

ORIGINAL ARTICLE

Major revision version 13.0 of the European AIDS Clinical Society guidelines 2025

Juan Ambrosioni^{1,2} | Laura I. Levi³ | Jasmini Alagaratnam^{4,5} |
Abiu Sempere¹ | Andrea Mastrangelo⁶ | Paolo Paioni⁷ | Cristina Mussini⁸ |
Catia Marzolini^{9,10,11} | Susanne Dam Nielsen¹² | Charles Béguelin¹³ |
Steven Welch¹⁴ | Anna Koval¹⁵ | Luis Mendao¹⁶ | Alasdair Bamford^{17,18} |
Alexandra Calmy¹⁹ | Giovanni Guaraldi⁸ | Cristiana Oprea²⁰ |
Esteban Martínez^{1,2,21} | Jürgen K. Rockstroh²² | The EACS Governing Board

¹HIV Unit, Infectious Diseases Service, Hospital Clinic-Fundació de recerca Clínic Barcelona – Institut de Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona, Spain

²CIBERINFEC, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Spain

³Department of Infectious and Tropical Diseases, APHP, University Hospital of Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre, France



Interactive website!

Visit the website to see the update v13.0:

→ <https://eacs.sanfordguide.com>

EACS Kılavuzlarında Güncellemeler: Klinik Pratiğe Yansımalar

Prof Dr Yeşim TAŞOVA

Çukurova Ün. Tıp Fak. Enfeksiyon Hastalıkları ve Kln Mikrobiol. AD, ADANA

<https://eacs.sanfordguide.com/en/about/changes-v12-1-to->

[v13https://player.vimeo.com/video/1128297512?h=b4f77cca47&title=0&byline=0&portrait=0&badge=0&autoplay=0&player_id=0&app_id=58479](https://player.vimeo.com/video/1128297512?h=b4f77cca47&title=0&byline=0&portrait=0&badge=0&autoplay=0&player_id=0&app_id=58479)

[Ambrosioni J et al. HIV Med. 2026;27:18–32.](#)



En Büyük Değişiklik: YAPISAL OLARAK TEKRAR ORGANİZE EDİLDİ.

- Rehber 2 ana bölüme ayrıldı:
- **Bölüm I:** HIV ve ilişkili enfeksiyonların yönetimi
- **Bölüm II:** Komorbiditeler ve diğer konular

Diğer rehberler ile uyum güçlendirildi.

Anal neoplazi
derneği rehberi

DSÖ TBC

PENTA

DSÖ
Hepatit

ICD-10 tanı
kriterleri

ESC/ESH

Kronik hastalık modeli



Yaşayan Belge Formatı


- Sadece dijital ve interaktif web sürümü
- Yeni salgınlarda (COVID-19, Mpox) anında yanıt vermek için sürekli güncellenebilir bir alt yapı

Bölüm I: HIV ve İlişkili Enfeksiyonların Önlenmesi ve Yönetimi

Bölüm	Alt Başlıklar	
1	İlk ve İzlem Ziyaretlerinin Değerlendirilmesi	
2	Antiretroviral Tedavi ve Korunma	
3	İlaç-ilaç Etkileşimleri ve Diğer Reçeteleme Önerileri	
4	Diğer Enfeksiyonların Tedavisi ve Önlenmesi	
5	Pediyatrik HIV Yönetimi, Profilaksi ve Beslenme	



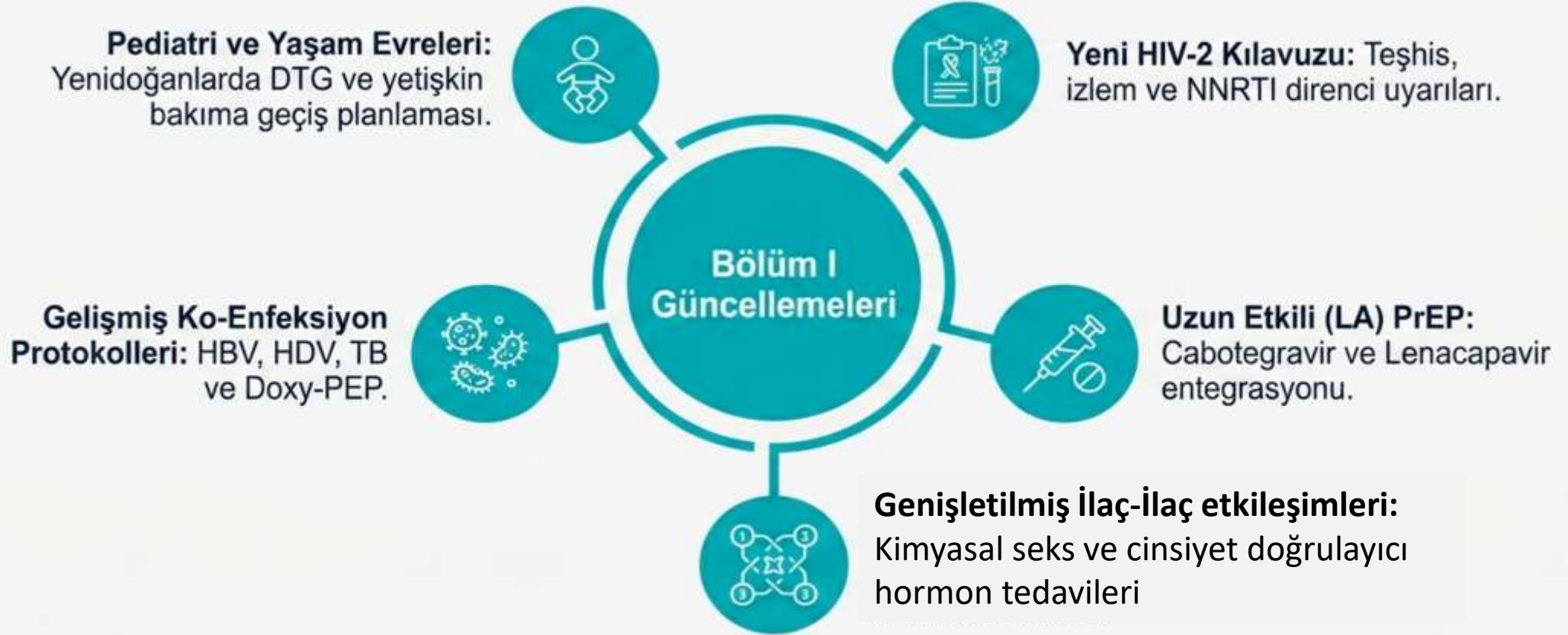
Bölüm II: Komorbiditelerin ve Diğer Konuların Önlenmesi ve Yönetimi

Bölüm	Alt Başlıklar	
1	Kanser	
2	Kardiyovasküler ve Metabolik Komplikasyonlar	
3	Kemik Sağlığı	
4	Böbrek Komplikasyonları	
5	Karaciğer Komplikasyonları	
6	Pulmoner Komplikasyonlar	
7	Kognisyon, Ruh Sağlığı ve Madde Kullanımı	
8	Yaşlanma, Frailite ve HIV ile Yaşayan Yaşlı Bireyler	
9	Diğer Komorbiditeler ve Diğer Konular	

Rehber artık sadece tedavi değil, yaşam tarzı ve davranışları da kapsıyor

Bölüm I

HIV enfeksiyonunun kendisi ile buna bağlı enfeksiyonların yönetimi ve önlenmesine odaklanmaktadır.



İlk Tedavi Rejimleri

- Kişi TÖP kullanırken HIV (+) oldu ise ikili ART rejimine başlamaktan kaçınılmalıdır.
- CAB-LA TÖP kullanırken HIV (+) olan kişiler, güçlendirilmiş DRV içeren üçlü ART rejimine başlamalıdır.
- Önerilen rejimlerde herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

Regimen	Main requirements	Additional Guidance (see footnotes)
Recommended regimens		
2 NRTIs + INSTI		
<u>TAF/FTC/BIC</u>		increase (BIC, TAF)
<u>TAF/FTC or TDF/XTC + DTG</u>		increase (DTG, TAF) drug types. Renal and bone toxicity. TAF
1 NRTI + INSTI		
<u>XTC + DTG or 3TC/DTG</u>		increase (DTG) G: not after PrEP failure. Caution in case > 500,00 copies/ml)
2 NRTIs + NNRTI		
<u>TAF/FTC or TDF/XTC + DOR or TDF/3TC/ DOR</u>		^I (Weight increase (TAF)) ^{II} (TDF: prodrug types. Renal and bone toxicity. TAF dosing) ^{IV} (DOR: caveats, HIV-2)

İkili rejim daha net bir seçenek olarak yer aldı.

HIV RNA > 500 000 k/ml dikkatli ol

TÖP kullanırken HIV (+) ise ikili kullanma*

Daha güçlü yerini aldı

Regimen	Main requirements	Additional Guidance (see footnotes)
Alternative regimens		
2 NRTIs + INSTI		
<u>ABC/3TC + DTG</u> <u>ABC/3TC/DTG</u>	HLA-B*57:01 negative HBsAg negative	✓ (<u>ABC</u> : HLA-B*57:01, cardiovascular risk) † (Weight increase (<u>DTG</u>))
<u>TAF/FTC</u> or <u>TDF/XTC</u> + <u>RAL</u> qd or bid		† (Weight increase (<u>RAL</u> , <u>TAF</u>)) ‡ (<u>TDF</u> : prodrug types. Renal and bone toxicity. <u>TAF</u> dosing) ✓† (<u>RAL</u> : dosing)
2 NRTIs + NNRTI		
<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	† (Weight increase (<u>TAF</u>)) ‡ (<u>TDF</u> : prodrug types. Renal and bone toxicity. <u>TAF</u> dosing) ✓‡ (<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/</u> <u>RPV</u> or <u>TDF/FTC/</u> <u>RPV</u>	CD4 count > 200 cells/μL <u>HIV-VL</u> < 100,000 copies/mL Not on gastric pH increasing agents With food	† (Weight increase (<u>TAF</u>)) ‡ (<u>TDF</u> : prodrug types. Renal and bone toxicity. <u>TAF</u> dosing) ✓‡ (<u>RPV</u> : HIV-2)
2 NRTIs + PI/r or PI/c		
<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	† (Weight increase (<u>TAF</u>)) ‡ (<u>TDF</u> : prodrug types. Renal and bone toxicity. <u>TAF</u> dosing) ✗ (<u>DRV/r</u> : cardiovascular risk) ✗ (Boosted regimens and drug-drug interactions)

ABAKAVİR

HIV-2



- HIV-2 ile yaşayan bireylere yönelik yeni bir bölüm eklenmiştir.

- HIV-2 enfeksiyonundan ne zaman şüphelenilmeli
- HIV-2 enfeksiyonunun tanısı
- İzlem (monitoring)
- Tedavi

When to suspect HIV-2 infection?

Serology	Atypical HIV-1 Western blot profile with absent or weak reactivity to specific envelope proteins (gp160, gp120). Positive or questionable differentiation test for anti-HIV-2 antibodies
Viral load	Discrepancy between a positive serology test and undetectable HIV-1 viral load in the absence of ART
Epidemiology	Subject originating from or connected to the HIV-2 endemic area: West Africa (particularly Mali, Ivory Coast, Senegal, Cape Verde, Guinea-Bissau, Gambia, Sierra Leone, Liberia, Angola) and Mozambique

Diagnosis of HIV-2 infection

	Positive HIV ELISA serological test (4th-generation combined tests can simultaneously detect anti-HIV-1, anti-HIV-2 antibodies, and p24 antigen) +
--	---

Monitoring

Plasma HIV-2 RNA quantification	<ul style="list-style-type: none">• Specific PCR performed in specialized laboratories• Plasma HIV-2 RNA is frequently undetectable, even in the absence of ART• If the result is positive, especially if $\geq 3 \log_{10}$ copies/mL, the risk of more rapid immunological and clinical deterioration is high• Monitor every 3-6 months depending on prior result, CD4+ cells counts and slope• 2 commercial tests kits are available: (1) the Generic HIV-2 Charge Virale (for research use only; Biocentric, Bandoi, France), based on TaqMan 1-step RT-PCR and targets the LTR and gag regions; and (2) the Real Star HIV-2 (for research use only; Altona Diagnostics, Hamburg, Germany).• In cases of dual HIV-1/HIV-2 infection, monitor with plasma HIV-1 and HIV-2 RNA viral load, following the same guidelines as for mono-infection
---------------------------------	--

Antiretroviral Therapy for HIV-2 infection

HIV-2 ARV susceptibility:

- Natural resistance to all NNRTIs, atazanavir, and fostemsavir
- Susceptibility to all NRTIs, INSTIs, darunavir and lopinavir, and ibalizumab
- Maraviroc in case of CCR5 tropism (strains can be addressed to the HIV-2 national French reference center : Department of virology, Bichat-Claude Bernard Hospital Paris, France)
- NRTTI – in vitro susceptibility to islatravir – no in vivo data on HIV-2
- Slightly reduced susceptibility to tenofovir in vitro; clinical impact to be determined

Indication of ART initiation

HIV-2

HIV-2 doğası gereği NNRTI'lere dirençlidir.

- HIV-2 enfeksiyonunda antiretroviral tedavi (ART)

YENİ

- ART başlama endikasyonu
- Başlangıç ART rejimi
- ART değişikliği

Main requirement	Additional Guidance (see footnotes)
Recommended first line regimen	
2 NRTI + INSTI	
TAF/FTC/BIC	
TAF/FTC or TDF/XTC + DTG	bone toxicity. TAF dosing)
2 NRTIs + INSTI	
ABC/3TC + DTG ABC/3TC/DTG	HLA-B*57:01 negative HBsAg negative III (ABC: HLA-B*57:01, cardiovascular risk) I (Weight increase (DTG))
TAF/FTC or TDF/XTC + bid RAL	I (Weight increase (RAL, TAF)) II (TDF: prodrug types. Renal and bone toxicity. TAF dosing) IV (RAL: dosing)
ABC/3TC + bid RAL	HLA-B*57:01 negative HBsAg negative III (ABC: HLA-B*57:01, cardiovascular risk) IV (RAL: dosing)

Virolojik başarısızlık durumunda, tedavi bazı Avrupa referans laboratuvarlarında mevcut olan direnç testlerine göre yönlendirilmelidir.

ART modification			
	Investigations	New regimen	Comments
In case of therapeutic success		Favor single tablet regimen, if needed <u>DTG/3TC</u> not recommended CAE + RPV LA contra-indicated	To improve adherence Both drugs active on HIV-2 but no clinical trials to support dual therapies available Natural resistance to RPV
In case of virological failure (HIV-2 RNA > 40 cp/mL* on 2 consecutive samples 2-4 weeks apart)	- Check for drug interactions or adherence issues - Therapeutic drug monitoring - HIV-2-specific genotypic resistance **	Choice based on resistance test **	Choice more limited than for HIV-1 Frequent need for more complex regimens

Gebelik ve HIV

1. ART tedavisi görürken hamile kalmayı planlayan veya hamile kalan kadınlar
2. Tedavi görmemişken hamile kalan kadınlar
3. Takibi ikinci veya üçüncü trimesterin sonlarında başlayan kadınlar
4. Üçüncü trimesterde HIV-VL değeri > 50 kopya/ml olan kadınlar
5. Hamileliğin 34-36. haftasında HIV-VL değeri > 50 kopya/ml olan kadınlar
6. Doğum sırasında HIV tanısı konulan kadınlar
7. Doğum
8. Emzirme



Gebelik ve HIV

- Gebelikte viral yük izleme sıklığı ve zamanlamasının, hastanın ART'ye uyumu ve gebelik öncesindeki viral yük kontrol düzeyi dikkate alınarak bireyselleştirileceği vurgulanır.

HIV-VY	Gebelik sırasında viral yük (VY) izlemi
Gebelik öncesi VY	
Önerilen ART rejimi altında kalıcı plazma HIV-1 RNA baskılanması olan ve tedaviye uyum sorunu öyküsü bulunmayan olgular	Her trimesterde, ayrıca 36. haftada ve doğumda
Diğer olgular	Her 2 ayda bir, 36. hafta ve doğum dâhil
Gebelik sırasında VY	
Üçüncü trimesterde HIV-VY'si saptanamaz olmayan kadınlar	HIV-VY saptanamaz olana kadar her 2 haftada bir, ardından aylık olarak (36. hafta ve doğum dâhil)

Gebelik ve HIV

Bireyselleştirilmiş

Doğum:

- Eğer 36. haftadaki **viral yük (VL) > 400 kopya/mL** ise, **38. haftada elektif sezaryen** planlanmalıdır.
- **Viral yük 50 ile 400 kopya/mL arasında ise,**
sezaryen sistematik olarak önerilmez; ancak viral bulaşma riski ve elektif sezaryenin artıları ve eksileri göz önünde bulundurularak **her vaka ayrı ayrı değerlendirilmelidir.**
- **Doğum sırasında tanı konulmuşsa:** mümkün olan en kısa sürede tedaviye başlanmalıdır:
 - ✓ Son nesil bir **INSTI** içeren **üçlü ART rejimi +**
 - ✓ **intravenöz ZDV (zidovudin)** uygulanmalıdır.

Emzirme:

- Belirli durumlarda, hasta ile **ortak karar verme süreci** yürütülerek ve **yakın klinik izlem altında emzirme düşünülebilir.**
- Çocuk beslenmesine ilişkin ayrıntılar **pediatrik bölümde** yer almaktadır.

Emzirme sırasında bulaşma riskinin çok düşük AMA SIFIR olmadığına dair anlaşılır ve erişilebilir bilgiler, tüm hamile kadınlara, ideal olarak doğumdan çok önce verilmelidir.

Gebelik ve HIV

ART naif HIV (+) Kadınlarda ARV Rejim

~~ABC/3TC/RAL~~
~~ABC/3TC/EFV~~

NEDEN?

- **Düşük genetik bariyer:** EFV ve RAL içeren rejimlerde direnç gelişimi riski yüksek.
- **Tolerabilite sorunları:** EFV ile nöropsikiyatrik ve metabolik yan etkiler; RAL ile yüksek doz yükü.
- **Alternatiflerin üstünlüğü:** Dolutegravir (DTG), Bictegravir (BIC) ve CAB/RPV gibi rejimler daha güçlü, direnç bariyeri yüksek ve tek tablet formunda uygulanabiliyor.

Recommended regimens		
2 NRTIs + <u>INSTI</u> (PREFERRED)		
<u>TDF/XTC</u> or <u>TAF/ETC</u> + <u>DTG</u>		^I (Tenofovir salts)
<u>TAF/ETC/BIC</u> qd		^I (Tenofovir salts)
2 NRTIs + <u>PI/r</u>		
<u>TDF/XTC</u> or <u>TAF/ETC</u> + <u>DRV/r</u> 600 mg/100 mg <u>bid</u>	With food	^I (Tenofovir salts) ^{II} (<u>DRV</u> dosing) ^{III} (<u>COBI</u> boosting)
Alternative regimens		
2 NRTIs + <u>INSTI</u>		
<u>TDF/XTC</u> or <u>TAF/ETC</u> + <u>RAL</u> 400 mg <u>bid</u>		^I (Tenofovir salts) ^{IV} (<u>RAL</u> in pregnancy, <u>bid</u> dosing)
<u>ABC/3TC</u> + <u>DTG</u> or <u>ABC/3TC/DTG</u>	HLA-B*57:01 negative HBsAg negative	^V (<u>ABC</u> : HLA-B*57:01, may delay starting <u>ART</u>)
2 NRTIs + <u>NNRTI</u>		
<u>TDF/XTC</u> or <u>TAF/ETC</u> + <u>EFV</u> or <u>TDF/ETC/EFV</u>	At bedtime or 2 hours before dinner	^I (Tenofovir salts) ^{VI} (<u>EFV</u> HIV-2 & group O)
<u>TDF/XTC</u> or <u>TAF/ETC</u> + <u>RPV</u> or <u>TDF/ETC/RPV</u> or <u>TAF/ETC/RPV</u>	CD4 count > 200 cells/ μ L <u>HIV-VL</u> < 100,000 copies/mL Not on gastric pH increasing agents With food	^I (Tenofovir salts) ^{VII} (<u>RPV</u> exposure during 2nd and 3rd trimester, HIV-2) ^{VIII} (Interactions)
2 NRTIs + <u>PI/r</u>		
<u>ABC/3TC</u> + <u>DRV/r</u> 600 mg/100 mg <u>bid</u>	HLA-B*57:01 negative HBsAg negative With food	^{II} (<u>DRV</u> dosing) ^{III} (<u>COBI</u> boosting) ^V (<u>ABC</u> : HLA-B*57:01, may delay starting <u>ART</u>)

• Holt LM et al., *Bictegravir Use During Pregnancy: A Multicenter Retrospective Analysis Evaluating HIV Viral Suppression and Perinatal Outcomes* Clin Infect Dis. 2024; 79(5):1258-1261

• Zhang H et al., *A Study of the Pharmacokinetics, Safety, and Efficacy of B/F/TAF in Virologically Suppressed Pregnant Women with HIV-1AIDS*. 2024; 38(10): ePub ahead of print

Temas sonrası profilaksi (TSP)

- TAF/FTC/BIC de , TSP için tercih edilen rejim olarak kabul edilir.
- TXF/FTC + DTG qd veya + RAL bid veya qd, veya + DRV/b qd
- İdeal olarak temas sonrası < 4 saat ve en geç 72 saat içinde başla
- 4 hafta devam
- TSP sonlandığında ve 6-8 hafta sonra kontrol et.

TÖP

Yeni Bölüm

- Eğer oral TÖP kullanan bir bireyde TSP endike ise, temastan sonra mümkün olan en kısa sürede oral TÖP rejiminden iki hafta önce değerlendirme yapılana kadar günde bir tabletle devam edilmesi önerilmektedir. Bu şekilde başlatılmasında gecikmeyi önlemek için

Son dönemde yüksek riskli bir temas öyküsü varsa veya LA-CAB ya da LA-LEN ile TÖP başlanacaksa, başlamadan önce HIV RNA testi yapılmalıdır.- Akut HIV dışlamak

İki yeni alt başlık var:

1.Enjeksiyonla uygulanan uzun etkili TÖP hakkında yeni bölümler:

- LA-CAB (uzun etkili kabotegravir)
- LA-LEN (uzun etkili lenakapavir)

2. Kronik hepatit B hastalarında TÖP kullanımıyla ilgili yeni bölüm.



2. Kronik hepatit B hastalarında TÖP kullanımıyla ilgili yeni bölüm.

- Kronik hepatit B virüsü (HBV) enfeksiyonu olan kişilerde günlük TÖP tercih edilmelidir

Kronik HBV Ko-enfeksiyonu Olan Kişilerde TÖP

- Oral TÖP başlanmadan önce HBV serolojisi ve aşılama durumu değerlendirilmelidir; ancak bu bilgilerin mevcut olmaması TÖP'i ertelemek için bir neden olmamalıdır. Bu durumda HBV serolojisi bir sonraki ziyarette yapılmalıdır.
- Eğer HBsAg, anti-HBc ve anti-HBs negatif ise, **HBV aşılması önerilir.**
- Kronik HBV enfeksiyonu olan bireyler (HBsAg pozitif), ulusal ve uluslararası kılavuzlara göre tedavi gereksinimi açısından değerlendirilmelidir.
- HIV edinme riski yüksek olan kronik HBV enfeksiyonlu bireyler (HBsAg pozitif), HIV TÖP açısından değerlendirilmelidir.
- Hem HBV tedavisi hem de TÖP gereksinimi olan kişilerde, tenofovir/emtrisitabin bazlı TÖP HBV enfeksiyonuna da etkili olduğundan, günlük tenofovir/emtrisitabin tercih edilen tedavidir.**
- HBV tedavisi gerektirmeyen ancak TÖP ihtiyacı olan kişilerde, HBV'li TÖP kullanıcılarında HBV reaktivasyonu ve/veya direnç gelişimi ile ilgili kanıtlar sınırlı olduğundan, TÖP'in kesilmesi veya gerektiğinde kullanılan (on-demand) TÖP yerine **günlük tenofovir/emtrisitabin bazlı TÖP önerilmelidir.****
- TÖP kesildiğinde veya gerektiğinde kullanılan (on-demand) TÖP durumunda, HBV reaktivasyonu ve buna bağlı hepatik alevlenme (hepatit, akut karaciğer yetmezliği) riski bulunmaktadır.
- TÖP başlayan tüm HBV enfeksiyonlu bireylere; TÖP kesilmesine bağlı riskler, TÖP sonlandırıldığında yakın laboratuvar izlemi gerekliliği ve belirgin alevlenme ile HBV reaktivasyonu gelişirse HBV tedavisi gerekebileceği konusunda danışmanlık verilmelidir.
- TÖP'in kesileceği bilinen durumlarda, **TÖP sonlandırıldıktan sonra kronik HBV enfeksiyonu olan tüm bireylerde en az 12 ay boyunca, en az 3 ayda bir HBV DNA ve aminotransferaz düzeylerinin kontrol edilmesi önerilir.**

Pedriatrik ve Adolesan HIV Yönetiminde Güncellemeler – PENTA İŞBİRLİĞİ



İlaç-İlaç Etkileşimi

Yeni yaklaşım:

- Risk bazlı değerlendirme
- Klinik bağlam (örn. Madde kullanımı, yaşlı hasta)
- Tarama + müdahale entegrasyonu

İlaç-ilaç etkileşimi:

- Tedavi başarısızlığı
- Toksikite
- Hastaneye yatış ile ilişkilendirilerek daha güçlü konumlandırıldı

Tüm ilaç etkileşim tabloları, geçtiğimiz yıl HIV ilaç etkileşimi web sitesinde (Liverpool Üniversitesi) yapılan değişiklikleri içerecek şekilde güncellenmiştir.

İlaç-İlaç Etkileşimi

VURGU:

Yaşlanan HIV popülasyonu /Komorbidite artışı /Çoklu ilaç kullanımı

**Tablolar
daha basit**

•Uzun etkili antiretroviraller

Lenakapavir ile ilgili öneriler eklendi.

Kimyasal seks ilaçları tablosu düzenlendi, yeniler eklendi.

Madde kullanımı ile ilgili etkileşimler eklendi.

Cinsiyet kimliğini destekleyici hormon tedavisi tablosu güncellendi ve ek tedaviler eklenmiştir.

İlaç-ilaç Etkileşimleri

- **Lenakapavir için ilaç –ilaç etkileşim potansiyelini içerecek şekilde genişletilmiştir.**
 - Lenakapavir, orta derecede bir CYP3A4 inhibitörüdür; bu nedenle, **ilaç dolaşımında uzun süre kaldığından, eşzamanlı kullanım sırasında ve lenakapavir kesildikten sonraki ilk haftalarda hassas CYP3A4 substratları ile dikkatli olunmalıdır.**
 - Güçlü ve orta dereceli indükleyiciler CB/RLV ve LEN konsantrasyonunu azaltır-
birlikte KULLANMA

Uyarı : Yüksek doz testesteron + egzersiz

Kas içi kan akışını artırarak CAB/RPV-LA'nın depodan salınımını hızlandırabilir.

Doz aralığı sonunda düşük konsantrasyon riski

VY ve TDM izlenmelidir.

Diğer enfeksiyonların tedavisi ve önlenmesi

- Viral Hepatit Koenfeksiyonları
- Fırsatçı Enfeksiyonlar
- Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
- HIV'li Kişilerde Aşılama
- Pediatrik HIV Yönetimi, Profilaksi ve Beslenme

Ko-Enfeksiyonlar: Hepatit ve Fırsatçı Tehditler



Hepatit B

- HBsAg (+) kişilerde TDF/TAF kesilmesi önerilmez.
- Anti-HBc (+) risk düşüktür.
- Yanıtsızlarda Heplisav B (HepB-CpG) aşısı tercih edilmelidir.



Hepatit D & A

- HDV için Bluvertit tedavisi (tedavi kesilmeden önce en az 96 hf saptanamayan HBV RNA hedeflenmeli)
- Nedeni bilinmeyen ALT yüksekliklerinde anti-HAV bakılmalıdır.



Mpox

- Tekovirimat kullanımı sınırlandırıldı.
- Sadece ciddi immun yetmezliği olan veya ağır hastalık tablosu gösterenlerde bireysel olarak değerlendirilmelidir.



Tüberküloz

- DSÖ kılavuzları ile tam uyum
- SSS tutulumunda deksametazon doz şeması eklendi.

Diğer enfeksiyonların tedavisi ve önlenmesi

Viral Hepatit Koenfeksiyonları

HBV'ye önceden teması olan HIV pozitif bireylerde HBV'ye etkili ajan içermeyen veya yalnızca XTC (örneğin 3TC/FTC) içeren bir ART rejimine geçiş durumunda:

HBsAg (+) olan hastalar:

- Sadece 3TC/FTC içeren bir anti-HBV ajan kombinasyonu önerilmez.

HBsAg (-); anti-HBc Ab (+); anti-HBs Ab (\pm) olan hastalar:

- Sadece 3TC/FTC içeren bir rejimle devam etmek genellikle güvenlidir, çünkü HBV reaktivasyonu son derece nadirdir.
- Hiç HBV-aktif ajan içermeyen bir ART rejimi de mümkündür, çünkü reaktivasyon riski düşüktür; ancak AST/ALT, HBsAg ve HBV-DNA düzeylerinin düzenli izlenmesi önerilir.

Diğer enfeksiyonların tedavisi ve önlenmesi

Viral Hepatit Koenfeksiyonları

- i. HSK (hepatoselüler karsinom) tarama önerileri
 - ii. HBV koinfeksiyonlarında karaciğer fibrozunu saptamaya yönelik non-invaziv testler için cut-off değerleri güncellendi.
- Bu bulgular, **2024 DSÖ kronik hepatit B kılavuzunda**, önemli fibroz ve siroz tanısı için **APRI ve FibroScan**'ın yeni eşik değerlerini belirlemiştir.
 - APRI skoru >0,5 veya FibroScan değeri >7,0 kPa = önemli fibroz (≥F2)
 - APRI skoru >1,0 veya FibroScan değeri > 12,5 kPa = olanlar siroz (F4)

HIV/Hepatitis B co-infection

Fibrosis Stage	VCTE ⁽ⁱ⁾ LSM Threshold	Blood-based tests
Significant fibrosis (F2, F3, or F4 Metavir)	>7 kPa	APRI >0.5
Advanced fibrosis (F3 or F4 Metavir)	>8 kPa	FIB-4 >3.25
Cirrhosis (F4 Metavir)	>11 kPa	APRI >1

LSM demonstrates the best overall performance, while the diagnostic accuracy of blood-based markers such as APRI and FIB-4 is limited in chronic HIV/Hepatitis B co-infection.

(i) Vibration-controlled transient elastography

- Liguori, Antonio et al. **Staging liver fibrosis and cirrhosis using non-invasive tests in people with chronic hepatitis B to inform WHO 2024 guidelines: a systematic review and meta-analysis** The Lancet Gastroenterology & Hepatology, Volume 10, Issue 4, 332 – 349
- Markus Cornberg ve ark. **EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection** Journal of Hepatology, 2025, Vol 83.



Tüberküloz

- **Tüberküloz (TB) bölümü**, yeni DSÖ kılavuzlarına uyumlu hale getirildi.

Tanımlar uyumlu hale getirildi.

- “Latent TB” = tüberküloz enfeksiyonu
- “Aktif TB” = tüberküloz hastalığı

Tüberküloz enfeksiyonu için tedavi seçenekleri tablosu sadeleştirilmiştir:

- **3HP** (izoniazid + rifapentin, haftalık 12 doz) veya **3HR** (izoniazid + rifampisin, 3 ay) diğer rejimlere göre **öncelikli** hale getirilmiştir.

MDR-TB (çok ilaca dirençli tüberküloz) enfeksiyonu durumunda yeni bir tablo eklenmiştir.

- **M/pre-XDR/XDR-TB hastalığı (çoklu veya ileri dirençli TB) için tedavi seçenekleri yeniden düzenlenmiştir:**
 - **BPaL/M rejimi** (bedakuilin + pretomanid + linezolid / moksifloksasin) **MDR-TB için öncelikli** olarak vurgulanmıştır.

Diğer enfeksiyonların tedavisi ve önlenmesi

Fırsatçı enfeksiyonlar güncellemeleri

Tüberküloz

- **Dirençli suşlara maruz kaldıktan sonra tüberküloz enfeksiyonu tedavisini kapsayan bir tablo eklendi.***
 - Tedaviye başlama kararı, fayda-risk değerlendirmesi TB temasının direnç profili dikkate alınarak **bireysel olarak alınmalıdır.**
 - **TB uzmanlarına danışılması tavsiye edilir.**

Treatment of TBI following exposure to drug-resistant TB

Limited data are available to guide TBI treatment in cases of exposure to drug-resistant TB. The decision to initiate a treatment should be individualized considering benefit-risk assessment and resistance profile of TB exposure. Consultation with TB experts is advised.

Regimen	Comments
Levofloxacin 10-15 mg/kg (maximum dose 750 mg) For 6 months	In case of rifampicine-resistant or multidrug-resistant <u>TB</u> sensitive to fluoroquinolones. Moxifloxacin (400 mg <u>qd</u>) can be used as an alternative

Kriptokok



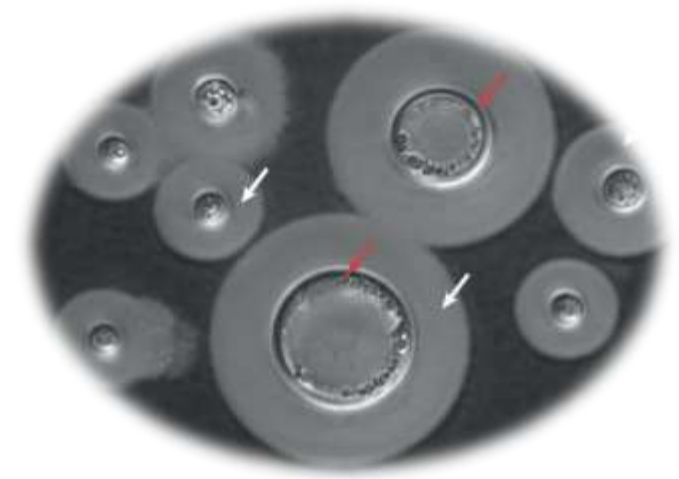
- Bölüm, okunabilirliği artırmak için yeniden düzenlenmiştir.
 - **izole CrAg pozitif** (kriptokok antijeni pozitif, ancak menenjit bulgusu olmayan) olgularda **önleyici (pre-emptif) tedavi** kısmı, **kriptokok menenjiti tedavisinden ayrılmıştır.**

Treatment of asymptomatic isolated cryptococcal antigenemia:

Drug / Dose	Comments
Pre-emptive therapy	
fluconazole 800 mg <u>qd</u> <u>po</u> for 2 weeks followed by 400 mg <u>qd</u> <u>po</u> for 8 weeks	<p>In case of:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ positive cryptococcal serum antigen AND▪ asymptomatic individual with CD4 < 100 cells/μL AND▪ cryptococcal meningitis, pulmonary or other site infection ruled out after thorough investigation <p>No evidence from clinical trials is available to guide optimal <u>ART</u> initiation in this context. Consider initiation of <u>ART</u> according to general recommendations, see When to start ART</p> <p>Consider different doses/duration of fluconazole pre-emptive therapy in resource-limited settings, see also global guidelines</p>

FLU 800 mg/gün – 2hf
400 mg/gün -8 hf

Kriptokok



- Kriptokok menenjitinde “konsolidasyon tedavisi” için flukonazol dozu uyarlanmıştır:
 - Flukonazolün daha **yüksek dozu (800 mg/gün)**, BOS kültürü negatifleşene ve ART başlanana kadar önerilmektedir;
 - Daha sonra doz **400 mg/gün’e** düşürülebilir.

Consolidation therapy

fluconazole

800 mg qd po until negative CSF culture and ART initiation; dose can be subsequently lowered to 400 mg qd po⁽ⁱ⁾

8 weeks

See [Drug-drug interactions between ARVs and Non-ARVs](#)

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE)

- **Yeni: Doxy-PEP (doksisisiklin profilaksisi)**

- Yararları ve sınırlamaları açıklandı.
- Doksisisiklin dozlaması detaylandırıldı.

Doxy-TSP cinsel temastan sonra mümkün olan en kısa sürede ve 72 saat içinde tek doz 200 mg doksisisiklin olarak oral yolla verilmelidir. 24 saat içinde kümülatif doz 200 mg'ı geçmemelidir.

- **Belirli cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların tanı, yönetim ve tedavileri (CYBE) kapsamı genişletildi:**
 - **Mycoplasma genitalium ve uyuz (scabies) de dâhil edilmiştir.**
- **Tekrarlayan HSV (herpes simpleks virüsü) enfeksiyonları için kısa süreli tedavi seçenekleri eklendi.**
- **Kanser taraması (HPV) ve viral hepatit bölümleriyle karşılıklı yönlendirmeler güçlendirildi.**





Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE)

- Tekrarlayan HSV (herpes simpleks virüsü) enfeksiyonları için kısa süreli (1-2-3 gün) tedavi seçenekleri eklendi.

HSV infection

First episode of genital herpes: aciclovir (400 mg po tid), famciclovir (250 mg po tid) or valaciclovir (500 mg po bid) all for 5-10 days

Recurrent episodes:

Short course therapies: acyclovir 800 mg tid for 2 days or valaciclovir 500 mg bid for 3 days or famciclovir 1g bid for 1 day

Longer therapies may be needed: aciclovir (400 mg po tid) or valaciclovir (500 mg po bid) for 5 days

Suppressive management: Suppressive therapy is usually offered to persons who experience six or more clinical episodes per year or who experience significant anxiety or distress related to their clinical recurrences. Suppression: aciclovir (400 mg bid or tid) or famciclovir 500 mg bid or valaciclovir 500 mg po od or bid

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE)



- **Kanser taraması (HPV) ve viral hepatit bölümleriyle karşılıklı yönlendirmeler güçlendirildi.**

HPV infection

There are several treatment modalities for the management of genital warts (patient- and provider-applied topical medications, cryotherapy, and surgical approaches). Selection of treatment modality should consider lesion location (external vs. internal), size and number, and patient preference.

Management of both pre-invasive cervical lesions as well as peri- and intra-anal lesions should follow local or national guidelines

- Infection is mostly asymptomatic; relapse of genital warts is frequent
- Screening for HPV-associated cancer is recommended according to current guidelines (see [Cancer: Screening methods](#))
- Advice smoking cessation to maximize chances of [HPV](#) clearance, see also [Lifestyle interventions](#)
- See also [Immunisation in Persons with HIV](#)

AŞILAR

RSV ve Zona aşılmasıyla ilgili bölümler eklendi.

≥75 yaş tüm bireyler ile şiddetli RSV riski yüksek olan daha genç kişiler için aşı yapılması tavsiye edildi.

Pnömonokok aşılması

- CDC ve DSÖ ile uyumlu hale getirilip
- Öncelikli olarak sırası ile PCV21, PCV20 veya PCV15 önerilmektedir.

HBV aşısı

- CpG adjuvanlı Heplisav B (HepB-CpG) aşısı önerilir.
- Alternatif AS04C adjuvanlı aşı (Fendrix) veya 0., 1., 2. ve 6. aylar çift doz Engerix (40 µg) uygulanması düşünülmelidir.

HPV aşısı

İyi kontrol altında HIV enfeksiyonu olan kadınlarda (9-45 y), HPV aşısı (9 valanlı) için kısaltılmış 2 dozluk bir şema eklendi.

Bölüm I: HIV ve İlişkili Enfeksiyonların Önlenmesi ve Yönetimi

Bölüm	Alt Başlıklar
1	İlk ve İzlem Ziyaretlerinin Değerlendirilmesi
2	Antiretroviral Tedavi ve Korunma
3	İlaç-ilaç Etkileşimleri ve Diğer Önerileri
4	Diğer Enfeksiyonların Tedavisi
5	Pediyatrik HIV Yönetimi, Profila

Bölüm II: Komorbiditelerin ve Diğer Konuların Önlenmesi ve Yönetimi

Bölüm	Alt Başlıklar
1	Kanser
2	Kardiyovasküler ve Metabolik Komplikasyonlar
3	Kemik Sağlığı
4	Böbrek Komplikasyonları
5	Karaciğer Komplikasyonları
6	Pulmoner Komplikasyonlar
7	Kognisyon, Ruh Sağlığı ve Madde Kullanımı
8	Yaşlanma, Frailite ve HIV ile Yaşayan Yaşlı Bireyler
9	Diğer Komorbiditeler ve Diğer Konular

Komorbitler

Yeni Bölümler:

- **Uyku Sağlığı (Sleep Health) ve Madde Kullanımı (Substance Use)**
→ Rutin tarama, doğrulanmış araçlar, davranışsal müdahaleler

Başlıca Güncellemeler:

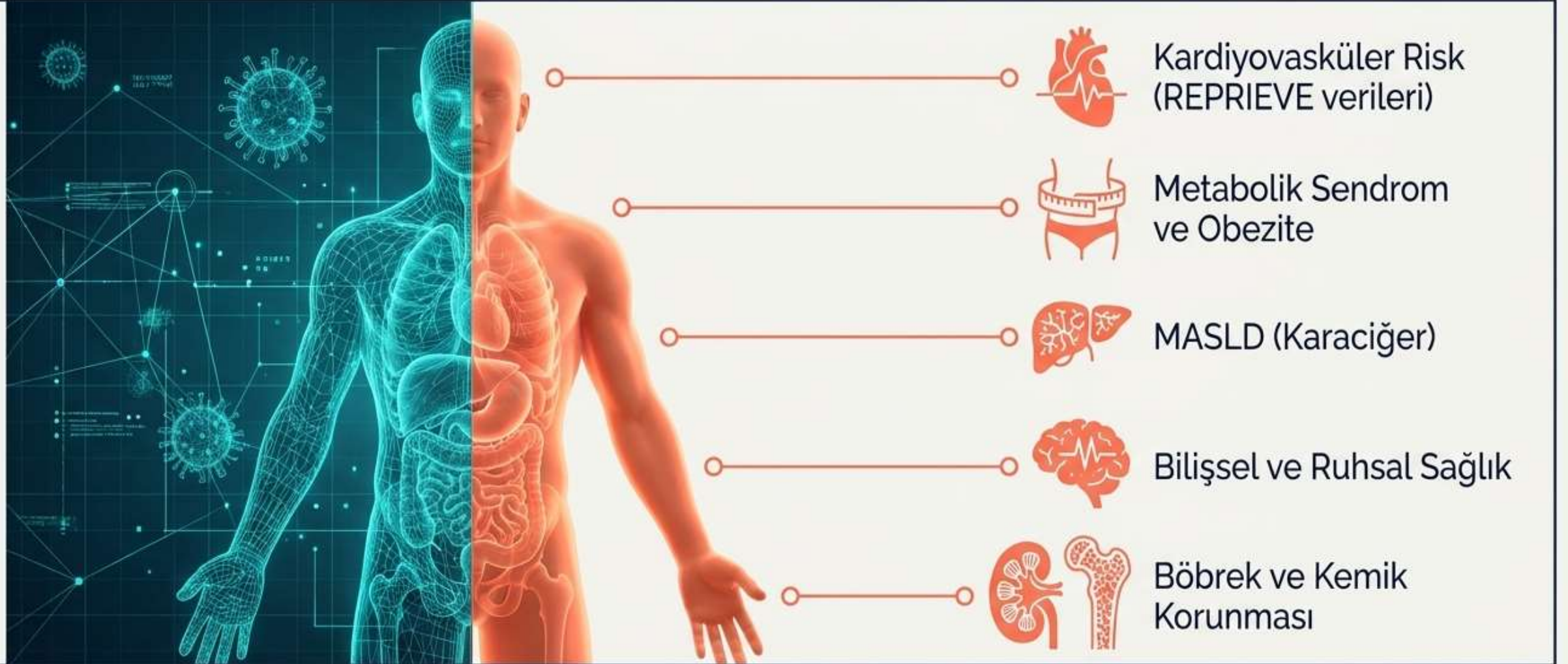
- **Alkol Kullanım Bozukluğu**
Farkındalık öncesi (pre-contemplative) ve farkındalık (contemplative) aşamalarına odaklı yaklaşımlar
- **Kilo Artışı ve Obezite:**
Aşırı yağ birikimi ve organ disfonksiyonu ile seyreden kronik bir hastalık olarak tanımlandı.
Yaşam tarzı değişiklikleri, GLP-1/GIP reseptör agonistleri, bariatrik cerrahi

Diğer (Küçük) Güncellemeler:

- **Kanser:** Anal ve meme kanseri için güncellenmiş öneriler ve eşikler
- **Karaciğer hastalığı:** Basitleştirilmiş algoritmalar; ALT normal olsa dahi viral tarama; MASLD'de Pİ'lardan kaçınılmalı
- **Kardiyovasküler hastalık :** Yeni kan basıncı hedefi **120–129 mmHg (toleransa bağlı)** ve **bazal EKG** önerisi
- **Organ nakli (SOT):** Bazı ülkelerde **HIV+ donörler kabul edilmekte;** uzun etkili **CAB/RPV** nakil sonrası kullanım için güvenli

Bölüm II Genel Bakış: Konak ve Komorbiditeler

ART'nin başarısı, HIV hastalarının ömrünü genel nüfus seviyelerine çıkardı. V13.0, sadece virüsü baskılamaya değil, yaşlanan bedeni sistemik hasardan korumaya odaklanıyor.



Madde Kullanımı

- Tek bölümde birleştirildi.
- Basit tarama yaklaşımı – tek soru
- **ASSIST** (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*)
- Alkol için **AUDIT-C** taraması
- Opioid rehberliği ICD-10 göre güncellendi.

Uyku Sağlığı

YENİ

- Uykun nasıl ? İle başla
 - 2 yılda bir/ ART değişiminde
- EFV ve 2. nesil INSTI'lerin uyku üzerine etkileri değerlendirilmelidir.
- Rutin tarama için «**Insomnia Severity Index**» ve «**Epworth ölçekleri**» önerilir.

RUH SAĞLIĞI

- HIV (+) bireylerde depresyon riski yüksek (%7 vs %20-40)
- Ciddi anksiyete ve genel yaşam kalitesinde düşüş
- **ASQ** (intihar riski tarama aracı)

PROM'lar, hastanın sesini HIV tedavisine dahil etmek için yapılandırılmış bir yaklaşım sunar.

HIV'li Yaşlıların Yönetimi Bölümü

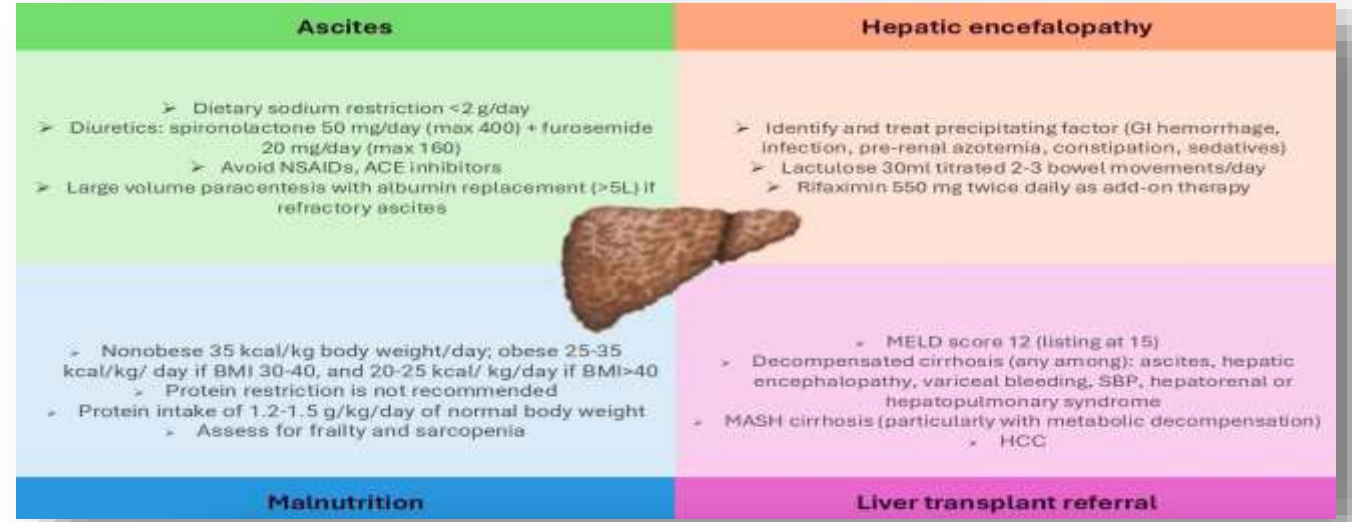


- HIV'li yaşlılarda (> 50 yaş)
 - Düşmeler (%25-30)
 - Kırılganlık (≥65-70 yaş)
 - HIV'li Yaşlı Kişilerde İlaç Reçete Etme
 - HIV'li Yaşlılarda Kaçınılması Gereken En Önemli 10 İlaç Sınıfı
- Biliş, psikolojik refah, canlılık/beslenme, görme ve işitme gibi ek alanlar da yaşlıların yönetimi için **ICOPE modeli** kullanılarak yapılandırılmış bir şekilde değerlendirilebilir (**DSÖ ICOPE kılavuzu**). - Yaşlılar için entegre bakım (**Integrated care for older people (ICOPE)**)
 - Tarama sonucu pozitif çıkarsa, uygun müdahalelere yön vermek için kapsamlı bir değerlendirme yapılmalıdır
- Kullanımı basitleştirmek için *farility* tarama/değerlendirme/yönetim algoritması tek bir algorithmada birleştirilmiştir.

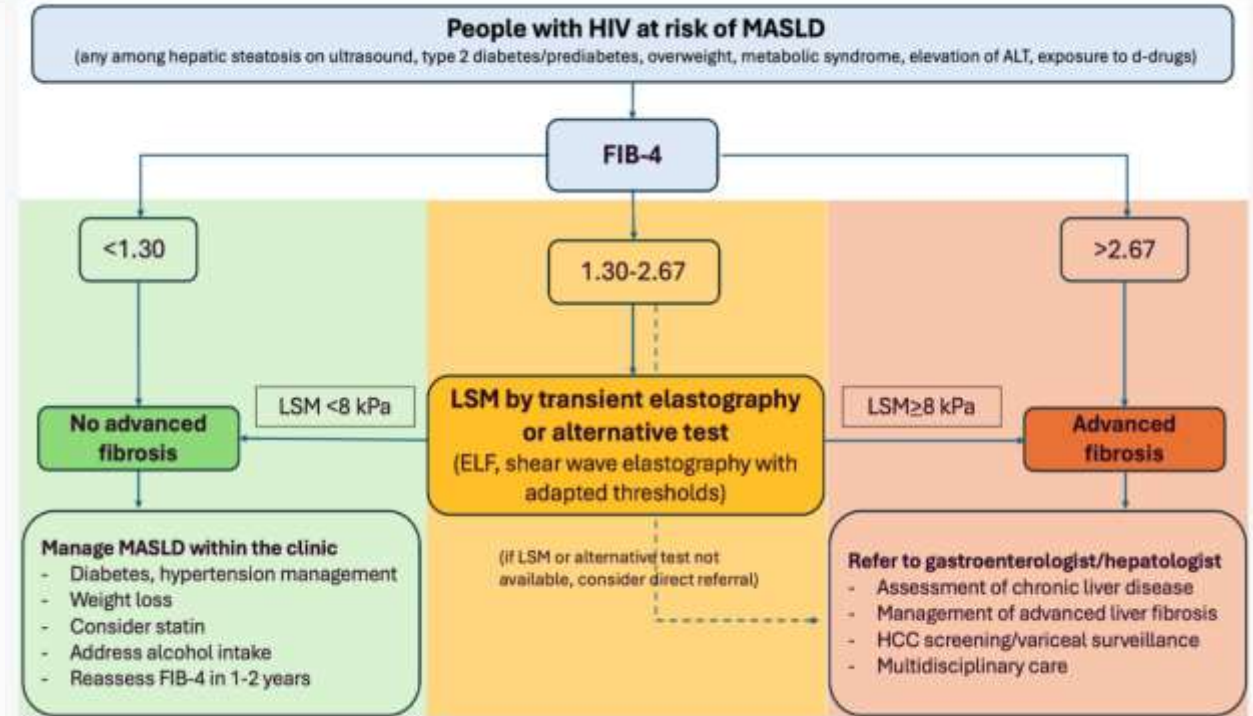
Karaciğer Komplikasyonları

Siroz Komplikasyonları: Basitleştirilmiş Algoritma

- **MASLD (Metabolik disfonksiyonla ilişkili steatohepatik hastalık):**
 - Basitleştirilmiş fibrozis algoritması + **FIB-4**, **APRI**, elastografi
 - **Proteaz inhibitörlerinden (PI)** kaçınılmalı, **rilpivirin** düşünülebilir
 - Eğer **diyabet** veya **obezite** varsa, **GLP-1** ajanları değerlendirilmelidir

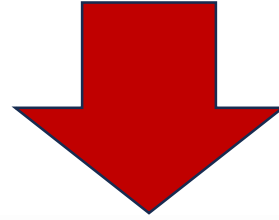


Diagnostic Flow-chart to Assess and Monitor Disease Severity in Case of Suspected MASLD and Metabolic Risk Factors



• Artmış ALT/AST:

- Basamaklar birleştirildi → gecikme azaltıldı
- **Viral hepatit taraması, ALT normal olsa bile yapılmalı (+ HBV aşılması) – STEP 1**



Identify other causes of increased ALT/AST



MASLD^(v)



Nodular regenerative hyperplasia (more frequent in people with HIV)



Other viral or bacterial infections (e.g. CMV, EBV)

Identify other causes of increased ALT/AST



Non-hepatic causes of increased ALT/AST

- Coeliac disease
- Myopathy
- Portal hypertension
- Heart failure



Rare disorders

- Autoimmune hepatitis
- Haemochromatosis
- Wilson's disease
- Alpha-1 antitrypsin deficiency

Artmış ALT/AST:

STRATIFY RISK ACCORDING TO RISK PREDICTION OR TRANSIENT ELASTOGRAPHY

STEP 3

APRI^(VII) < 0.5; FIB-4 < 1.45^(VII);
NFS < -1.455
Low probability of significant liver fibrosis
(F0-F1)

Management of underlying disease
Repeat serum fibrosis biomarkers yearly
Consider transient elastography

APRI 0.5-1.5; FIB-4 1.45-3.25;
NFS -1.455-0.676
Indeterminate for significant liver fibrosis

Management of underlying disease
Transient elastography
Consider specialist referral, liver biopsy

APRI > 1.5; FIB-4 > 3.25;
NFS > 0.676
High probability of significant liver fibrosis
(F2-F4)

Management of underlying disease
Transient elastography
Specialist referral, liver biopsy, screening
for HCC and esophageal varices if F4

Dipnot:

MASLD etiolojisi için FIB-4 kesme değerleri şunlardır:

- <1,30: düşük risk
- 2,67: yüksek risk
- 65 yaşın üzerindeki bireylerde, <1,30 yerine <2,0 FIB-4 kesme değeri dikkate alınmalıdır.

Dipnot:

- Kronik hepatit B'de APRI veya transient elastografi kullanımı önerilir.
- APRI skoru >0,5 veya geçici elastografi değeri >7 kPa, önemli karaciğer fibrozu olan çoğu yetişkini tanımlar.
- APRI >0,5, kaynakların sınırlı olduğu ortamlarda antiviral tedavinin başlatılmasına öncelik vermek için temel bir kriter olarak da önerilmektedir.



Teşekkürler