

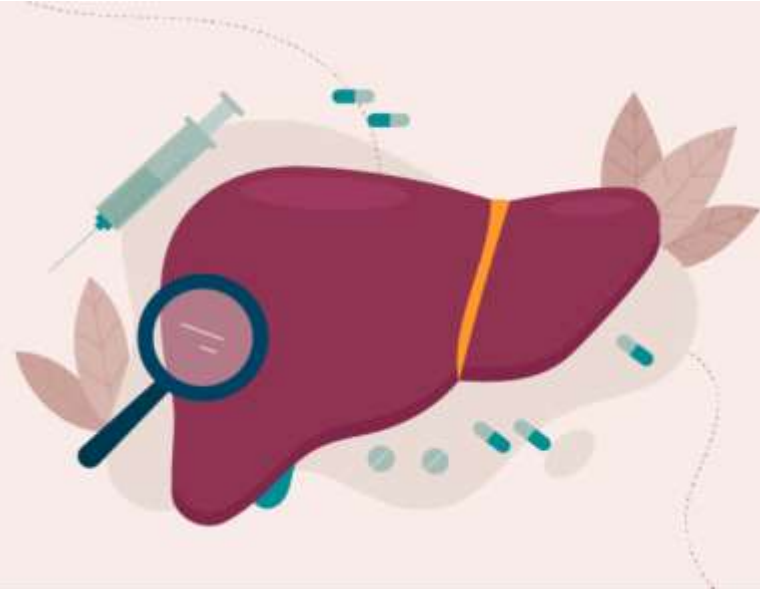
KLİMİK HEPATİT AKADEMİSİ 2026

13-15 ŞUBAT 2026
Adalya Elite Lara / Antalya



VHÇG

KLİMİK DERNEĞİ VİRAL
HEPATİT ÇALIŞMA GRUBU

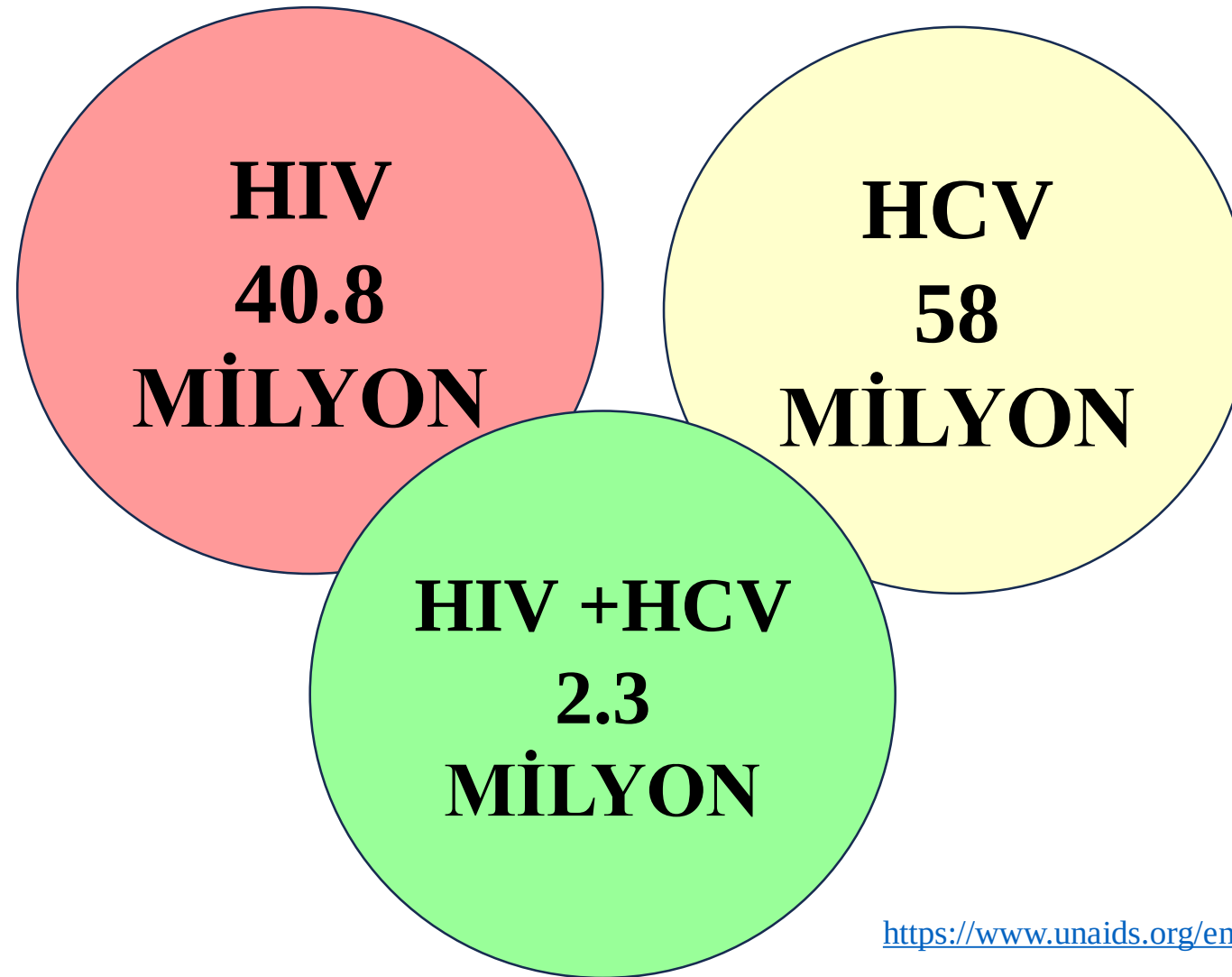


HIV Koinfeksiyonu Olan Hastaya Yaklaşım

Dr. Ş. Barçın ÖZTÜRK

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji A.D



<https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>

Epidemiyoloji

- ✓ HIV ile yaşayan bireylerde HCV koinfeksiyon yaygınlığı % 6,2
 - Erkeklerle seks yapan erkekler (ESE) % 7-8
 - Damar içi madde kullanan kişilerde % 80-90
- ✓ Ülkemizde HIV ile infekte olgulardaki HCV koinfeksiyonu oranı % 0,9
- ✓ HCV infeksiyonu olasılığı, HIV ile yaşayan bireylerde altı kat 
- ✓ Genotip 3 ve 4 HIV ile koinfekte olgularda daha yaygın
 - Erkeklerle seks yapan erkeklerde (ESE) akut genotip 4 infeksiyonunda artış

İki Virüsün Hikayesi: HCV Doğal Seyri Üzerine HIV Etkisi

- ✓ HIV ve CD4 T⁺ lenfosit seviyesi ↓ (< 350) ➡ Akut HCV spontan klirensi ↓
 - HCV monoinfeksiyonunda % 20-30, HIV koinfeksiyonunda % 5-10
 - Virüse özgü CD8⁺ T hücre yanıtları → akut HCV spontan rezolüsyonu
 - HCV'ye özgü CD8⁺ T hücre işlevleri CD4⁺ T hücre yardımına bağlı
- ✓ Mikrobiyal Translokasyon («Sızdıran Bağırsak»)
 - HIV bağırsak bariyerini bozar → LPS lerin KC' e ulaşması → HSC hücrelerin aktivasyonu → Kronik inflamasyon ve fibroz
- ✓ Daha fazla HCV replikasyonu ve hepatik inflamasyon ile HCV' ye özgü bağışıklık tepkilerinde işlevsel değişikliklere neden olur
 - HIV aksesuar proteinleri Vpr ve Nef, HCV RNA replikasyonunu artırarak inflamasyon ve doku hasarını arttırır
 - HIV gp120 proteini hepatosit reseptörlerine bağlanır → oksidatif stresi arttırır, apoptozu tetikler, karaciğerdeki yıldız hücreleri (HSC) (Ito hücreleri) aktive ederek kollajen üretimini arttırır → Fibroz başlangıcı

İki Virüsün Hikayesi: HCV Doğal Seyri Üzerine HIV Etkisi

- ✓ Fibrozun ilerlemesi ile siroz ve ileri evre karaciğer yetmezliği daha sık
 - CD4 T⁺ lenfosit sayısının <200/mm³
 - HIV RNA düzeyinin yüksek olması
 - ART kullanılmaması
- ✓ Hepatosellüler Karsinom (HSK) daha erken yaşta ve yaşam beklentisi daha kısa
 - HCV ile koinfekte olgularda HSK ↑↑↑
- ✓ Steatoz koinfekte olgularda daha fazla
 - Genotip 3 ile infeksiyon
 - ART
 - Visceral obesite
 - İnsülin direnci

İki Virüsün Hikayesi: HCV Doğal Seyri Üzerine HIV Etkisi

✓ ART Etkisi

- Mitokondriyal işlevlerin değişimi sonucu hücre içi lipid birikiminin artması (NNRTI)
- İnsülin direnci gelişmesi (NRTI, PI)
- Karaciğer fibrozunun daha fazla gelişmesi ??
- HCV-RNA düzeylerinde düşme, hepatik dekompanzasyon ve karaciğer fibrozisi oranında azalma ile HCV'ye özgü T hücresi yanıtlarının artışı

✓ ART' ye rağmen karaciğer dekompanzasyonu riski fazla

- ART'ye CD4 T lenfosit yanıtının yetersiz olması

İki Virüsün Hikayesi: HIV Doğal Seyri Üzerine HCV Etkisi

- ✓ HCV RNA seviyelerinin yüksek olması halinde AIDS ve AIDS ile ilişkili mortalite daha sık
- ✓ AIDS ile ilişkili olmayan morbidite ve mortalitenin de önemli bir nedenidir.
- ✓ Hepatik olmayan komplikasyonlar daha fazla
 - Osteoporoz
 - Kronik böbrek yetmezliği

İki Virüsün Hikayesi: HIV Doğal Seyri Üzerine HCV Etkisi

- ✓ HIV replikasyonunun artırılması
 - HCV'nin **NS3/4A** ve **Çekirdek (Core)** proteinleri, hücre içindeki sinyal yollarını tetikleyerek HIV çoğalması ve genetik ifadesini artırabilir
- ✓ HCV kaynaklı karaciğer iltihabı ve bağışıklık aktivasyonu ile T hücresi homeostazının değişmesi
- ✓ CD4⁺ T hücresi sayısı daha yavaş artar
 - ART alan hastalarda HCV varlığı, bağışıklık sisteminin (özellikle CD4⁺ T hücrelerinin) kendini yenilemesini yavaşlatır veya engeller
- ✓ CD8⁺ T hücre fonksiyonunun bozulması
- ✓ Daha yüksek HIV rezervuar boyutu
 - CD4⁺ T hücrelerinin klonal genişlemesi

İki Virüsün Hikayesi: HIV Doğal Seyri Üzerine HCV Etkisi

- ✓ Doğrudan etkili antiviraller (DEA) ile HCV tedavisi, koinfekte kişilerde HIV rezervuarının ortadan kaldırılmasına bir engel midir ?
 - DEA ile HCV tedavisi >> Başlangıçta düşük viral rezervuarlara sahip olan ART ile tedavi edilen HIV pozitif hastaların kanında HIV-DNA'da bir artış
 - Dokulardan viral rezervuar mobilizasyonunun sonucu ??

Rozera G et.al. PloS One (2017). doi: 10.1371/journal.pone.0187095
Ghiglione Y et.al., Open Forum Infect Dis 2020. doi:10.1093/ofid/ofaa115

HCV'nin DEA ile Tedavisi ve HIV

- ✓ Barsak disbiyozu ve barsak hasarı → HIV

DEA aracılı tedavi barsak disbiyozunu etkilemez → HCV/HIV koinfeksiyonunda disbiyoz karaciğer hasarı için risk olmaya devam eder

- ✓ DEA öncesinde düşük veya tespit edilemeyen HIV viremi seviyelerine sahip hastalarda entegre HIV-DNA seviyelerinde artış

- ✓ Bağışıklık aktivasyonu (DEA)
Hepatik inflamasyonun azalmasına
- } Lenf düğümü, KC vb
HIV rezervuarlarının salınımı

Lopez-Huertas MR et al. Sci Rep (2019) 9:5606.
Rozera G et al. PloS One (2017) 12:e0187095.

Sonuç olarak;

- ✓ HIV rezervuarları HCV/HIV koinfekte kişilerde HIV monoinfekte kişilere kıyasla daha yüksektir
- ✓ DEA aracılı HCV tedavisi HIV kalıcılığını azaltmaz

Karıştırıcı faktörler

- Toplam PBMC / saflaştırılmış bellek CD4 +T hücreleri
- Kusurlu provirüslerin yüksek yaygınlığı nedeniyle rezervuarın boyutunun abartılması
- ART öncesi HIV viral yükü, konak genetik faktörleri ve karaciğer durumu

Cevap Bekleyen Sorular

- ✓ DEA'nın HIV rezervuar kalıcılığı üzerindeki etkisinin yaş, cinsiyet, metabolik durum, karaciğer hasarı, uyuşturucu ve alkol kullanımı, diğer eşlik eden hastalıklarla ilişkili olarak ele alınması
- ✓ HCV'ye özgü CD4 + T hücrelerinin ART ile tedavi edilen bireylerde latent HIV rezervuar havuzuna katkıda bulunup bulunmadığı
- ✓ HCV'ye tekrar maruz kalmanın / reinfeksiyonun HIV rezervuar genişlemesini destekleyip desteklemediği

Hasta Değerlendirilmesi

- ✓ Tüm HIV ile infekte olgularda HCV infeksiyonu EIA ile taranmalıdır.
 - CD4 + T lenfosit sayısı <200 hücre/mm³ → antikor üretimi yetersizliğine bağlı %5 yalancı negatiflik
 - HCV RNA
- ✓ Akut HCV şüphesi → Anti-HCV ve HCV RNA testleri birlikte
 - Anti-HCV serokonversiyonu daha geç

TEDAVİ ÖNCESİ DEĞERLENDİRME

1. Kreatinin, karaciğer fonksiyon testleri ve tam kan sayımı
2. HCV RNA
3. Hepatit B yüzey antijeni
4. FIB-4 (FIB-4 hesaplayıcısı) ile ilk fibroz evrelemesi
5. İlaç ve ilaç etkileşimi incelemesi
6. Siroz mevcutsa HCV genotipi gereklidir

<https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-opportunistic-infection>

TEDAVİDE İZLEM

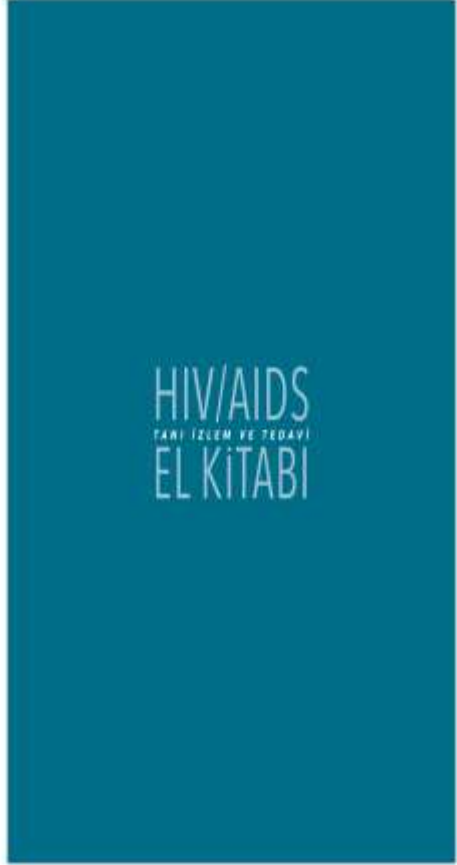
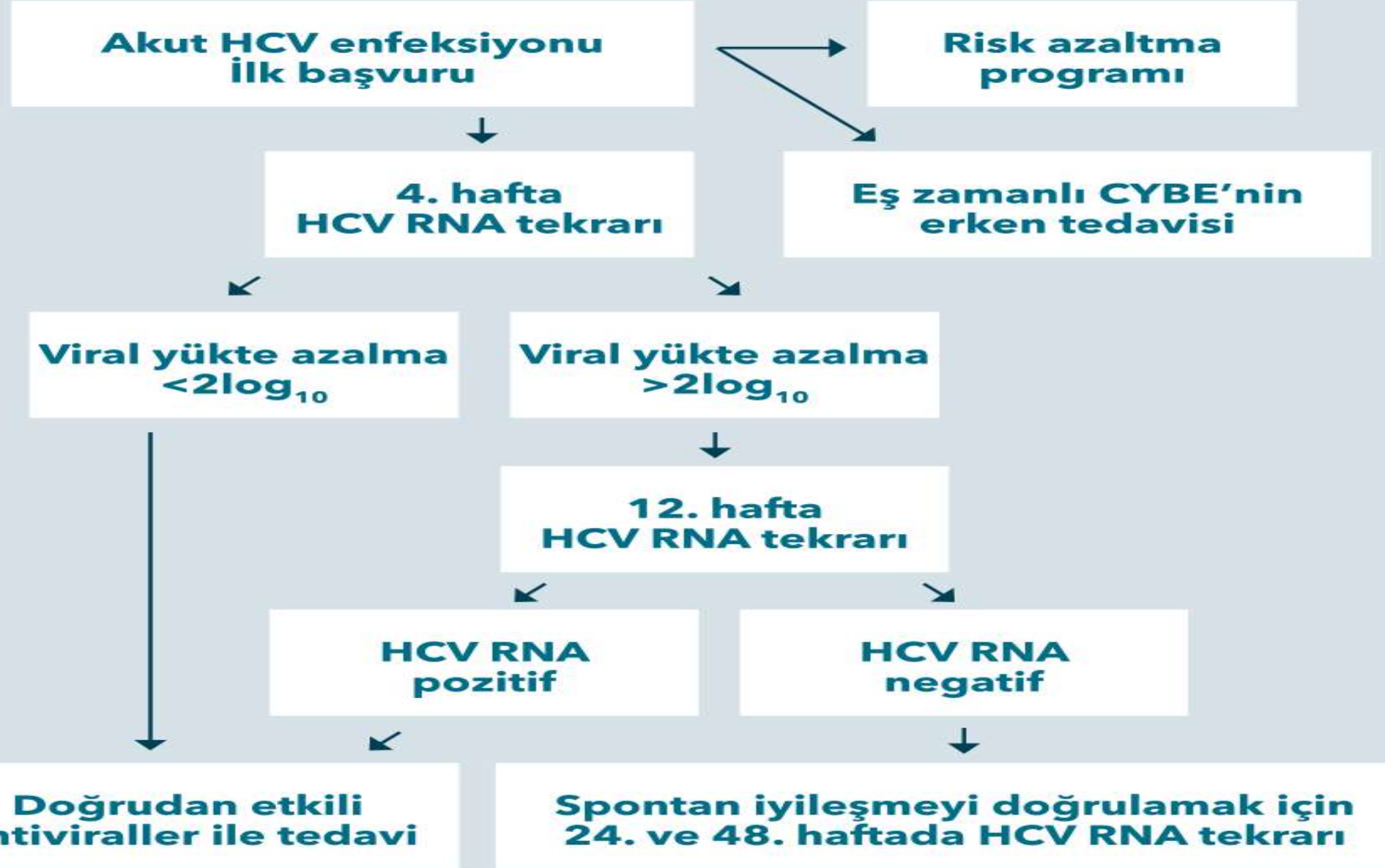
- ✓ HIV/HCV koinfekte ve siroz gelişmiş olgularda altı ayda bir US
- ✓ ART başlandıktan sonra 4-8. haftalarda transaminaz kontrolü
 - Klinik endikasyon halinde 6-12 ay ara ile tekrar

HIV/AIDS TANI İZLEM VE TEDAVİ EL KİTABI ŞUBAT 2024 SÜRÜM 3.0

Akut HCV Enfeksiyonu

- ✓ HIV ile koinfekte akut HCV’de spontan iyileşme oranı ~ % 20
- ✓ Potansiyel olumlu etkileri ve halk sağlığı açısından erken tedavi tercih edilebilir
 - Bulaştırıcılık riski !
 - DİKKAT! Takipten kaçma
- ✓ HIV pozitif popülasyonda HCV tedavisine mümkün olan en kısa sürede başlanmalıdır (DHHS Kılavuzu / AIII)

Akut Hepatit C enfeksiyonunda tedavi algoritması



ŞUBAT 2024
GÖRÜM 1.9



EDİTÖRLER

DENİZ GÖKENSİN, YOLCAN KÖRTEN, BENİCE KURTARAN,
FEMİT TABAK, ZERRAT ÜNAL

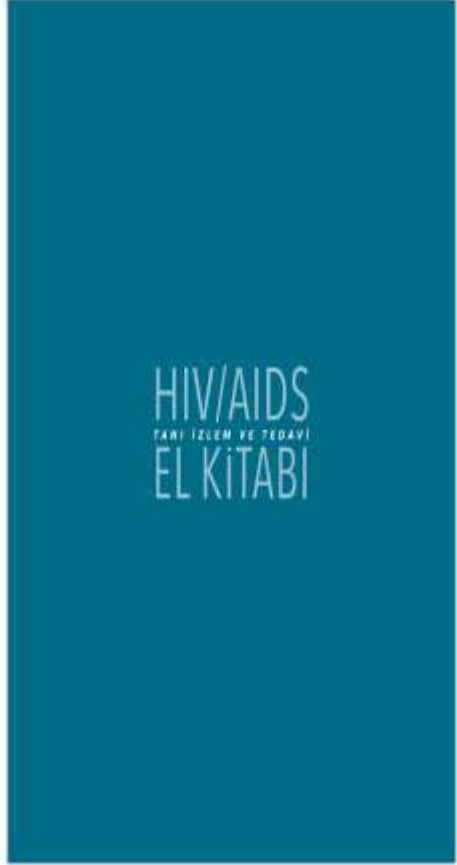
NOBEL TIP
KİTAPÇILARI

HIV / HCV Koinfeksiyonu Tedavisi

- ✓ HIV/HCV koinfeksiyonu olan ve tedavi deneyimsiz hastalara, CD4⁺ T lenfosit sayısına bakılmaksızın ART başlanmalıdır.
- ✓ Çoğu durumda, önce ART' ye daha sonra hepatit C tedavisine başlamak tercih edilir
 - Yaklaşık dört ila altı hafta önce
- ✓ Neden önce ART
 - ART tolere edilebilirliği ve yan etki değerlendirmesi
 - Vireminin baskılanması ve bağışık işlevin geri kazanılması ile hepatit C tedavisine daha iyi yanıt
- ✓ HCV tedavisi için ART'ye ara verilmesi önerilmez

HIV / HCV Koinfeksiyonu Tedavisi

- ✓ ART alan hastada HIV RNA negatif → DEA öncesi tedavi değişimi
 - 4-8. haftada HIV RNA kontrolü
 - HCV tedavisi tamamlandıktan sonra değiştirilmiş ART'ye en az 2 hafta süreyle daha devam
- ✓ DEA kararında en önemli parametre İlaç-ilaç etkileşimleri



SUBAT 2024
CÜRÜM 1.0



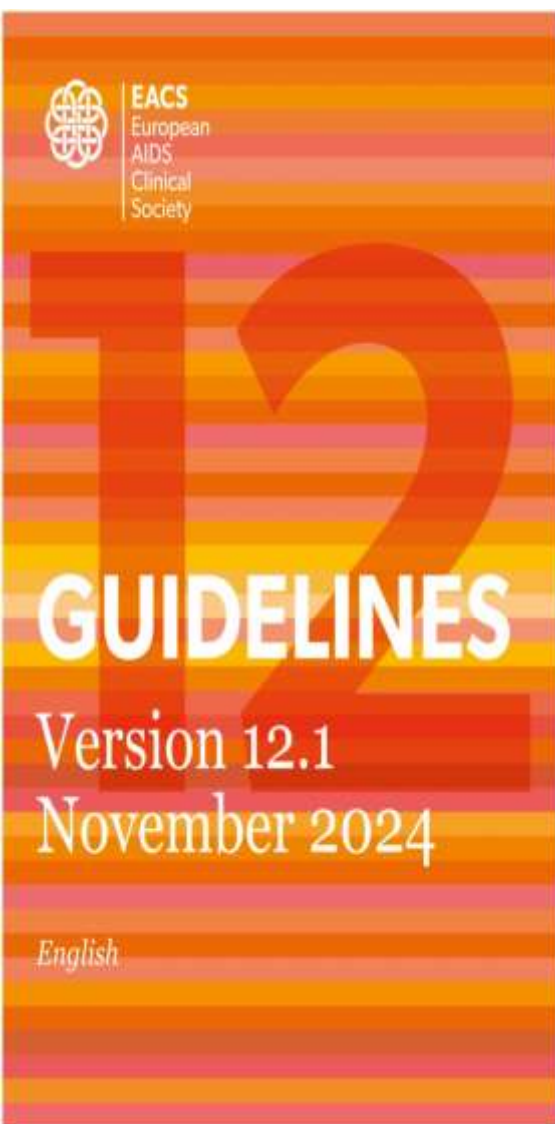
EDİTÖRLER

DENİZ GÖKENGİN, YOLKAN KÖRTEM, BENİCE KURTARAN,
FEMİ TAYAR, ZERRAT ÜNAL



Tablo 7.2. HIV/HCV koenfekte hastalarda HCV tedavisi için seçenekler

İnterferonsuz tedavi seçenekleri				
HCV genotipi	Tedavi rejimi	Tedavi süresi ve ribavirin kullanımı		
		Sirotik olmayan	Kompanse sirotik	Dekompanse sirotik
1 ve 4	EBR/GZR	12 hafta(i)		Önerilmez
	GLE/PIB	8 hafta	8-12 hafta (ii)	Önerilmez
	SOF/VEL	12 hafta		RBV ile 12 hafta (ix)
	SOF/VEL/VOX	8 hafta	12 hafta	Önerilmez
	SOF/LDV +/- RBV	RBV'siz 8-12 hafta (iii)	RBV ile 12 hafta (iv)	RBV ile 12 hafta (ix)
	GLE/PIB	8 hafta	8-12 hafta (ii)	Önerilmez
2	SOF/VEL	12 hafta		RBV ile 12 hafta (ix)
	SOF/VEL/VOX	8 hafta	12 hafta	Önerilmez
3	GLE/PIB	8 hafta (v)	8-12 hafta (ii,v)	Önerilmez
	SOF/VEL +/- RBV	12 hafta (vi)	RBV ile 12 hafta (vii)	RBV ile 12 hafta (ix)
	SOF/VEL/VOX		8 hafta	Önerilmez
5 ve 6	SOF/LDV +/- RBV	12 hafta +/- RBV (viii)	RBV ile 12 hafta (iv)	RBV ile 12 hafta (ix)
	SOF/VEL	12 hafta		12 hafta + RBV
	SOF/VEL/VOX	8 hafta	12 hafta	Önerilmez
	GLE/PIB	8 hafta	8-12 hafta (ii)	Önerilmez



HCV Treatment Options in HCV/HIV Co-infected Persons

Preferred DAA HCV treatment options (except for persons pre-treated with Protease or NS5A inhibitors)				
HCV GT	Treatment regimen	Treatment duration & RBV usage		
		Non-cirrhotic	Compensated cirrhotic	Decompensated cirrhotics CTP class B/C
1 & 4	EBR/GZR	12 weeks ⁽ⁱ⁾		Not recommended
	GLE/PIB	8 weeks	8-12 weeks ⁽ⁱⁱ⁾	Not recommended
	SOF/VEL	12 weeks		12 weeks with RBV ^(vi)
	SOF/LDV +/- RBV	8-12 weeks without RBV ^(ix)	12 weeks with RBV ^(vi)	12 weeks with RBV ^(ix)
2	GLE/PIB	8 weeks	8-12 weeks ⁽ⁱⁱ⁾	Not recommended
	SOF/VEL	12 weeks		12 weeks with RBV ^(vi)
3	GLE/PIB	8 weeks ^(v)	8-12 weeks ^(ix)	Not recommended
	SOF/VEL +/- RBV	12 weeks ^(vi)	12 weeks with RBV ^(vi)	12 weeks with RBV ^(ix)
	SOF/VEL/VOX	-	12 weeks	Not recommended
5 & 6	GLE/PIB	8 weeks	8-12 weeks ⁽ⁱⁱ⁾	Not recommended
	SOF/LDV +/- RBV	12 weeks +/- RBV ^(vii)	12 weeks with RBV ^(vi)	12 weeks with RBV ^(ix)
	SOF/VEL	12 weeks		12 weeks with RBV ^(ix)

Recommendations for Treatment of Hepatitis C Virus Infections

For Treatment-Naive Patients Without Cirrhosis (Any Genotype or No Pre-Treatment Genotype)

- Three (glecaprevir 100 mg/pibrentasvir 40 mg per tablet) tablets daily for 8 weeks **(AI)** or
- One (sofosbuvir 400 mg/velpatasvir 100 mg per tablet) tablet daily for 12 weeks **(AI)**

Note: Characteristics that exclude people with HIV from receiving simplified therapy are outlined in **Box 1**.

For Treatment-Naive Patients with Compensated Cirrhosis (Recommendations Based on Genotypes)

Genotypes 1, 2, 4–6

Preferred Therapy

- Three (glecaprevir 100 mg/pibrentasvir 40 mg per tablet) tablets daily for 8 weeks **(AIII)** or
- One (sofosbuvir 400 mg/velpatasvir 100 mg per tablet) tablet daily for 12 weeks **(AI)**

Alternative Therapy

- Three (glecaprevir 100 mg/pibrentasvir 40 mg per tablet) tablets daily for 12 weeks **(CI)**

Genotype 3

Preferred Therapy

- Three (glecaprevir 100 mg/pibrentasvir 40 mg per tablet) tablets daily for 8 weeks **(AIII)**

Guidelines for the Prevention and Treatment of
Opportunistic Infections in
Adults and Adolescents With HIV



Developed by the National Institutes of Health, the HIV Medicine Association,
and the Infectious Diseases Society of America Panel on Guidelines for the
Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in Adults and
Adolescents With HIV—A Working Group of the NIH Office of AIDS Research
Advisory Council (OARAC)

How to Cite the Adult and Adolescent Opportunistic Infection Guidelines:

Panel on Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in Adults and Adolescents
With HIV. Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in Adults and Adolescents
With HIV. National Institutes of Health, HIV Medicine Association, and Infectious Diseases Society of
America. Available at <https://clinicalinfo.hiv.gov/guidelines/adult-and-adolescent-opportunistic-infection>.
Accessed [insert date] [include page numbers, table number, etc., if applicable].

It is emphasized that concepts relevant to HIV management evolve rapidly. The Panels have a mechanism
to update recommendations on a regular basis, and the most recent information is available on the
Clinicalinfo website (<https://clinicalinfo.hiv.gov>).

Guidelines for the Prevention and Treatment of
Opportunistic Infections in
Adults and Adolescents With HIV



Developed by the National Institutes of Health, the HIV Medicine Association,
and the Infectious Diseases Society of America Panel on Guidelines for the
Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in Adults and
Adolescents With HIV—A Working Group of the NIH Office of AIDS Research
Advisory Council (OARAC)

How to Cite the Adult and Adolescent Opportunistic Infection Guidelines:

Panel on Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in Adults and Adolescents
With HIV. Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in Adults and Adolescents
With HIV. National Institutes of Health, HIV Medicine Association, and Infectious Diseases Society of
America. Available at <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-opportunistic-infection>.
Accessed [insert date] [include page numbers, table number, etc., if applicable].

It is emphasized that concepts relevant to HIV management evolve rapidly. The Panels have a mechanism
to update recommendations on a regular basis, and the most recent information is available on the
Clinicalinfo website (<https://clinicalinfo.hiv.gov>).

Alternative Therapy

- Three (glecaprevir 100 mg/pibrentasvir 40 mg per tablet) tablets daily for 12 weeks **(CI)** or
- One (sofosbuvir 400 mg/velpatasvir 100 mg per tablet) tablet daily, with or without ribavirin for 12 weeks pending results of NS5A RAS testing **(CI)**

For Treatment of Acute HCV Infection

- Three (glecaprevir 100 mg/pibrentasvir 40 mg per tablet) tablets daily for 8 weeks **(AII)** or
- One (sofosbuvir 400 mg/velpatasvir 100 mg per tablet) tablet daily for 12 weeks **(AII)**

Recommendations for treatment after DAA failure are not provided; see the corresponding section in the [AASLD/IDSA HCV treatment guidance](#).

Kronik Hepatit C Virusu İnfeksiyonunun Yönetimi: Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği Viral Hepatit Çalışma Grubu Uzlaşısı Raporu-2023 Güncellemesi

Tablo 10. Tedavi Naif Sirotik Olmayan veya Kompanse Sirozu Olan Erişkin Kronik Hepatit C Hastalarının Genotip Bağımlı Tedavisi (Kaynak 24'ten uyarlanmıştır.)

Tedavi Şekli	Genotip	Siroz Varlığı	SOF/VEL	GLE/PIB	SOF/VEL/VOX	GRZ/EBV
Genotip ve Alt Tip Belirlemeye Dayalı Tedavi	Genotip 1a, 1b, 2, 4, 5, 6	Nonsirotik	12 hafta	8 hafta	8 hafta	12 hafta (Sadece genotip 1)
		Siroz (CTP-A)	12 hafta	8 hafta	12 hafta	12 hafta (Sadece genotip 1)
	Genotip 3	Nonsirotik	12 hafta	8 hafta	8 hafta	-
		Siroz (CTP-A)	12 hafta	8-12 hafta	12 hafta	-
	Genotip 4, 5, 6	Nonsirotik	12 hafta	12 hafta	12 hafta	12 hafta (Genotip 5-6)
		Siroz (CTP-A)	12 hafta	12 hafta	12 hafta	12 hafta (Genotip 5-6)
	Doğal Olarak NS5A RAS* Taşıyan Alt Tipler (11, 4r, 3b, 3g, 6u, 6v)	Nonsirotik	-	Net veri yok	12 hafta	-
		Siroz (CTP-A)	-	Net veri yok	12 hafta	-

RAS: Direnç ilişkili dizilimler ("Resistance-associated substitution").

Tablo 11. Tedavi Naif Sirotik Olmayan veya Kompanse Sirozu Olan Erişkin Kronik Hepatit C Hastalarının Genotip Bağımsız Tedavisi (Kaynak 24'ten uyarlanmıştır.)

Tedavi Şekli	Genotip	Siroz Varlığı	SOF/VEL	SOF/VEL/VOX	GLE/PIB
Basitleştirilmiş Tedavi	Tüm Genotipler	Nonsirotik	12 hafta	8 hafta	8 hafta
		Siroz (CTP-A)	12 hafta	12 hafta	8 hafta

SOF: Sofosbuvir, **VEL:** Velpatasvir, **VOX:** Voxilaprevir, **GLE:** Glekaprevir, **PIB:** Pibrentasvir.

Tablo 12. Tüm Genotipler İçin veya Genotip Değerlendirilmesi Yapılmadığında Tedavi Deneyimli* Sirozu Olmayan ve Kompanse Sirotik Hastalarda Tedavi Önerileri (Kaynak 24'ten uyarlanmıştır.)

	SOF/VEL	GLE/PIB	SOF/VEL/VOX	GRZ/EBV
Sirozu yok	12 hafta	8 hafta	12 hafta	Önerilmez
Kompense sirotik	12 hafta	12 hafta	12 hafta	Önerilmez

*Daha önce PegİFN-α+RBV veya PegİFN-α+RBV+SOF veya SOF+RBV ile tedavi edilmiş hastalar.

İlaç-İlaç Etkileşimleri

Klimik Dergisi 2023; 36(Özel Sayı 1): 43-75

Kronik Hepatit C Virusu İnfeksiyonunun Yönetimi: Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği Viral Hepatit Çalışma Grubu Uzlaşma Raporu-2023 Güncellemesi

Tablo 3. Doğrudan Etkili Antiviral İlaçlar ile Antiretroviral İlaçlar Arasındaki Etkileşimler (Kaynak 24'ten uyarlanmıştır.)

		SOF	SOF/VEL	SOF/VEL/VOX	GLE/PIB	GRZ/EBV
NRTİs	Abakavir					
	Emtrisitabin					
	Lamivudin					
	Tenofovir Disoproskil Fumarat					
	Tenofovir Alafenamid					
NNRTİs	Doravirin					
	Efavirenz					
	Etravirin					
	Nevirapin					
	Rilpivirin					
Proteaz İnhibitörü	Atazanavir/Ritonavir					
	Atazanavir/Kobisistat					
	Darunavir/Ritonavir					
	Darunavir/Kobisistat					
	Lopinavir/Ritonavir					
Giriş/İntegraz İnhibitörü	Biktegravir/Emtrisitabin/Tenofovir Alafenamid					
	Kabotegravir					
	Dolutegravir					
	Elvitegravir/Kobisistat/Emtrisitabin/Tenofovir Disoproskil Fumarat					
	Elvitegravir/Kobisistat/Emtrisitabin/Tenofovir Alafenamid					
	Maravirok					
	Raltegravir					

Klinik olarak anlamlı bir etkileşim beklenmemektedir.

Doz ayarlaması, değiştirilmiş uygulama zamanı veya ek izleme gerektirebilecek potansiyel etkileşim.

Bu ilaçlar birlikte uygulanmamalıdır.

İlaç-İlaç Etkileşimleri



Tablo 3. HCV enfeksiyonu tedavisi sırasında kullanılması önerilmeyen antiretroviral tedaviler*

		Sofosbuvir+Velpatasvir+Voxilaprevir	Glekaprevir+Pibrentasvir
Integrasyon İnhibitörleri			
Entry İnhibitörleri			
NRTIs			
	Kullanılması Önerilmeyen ART'ler	Atazanavir kombinasyonları Doravirin/Lamivudin/TDF Darunavir/ritonavir Efavirenz Etravirin Elvitegravir/kobisistat/Emtrisitabin/TDF Emtrisitabin/TDF Fostemsavir Lopinavir Nevirapin Rilpivirin/Emtrisitabin/TDF Ritonavir TDF	Atazanavir kombinasyonları Bictegravir/Emtrisitabin/TAF Darunavir kombinasyonları Efavirenz Etravirin Fostemsavir Lopinavir Nevirapin Ritonavir

Green indicates coadministration is safe; **yellow** indicates a dose change or additional monitoring is warranted; and **red** indicates the combination should be avoided.

İlaç-İlaç Etkileşimleri

✓ Glekaprevir/pibrentasvir

- Abakavir, Emtrisitabin, Enfuvirtid, Lamivudin, Raltegravir, Dolutegravir, Rilpivirin ve Tenofovir **ANLAMLI ETKİLEŞİM YOK**

✓ Sofosbuvir/velpatasvir

- TDF ile birlikte kullanımı durumunda tenofovir düzeyi ↑ **BFT İZLEMİ**
- Efavirenz, Etravirin veya Nevirapin ile birlikte **KULLANILMAZ**

✓ Sofosbuvir (400 mg)/velpatasvir (100 mg)/voksilaprevir (100 mg) kombinasyonu

- Dolutegravir, Emtrisitabin, Enfuvirtid, Lamivudin, Rilpivirin ve Raltegravir ile **KULLANILABİLİR**
- TDF ile **BFT İZLEMİ**

Tablo7.1 HIV ve HCV enfeksiyonlarının tedavisinde kullanılan ve ülkemizde bulunan antiviral ilaçlar arasındaki başlıca etkileşimlerin özeti

Antiretroviraller	Glekaprevir/Pibrentasvir	Sofosbuvir/Velpatasvir
EFV, ETR, NVP ve diğer güçlü CYP 3A4 ve P-gp indükleyicileri	Glekaprevir ve pibrentasvir konsantrasyonlarında önemli azalma (kaçının)	Velpatasvir konsantrasyonlarında önemli azalma (kaçının)
PI/r, PI/c, takviyesiz ATV	Glecaprevir ve pibrentasvir konsantrasyonlarında önemli artış (kaçının)	Güçlendirilmiş PI'ler velpatasvir konsantrasyonlarını artırabilir, ancak klinik denemede önemli bir olumsuz olay görülmemiştir. Birlikte kullanımına izin verilir.
TDF, TAF	Birlikte kullanımına izin verilir.	TAF tercih edilir
		TDF, güçlendirilmiş PI'larla birlikte kullanılıyorsa ve GFR <60 mL/dk ise izleme önerilir.
RPV, DOR, EVG/c, RAL, BIC, DTG, ABC, FTC, 3TC, MVC	Birlikte kullanımına izin verilir.	Birlikte kullanımına izin verilir.

HIV/AIDS
TANI İZLEM VE TEDAVİ
EL KİTABI

ŞUBAT 2024
GÖRÜM 1.9



EDİTÖRLER

DENİZ GÖKEMİR , YOLCAN KOSTEM , BENİCE KURTARAN
FEMİ TAYAR , ZERRAT ÜNAL



Tedavi Sonrası Takip

- ✓ Tedaviler tamamlandıktan 12 – 24 hafta sonra HCV RNA bakılmalıdır
 - Riskli davranışları yoksa tekrar HCV RNA bakılmasına gerek yoktur
- ✓ Kalıcı cevaba rağmen ALT ↑
 - Karaciğer yağlanması ve diğer karaciğer hastalıkları araştırılır
- ✓ Damar içi madde bağımlıları veya ESE → KVY'den sonra 6 ayda bir takip
- ✓ Bütün hastalar alkol kullanımını konusunda uyarılmalıdır
- ✓ İleri karaciğer fibrozisi olan hastalarda 6 ayda bir ultrason ve AFP ile HSK taraması

World Hepatitis Day: Reducing the Risk of Hepatitis C

Virus Instapage success story

Here we present
the culmination of
our extraordinary
creativity in
destroying the **Liver....**

The Hepatocellular
Carcinoma.

HIV

HCC

We are role models for
viruses who wish to
become **Virulent** and
Pathogenic.

You can **Coinfect**
like us and bring
miseries upon
the human host.

HBV/HCV

Yaayee..

Exhausted sick and tired
deteriorating fast Liver

Creativemeddoses.com

©2021 Priganga

HIV and HBV/HCV Virus with their Trophy Liver
#virusrock #anythingispossible