



OLGU SUNUMU

Arş. Gör. Dr İlgi Tolu

OLGU

- E.A.
- 24 Yaş / Kadın
- Evli / Lise mezunu / Çalışmıyor
- Sosyal Öykü: Eşi ve bir yaşındaki çocuğu ile birlikte Adana-Ceyhan'da yaşıyor. İkinci defa gebe kalmış.
- Gebelik yaşı: 16 hafta +2 gün
- G2P1Y1A0
- Kadın Doğum polikliniğinde ilk trimesterde yapılan tarama testi → Anti HIV sonucunun reaktif saptanması üzerine merkezimize yönlendirilmiş .

OLGU-- FİZİK MUAYENE

- Vücut sıcaklığı: 36,5 °C Tansiyon: 100/60 mm/Hg
- Solunum sayısı: 15/dk Nabız: 79/dk Kilo : 70 kg Boy: 166 cm

- Genel durumu iyi, bilinci açık, oryante-koopere
- Orofarenks doğal
- Akciğer sesleri doğal, her iki akciğer solunuma eşit katılıyor, bilateral ral yok, ronküs yok
- Batında hassasiyeti yok, hepatomegali yok, splenomegali yok
- Vücutta döküntü, kızarıklık yok
- Genital bölgede lezyonu yok, akıntısı yok
- Anal bölgede hemoroid pakesi mevcut
- Lenfadenopati saptanmadı.

OLGU

- Özgeçmiş

Vajinal Doğum (1 yıl önce)

- Soygeçmiş

Ailede hastalık öyküsü yok

- Alışkanlıklar

Sigara ve madde kullanmıyor

- Kullandığı ilaçlar

- Folik asit (400 µg)

OLGU

06.03.2025 Laboratuvar Değerleri	
HIV RNA : 183.400 cp/ mL	Anti HCV : (-)
Anti-HIV : reaktif (376)	HAV-Total: (-)
CD4 : 360 HS/μL, %20	VDRL : Negatif
CD8 : 1224 HS/μL, %68	TPHA : Negatif
HBs Ag : (-)	GFR/Kre: 128 mL/dk/1,73 m2 / 0,6 mg/dl
Anti HBc : (-)	AST: 16 U/L
Anti HBs : (-)	ALT: 20 U/L

Bu şekilde başvuran bir gebe hastada ilk yaklaşımlar nasıl olmalıdır?

E-nabız verileri ;

- 03.03.2024
NEGATİF → 06.03.2025
POZİTİF
- Eşi → 2023'de evlilik öncesi : Anti-HIV testi : Negatif
- Çocuk → Anti-HIV daha önce bakılmamış .



Evlilik öncesi HIV taramasının rutin uygulamadaki yeri nedir ?

- HIV ile yaşayan kişilerin evlenmesinde yasal olarak engel var mı ?
- Ne gibi zorluklar yaşıyorsunuz ?

UMUMİ HIFZISIHHA KANUNU

Madde 122:

Evlenecek erkek ve kadınlar evlenmeden evvel tıbbi muayeneye tabidir. Bu muayenenin sureti icrası ve teferruatı hakkında Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti'nce bir nizamname neşrolunur.

Madde 123:

Frengi, bel soğukluğu ve yumuşak şankr ve cüzzama ve bir marazı akliye müptela olanların evlenmesi memnudur. Bu hastalıklar usulü dairesinde tedavi edilip sirayet tehlikesi geçtiğine veya şifa bulunduğu dair tabip raporu ibraz olunmadıkça musapların nikahları akt olunamaz.

Madde 124:

İlerlemiş sari vereme musap olanların nikahı altı ay tehir olunur. Bu müddet zarfında salah eseri görülmezse bu müddet altı ay daha temdit edilir. Bu müddet hitamında alakadar tabipler her iki tarafa bu hastalığın tehlikesini ve evlenmenin mazarratını bildirmeğe mecburdur.



Bu şekilde başvuran bir gebe hastada ilk yaklaşım nasıl olmalıdır?

Eş: 06/03/2025

- Anti-HIV: reaktif (953)
- HIV RNA: 1520 cp/ mL
- VDRL +
- TPHA 1/1280
- 10 ay önce korunmasız cinsel ilişki öyküsü,
- 3 ay önce Herpes zoster öyküsü !
- 17.03.2025 => TDF/FTC+DTG başlandı .
- 17.04.2025 => HIV RNA : Negatif

Çocuk: 11.03.2025

- Anti-HIV : Negatif
- HIV RNA : Negatif

Bu şekilde başvuran bir gebe hastada ilk yaklaşıım nasıl olmalıdır?

- ART başlanmalı mı ?
- Doğrulama sonuçlarını bekleyelim mi?
- Direnç testi sonuçlarını bekleyelim mi ?





ART başlanmalı mı ?

Tedavi naif gebe kadınlarda CD4 T lenfosit sayısına veya plazma HIV RNA kopya sayısına bakılmadan **perinatal bulaşı engellemek için** ART'ye **mümkün olan en kısa sürede** başlanması önerilir.

Tedavi için direnç sonuçlarının beklenmesi gerekli değildir.

En az 3 ilaç içeren rejim başlanması önerilir.

Rejime, **plasentadan geçen en az bir ajan** mutlaka dahil edilmelidir

Hangi rejim başlanmalı?

EACS

İki Omurga NRTI + INSTI

TDF/ XTC veya TAF/ FTC + DTG

TDF/ XTC veya TAF/ FTC + RAL 400 mg bİd

İki Omurga NRTI + PI/r

TDF/ XTC veya TAF/ FTC + DRV / r 600 mg /100 mg bİd

BHIVA

TDF/Emtrisitabin + DTG

TAF/Emtrisitabin + DTG

DTG/ Lamivudin / ABC

DHHS

Tercih Edilen İki Omurga NRTI

TDF/Emtrisitabin veya TDF/Lamivudin + DTG

TAF/Emtrisitabin veya TAF/Lamivudin + RAL

Tercih Edilen INSTI Rejimleri

BIC/TAF/FTC (FDC)

DTG Plus Tercih Edilen Çift NRTI Omurgası

Tercih Edilen PI Rejimleri

DRV/r Plus *Tercih Edilen* Çift-NRTI Omurgası

Hangi rejim başlanmalı?

Takibi ikinci veya üçüncü trimesterin sonlarında başlayan kadınlar !

- ART'ye hemen başlanmalı
- Hızlı HIV-VL (viral yük) düşüşü sağlamak ve doğum zamanında HIV-VL'nin saptanamaz hale gelmesini sağlamak için;
- **RAL veya DTG tercih edilmelidir. => INSTI**

Hangi rejim başlanmalı?

- TDF/FTC+DTG tedavisi başlandı.
- Direnç testi gönderildi → Direnç yok
- Dozlar nasıl olmalı ?
- Gebede farmokokinetik değişiklikler nedeniyle doz değişimi gerekli mi?





Doz değişimi gerekli mi?



- Çoęu NRTI ve NNRTI'in farmakokinetik özellikleri gebelikten anlamlı şekilde etkilenmez ve **doz ayarlaması gerekmez**.
- **Emtrisitabin** => üncü trimesterde ilaç konsantrasyonları postpartum döneme göre daha düşük olsa da, gebelik sırasında ulaşılan mutlak konsantrasyonlar **yeterlidir ve doz ayarlaması gerekmez**.
- **TDF** => Gebeliğin 3. trimesterinde **konsantrasyonu %15–25** azaldığı, 2. ve 3. trimesterde klirensin arttığını gösterilmiş; ancak etkin konsantrasyonun üzerinde kalır **doz ayarlaması gerekmez**.
- **Dolutegravir** => düzeyi bir miktar azalsa da, etkin konsantrasyonun üzerinde kalır **doz ayarlaması gerekmez**.

- Aşı yapabilir miyiz?
- Aşılar nasıl planlanmalı ?





EACS
European
AIDS
Clinical
Society

Hangi aşılar yapılmalı?



HIV pozitif gebelerde rutin önerilen aşılar:

İnaktif İnfluenza 4 valanlı → Gebeliğin herhangi bir döneminde tüm gebelere yapılmalı.

Tdap : Her gebelikte, ideal 27-36. hafta arasında yapılmalı.

Respiratuar sinsityal virüs (RSV) aşısı: 28. haftadan doğuma kadar önerilir .

COVID-19 mevsimsel rapel aşısı: Ulusal rehberlere göre, her yıl tüm gebelere önerilir.

HIV ile yaşayan ayrıca HCV koenfeksiyonu olan HBV'ye karşı bağışık olmayan gebelere,, ilk trimesterden sonra HBV aşısı yapılması önerilir .

HIV ile yaşayan ayrıca HCV/HBV koenfeksiyonu HAV'a karşı bağışık olmayan gebelere, ilk trimesterden sonra HAV aşısı yapılması önerilir. (CD4 <350'de 3 doz)

HPV => Yeterli çalışma yok

- Kardiyoloji ve Nörolojiye bazal muayene için konsültasyon istendi →
Herhangi bir patoloji saptanmadı

- Kemik sağlığı değerlendirmesi?
 - DEXA ??



DEXA ?

Aşağıdaki durumlardan **en az biri** varsa DEXA düşünülmeli:

- Postmenopozal kadınlar
- 50 yaş ve üzeri erkekler
- Düşme riski yüksek olanlar
- FRAX değerlendirmesinde (DXA olmadan) 10 yıllık majör osteoporotik kırık riski $>20\%$ olanlar
- Düşük travmalı kırık öyküsü (ör. basit düşme sonrası kırık)
- Klinik hipogonadizm (semptomatik)
- Uzun süreli oral glukokortikoid kullanımı (≥ 3 ay boyunca, günde ≥ 5 mg prednizon eşdeğeri)

Risk faktörü olmayan <40 yaş hastalara tarama yapmaya gerek yoktur.

İyonize radyasyon içerir.

Gebelik sonrasına ertelenebilir.



Poliklinik kontrolleri

- ART sonrası bulantı şikayetlerinde artış olmuş
- İlaç değişikliği yapılmalı mı ?
- Kusma sonrası ek doz alınmalı mı?



İlaç değişikliği yapılmalı mı ?



- Gebelikte bulantı-kusma → ART ilaçlarının alınmasını ve emilimini bozabilir.
- Bu da değişken ilaç düzeylerine yol açarak **tedavi başarısızlığı ve/veya direnç gelişimi riski** doğurur.

Gebelikte ART kesinlikle kesilmemelidir.

- Şiddetin deęerlendirilmesi,
- Antiemetik reçetelenmesi,
- Multidisipliner ekip tartışması,
- Gerektiğinde hospitalizasyon.



İlaç etkileşimine dikkat et !

İlaç değişikliği yapılmalı mı ?

ART kesintisi riski:

- Uzamış veya çok düzensiz ART alımı varsa → tedavi başarısızlığı/direnç riski artar.
- Ciddi toksisite, gebeliğe bağlı tedaviye yanıtızsız hiperemezis v.b.
 - Bu durumda tedavi, sorunun aşılması için **mümkün olan en kısa süreliğine kesilebilir.**
- Ardından **ek viral yük ve direnç testleri** yapılmalıdır.
- En kısa sürede, hepsi birden başlanmalı !
- 24. haftada mutlaka başlanmış olmalı!



Kusma sonrası ek doz alınmalı mı?

- **İlacın alınmasından sonraki ilk 30 dakika içinde kusarsa:**
→ **Doz tekrarlanmalı.** Çünkü emilim gerçekleşmemiş olabilir.
- **1–2 saat sonra kusarsa:**
→ İlaç kısmen emilmiş olabilir. Duruma göre ek doz düşünülebilir ama genelde **tekrar gerekmez.**
- **2 saatten uzun süre geçmişse:**
→ Emilim büyük oranda tamamlanmıştır, **tekrar doz verilmez.**

Ne sıklıkta HIV RNA takibi yapılmalı?

HIV RNA ve toksisite izlemi:

- **Başlangıçtan 2 hafta sonra,**
- Ardından **her ay**, viral yük saptanamaz olana kadar,
- Sonrasında **en az 2 ayda bir**, ayrıca **36. haftada ve doğumda**
 - Başlangıçta **direnç testi (integrase direnci dahil)** yapılmalı
 - Eğer yüksek direnç bariyerli bir rejim (DTG veya DRV/r bazlı) başlanıyorsa → direnç testi sonucu çıkmadan da tedavi başlanabilir .

Poliklinik Kontrolü--Takip değerleri

	HIV RNA	CD4	CD8
06/03/2025	183.400 cp/ mL	CD4 : 360 HS/ μ L, %20	CD8 : 1224 HS/ μ L, %68
20/03/2025	190 copies/mL	460 HS/ μ L %20	1564 HS/ μ L %68
8/04/2025	Negatif	451 HS/ μ L %41	506 HS / μ L % 46
36. Gebelik haftası	Negatif	672 HS/ μ L %42	688 HS/ μ L % 43

Doğum şekli nasıl olmalı ?

36. gebelik haftası ;

- HIV RNA: Negatif
- CD4: 672 HS/ μ L/ %42
- CD8: 688 HS/ μ L / % 43



Doğum şekli nasıl olmalı ?

Doğum şekline karar, genellikle 36. haftada ölçülen plazma viral yükü dikkate alınarak, gebe kadın/kişiyle birlikte verilmelidir.

Planlı vajinal doğum, obstetrik kontrendikasyon yoksa ve **HIV viral yükü <50 kopya/mL** ise desteklenmelidir.



EACS
European
AIDS
Clinical
Society

Doğum zamanlaması ?



- Eğer doğum indüksiyonu veya planlı sezaryen yapılacaksa ve **plazma viral yükü <50 kopya/mL** ise → doğumun zamanlamasında **normal obstetrik kriterler** geçerli olmalıdır .
- Eğer **viral yük >50 kopya/mL** olup vertikal bulaşı önlemek için sezaryen yapılacaksa → doğum **38. gebelik haftasından itibaren** planlanmalıdır .



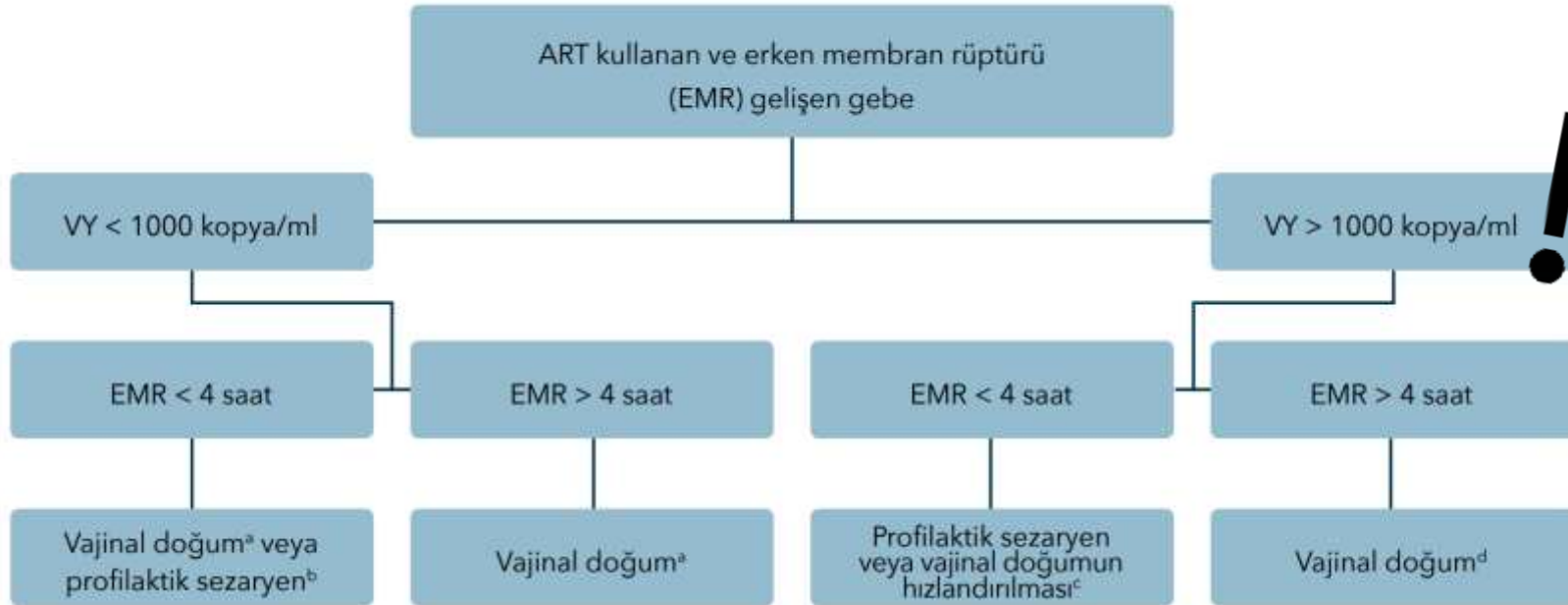
EACS
European
AIDS
Clinical
Society

BHIVA 
British HIV Association

Annede 37. haftada Erken Membran Rüptürü geliřti



Yaklaşım nasıl olmalıdır ?



VY (viral yük) düzeyi >1000 kopya/mL olan gebelerde membran rüptürü olduğunda vajinal doğum mümkün olduğunca hızlandırılmalıdır.

      geçen her saat HIV bulaş riski yaklaşık %2 oranında artmaktadır .

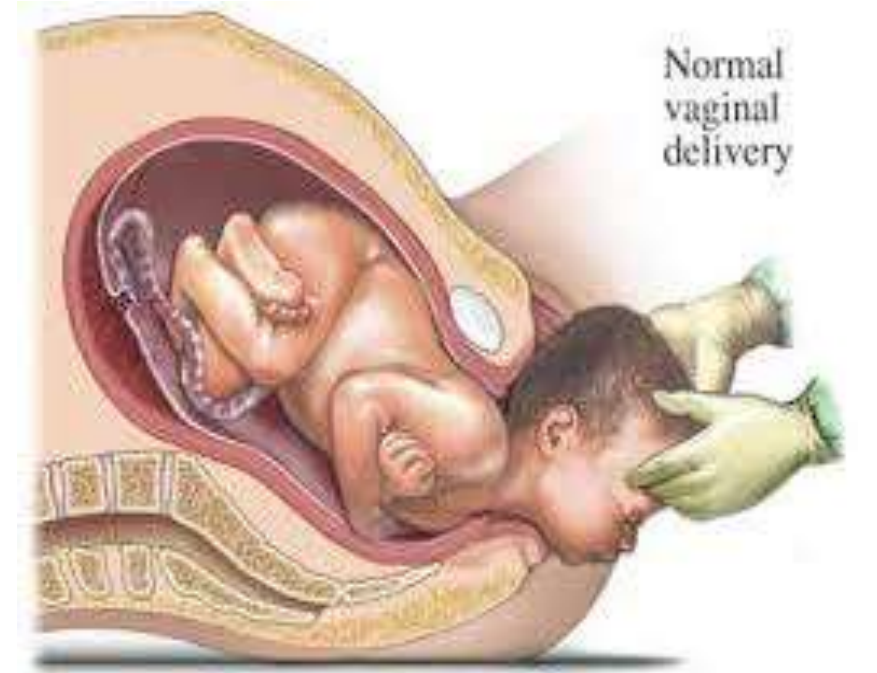
a)Viral yükün bu düzeyde olması durumunda membran rüptüründen itibaren geçen süre perinatal bulaşma riskini arttırmaz.

b)Yararını gösteren çalışmalar da var.

d)Bu s  reden uzun membran rüptürlerinde sezaryenin vajinal doğuma üstünlüęü yoktur

Doğum 28.08.2025 de vajinal yoldan gerçekleşti ;

- Bebek doğum sonrası profilaksi almalı mı ?
- Takipleri nasıl yapılmalı?
- Emzirme önerilmeli mi?



Bebek doğum sonrası proflaksi almalı mı ?



Durum	Tanım	Neonatal Antiretroviral İlaç Tedavisi
Perinatal HIV geçisi: Düşük risk 	Annenin hamileliği boyunca standart antiretroviral tedavi alması Viral baskılanmanın sağlanmış olması ve devamlılık göstermesi Annenin rejime uyumlu olduğundan emin olunması	6 hafta ZDV ^a
Perinatal HIV geçisi: Yüksek risk	Annenin antepartum veya intrapartum antiretroviral ilaç almaması veya Annenin sadece intrapartum antiretroviral ilaç alması veya Annenin doğumdan önce antiretroviral ilaç almasına rağmen viral baskılanmanın olmaması (özellikle vajinal yol ile doğumda daha yüksek risk) veya Annenin hamilelik sırasında akut HIV enfeksiyonu tanısı alması veya Annenin emzirirken akut HIV enfeksiyonu tanısı alması Bebekini emzirme kararı veren annede viral yükün pozitif saptanması	Tedavi dozundan olmak üzere ZDV + 3TC + NVP ile ampirik HIV tedavisi ^b

Takipleri nasıl yapılmalı?



- 14 – 21 gün
 - 1 – 2 ay
 - 4 – 6 ay
-
- HIV antikorları 18-24. aya kadar tespit edilebileceğinden,
 - HIV enfeksiyonunun kesin tanısı veya dışlanması için **HIV NAAT testleri** kullanılmalıdır.



Emzirme önerilmeli mi?



- Mevcut kanıtlar, virolojik baskılanmanın emzirme yoluyla HIV bulaşmasına karşı önemli ölçüde koruma sağladığını, ancak riskin sıfır olmadığını ortaya koymaktadır.
- **Emzirme rutin önerilmez;** ancak VL sürekli negatif ve bulaş riski çok düşükse, ortak karar ve yakın izlem ile mümkün olabilir.
- Emzirme süresi uzadıkça bulaş riski artar.
 - Bu nedenle, emzirmenin en geç altıncı ayda kesilmesi önerilir.



Bebek

F.A.

- 11.09.2025
- HIV PCR :NEGATİF cp/mL
- ANTI HIV: Reaktif (135)
- Takibi devam ediyor.



- TEŞEKKÜR EDERİM