

Gebelięe Hazırлік ve Gebe HIV-Pozitif Hastaya Yaklaşım

Prof. Dr. Dilara İnan

27.01.2024

KLİMİK Kursu, İstanbul



- Toplumumuzda üreme çağındaki kadınların büyük çoğunluğu gebe kaldıklarında herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmakta
 - Daha az bir kısmı gebelik planladığında
- Yapılacak uygun bir prekonsepsiyonel değerlendirme veya gebe kadının genel sağlık taramaları sırasında HIV testi önerisi de kadın hastalıkları ve doğum hekimi tarafından yapılmalıdır

HIV ile Yaşayan Kadınlarda Gebelik

- Antenatal HIV durumunun bilinmesi aşağıdakileri sağlar:
 - HIV ile yaşayan kadının kendi sağlığı için uygun ART ve gerekliyse proflaksinin başlanması
 - Partnerine HIV bulaşma riskinin azalması
 - Perinatal HIV bulaşma riskinin azaltılması
 - HIV'in perinatal geçişini azaltmak için planlanmış sezaryen endikasyonları (ve olası faydaları) hakkında danışmanlık verilmesi
 - HIV ile yaşayan kadına emzirme ile HIV geçiş riski hakkında danışmanlık verilmesi
 - Hem HIV'e maruz kalmış bebeğin hem de partnerinin ve diğer çocuklarının erken tanısal değerlendirmesi

HIV İle Yaşayan Kadınlarda Prekonsepsiyonel Danışmanlık Ve Bakım

- Gebelik isteyen tüm HIV ile yaşayan kadınlar ART almalıdırlar ve konsepsiyon öncesi viral yük saptama sınırının altında olmalıdır
- Doğurganlık çağındaki kadınlarda ART planlanırken etkinlik, HBV durumu, ilaçların potansiyel teratojenik etkisi, anneye ve fetusa olası yan etkileri değerlendirilmelidir

HIV İle Yaşayan Kadınlarda Prekonsepsiyonel Danışmanlık Ve Bakım

- Gebelik düşünen kadına doğum defektlerinin önlenmesi amacıyla günlük 400 mcg folik asit alması önerilmelidir

HIV ile Yaşayan Çiftlerde Üreme Yöntemleri

- 6 ay içinde gebe kalınmazsa, infertilite için araştırma yapılmalıdır
- HIV ve muhtemelen ARV ilaçların kullanımı daha yüksek prevalansta semen anormallikleri ile ilişkilendirilebilir
 - Düşük sperm sayısı, düşük hareketlilik, daha yüksek anormal form oranı ve düşük semen hacmi gibi
- HIV'le yaşayan kişilerde daha yüksek infertilite oranlarına ilişkin veriler nedeniyle erken değerlendirme gereklidir

Serodiskordan çiftlerde HIV ile yaşayan eşin virolojik olarak baskılanmış olduğu durumlar

- HIV ile yaşayan eşte sürekli viral baskılanmanın sağlandığı durumlarda kondomsuz cinsel temas HIV bulaşma riski olmadan gebe kalmaya izin verir
- Virolojik baskılanma: **Viral yükün en az 3 ay arayla alınan iki plazma örneğinde saptanabilir düzeyin altında olması**
- Bulaşma riskini azaltmak için kondomsuz temasın ovülasyona denk gelmesi gebe kalma olasılığını artırabilir
 - Ovülasyon kitleri ile takip

Serodiskordan çiftler-Doğal yollarla gebelik

- Serodiskordan çiftlerde HIV pozitif olan partnerde viral baskılanma sağlanmamışsa veya viral baskılanma durumu bilinmiyorsa, öneriye rağmen doğal yolla gebelik isteniyorsa, HIV negatif partnere PrEP verilebilir
 - TDF/FTC bu endikasyonda FDA tarafından onaylı
 - Türkiye’de geri ödemesi yok
- Fertilizasyon dönemi dışında kondomsuz temas sınırlandırılması yine de önerilmelidir

Gebelikte Antiretroviral İlaç Kullanımı

- Daha önce hiç ART almamış kadınlarda,
- Halen ART kullanan kadınlarda,
- Daha önce ART almış ama şu an almayan kadınlarda öneriler

DTG'in gebelikte kullanımı

- İlk veriler konsepsiyon sırasında DTG alan gebelerin bebeklerinde nöral tüp defektlerinin (NTD) arttığını göstermekteydi
- Mayıs 2018'de Botswana'da DTG alırken gebe kalan 426 kadından doğan bebeklerde %0.94 oranında NTD saptandığı bildirildi
- Bu veriler Mart 2019, Nisan 2020 ve Mart 2021'de güncellendi

DTG ile ilgili güncel neriler

- DSÖ, DHHS, EACS ocuk doğurma potansiyeli olan ve gebe kadınlar dâhil olmak üzere, HIV ile infekte olan tüm gruplarda birinci basamak rejimin bir parçası olarak DTG'yi önermektedir

Daha Önce Hiç ART Almamış HIV ile Yaşayan Gebelerdeki Tedavi

- Viral yükü ne olursa olsun en az üçlü ilaç içeren **mümkün olan en kısa sürede** ART başlanmalı
 - Direnç sonuçları beklenmeden
- Mümkün olduğunda ART başlanması veya değişiklikler, bireylerin hamile kalmadan önce viral baskılamayı başarabilecekleri şekilde zamanlanmalıdır

Daha Önce Hiç ART Almamış HIV ile Yaşayan Gebelerdeki Tedavi

- Yapılan kohort çalışmalarında perinatal HIV geçiş riskinin
 - ART'nin konsepsiyondan önce başladığı durumda %0'dan;
 - ART'nin birinci trimestirde başlanırsa %0,2
 - İkinci trimestirde başlanırsa %0,5
 - Üçüncü trimestirde başladığı durumlarda %0,9'a çıktığı saptanmıştır

Daha Önce Hiç ART Almamış HIV ile Yaşayan Gebelerdeki Tedavi

- Gebeye verdiğimiz ART, bebeğe verdiğimiz temas öncesi profilaksi anlamına gelmekte
 - Placentayı geçen antiretroviral ilaçlar fetusta viral replikasyonun etkin inhibisyonu için gerekli ilaç düzeyini sağlar
 - Bu, yoğun viral maruziyetin meydana gelebileceği doğum sürecinde özellikle önemlidir
- Bebeğe temas sonrası profilaksi
 - Doğum eylemi sırasında fetüs yoğun viral temasa maruz kalır
 - Bu nedenle bebekte temas sonrası profilaksi için antiretroviral ilaçlar doğumdan hemen sonra bebeğe verilmelidir

HIV ile yaşayan kadınlardaki tercih edilen antiretroviral ilaç rejimleri ??????

- İlaçların toksisite profilleri,
- Kullanım kolaylığı,
- Gebelikteki farmakokinetik verileri,
- Anne, fetüs ve yenidođandaki teratojenik veya istenmeyen etki yokluđu ve
- Optimal antiretroviral etkinlik hakkındaki mevcut verilere dayanmakta

Tercih edilen rejimler 2 NRTI ile kombine edilen ritonavirle güçlendirilmiş bir PI veya INSTI'den oluşmaktadır

PI ile erken doğum ve ilaç etkileşimi potansiyelinin bulunabileceği unutulmamalıdır

Gebelikte Tercih Edilen Başlangıç Rejimleri

DHHS 2023

Tercih Edilen İki Omurga NRTI
Abakavir/Lamivudin
TDF/Emtrisitabin veya TDF/Lamivudin
TAF/Emtrisitabin veya TAF/Lamivudin
Tercih Edilen INSTI Rejimleri
Dolutegravir+ İki NRTI
Tercih Edilen PI Rejimleri
Darunavir/ritonavir günde iki doz + İki NRTI

EACS 2023

Tercih Edilen İki Omurga NRTI
TDF/Emtrisitabin veya TDF/Lamivudin
TAF/Emtrisitabin
Tercih Edilen INSTI Rejimleri
Dolutegravir + İki NRTI
Raltegravir (2x1 kullanılmalı) + İki NRTI
Tercih Edilen PI Rejimleri
Darunavir/ritonavir günde iki doz + İki NRTI

INSTI seçimi

- DTG ‘Tercih Edilen’ ve RAL ‘Alternatif’ INSTI’dir. Çünkü:
 - DTG; diğer ‘Tercih Edilen’ veya ‘Alternatif’ ajanlara kıyasla
 - Daha yüksek viral baskılama oranları,
 - Daha hızlı viral yük düşüşü oranları,
 - Daha fazla tolere edilebilirlik ve
 - İlaç direncine karşı daha yüksek bir genetik bariyer ile ilişkilidir
 - Tek doz kullanılır
- RAL; günde iki doz gerektirir ve ilaç direncinin gelişmesinde DTG'ye göre daha düşük bir bariyere sahiptir

INSTI seçimi

- DTG'nin, hamileliğin ilerleyen dönemlerinde başvuran ARV kullanmamış hamile kadınlarda viral yükü hızla azalttığı gösterilmiştir; bu nedenle özellikle hamileliğin sonlarında başvuran hamile kişiler için faydalıdır (EACS 2023 RAL de öneriyor)
- Akut HIV'i olan gebe hastalar için tek tercih edilen INSTI DTG'dir
- PrEP için CAB'ye maruz kalma öyküsü olan kişilerde başlangıç tedavisinde DTG tercih edilmez
- Prenatal dönemde kalsiyum, demir ve vitamin kullanımı söz konusu olabileceğinden INSTI'nin bu preparatlarla kullanımında zamanlamanın önemli olduğu kadına anlatılmalıdır

Gebelikte Alternatif Başlangıç Rejimleri

DHHS 2023

EACS 2023

Alternatif INSTI Rejimleri

Raltegravir+ İki NRTI

Alternatif PI Rejimleri

ATV/r + İki NRTI

Alternatif İki Omurga NRTI Rejimleri

Zidovudin/Lamivudin

Alternatif NNRTI Rejimleri+ Omurga

Efavirenz + TDF veya TAF/FTC veya

Efavirenz + tercih edilen omurga rejimleri

Rilpivirin + TDF veya TAF/FTC veya

Rilpivirin + tercih edilen omurga rejimleri

RPV düzeyi 2-3. trimestirde düşebilir, yakın takip

Alternatif İki Omurga NRTI Rejimleri

Abakavir/Lamivudin/Dolutegravir

Abakavir/Lamivudin + Raltegravir

Alternatif PI Rejimleri

Abakavir/Lamivudin+ Darunavir/r

Alternatif NNRTI Rejimleri+ Omurga

Efavirenz + Abakavir/Lamivudin

Efavirenz + TDF/FTC veya TAF/FTC

Efavirenz + önerilen omurga rejimleri

Rilpivirin + TDF/FTC veya TAF/FTC

RPV düzeyi 2-3. trimestirde düşebilir, yakın takip

Gebelikte Başlangıç Rejiminde Önermek İçin Yeterli Verisi Olmayan İlaçlar

Eriřkinlerde kullanım onaylı ancak gebeliğe spesifik yeterli farmakokinetik ve güvenlik verisi eksik olan ilaçlar

BIC/TAF/FTC	Gebelikte BIC kullanımınının FK, toksisite ve etkinlikle ilgili sınırlı veri
DOR	Gebelikte FK, toksisite ve etkinlikle ilgili sınırlı veri

- ARV deneyimi olmayan gebelerde ART'ye başlanması için iki ilaçlı ARV rejimleri veri eksikliği nedeniyle önerilmemektedir

Gebelikte Başlangıç ART Olarak Önerilmeyen İlaçlar

EVG/COBI/TDF/FTC	EVG/COBI'nin ve DRV/COBI'nin gebelikte kullanımıyla ilgili veriler kısıtlıdır. Hem EVG hem de COBI'nin ikinci ve üçüncü trimesterde yetersiz düzeyde kaldığı ve viral breakthrough'a neden olduğu bildirilmiştir.
EVG/COBI/TAF/FTC	
DRV/COBI/TAF/FTC	
ATV/COBI veya DRV/COBI	Gebelikte kobisistat kullanımı ile ilgili veriler sınırlıdır. Hem ATV hem DRV hem de COBI'nin ikinci ve üçüncü trimesterde yetersiz düzeyde kaldığı ve viral breakthrough'a neden olduğu bildirilmiştir.
CAB + RPV uzun etkili enjektabl formülasyon	Gebelikte FK, toksisite ve etkinlikle ilgili sınırlı veri
FTR (fostemsavir)	Gebelikte FK, toksisite ve etkinlikle ilgili sınırlı veri
IBA	Gebelikte veri yok, IV uygulanır
<ul style="list-style-type: none">Bu ilaçları alırken gebe kalanlarda viral breakthrough endişesi nedeniyle daha sık viral yük takibiyle devam mı edileceki yoksa Tercih Edilen ARV rejimine mi geçilecek düşünülmelidir	

Gebelikte Başlangıç ART Olarak Önerilmeyen İlaçlar (bazıları gebelikte özel durumlar haricinde tavsiye edilmez)

Maravirok	Kullanım öncesi tropizm testi yapılmalıdır. Gebelikte kullanımıyla ilgili birkaç yayın mevcuttur. ART-naiv kişilerde önerilmez.
Etravirin	ART-naiv kişilerde önerilmez. Gebelikte sınırlı veri
Nevirapin	Yan etki fazlalığı, karmaşık doz ve düşük direnç bariyeri nedeniyle önerilmez.
T20	Gebelikte sınırlı veri
Lopinavir/ritonavir+ iki NRTI	Günde iki doz, 2. ve 3. trimestirde doz artımı

Gebelikte Başlangıç ART Olarak Önerilmeyen İlaçlar

Stavudin	Toksisite nedeniyle önerilmez
Didanozin	Toksisite nedeniyle önerilmez
Fosamprenavir	Gebelikte kullanımı ile ilgili veriler sınırlıdır. ART-naiv kişilerde önerilmez.
Indinavir/ritonavir	Nefrolitiazis ve maternal hiperbilirubinemi yapabilir
Nelfinavir	Düşük viral supresyon oranı nedeniyle önerilmez.
Sakunavir/ritonavir	Toksisite ve doz dezavantajları nedeniyle önerilmez. Gebelikte veriler sınırlıdır.
Tipranavir/ritonavir	ART-naiv kişilerde önerilmez.

Toksisite nedeniyle önerilmeyen ilaçları alırken gebe kalanlarda da bu ilaçlar kesilmelidir

Halen Antiretroviral Tedavi Alan Gebelerde Yaklaşım

- Eğer ilaç iyi tolere ediliyorsa ve viral replikasyon etkin bir şekilde baskılanıyorsa genellikle aynı ilaçlara devam edilir
- Bazı ilaçlar değiştirilmeli
 - Gebelikte toksik olanlar
 - 2. ve 3. trimesterde ilaç seviyesi düşük kalabilen ilaçlar (COBI içeren rejimler, RPV, tek doz DRV/r)
 - Yeterli veri olmayanlar (BIC, DOR, tek doz RAL, ikili rejimler, CAB/RPV)
 - Devam kararı alınırsa viral yük 1-2 ayda bir izlenmeli
- İlacın kesilmesi veya değiştirilmesi
 - Viral yükte artma (rebound)
 - İmmun durumda baskılanma ve hastalığın ilerlemesine neden olabilecek ve fetusa HIV geçiş riskini artırabilecektir
- Gebelikte ART rejimi değiştirildiğinde daha sık virolojik takip yapılmalı (1-2 ayda)

Halen Antiretroviral Tedavi Alan Gebelerde Yaklaşım

- Gebelikte oral iki ilaçlı rejimlerin kullanımına ilişkin hiçbir veri yoktur (örn., DTG + lamivudin ve DTG + rilpivirin)
- İkili tedavi (DTG/3TC veya DTG/RPV) alırken gebe kalarak gelir ve viral baskılamayı başarıyla sürdürürse, rejim üçüncü bir ajan eklenmeden devam edilebilir, ancak viral yükün daha sık (yani 1-2 ayda bir) izlenmesi önerilir.
- İkili rejimlerin her birinin bileşenleri gebelikte tercih edilen veya alternatif ARV ilaçları olarak önerilmekte

Halen Antiretroviral Tedavi Alan Gebelerde Yaklaşım

- Gebelikte kullanımları hakkında yeterli veri olmayan ARV ilaçları alırken - biktgravir veya doravirin gibi - gebe kalanlar
 - Virolojik baskılama başarılıysa klinisyenler rejime devam etmek veya değiştirmek arasında karar vermelidir
 - Tedavi değişikliği sırasında viral rebound riski açısından
 - Hasta ile aynı rejime devam etme kararı verilirse viral yük daha sık izlenmelidir (yani 1-2 ayda bir)

Daha Önce Antiretroviral Tedavi Almış Ancak Halen Almayan Gebelerde Yaklaşım

- Sorun; direnç gelişme riski ve etkinlikte azalmayla
- Tedavi hikayesi ve var olan tüm direnç verilerine göre belirlenir
- Genel olarak ART önceki direnç testi sonuçlarına göre başlanmalı,
 - Gerekiyorsa yeni test sonuçlarına göre modifiye edilmeli
- Bu süreçte virolojik yükün dikkatli takibi gerekli

Gebelik Sırasında Kadın ve Fetusun İzlemi

- HIV RNA düzeyleri
 - Başlangıçta,
 - ART başlandıktan veya değiştirildikten 2-4 hafta sonra,
 - HIV RNA saptanamaz düzeye gelinceye dek ayda bir,
 - Sonra gebelik boyunca 2 ayda bir izlenmelidir
 - Ayrıca doğum şekline ve yenidoğana verilecek en uygun antiretroviral ilaçlara karar verilebilmesi için 34-36. haftalarda da bakılmalıdır

Gebelik Sırasında Kadın ve Fetusun İzlemi

- CD4 sayısı
 - Başlangıçta,
 - Gebelik boyunca her 3-6 ayda bir bakılmalı
 - ≥ 2 yıl ART alan, virolojik baskılanma sağlanmış ve $CD4 > 300$ hücre/ mm^3 olan hastalarda tekrarlanmasına gerek yok
 - < 2 yıl ART alan, virolojik baskılanma sağlanmamış, uyum sorunu olan ve $CD4 < 300$ hücre/ mm^3 olan hastalarda her 3 ayda bir

Gebelik Sırasında Kadın ve Fetusun İzlemi

- HIV ilaç direnci testi
 - Tüm ART-naiv gebelerde ART başlanmadan önce istenmeli
 - Saptanabilir HIV RNA düzeyi olan gebelerde veya
 - Gebelik sırasında başlanan ART ile yeterli virolojik yanıt sağlanmadıysa ART modifiye edilmeden önce direnç testi istenmelidir
- Ancak bu durumların tümünde direnç testi sonucu beklenerek tedavi geciktirilmemeli
 - Direnç testi sonucuna göre gerekirse ART rejimi modifiye edilmelidir

Gebelik Sırasında Kadın ve Fetusun İzlemi

- Standart glikoz tarama testi 24-28. gebelik haftasında yapılmalıdır
 - Bazı uzmanlar, gebelikten önce başlanmış PI içeren bir rejime devam eden gebelerde glikoz taramasının daha erken yapılmasını önermektedir
- Amniyosentez
 - Yalnızca etkin ART başlandıktan sonra, hatta ideal olarak HIV RNA saptanamaz olduktan sonra yapılmalıdır
 - Saptanabilir HIV RNA düzeyi olan kadınlarda amniyosentez yapılması için gerekirse uzman görüşü alınmalıdır

Doğum: 34-36. Haftalarda HIV-VL > 50 kopya/ml

- Elektif sezaryen 38. haftada planlanması önerilir
- IV ZDV:
 - Travayda ve doğum sırasında:
 - 2 mg/kg yükleme dozunu takiben doğuma kadar 1 mg/kg/saat sürekli IV infüzyon
 - Planlanmış sezaryen doğum: ameliyattan 3 saat önce IV ZDV'ye başlanmalı
 - Planlanmamış sezaryen doğum: yükleme dozu vermeyi düşünün, ardından doğuma kadar devam edin

Doğum sırasında HIV teşhisi konan kadınlar:

- Mümkünse sezaryen yapılmalı
- IV ZDV:
 - Travayda ve doğum sırasında:
 - 2 mg/kg yükleme dozunu takiben doğuma kadar 1 mg/kg/saat sürekli IV infüzyon
 - Planlanmamış sezaryen doğum: Yükleme dozu verilmesi önerilir

HIV RNA at Time of Delivery Assessed at 36 Weeks Gestation or Within 4 Weeks of Delivery with No Concerns Regarding ART Adherence^a

	<50 copies/mL and on ART with No Concerns About Adherence	≥50 to ≤1,000 copies/mL	>1,000 copies/mL	Unknown HIV RNA ART Adherence Concerns Not Receiving ART HIV Diagnosis in Labor
Intrapartum ART	Pregnant people should take their prescribed ART on schedule during labor and before scheduled cesarean delivery (CIII) . In general, ARV regimens are initiated postpartum for people diagnosed with HIV during labor.			
Intrapartum IV ZDV	Not required (BII) .	Not required but may be considered (CII) ; many experts recommend.	Yes, recommended (AI) . ^b IV ZDV: 1-hour loading dose at 2 mg/kg followed by a continuous ZDV infusion of 1 mg/kg for 2 hours (at least 3 hours total) (AII) .	
Mode of delivery	Normal vaginal delivery ^c (AII) .	Normal vaginal delivery ^c (AII) .	Scheduled cesarean delivery at 38 weeks ^d (AII) .	Individualized care, see footnote. ^d

Emzirme – DHSS önerileri

- ART alan ve viral yükü tespit edilemeyen kadınlarda emzirme yoluyla bulaştırma riski çok düşüktür, ancak sıfır değildir.
- Sürekli olarak saptanamayan viral yük ile ART kullanan ve emzirmeyi seçen HIV'li bireyler bu kararda desteklenmelidir
- Emzirme kararı verilirse annenin viral yükü her 1-2 ayda bir izlenmeli
- Annenin viral yükü tespit edilebilir hale gelirse;
 - Farklı yaklaşımlar önerilmekte
- Bebeğin ilk 6 ayında sadece emzirme önerilir
 - Ardından istenirse emzirmeye devam ederek tamamlayıcı gıdaların verilmesi önerilir
 - Bazı kişiler 6 aydan daha kısa bir süre emzirmeyi tercih edebilir

Vaka 1: Daha önce hiç ART almamış, gebelik sırasında HIV saptanan kadın hasta

- 34 y, Güney Afrika kökenli bir kadın
- Başvuru sırasında 6 aylık gebe
- Gebelik takibi sırasında yapılan testlerde HIV saptanmış
- Hastada ilk HIV Ab pozitifliği: 27.7.2022
- Hastadan doğrulama testi gönderilme tarihi: 12.8.2022
- Bize başvuru tarihi: 31.8.2022
- İlk pozitiflikten 36 gün sonra başvurmuş

İlk ne yaparsınız?

- Tedaviyi planladım
 - TDF/FTC + DTG
- IV zidovudin ve ZDV süsp için de reçete hazırladım
- Rutinlerini istedim

Takip

- 2 hafta sonra geldi, 26 haftalık gebe
- HIV RNA: 1 240 000 kopya/ml
- CD4: 102 (%8)
- PCP profilaksisi??

	24 haftalık	26 haftalık	28 haftalık	33 haftalık	35 hafta, 3 günlük
	31.8.2022	14.9.2022	28.9.2022	2.11.2022	16.11.2022
Hb	11,8	11,4	11,2	11,7	11,3
Lenfosit sayısı	1280	1780	1810	1560	1530
ALT	11		14	10	
AST	14			15	
Kr/GFR	0,5/122		0,6/117	0,7/115	
CD4 sayısı (%)	102 (8)	160 (9)	181 (10)	187 (12)	198 (13)
HIV RNA (kopya/ml)	1 240 000	4250	748	304	136

- 5 Aralık 2022 doğum yaptı
- Doğum şekli: Sezaryen
- IV ZDV verildi
- Çocuk Enfeksiyon Bölümü bebeğe proflaksi başladı
- Bebek doğumda negatif, takiplerde de negatif

- Mart 2023'te maliyet etkin olduğu için Biktarvy'e geçildi
- 9.5.2023'te HIV RNA: 48 kopya/ml

- Gebede tanı konur konmaz ART başlanmalı
 - Direnç testi, doğrulama testi vb beklenmemeli
- Özellikle 2. veya 3. trimesterde başvuran gebelerde bir an önce ART başlanmalı

Vaka 2: Travayda HIV saptanan kadın

- 26 y, 39 haftalık gebe, makat prezente
- 24 Ekim 2022'de doğum için başvurduğu hastanede HIV saptanması üzerine fakültemiz KHD bölümüne sevk edilmiş
- Hasta yatırılmış
- HIV nedeniyle bizden konsültasyon istenmiş, o sırada hasta tedavi red belgesi imzalayıp hastaneden ayrılmış

- 26 Ekim 2022'de karın ağrısı ile acil servise başvurdu
- Uterus rüptürü ön tanısı ile hasta doğrudan ameliyathaneye alınarak acil sezaryene alınmış
- Bu sırada bizden konsültasyon istendi
 - Hastanın 10 dk içinde sezaryene alınacağı bilgisi verildi
- IV ZDV verilemedi
- Ameliyat notu: Uterusta ileri derecede dehisense
- Doğum sonrası serviste değerlendirildi

- Postop FM doğal
- Postop Hb 9,1, Lenfosit: 860 (iki gün nceki 550)
- Gerekli tetkikler alınıp direnç testi gönderildikten sonra hastane eczanesinde Biktarvy olduğu için başlanması önerildi
- Emzirmemesi nerildi
- Bebeğe ocuk Enfeksiyon Hast. ZDV başladı

- E nabız tarandığında 31 Mart 2022 HIV pozitif (2020'de negatif)
- Hastanın HIV pozitifliği daha önce Aile Hekimliđi tarafından saptanmış, hastanın mutlaka Enfeksiyon Hastalıkları Kliniđi'ne başvurması önerilmiş, hasta red etmiş
- Eři anamnez vermeyi ve tetkik yaptırmayı reddetti, HIV durumu bilinmiyor

- 27.10.2022
 - HIV RNA: 47500 kopya/ml, CD4: 312 (%30)
- 16.11.2022
 - HIV RNA: 228 kopya/ml, CD4: 364 (%24)
- Bebek HIV durumu bilinmiyor, Çocuk Enfeksiyon Hast.da takiplere gelmemiş
- Takiplerine Alanya'da devam etmek istedi

