabdomiyoliz	© Cobicistat içerir. Bu nedenle eklenen her tedavi ilaç etkileşimi açısından değerlendirilmelidir. Özellikle tüberküloz tedavisi alan hastalarda kullanımı önerilmez.

İlaçların Gebelik Kategorisi

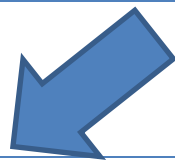
ANTİRETROVİRAL	FDA gebelik kategorisi
NRTI	
Lamivudin (3TC)	C
Zidovudin (AZT, ZDV)	C
Tenofovir DF (TDF)	B
Emtristabin (FTC)	B
Abacavir (ABC)	C
Didanozin (ddI)	B (önerilmez)
Stavudin (d4T)	C (önerilmez)
NNRTI	
Nevirapin (NVP)	B (önerilmez)
Etravirin (ETR)	B (önerilmez)
Rilpivirin (RPV)	B

ANTİRETROVİRAL	FDA gebelik kategorisi
Proteaz inhibitörleri	
Lopinavir +ritonavir (LPV/r)	C
Atazanavir (ATV)	B
Ritonavir (RTV)	B (tedavi dozunda önerilmez)
Sakinavir (SQV)	B (önerilmez)
Darunavir (DRV)	C
İndinavir (IDV)	C (önerilmez)
Fosamprenavir (f-APV)	B (önerilmez)
Tipranavir (TPV)	C (önerilmez)
Füzyon İnhibitörü	
Enfuvirtid (T-20)	C
Reseptör Antagonisti	
Maraviroc(MCV)	B (önerilmez)
İntegraz inhibitörü	
Raltegravir (RAL)	C
Elvitegravir	B
Dolutegravir	B (önerilmez)
Cobistat	B (önerilmez)

Antiretroviral Therapy (ART) in Pregnant Women With HIV Infection Overview of HIV Antiretroviral Therapy (ART) in Pregnancy

Updated: Nov 27, 2018 | Author: Madhu Chhanda Choudhary, MD; Chief Editor: John Bartlett, MD [more...](#)

- Abacavir/lamivudin
- Tenofovir (TDF) /emtristabin
- Tenofovir(TDF)/lamivudin



PI

DRV/r İki doz

ATV/r neonatal bilirübinemi

İntegrace Inh.

Raltegravir

NNRTI

EFV kullanmakta ise devam edebilir

Gebelikte ART Alternatif

NRTI

Zidovudin/lamivudin



PI

LPV/r

NNRTI

EFV

RPV

Gebelikte ART Önerilmeyenler

- Dolutegravir: İlk trimestrde Nöral tüp defekti
- EVG/Cobi/TDF/FTC veya EVG/Cobi/TAF/FTC
2. ve 3. trimestrde kan düzeyinin yetersiz kalması ve viral alevlenmeler nedeniyle
- Bictegravir: Gebelikte kullanımı ile ilgili yeterli veri yok.
- ddI, d4T veya 3 NRTI rejimi önerilmez

Tüberküloz ve ART

Latent TB- İNAH

Tüm ART rejimleri kullanılabilir

Latent TB
Haftada bir İNAH+ rifapentin

TDF/FTC veya ABC/3TC
+
EFV veya RAL

TB tedavisinde rifabutinli
tedavi rejimini tercih et

2NRTI
+
EFV veya RAL veya DTG

Tüberküloz tedavisi başlanan hastalarda
Tenofovir alafenamid + Bictegravir veya elvitegravir cobicistat
içeren rejimlerin başlanması önerilmez

Tüberküloz Tedavisi ve ART

- CD4 sayısı <50 hücre/mm³ olan hastalarda: ART mümkün olduğunca erken "tüberküloz tedavisi başlandıktan 2 hafta sonra" başlanmalı (AI).
- CD4 sayısı ≥ 50 hücre/mm³ olan hastalarda: ART 8 hafta içinde başlanabilir(AIII).
- Tüberküloz menenjitli hastalarda: ART'ı erken başlarken dikkatli olunmalıdır, çünkü randomize bir çalışmada yüksek yan etkiler ve ölüm oranları bildirilmiştir (AI).

Gıdalar ve İlaçlar



Gıdadan etkilenmeyen ilaçlar

Dolutegravir

Raltegravir

Bictegravir

Abacavir

Gıda ile alınması gerekenler

ATVr/ ATVc bazlı rejimler

DRVr/DRVc

EVG/c/TAF/FTC

EVG/c/TDF/FTC

BIC/TAF/FTC

RPV bazlı rejimler

Mide boş iken alınması gerekenler

EFV bazlı rejimler



İlginiz İçin Teşekkür Ederim