

XII. HIV/AIDS KURSU

İLK ADIMDA HASTA YÖNETİMİ

31 Ocak 2026

Wyndham Grand İstanbul
Kalamış Marina Hotel



HIVCG KLİNİK DERNEĞİ
HIV/AIDS ÇALIŞMA GRUBU

HİBRİT

Yeni Tanı Almış HIV ile Yaşayan Bireylerde İlk Tedavi Seçiminde Nelere Dikkat Edilmeli?



Prof. Dr. Çiğdem ATAMAN HATİPOĞLU

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

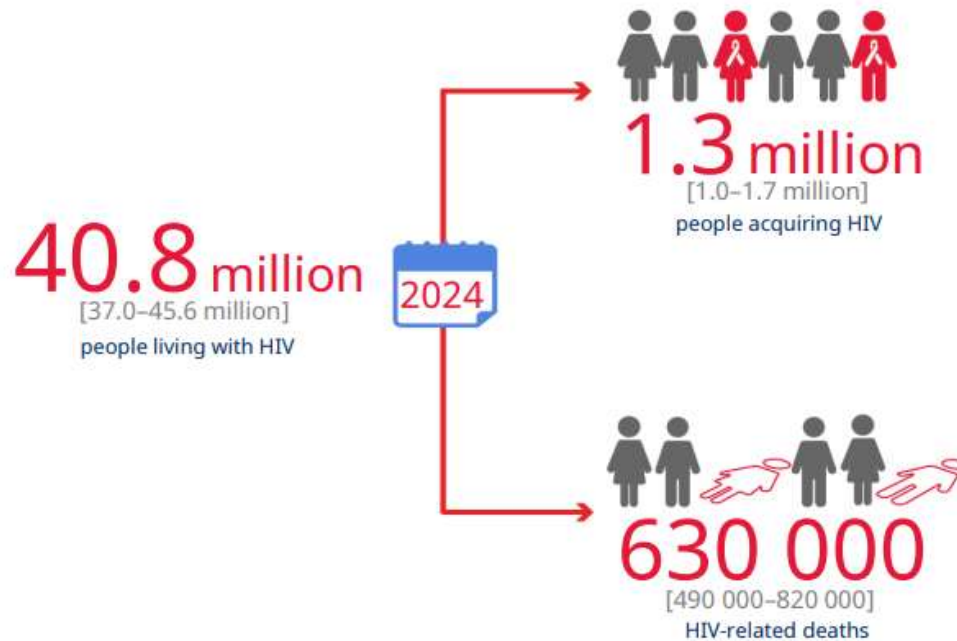
Sunum planı

- ART'nin önemi
- Kime? Ne zaman?
- Ne başlayalım (rehberler ne diyor)
- Nelere dikkat edelim?



HIV, epidemiyoloji

Summary of the global HIV epidemic, 2024



Source: UNAIDS/WHO estimates, 2025.

UNAIDS/WHO estimates, 2025

HIV ile yaşayan kişiler

Global HIV epidemic – people living with HIV

2024

Globally

40.8 million

People living with HIV



+27%

compared with 2010

Source: UNAIDS/WHO estimates, 2025.

Yeni infeksiyonlar ve mortalite

Global HIV epidemic – incidence and mortality since 2010

2024
Globally
40.8 million
People living with HIV



-40%

New HIV infections
annually compared with 2010



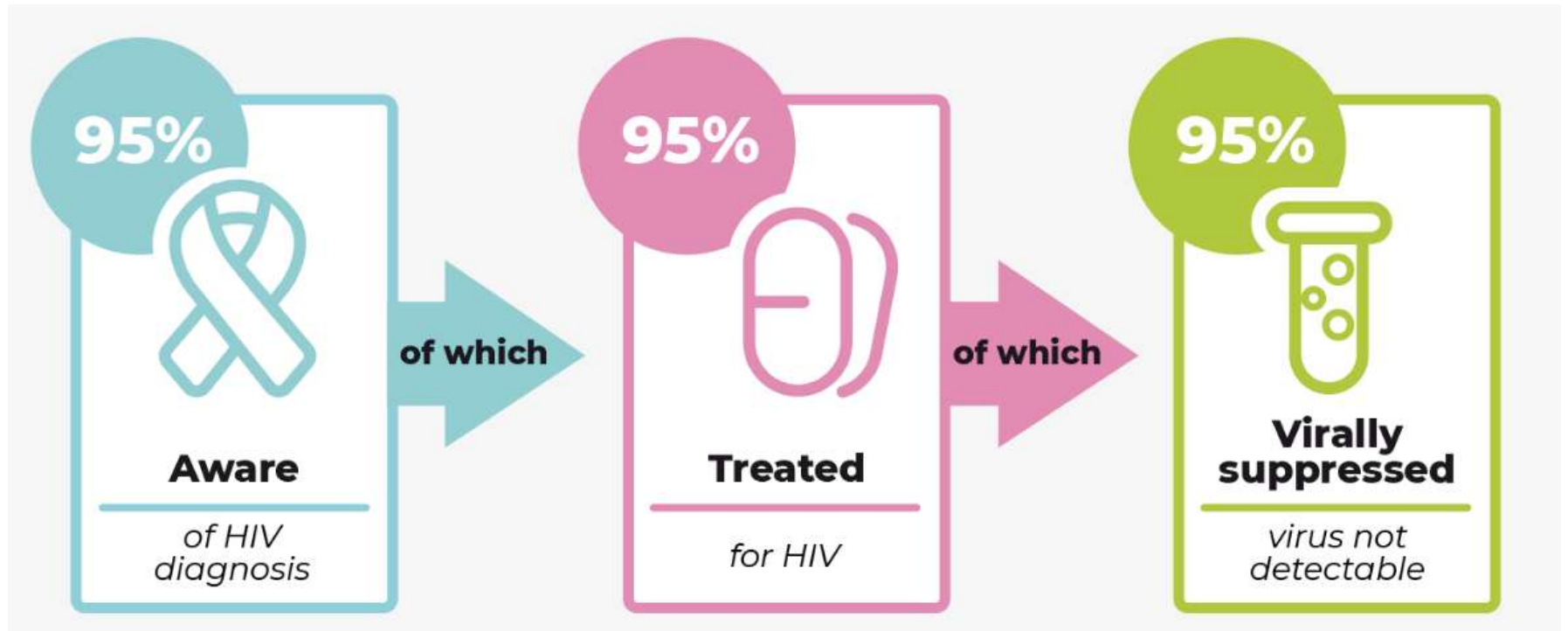
-54%

HIV-related deaths
annually compared with 2010



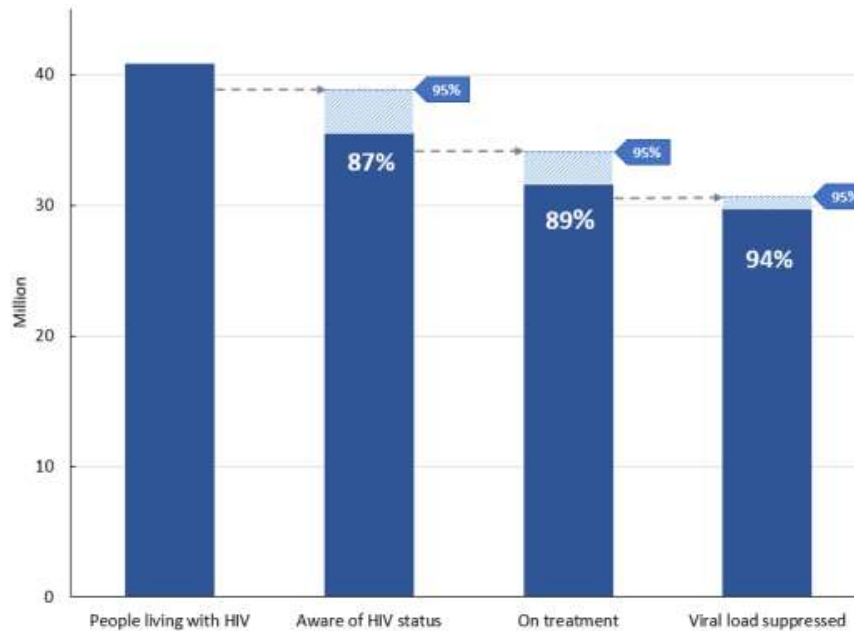
Source: UNAIDS/WHO estimates, 2025.

UNAIDS hedefleri



Dünyada 95/95/95 hedeflerine ne kadar ulaşıldı?

Progress towards 95-95-95 targets, global, 2024



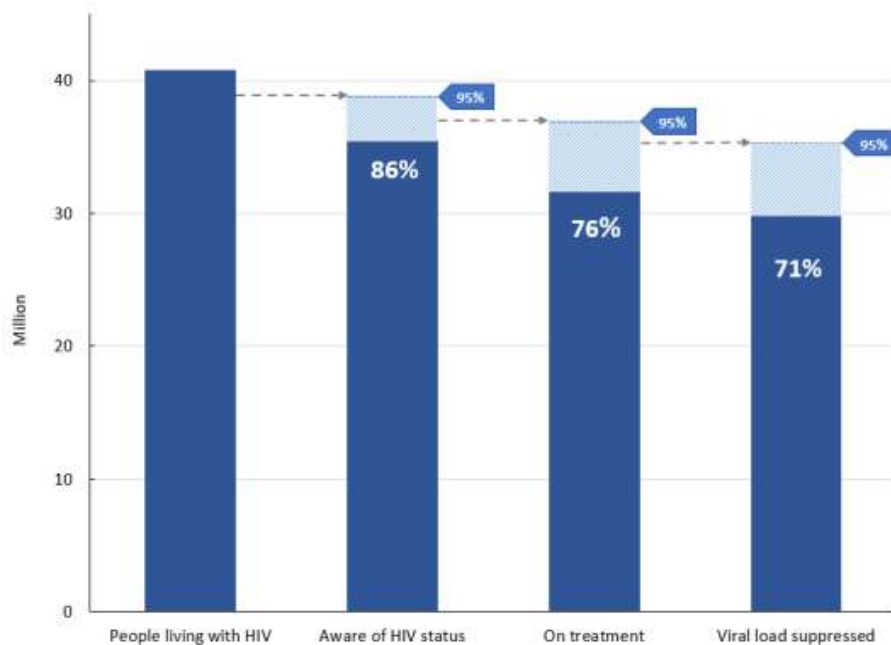
95-95-95 targets by 2030 (displayed here):

- 95 percent of people living with HIV know their status
- 95 percent of people living with HIV who know their status are receiving treatment
- 95 percent of people on treatment have suppressed viral loads

The denominator is the value from the previous bar in the last three bars. For example, 89% of people who were aware of their status were receiving ART.

Source: UNAIDS/WHO estimates, 2025.

Progress towards HIV testing and treatment cascade targets, global, 2024



95-95-95 targets by 2030:

- 95 percent of people living with HIV know their status
- 95 percent of people living with HIV who know their status are receiving treatment
- 95 percent of people on treatment have suppressed viral loads

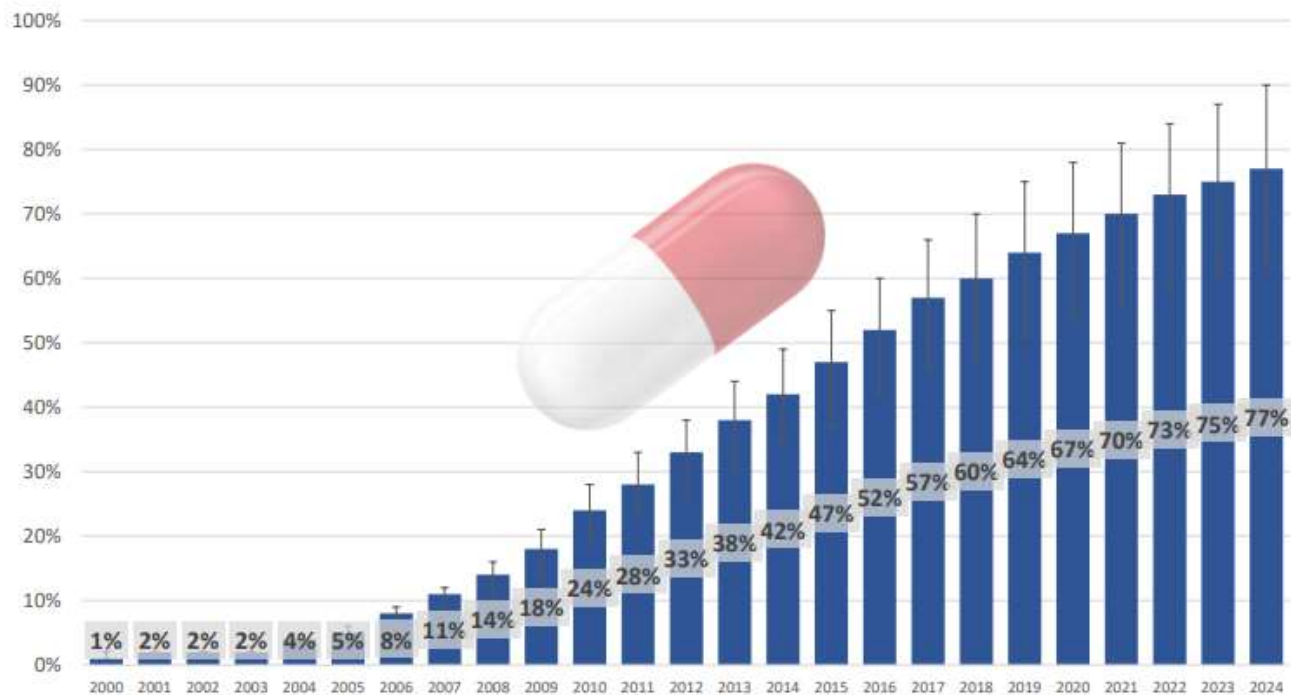
This results in the targets of 90% of all HIV positive people on treatment and 86% of all HIV positive people achieving viral suppression (displayed here).

The denominator is "People living with HIV" in the last three bars.

Source: UNAIDS/WHO estimates, 2025.

ART
31.6 milyon

Global antiretroviral therapy coverage over time, global, 2000–2024



%77

Source: UNAIDS/WHO estimates, 2025.

Antiretroviral tedavi



- Günümüzde **HIV enfeksiyonu kronik, yönetilebilir bir hastalık** olarak kabul ediliyor
- ART HIV ile ilgili morbiditeyi, mortaliteyi ve bulaşı azaltmaktadır
- Ömür boyu sürecek bir tedavi gerekli



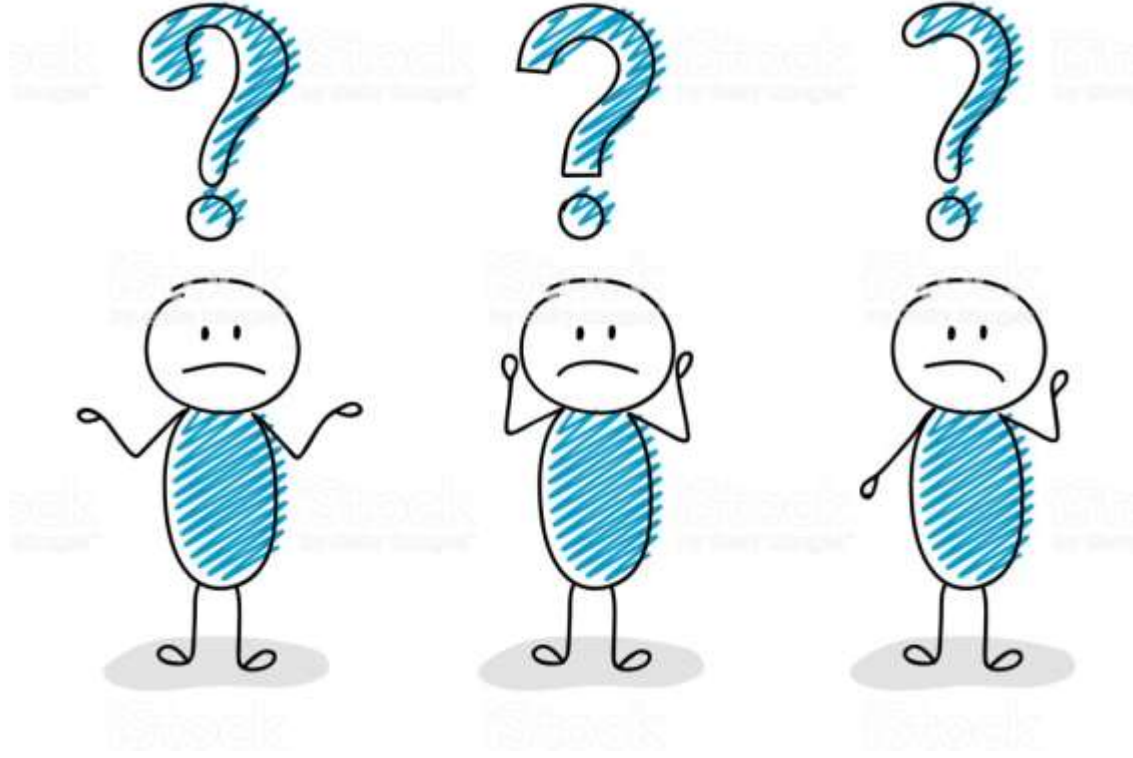
Tedavi hedefleri

- Plazmadaki HIV RNA'yı maksimum seviyede ve sürekli baskılamak
 - İlaç direnci mutasyonlarının seçilmesi önlenir
 - İnflamasyon azaltılır
- İmmünolojik fonksiyonları iyileştirmek ve korumak
- HIV ile ilişkili morbiditeyi azaltmak
- Yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini artırmak
- HIV bulaşını önlemek

- ART başladıktan sonra genellikle ilk **3-6 ay** içinde viral yük saptanamayacak düzeye iner

Virolojik başarıyı öngördüren durumlar:

- Düşük düzeyde viremi olması
- ARV rejimin potensinin yüksek olması
- Tolere edilebilen, uygun bir rejim olması
- Tedaviye uyumun iyi olması



Kime?
Ne zaman?

Ne
başlayalım?

Nelere
dikkat
edelim?

Soru 1

- Yeni tanı HIV enfeksiyonu olan 27 yaşında erkek hasta. Komorbidite yok, sifiliz koenfeksiyonu var. HIV RNA 115.000 kopya/mL. Tedavi başlamak için CD4 sayısı ne olmalıdır?
 - a. Tedavi başlamak için CD4 sayısı 200 hücre/mm³'ün altında olmalıdır.
 - b. Tedavi başlamak için CD4 sayısı 200-500 hücre/mm³ arasında olmalıdır.
 - c. Hastanın CD4 sayısına bakılmaksızın tedavi başlanmalıdır.

Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents With HIV

The information in the brief version is excerpted directly from the full-text guidelines. The brief version is a compilation of the tables and boxed recommendations. The guidelines were updated to comply with Executive Orders.

AIDSinfo

Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV

Downloaded from <https://aidsinfo.nih.gov/guidelines> on 10/1/2019

HIV enfeksiyonu tanısı konulan herkese
CD4 sayısına bakılmaksızın
mümkün olan en kısa zamanda
ART başla

HIV & Related Infections

Co-morbidities and Other Topics

Medical Secretariat & Members



Initial Regimens: ART-naïve Adults

last updated Nov 6, 2025

Initial Combination Regimen for ART-naïve Adults

Tedavinin hızla başlanması gereken durumlar

- Gebelik
- Akut HIV enfeksiyonu
- Düşük CD4 sayısı
- AIDS-tanımlayıcı durumlar

Derhal/hızlı tedavi

- ART alımını artırmak
- Takipte olma oranını artırmak
- Viral baskılanma süresini hızlandırmak
- Bulaş oranını potansiyel olarak azaltmak
- Derhal/acilen: Tanı konulduğu gün/aynı gün
- Hızlı: Tanı konulduktan sonra günler-haftalar içinde
- Hızlı tedavi stratejisi, yapılan pek çok çalışmada yararlı bulunmuş
- Hastanın takipten çıkma olasılığı yüksek ise

Labhardt ND, *JAMA*. 2018

Pilcher CD, *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2017

Coffey S, *AIDS*. 2019



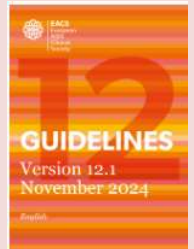
CD4 seviyesinden bağımsız olarak bazı durumlarda tedavi ertelenebilir

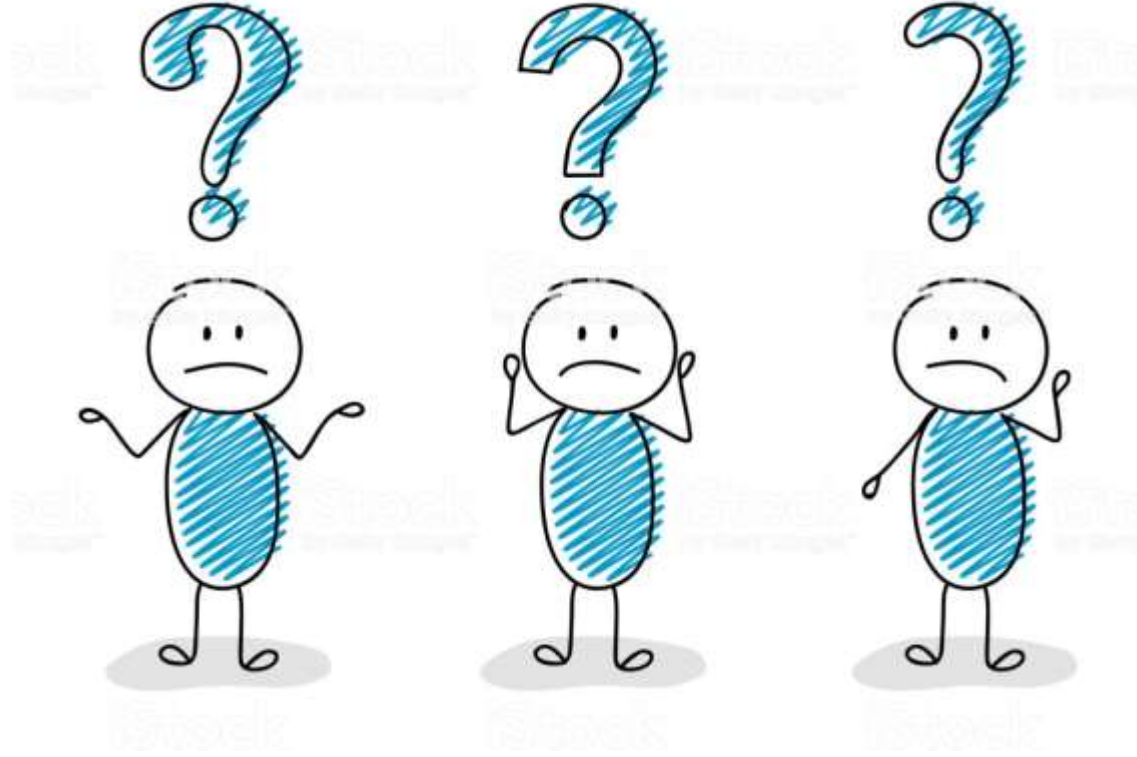
- **Elit kontrol ediciler**

- Tedavi almadığı halde viral yükü <200 kopya/ml, CD4 seviyesi yüksek olan hasta grubu
- Bu grupta da ART ile CD4 sayısı ↑, inflamasyon ↓, bulaş riski ↓
- Optimal yönetimi hakkında belirsizlik

- **Fırsatçı enfeksiyon saptananlar**

- Tüberküloz menenjit (ART başlanması 4 haftaya kadar ertelenebilir, CD4 <50 ise TB tdv başladıktan sonra 2 hafta içinde başlanabilir)
- Kriptokokal menenjit (ART başlanması 4-6 hafta geciktirilmeli)
- IRIS gelişimini engellemek amacıyla





Kime?
Ne zaman?

Ne
başlayalım?

Nelere
dikkat
edelim?

Soru 2

- Aşağıdakilerden hangisi HIV enfeksiyonu tedavisinde kullanılan ilaç sınıflarından birisi değildir?
 - a. Revers transkriptaz inhibitörleri
 - b. Nörominidaz inhibitörleri
 - c. Füzyon inhibitörleri
 - d. İntegraz inhibitörleri
 - e. Proteaz inhibitörleri

FDA Approval of HIV Medicines

1981: First AIDS cases are reported in the United States.

1985-89	1990-94	1995-99	2000-04	2005-09	2010-14	2015-19	2020-24
1987 Zidovudine (NRTI)	1991 Didanosine* (NRTI) 1992 Zalcitabine* (NRTI) 1994 Stavudine* (NRTI)	1995 Lamivudine (NRTI) Saquinavir Mesylate* (PI) 1996 Indinavir* (PI) Nevirapine (NNRTI) Ritonavir (PI) 1997 Combivir† (FDC) Delavirdine* (NNRTI) Nelfinavir* (PI) Saquinavir* (PI) 1998 Abacavir (NRTI) Efavirenz (NNRTI) 1999 Amprenavir* (PI)	2000 Didanosine EC* (NRTI) Kaletra (FDC) Trizivir* (FDC) 2001 Tenofovir DF (NRTI) 2002 Stavudine XR* (NRTI) 2003 Atazanavir (PI) Emtricitabine (NRTI) Enfuvirtide* (FI) Fosamprenavir* (PI) 2004 Epzicom† (FDC) Truvada (FDC)	2005 Tipranavir* (PI) 2006 Atripla† (FDC) Darunavir (PI) 2007 Maraviroc (CA) Raltegravir (INSTI) 2008 Etravirine (NNRTI)	2011 Complera (FDC) Nevirapine XR (NNRTI) Rilpivirine (NNRTI) 2012 Stribild (FDC) Truvada (PrEP) 2013 Dolutegravir (INSTI) 2014 Cobicistat (PE) Elvitegravir* (INSTI) Trimeq (FDC)	2015 Evotaz (FDC) Genvoya (FDC) Prezcoibix (FDC) 2016 Descovy (FDC) Odefsey (FDC) 2017 Juluca (FDC) Raltegravir HD (INSTI) 2018 Biktarvy (FDC) Cimdud (FDC) Delstrigo (FDC) Doravirine (NNRTI) Ibalizumab-uiyk (PAI) Symfi (FDC) Symfi Lo† (FDC) Symtuza (FDC) Temixys* (FDC) 2019 Dovato (FDC) Descovy (PrEP)	2020 Fostemsavir* (AI) Tivicay PD (INSTI) 2021 Cabenuva (FDC) Cabotegravir (INSTI) Cabotegravir (PrEP) 2022 Triumeq PD (FDC) Lenacapavir (CI) 2024 Rilpivirine PED (NNRTI)
							2025 Lenacapavir (PrEP)

9 sınıf
30'dan fazla ilaç

- Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTIs, (NNRTIs)
- Protease Inhibitors (PIs)
- Fusion Inhibitors
- CCR5 Antagonists
- Integrase Inhibitors (INSTIs)
- Attachment Inhibitors
- Post-Attachment Inhibitors
- Capsid Inhibitors

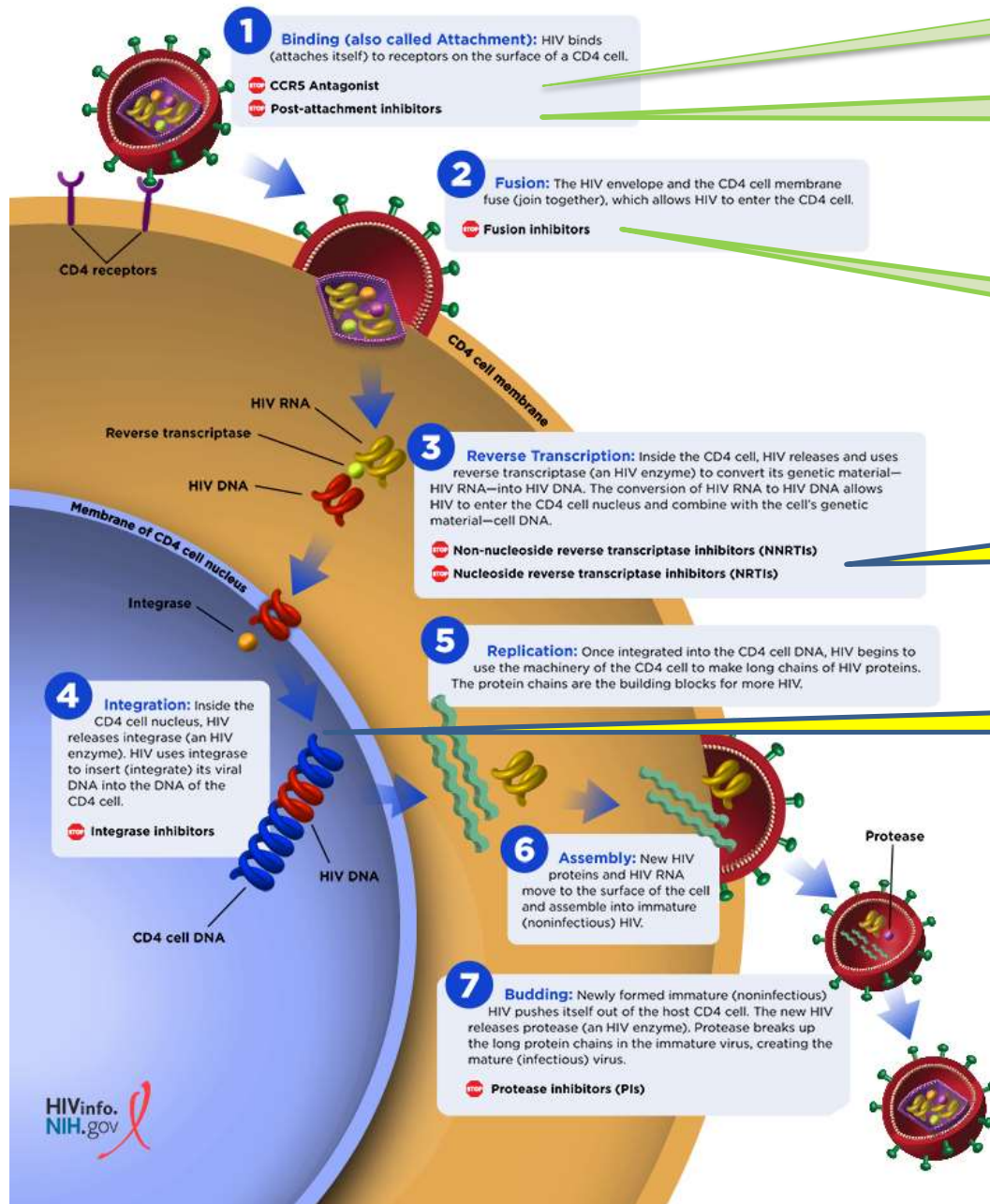
AIDSinfo

Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV

Downloaded from <https://aidsinfo.nih.gov/guidelines/vol-51/72118>

The HIV Life Cycle

HIV medicines in seven drug classes stop (stop) HIV at different stages in the HIV life cycle.



Maraviroc

Ibalizumab
Fostemsavir

Enfuvirtid

NNRTI: EFV, RPV, DOR
NRTI: TDF, TAF, ABC

BIC, DTG, RAL, EVG

DRV, ATV, LPV

Antiretroviral İlaçlar

Nükleozid RTI (NRTI)

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

Nonnükleoz(t)ide RTI (NNRTI)

- Nevirapin (NVP)
- Delavirdin (DLV)
- Etravirin (ETR)
- Efavirenz (EFV)
- Rilpivirin (RPV)
- Doravirin (DOR)

Proteaz İnhibitörleri (PI)

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

İntegraz İnhibitörleri (INSTI)

- Elvitegravir (EVG)
- Raltegravir (RAL)
- Dolutegravir (DTG)
- Biktegravir (BIC)
- Cabotegravir (CAB)

Fusion İnhibitörleri (FI)

- Enfuvirtid (T-20)

CCR5 Antagonist (CA)

- Maravirok (MVC)

Attachment inhibitör (PAI)

- Fostemsavir

Post attachment inhibitör (PAI)

- İbalizumab

Capsid İnhibitörleri (CI)

- Lenacapavir

Boosterler

- Ritonavir (RTV)
- Cobicistat (cobi)

Viral baskılamayı sağlamak için
ARV ilaç kombinasyonu kullanmak gerekli

- Viral baskılanmanın sağlanması için genellikle iki veya daha fazla ilaç sınıfından üç aktif ilaç içeren kombinasyon ARV rejimlerinin kullanılması gerekmektedir.
- Hastanın özellikleri ve ilaç direnci testlerinin sonuçları, rejimin tasarımında yol gösterici olmalıdır.

Table 6a. Recommended Initial Regimens for Most People With HIV

Recommended regimens are those with demonstrated durable virologic efficacy, favorable tolerability and toxicity profiles, and ease of use. Choice of ART during pregnancy should be guided by recommendations from the Perinatal Guidelines.

For people who do not have a history of using CAB-LA as PrEP, one of the following regimens is recommended^a:

- BIC/TAF/FTC (AI)
- DTG plus (TAF or TDF)^b plus (FTC or 3TC) (AI)
- DTG/3TC (AI), except for individuals with HIV RNA >500,000 copies/mL, HBV coinfection, or in whom ART is to be started before the results of HIV genotypic resistance testing for reverse transcriptase or HBV testing are available.

For people who have a history of CAB-LA use as PrEP, INSTI genotype resistance testing should be performed before starting ART. If ART is to be started before results of genotypic testing results, the following regimen is recommended:

- DRV/c^c or DRV/r with (TAF or TDF)^b plus (FTC or 3TC)—pending the results of the genotype test (AIII)

Table 6b. Other Initial Antiretroviral Regimens for Certain Clinical Scenarios

Type of Regimen	ARV Regimen	For Certain Clinical Scenarios
INSTI Plus Two NRTIs	<u>DTG/ABC/3TC</u> (BI) (if HLA-B*5701-negative)	When concern about renal- or bone-associated AEs precludes the use of TDF or TAF
Boosted PI Plus Two NRTIs	<u>(DRV/ca or DRV/r) plus (TAF or TDFb) plus (FTC or 3TC)</u> (BI)	To avoid an INSTI-based regimen (e.g., documented INSTI resistance).
	<u>(DRV/ca or DRV/r) plus ABC/3TC</u> (BII) (if HLA-B*5701-negative)	To avoid an INSTI-based regimen (e.g., with suspected or documented INSTI resistance), and When concern about renal or bone-associated AEs precludes the use of TDF or TAF
NNRTI Plus Two NRTIs	<u>DOR/TDF/3TCb</u> (BI) or DOR plus TAF/FTCb (BIII)	To avoid an INSTI-based regimen (e.g., with suspected or documented INSTI resistance), and To avoid a PI-based regimen (e.g., with significant DDIs with concomitant medications)
	<u>RPV/TAF/FTC</u> (BII) Only if HIV RNA <100,000 copies/mL and CD4 count >200 cells/mm ³	To avoid an INSTI-based regimen (e.g., with suspected or documented INSTI resistance), and To avoid a PI-based regimen (e.g., with significant DDIs with concomitant medications)

Kasım 2025



EACS
European
AIDS
Clinical
Society

EACS Guidelines

Regimen	Main requirements	Additional Guidance (see footnotes)
Recommended regimens		
2 NRTIs + INSTI		
TAF/FTC <u>BIC</u>		^I (Weight increase (<u>BIC</u> , <u>TAF</u>))
TAF/FTC or TDF/XTC + <u>DTG</u>		^I (Weight increase (<u>DTG</u> , <u>TAF</u>)) ^{II} (<u>TDF</u> : prodrug types. Renal and bone toxicity. <u>TAF</u> dosing)
1 NRTI + INSTI		
<u>XTC</u> + <u>DTG</u> or <u>3TC</u> <u>DTG</u>	HBsAg negative <u>HIV-VL</u> < 500,000 copies/mL Not recommended after suspected <u>PrEP</u> failure	^I (Weight increase (<u>DTG</u>)) ^{III} (<u>3TC</u> / <u>DTG</u> : not after <u>PrEP</u> failure. Caution in case of <u>HIV-VL</u> > 500,000 copies/mL)
2 NRTIs + NNRTI		
TAF/FTC or TDF/XTC + <u>DOR</u> or TDF/ <u>3TC</u> / <u>DOR</u>		^I (Weight increase (<u>TAF</u>)) ^{II} (<u>TDF</u> : prodrug types. Renal and bone toxicity. <u>TAF</u> dosing) ^{IV} (<u>DOR</u> : caveats, HIV-2)



Regimen	Main requirements	Additional Guidance (see footnotes)
Alternative regimens		
2 NRTIs + <u>INSTI</u>		
<u>ABC/3TC + DTG</u> <u>ABC/3TC/DTG</u>	HLA-B*57:01 negative HBsAg negative	^V (<u>ABC</u> : HLA-B*57:01, cardiovascular risk) ^I (Weight increase (<u>DTG</u>))
<u>TAF/FTC</u> or <u>TDF/XTC</u> + <u>RAL</u> qd or bid		^I (Weight increase (<u>RAL</u> , <u>TAF</u>)) ^{II} (<u>TDF</u> : prodrug types. Renal and bone toxicity. <u>TAF</u> dosing) ^{VI} (<u>RAL</u> : dosing)
2 NRTIs + <u>NNRTI</u>		
<u>TAF/FTC</u> or <u>TDF/XTC</u> + <u>EFV</u> or <u>TDF/FTC/EFV</u>	At bedtime or 2 hours before dinner	^I (Weight increase (<u>TAF</u>)) ^{II} (<u>TDF</u> : prodrug types. Renal and bone toxicity. <u>TAF</u> dosing) ^{VII} (<u>EFV</u> : neuro-psychiatric adverse events. Dosing. HIV-2 or HIV-1 group O)
<u>TAF/FTC</u> or <u>TDF/XTC</u> + <u>RPV</u> or <u>TAF/FTC/RPV</u> or <u>TDF/FTC/RPV</u>	CD4 count > 200 cells/μL <u>HIV-VL</u> < 100,000 copies/mL Not on gastric pH increasing agents With food	^I (Weight increase (<u>TAF</u>)) ^{II} (<u>TDF</u> : prodrug types. Renal and bone toxicity. <u>TAF</u> dosing) ^{VIII} (<u>RPV</u> : HIV-2)
2 NRTIs + <u>PI/r</u> or <u>PI/c</u>		
<u>TAF/FTC</u> or <u>TDF/XTC</u> + <u>DRV/c</u> or <u>DRV/r</u> or <u>TAF/FTC/DRV/c</u> (Preferred regimens if HIV infection diagnosed in a person on injectable <u>CAB-LA PrEP</u>)	With food	^I (Weight increase (<u>TAF</u>)) ^{II} (<u>TDF</u> : prodrug types. Renal and bone toxicity. <u>TAF</u> dosing) ^{IX} (<u>DRV/r</u> : cardiovascular risk) ^X (Boosted regimens and drug-drug interactions)

Tablo 4.1. Daha önce antiretroviral kullanmamış, erişkin HIV pozitif bireyler için birinci basamak antiretroviral tedavi rejimi**A) Önerilen rejimler††**

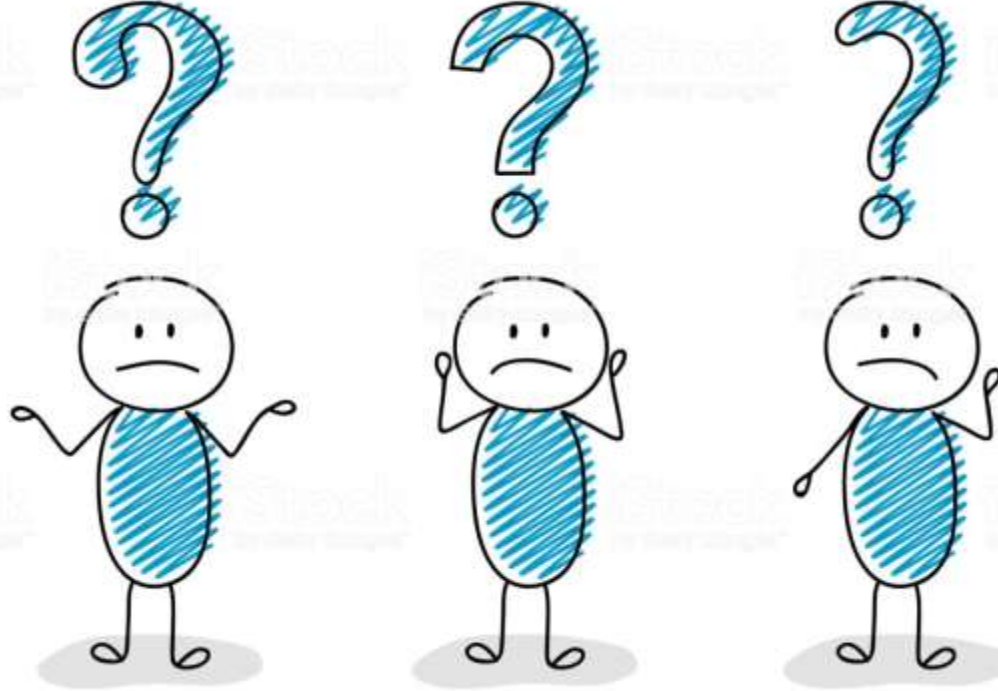
Rejim	Doz	Uyarı	Gıda Gereksinimi
ABC/3TC/DTG ^{a,b}	ABC/3TC/DTG 600/300/50 mg Günde 1 tablet	» Al/Ca/Mg içeren antasit ve multivitaminler ile eş zamanlı alınmamalıdır (en az 2 saat önce veya 6 saat sonra alınabilir). » Rifampisin ile birlikte kullanılacaksa DTG 50 mg günde iki kez önerilir.	Yok
DTG+3TC ^{a,b}	DTG+3TC 50+2x150 mg Günde 3 tablet*	» HIV RNA >500.000 kopya/mL olanlarda ve HBV koenfeksiyonu olanlarda kullanılmaz. » Genotipik direnç sonucu yoksa tercih edilmez. » Al/Ca/Mg içeren antasitler ve multivitaminler ile eş zamanlı alınmamalıdır (en az 2 saat önce veya 6 saat sonra alınabilir). » Rifampisin ile birlikte kullanılacaksa DTG 50 mg günde iki kez önerilir.	Yok
TAF/FTC/BIC ^c	TAF/FTC/BIC 25/200/50 mg Günde 1 tablet	Ağır karaciğer yetmezliğinde kullanılmamalıdır.	Yok
TAF/FTC ^c veya TDF/FTC ^c + DTG	TAF/FTC 25/200 mg Günde 1 tablet TDF/FTC 300/200 mg Günde 1 tablet DTG 50 mg Günde 1 tablet	» Al/Ca/Mg içeren antasit ve multivitaminler ile eş zamanlı alınmamalıdır (en az 2 saat önce veya 6 saat sonra alınabilir). » Rifampisin ile birlikte kullanılacaksa DTG 50 mg günde iki kez önerilir.	Yok

Kasım
2024

Önceki sayfadaki tablonun devamı

TDF/3TC/DOR ^c veya TDF/FTC + DOR ^c	TDF/FTC/DOR 300/200/100 mg Günde 1 tablet TDF/FTC 300/200 mg Günde 1 tablet + DOR 100 mg Günde 1 tablet	18 yaşından büyüklerde kullanılır, CYP3A4 üzerinden metabolize olan ilaçlara dikkat	Yok
TAF/FTC ^c veya TDF/FTC ^c + RAL	TAF/FTC 25/200 mg Günde 1 tablet veya TDF/FTC 300/200 mg Günde 1 tablet RAL 400 mg Günde iki defa 1 tablet veya RAL 600 mg Günde bir defa 2 tablet	» Al/Mg içeren antasitlerle eş zamanlı alınması önerilmez. » Rifampisin ile birlikte kullanılacaksa RAL 400 veya 800 mg günde iki kez alınmalıdır.	Yok

TDF/FTC	Truvada, Hivent, Sidatria, Truvent Cimduo Descovy Epivir Ziagen Epzicom	DRV	Prezista
TDF/3TC		DRV/c	Prezcobix
TAF/FTC		DRV/c/TAF/FTC	Symtuza
3TC		ATV	Reyataz
ABC		ATV/c	Evotaz
ABC/3TC		Maraviroc	Selzentry
EFV EFV/TDF/FTC EFV 600mg/TDF/3TC EFV 400mg/TDF/3TC DOR DOR/TDF/3TC RPV RPV/TAF/FTC RPV/TDF/FTC	Stocrin Atripla Symfi Symfi Lo Pifeltro Delstrigo Edurant Odefsey Eviplera/Complera	Enfuvirtid	Fuzeon
		DTG	Tivicay
		DTG/3TC	Dovato
		DTG/ABC/3TC	Triumeq
		BIC/TAF/FTC	Biktarvy
		EVG/c/TDF/FTC	Stribild
		EVG/c/TAF/FTC	Genvoya
		RAL	Isentress
		Fostemsavir	Rukobia
		ibalizumab	Trogarzo
CAB	Vocabria	Ritonavir	Norvir
CAB/RPV	Cabenuva	Lenacapavir	Sunlenca



Kime?
Ne zaman?

Ne
başlayalım?

**Nelere
dikkat
edelim?**

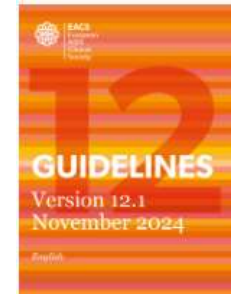
Tedaviye başlarken...

ART → **Hayat boyu**

- Başarılı bir tedavi için hasta hazır olmalı ve tedaviye uyum göstermeli
- Tedavi hakkında hastanın fikri?

Hasta bilgilendirilmeli

- Tedavinin hedefleri, yararları
- Tedavi seçenekleri
- Viral baskılamayı sürdürmek için tedavinin sürekliliğinin önemi
- Tedavi uyumunun önemi



Tedaviye uyum

- Tedaviye uyumsuzluk  Tedavi yanıtında azalma
Direnç mutasyonları
- **Tedaviye uyumsuzluk nedenleri**
 - Kompleks tedavi rejimi
 - Hastaya ait nedenler: Kötü yaşam koşulları, madde kullanımı, depresyon, ilaç yan etkileri
 - Sağlık sistemi ile ilgili sorunlar nedeniyle ilacını alamama
 - Tedavi ile ilgili bilgi eksikliği
- Hastaya tedaviye uyumun önemi anlatılmalı
- Tedavi ile ilgili bilgilendirme
- Sosyal destek
- ART'yi basitleştirme, yan etkileri azaltma
- Yüksek genetik bariyerli tedavi

Başlangıç tedaviyi seçerken nelere dikkat etmeliyiz?

HIV pozitif kişilerin başlangıç özellikleri

- Tedavi öncesi HIV RNA düzeyi
- Tedavi öncesi CD4 sayısı
- İlaç direnç testi sonuçları
- HLA-B*5701 durumu
- Kişisel tercihler
- Tedaviye uyum öngörüsü
- **PrEP kullanımı**

Spesifik komorbidite ve diğer durumlar

- Kardiyovasküler hastalık, hiperlipidemi, renal hastalık, karaciğer hastalığı, osteopeni/osteoporoz, psikiyatrik hastalık, nörolojik hastalık, madde kullanımı veya narkotik replasman tedavisi
- Gebelik
- Hepatit B, hepatit C ve tüberküloz koenfeksiyonu

Tedavi rejimi ile ilgili özellikler

- Rejimin direnç bariyeri
- Potansiyel yan etkileri
- İlaç-ilaç etkileşimleri
- İlaç sayısı, doz aralığı, gıda ile etkileşim
- Maliyet ve ilaca erişim

ART başlarken
olası **yan etkiler**
mutlaka değerlendirilmeli

Nükleozid revers transkriptaz inhibitörleri (NRTI)

Zidovudin: ZDV

Stavudin: d4T

Zalsitabin: ddC

Didanozin: ddl

- Tenofovir disoproksil fumarat: TDF
- Tenofovir alafenamid: TAF
- Abakavir: ABC
- Emtrisitabin: FTC
- Lamivudin: 3TC

Ciddi toksisite nedeniyle artık kullanılmıyorlar

- Kemik iliği supresyonu (ZDV)
- Mitokondriyal toksisite
 - myopati,
 - periferel nöropati
 - hepatik steatoz
 - laktik asidoz
 - lipoatrofi

Başlangıç tedavide önerilen kombinasyonlar

- ABC/3TC
- TAF/FTC
- TDF/3TC
- TDF/FTC

NRTI yan etkiler

TDF

- Proksimal renal tübülöpato
- BMD azalma
- Böbrek ve kemik toksisitesi farmakokinetik güçlendiricilerle (COBİ, RTV) artar

TAF

- Proksimal renal tübülöpato (TDF'e göre daha az sıklıkta)
- BMD azalma (TDF'ten daha az, ABC'ye benzer oranda)

3TC

FTC

- Önemli yan etkisi yok

ABC

- HLA-B*5701 aleli pozitif saptanan kişilerde hipersensitivite riski
- Kardiyovasküler olay riskinde artış

NRTI yan etkiler

- TDF ve TAF, HBV tedavisinde de kullanılır. İlaçların kesilmesi HBV alevlenmesine neden olabilir
- Lamivudin (3TC) ve ABC/3TC,
 - HBV'ye etkisi var ancak tek başına tedavi için yetersiz
 - HBV koenf varsa, yanına başka bir HBV aktif ilaç eklenmeden kullanılmamalı
- Bazı çalışmalarda TDF ile TAF'a göre
 - Daha az kilo alımı
 - LDL, HDL, total kolesterol ve trigliserid düzeyleri daha düşük

Non-nükleozid revers transkriptaz inhibitörleri (NNRTI)

Delavirdine: DLV
Nevirapine: NVP
Efavirenz: EFV
Etravirine: ETR

- Doravirin: DOR
- Rilpivirin: RPV

ETR tedavi deneyimli hastalarda

DOR başlangıç rejiminde önerilen tedavi rejimi (EACS, HIV/AIDS El Kitabı)

NNRTI yan etkiler

DOR

- Genelde iyi tolere edilir

RPV

- Depresyon
- Baş ağrısı
- Ciltte döküntü
- QT uzaması

- RPV yemekle birlikte alınması önerilir
 - En az 390 kalori
- RPV'nin PPI ile birlikte kullanımı önerilmez
 - Gastrik PH'nın artması ile RPV'nin absorpsiyonu azalır

Proteaz inhibitörleri (PI)

- Darunavir: DRV

Atazanavir: ATV

Fosamprenavir: FPV

İndinavir: IDV

Lopinavir: LPV

Nelfinavir: NFV

Ritonavir: RTV

Sakinavir: SQV

Tipranavir: TPV

Prep amacıyla CAB kullanım öyküsü olan hastalarda direnç test sonuçları çıkana kadar başlangıç tedavisi

PI rejimleri

- Direnç test sonuçları beklenmeden hızla tedavi başlanması gereken hastalarda
- Tedaviye uyum sorunu nedeniyle aralıklı tedavi alma riski olan hastalarda önerilir

PI yan etkiler

DRV/r

DRV/c

- Ciltte döküntü
- Transaminazlarda artış
- Hiperlipidemi
- Bulantı, diyare

- Ritonavir veya cobisistat nedeniyle ilaç-ilâç etkileşimleri

İntegraz inhibitörleri (INSTI)

- Bictegravir: BIC
- Dolutegravir: DTG
- Raltegravir: RAL
- Cabotegravir: CAB
- Elvitegravir: EVG

BIC çoğu hastada
önerilen ilk tedavi
seçeneği

DTG ve BIC:
Direnç bariyeri
yüksek

INSTI yan etkiler

BIC

- CPK %4 artış
- SSS yan etkileri nadiren bildirilmiş
- Bulantı, diyare, baş ağrısı

DTG

- CPK artışı, myozit
- SSS yan etkileri (uykusuzluk, baş ağrısı)
- Nadiren depresyon, intihar düşüncesi
- Hipersensitivite, hepatotoksisite

- BIC ve DTG, glomerüler fonksiyonları etkilemeden, kreatininin tübüler sekresyonunu artırır, serum kreatinin değerinde 0,1- 0,2 artış
- Kilo artışı

**Kronik böbrek
hastalığı
(CrCl <60
mL/dk)**

TDF kullanmaktan kaçının.

Proksimal renal
tubulopati

TAF

- Renal fonksiyonlara etkisi TDF'ten daha az

**Renal fonksiyonlar progresif olarak kötüleşiyorsa TDF
içeren tüm rejimlerden (TDF veya TAF) kaçının**

Psikiyatrik hastalık

RPV-bazlı rejimlerden kaçınmak gerek

- psikiyatrik semptomları şiddetlendirebilir
- intihar eğilimi ile ilişkili olabilir

Integraz bazlı rejim kullanan ve önceden psikiyatrik sorunu olan hastalar yakından izlenmeli

- nöropsikiyatrik etkiler

Bazı ARV ilaçlar kontrendike

ARV ilaçlarla birlikte kullanılırken bazı psikiyatrik ilaçlarda doz ayarlaması gerekir

Osteoporoz

TDF den kaçınmak gerek

- Kemik mineral yoğunluğunda azalma

TAF ve ABC tenofovire oranla KMY'de daha az azalmaya neden olur

Hiperlipidemi

PI/r veya PI/c dislipidemi ile ilişkili bulunmuş

BIC, DOR, DTG, RAL, ve RPV lipidler üzerine etkileri daha az

TDF lipid düzeyi üzerine etkisi ABC ve TAF'a göre daha iyi

Kardiyak risk yüksek ise

- ABC** bazlı rejimlerden kaçınmak gerek
- Bazı çalışmalarda kardiyak olay riski artmış

Lipid profili daha iyi olan ARV ilaçlar tercih edilmeli

HIV ilişkili demans

- EFV bazlı rejimlerden kaçınmak gerek
- Nöropsikiyatrik etkiler

Tedaviye uyum problemi varsa

- PI veya BIC veya DTG** tercih etmek gerek
- Dirence karşı genetik bariyerleri yüksek

Aşırı kilo alma endişesi

- Bazı rejimler diğerlerinden daha çok kilo alımına neden olabilir
- **INSTI** içeren rejimler, özellikle **BIC ve DTG**, NNRTI ve güçlendirilmiş PI rejimlerine göre daha fazla kilo alımına yol açıyor
- **TAF** başlananlarda TDF'ye göre daha fazla kilo alımı
- TDF'den TAF'a değişiklik yapılanlarda kilo alımı
- **Kilo alımı INSTI bazlı bir rejimi almaktan kaçınmak için bir neden olmamalı**

HBV enfeksiyonu

- NRTI içermeyen rejimlerden kaçınmak gerek
- **(TDF veya TAF) + (FTC veya 3TC)** içermeli, hem HIV hem HBV'ye etkili
- TDF ve TAF kullanmak için kontrendikasyon varsa
- HIV tedavisi için süpresif bir ARV rejimi + FTC veya 3TC ile beraber **entekavir** kullanılır
 - HBV'ye aktif başka bir ilaç ile birlikte verilmezse 3TC ve FTC ile ilişkili HBV mutasyonları hızla gelişebilir

HCV enfeksiyonu

HCV ilaçları ile ARV ilaçlar arasındaki ilaç etkileşimlerine dikkat etmek gerekli

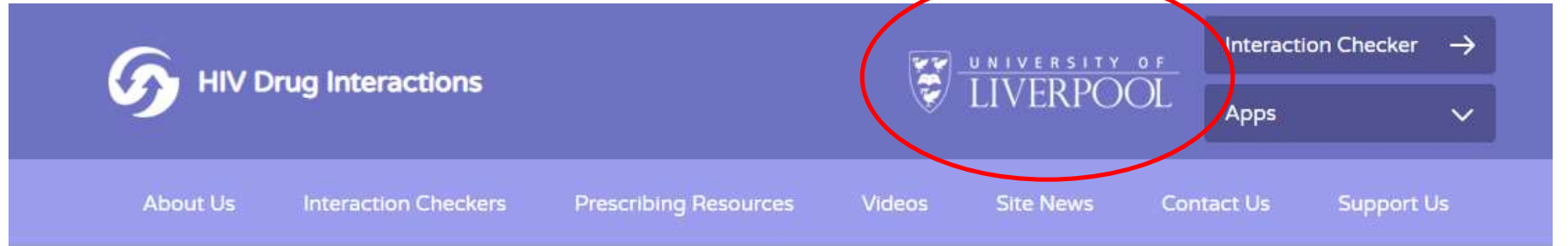
Tüberküloz

- Rifabutin, rifampin ve rifapentin** kullanılıyorsa
- ARV ilaçlarda doz ayarlaması gerekebilir
 - İlaç ilaç etkileşimlerini gözden geçirmek gerekir

ARV ilaçların gıdalarla etkileşimi

Gıdaya bakılmaksızın alınabilecek ilaçlar	• BIC- • DTG- • DOR- bazlı rejimler	Bu rejimlerin oral biyoyararlanımı gıdalardan etkilenmez
Gıda ile birlikte alınması gereken ilaçlar	• DRV bazlı rejimler • RPV- bazlı rejimler	Gıdalar bu ilaçların emilimini artırır RPV-içeren rejimler en az 390 kalori içeren yemekle birlikte alınmalı

ilaç-ilaç etkileşimleri her hastada mutlaka kontrol edilmeli



Having trouble viewing the interactions? [Click here for the Interaction Checker Lite.](#)

HIV Drugs	Co-medications	Drug Interactions
Search HIV drugs	Search co-medications...	☐ Check HIV/ HIV drug interactions
☒ A-Z ☐ Class ☐ Trade	☒ A-Z ☐ Class ☐ Trade	Drug Interactions will be displayed here



Teşekkürler...