

III. VİRAL İNFEKSİYONLAR VE BAĞIŞIKLAMA SİMPOZYUMU

4-6 EYLÜL 2026

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi



KLİMİK

TÜRK KLİNİK MİKROBİYOLOJİ VE
İNFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

HIV Rehberlerinde Neler Değişti?

Asuman İnan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune SUAM,

Rehberlerin ortak mesajı: erken tedavi, bütüncül bakım

ART

Herkese ve mümkün olan en kısa sürede

SEÇİM

Yalnız viroloji değil; yaşam biçimi, komorbidite ve tercih

ÖNLEME

Oral, uzun etkili ve talebe dayalı seçenekler

Büyük değişim: “en güçlü rejim hangisi?” sorusundan “bu kişi için sürdürülebilir strateji hangisi?” sorusuna geçiş.

Rehberlerde 4 Karar Alanı

1

Başlangıç

Ne zaman, hangi testlerle, hangi rejim?

2

Sürdürme

İkili tedavi, uzun etkili ART, başarısızlık yönetimi

3

Bütüncül bakım

Kardiyovasküler risk, kilo, kanser, yaşlanma

4

Önleme

B=B, TÖP, TSP ve CYBE

Rehberler

EACS 2025	Avrupa pratiği	Kapsamlı klinik yönetim + komorbiditeler
DHHS 2026	ABD klinik pratiği	Hızlı başlangıç, özel durumlar, ayrıntılı kanıt derecesi
IAS–USA 2024	Uzman konsensüsü, İleri klinik pratik	Tedavi + önleme + bakım eşitsizlikleri
Türkiye 2026	Yerel klinik uygulama, halk sağlığı yaklaşımı	Küresel kanıtın, ruhsat, erişim, geri ödeme koşulları ile uyarlanması

EACS Rehberinin Kapsamı ve Yapısal Değişiklikler

- EACS v13.0 artık interaktif ve çevrimiçi erişilebilir formatta.

- Yeni bölümler:

- HIV-2
- Temas öncesi proflaksi
- HAV
- Uyku sağlığı
- Madde kullanımı



- Odak: ‘Hastalık yönetiminden sağlıklı yaşama geçiş’.

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

Juan Ambrosioni ✉, Laura I. Levi, Jasmini Alagaratnam, Abiu Sempere, Andrea Mastrangelo, Paolo Paioni, Cristina Mussini, Catia Marzolini, Susanne Dam Nielsen, Charles Béguelin ... See all authors ▾

Part I: Prevention & Management of HIV & Related Infections



Sections:

- 1-Assessment of Initial & Subsequent Visits
- 2-Antiretroviral Treatment & Prevention
- 3-Drug-drug Interactions & Other Prescribing Recommendations
- 4-Treatment & Prevention of other infections
- 5-Paediatric HIV Management, Prophylaxis & Feeding

Part II: Prevention & Management of Co-morbidities and Other Topics



Sections:

- 1-Cancer
- 2-Cardiovascular & Metabolic Complications
- 3-Bone Health
- 4-Kidney Complications
- 5-Liver Complications
- 6-Pulmonary Complications
- 7-Cognition, Mental Health & Substance Use
- 8-Ageing, Frailty & Older People with HIV
- 9-Other Co-morbidities & Other Topics



EACS
European
AIDS
Clinical
Society

EACS Guidelines



EACS
European
AIDS
Clinical
Society

EACS Guidelines

HIV & Related Infections

Co-morbidities and Other Topics

Medical Secretariat & Members



Summary of Changes from v12.1 to v13.0

last updated Oct 15, 2025

Medical Secretariat & Members

HBV/HIV Co-
infection

Cancer

Cardiovascular &
Metabolic
Complications

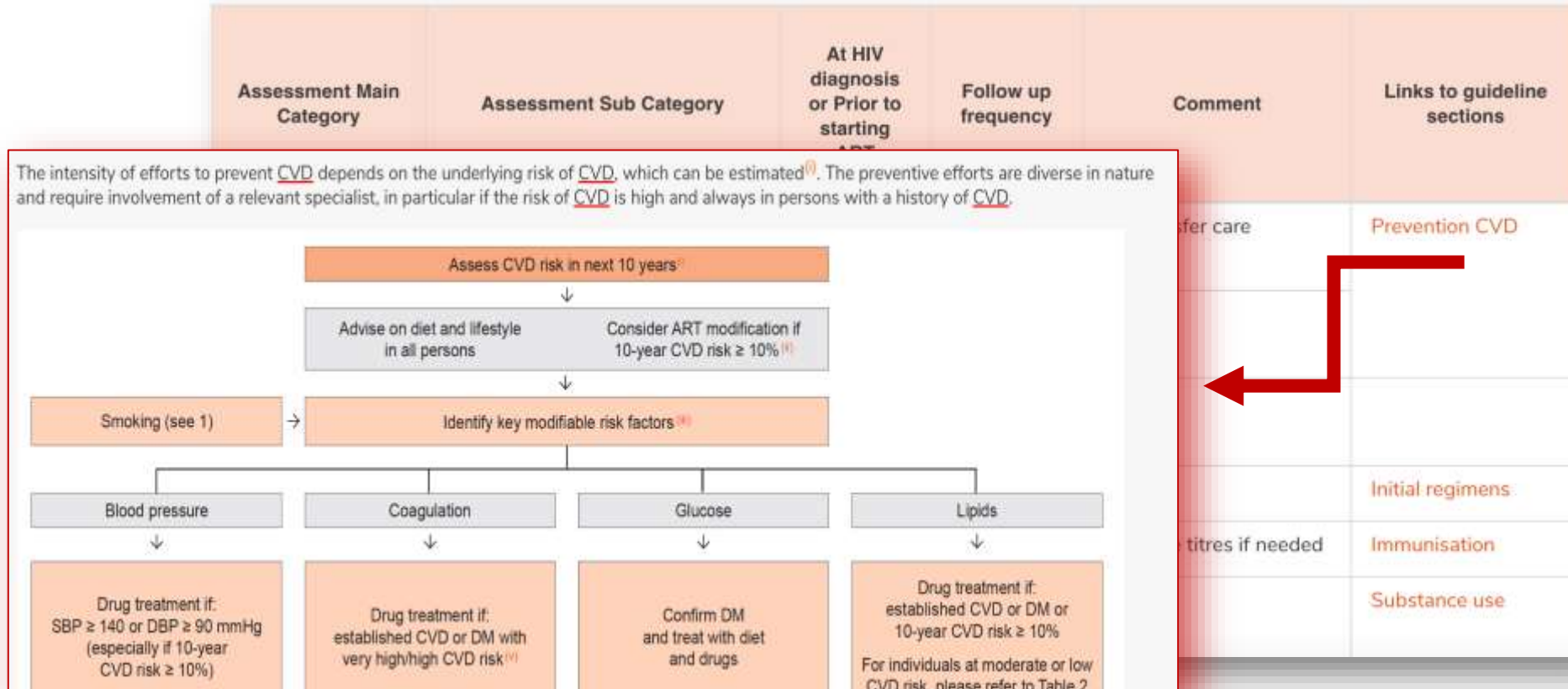
Summary of
Changes from
v12.0 to v13.0

References

Antiretroviral Tedavi ve Önleme

- İlk ve Sonraki Ziyaretlerin Değerlendirilmesi

- İlk ve sonraki ziyaretler sırasında önemli noktaları özetleyen yeni bir basitleştirilmiş tablo



Antiretroviral Tedavi ve Önleme

- İlk ve Sonraki Ziyaretlerin Değerlendirilmesi
- Güncelliğini yitirmiş bölüm kaldırılmış
- İlk ve Sonraki Ziyaretlerin Değerlendirilmesi' başlığına yeni bir paragraf eklenmiştir
 - ART'ye başlama, yeniden başlama veya sürdürme hazırlığı her ziyaret sırasında değerlendirilmelidir.
 - HIV enfeksiyonu ile ilişkili morbidite ve mortaliteyi azaltmak ve HIV bulaşmasını önlemek için HIV ile yaşayan tüm kişilere ART başlanması önerilir.
 - Tanı konulduktan sonra aynı gün ART'ye başlamak, yeni tanı konulan çoğu kişi veya daha önce tanı konmuş ancak ART'yi kesintiye uğratmış kişiler için **mümkün ve kabul edilebilirdir.**
 - **Bununla birlikte, linik olarak endike olmadığı sürece, kişinin tercihini ifade edebilmesi ve ART'ye hemen başlaması konusunda baskı hissetmemesi için ART'ye başlama hazırlığının değerlendirilmesi önemlidir.**

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

Recommended regimens

2 NRTIs + INSTI

TAF/FTC/BIC

TAF/FTC or TDF/XTC + DTG

1 NRTI + INSTI

3TC/DTG

2 NRTIs + NNRTI

TAF/FTC or TDF/XTC + DOR or TDF/3TC

Alternative regimens

2 NRTIs + INSTI

ABC/3TC + DTG or ABC/3TC/DTG

TAF/FTC or TDF/XTC + RAL qd or bid

2 NRTIs + NNRTI

TAF/FTC or TDF/XTC + EFV or TDF/FTC/EFV

TAF/FTC or TDF/XTC + RPV or TAF/FTC/RPV or TDF/FTC/RPV

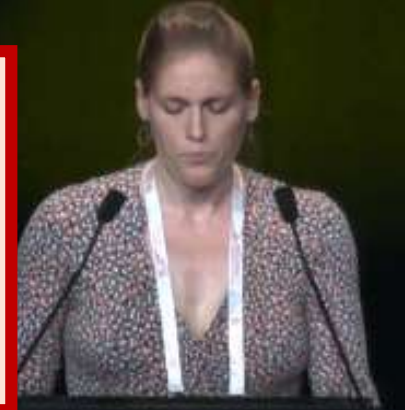
2 NRTIs + PI/r or PI/c

TAF/FTC or TDF/XTC + DRV/b or TAF/FTC/DRV/c

HIV RNA > 500 000

k/ml dikkatli ol

PrEP kullanırken HIV (+) ise kullanma



20th EUROPEAN AIDS CONFERENCE

15–18 October 2025
Paris, France



EACS European
AIDS Clinical Society



EACS
European
AIDS
Clinical
Society

#EACS2025

HIV-2



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

- HIV-2 enfeksiyonundan ne zaman şüphelenilmeli
- HIV-2 enfeksiyonunun tanısı
- İzlem
- Antiretroviral tedavi
 - ART başlama endikasyonları
 - Başlangıç ART rejimleri
 - ART modifikasyonu

Recommended first line regimen
2 NRTI + INSTI
TAF/FTC/BIC
TAF/FTC or TDF/XTC + DTG
Alternative first line regimen
2 NRTIs + INSTI
ABC/3TC + DTG
ABC/3TC/DTG
TAF/FTC or TDF/XTC + bid RAL
ABC/3TC + bid RAL
2 NRTIs + PI/b
TAF/FTC or TDF/XTC + DRV/b
TAF/FTC/DRV/c
ABC/3TC + DRV/b

Tüm NNRTI'lara, atazanavir'e ve fostemsavir'e doğal dirençli

Gebelik ve HIV

- Gebelik sırasında viral yük izlemi konusunda, tedaviye uyum ve gebelik öncesi viral yük düzeyine dayalı ek öneriler getirildi.

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

Gebelik ve HIV

Doğum

- 36. haftada viral yük **> 400 kopya/mL** ise, **38. haftada elektif sezaryen** planlanmalıdır.
- **Doğum sırasında tanı konulmuşsa:** mümkün olan en kısa sürede tedaviye başlanmalıdır:
Son nesil bir **INSTI** içeren **üçlü ART rejimi +**
intravenöz ZDV (zidovudin) uygulanmalıdır.

Emzirme

- Annenin viral yükü kalıcı olarak saptanamaz düzeyde ise, hasta ile **ortak karar verilerek** ve anne ve bebek çok **yakın izlenerek, emzirme düşünülebilir.**

Gebelik ve HIV

Tedavi naif gebelerde ART

~~ABC/3TC+RAL
ABC/2TC+EFV~~

BIC*

Recommended regimens
2 NRTIs + INSTI (PREFERRED)
TDF/XTC or TAF/FTC + DTG
TAF/FTC/BIC qd
2 NRTIs + PI/r
TDF/XTC or TAF/FTC + DRV/r 600 mg/100 mg bid
Alternative regimens
2 NRTIs + INSTI
TDF/XTC or TAF/FTC + RAL 400 mg bid
ABC/3TC + DTG or ABC/3TC/DTG
2 NRTIs + NNRTI
TDF/XTC or TAF/FTC + EFV or TDF/FTC/EFV
TDF/XTC or TAF/FTC + RPV or TDF/FTC/RPV or TAF/FTC/RPV
2 NRTIs + PI/r
ABC/3TC + DRV/r 600 mg/100 mg bid

TB/HIV Koinfeksiyon

Dolutegravir + Rifampisin

- Yeni veriler, **seçilmiş olgularda DTG'nin günde bir kez kullanımının mümkün olabileceğini** göstermektedir.
 - Rifampisin DTG düzeyini düşürse de, bazı hastalarda **tek dozla da yeterli plazma konsantrasyonları korunabiliyor ve virolojik baskılanma bozulmuyor,**
 - Yine de **yüksek viremi/başlangıç** durumlarında dikkatli olunmalı
 - VKI>30-35 kg/m² olanlarda ?

Seçilmiş Olgular

- **Virolojik olarak baskılanmış (VL <50 kopya/mL)**
- **ART'ye tam uyumlu**
- Rifampisin dışında karbamazepin, fenitoin, fenobarbital, efavirenz gibi ek indükleyici almayan
- Daha önce INSTI maruziyeti veya direnç mutasyonu (R263K, G118R, vb.) öyküsü olmayan .
- 2–4 haftada bir VY kontrolü veya terapötik ilaç düzeyi izlemi yapılabilen olgular.

Griesel R et al.. The Lancet HIV. 2023;10(7) e433–e442

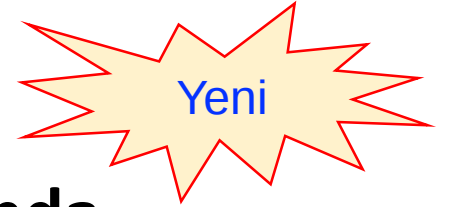
Kawuma AN et al. Antimicrobial Agent and Chemotherapy. 2022 Jun 21;66(6):e0021522.

Naidoo, Anushka et al. The Lancet HIV, Volume 10, Issue 7, e422 - e423

Cattaneo, Dario et al. The Lancet HIV, Volume 10, Issue 10, e635 - e636

Shin SS et al.. Clin Infect Dis. 2020 Jun 24;71(1):242-243

Temas sonrası profilaksi (TSP)



- TAF/FTC/BIC, artık TSP için tercih edilen rejimler arasında
- TXF/FTC + DTG veya + RAL veya + DRV/b
- İdeal olarak temas sonrası 4 saat ve en geç 72 saat içinde başlanır
- 4 hafta sürdürülür
- TSP sonlandığında ve 6-8 hafta sonra kontrol

Temas Öncesi Profilaksi

Yeni
Bölüm

- Son dönemde yüksek riskli bir temas öyküsü varsa veya UE-CAB ya da UE-LEN ile TÖP başlanacaksa : **başlamadan önce HIV RNA testi yapılmalıdır.**
- Oral TÖP kullananlarda **TSP endike ise**, temastan sonra mümkün olan en kısa sürede oral TÖP rejiminden **iki tablet** alınması ve tıbbi değerlendirme yapılana kadar **günde bir tabletle devam** (aktif TSP başlanmasında gecikmeyi önlemek için)

- **Enjeksiyonla uygulanan uzun etkili TÖP hakkında yeni bölümler**

- **UE-CAB**
- **UE-LEN**

- **Kronik hepatit B hastalarında TÖP kullanımıyla ilgili yeni bölüm.**

Pediyatrik HIV

Pediyatrik ve Adolesan HIV Yönetiminde Güncellemeler

- **Dolutegravir:** Miadında doğmuş yenidoğanlarda doğumdan itibaren kullanılabilir.
- **İkili tedavi:** Çocuklar ve ergenlerde (adolesanlarda) ikili tedavi için öneriler eklenmiştir.
- **Geçiş rehberliği:** Çocukluktan erişkin HIV bakımına geçiş için yeni öneriler eklenmiştir.
- **Bebek beslenmesi:** Karışık beslenme (mixed feeding) ile ilgili daha **net ve ayrıntılı** bölüm eklenmiştir.

Pediatric HIV

Table 1. Preferred and Alternative First Line Options in Children and Adolescents

Age	Backbone		Anchor drug (in alphabetical order)	
	Preferred	Alternative	Preferred	Alternative
0 - 4 weeks ⁽ⁱ⁾	<u>ZDV</u> ⁽ⁱⁱ⁾ + <u>3TC</u> <u>ABC</u> ⁽ⁱⁱⁱ⁾ + <u>3TC</u>	-	<u>DTG</u> ^(ix)	<u>LPV/r</u> ^(v, vi) <u>NPV</u> ^(vi) <u>RAL</u> ^(vi, vii)
4 weeks - 3 years	<u>ABC</u> ⁽ⁱⁱⁱ⁾ + <u>3TC</u> <u>TAF</u> ^(viii) + <u>XTC</u> ^(ix)	<u>ZDV</u> ⁽ⁱⁱ⁾ + <u>3TC</u> <u>TDF</u> ^(x) + <u>3TC</u>	<u>BIC</u> ^(xi) <u>DTG</u> ^(xii)	<u>LPV/r</u> ^(vi) <u>NVP</u> ^(vi) <u>RAL</u> ^(vi, vii)
3 - 6 years	<u>ABC</u> ^(iii, xiii) + <u>3TC</u> ^(xiii) <u>TAF</u> ^(viii) + <u>XTC</u> ^(ix)	<u>TDF</u> ^(x) + <u>XTC</u> ^(ix) <u>ZDV</u> ⁽ⁱⁱ⁾ + <u>XTC</u> ^(ix)	<u>BIC</u> ^(xi) <u>DTG</u> ^(xii)	<u>DRV/r</u> ^(xiv) <u>EFV</u> ^(xiii, xiv) <u>LPV/r</u> ^(xiv) <u>NVP</u> ^(xiv) <u>RAL</u> ^(xiv)
6 - 12 years	<u>ABC</u> ^(iii, xiii) + <u>3TC</u> ^(xiii) <u>TAF</u> ^(viii) + <u>XTC</u> ^(ix)	<u>TDF</u> ^(x) + <u>XTC</u> ^(ix)	<u>BIC</u> ^(xi) <u>DTG</u> ^(xii)	<u>DRV/r</u> ^(xiv) <u>EFV</u> ^(xiii, xiv) <u>EVG/c</u> ^(xiv) <u>RAL</u> ^(xiv)
> 12 years	<u>ABC</u> ^(iii, xiii) + <u>3TC</u> ^(xiii) <u>TAF</u> ^(viii) + <u>XTC</u> ^(ix)	<u>TDF</u> ^(x) + <u>XTC</u> ^(ix)	<u>BIC</u> ^(xi) <u>DTG</u> ^(xii)	<u>DRV/b</u> ^(xiv) <u>DOR</u> ^(xiv) <u>EFV</u> ^(xiii, xiv) <u>RAL</u> ^(xiv) <u>RPV</u> ^(xiv)

Yetişkin hastalar için geçerli olan genel ilkeler çocuklar ve ergenler için de geçerlidir.

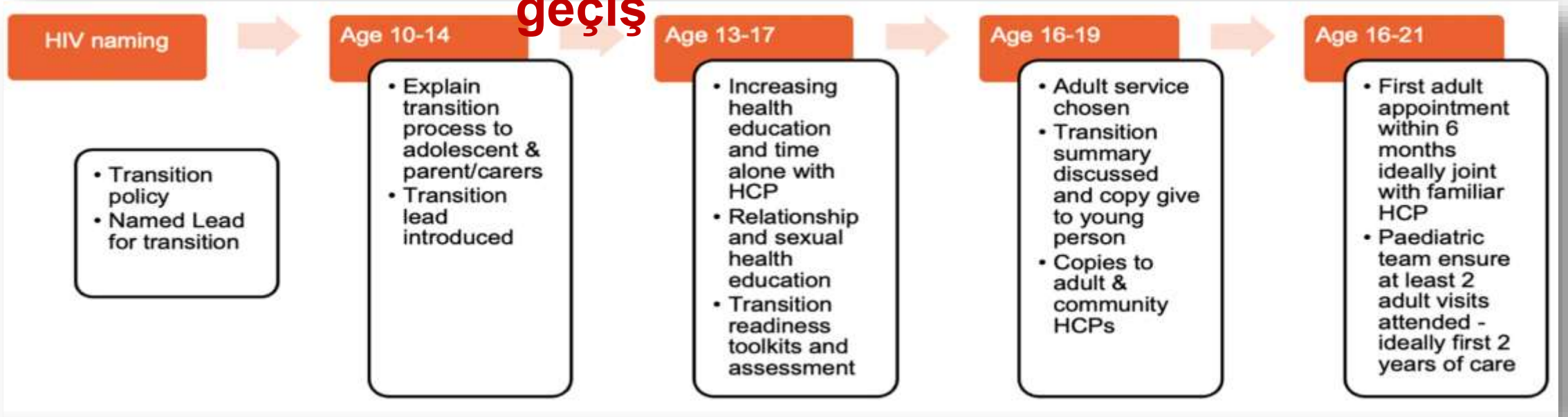
Pediatric HIV

İkili Tedavi

- Yetişkin hastalar için geçerli olan genel ilkeler çocuklar ve ergenler için de geçerlidir.
- 18 yaşın altındaki bireylerde ikili tedaviye geçiş kararı, yalnızca olgu bazında değerlendirilmelidir.
- **Sadece virolojik baskılanma sağlanmış hastalarda geçiş yapılmalıdır.**
 - **DTG/3TC (50/300 mg) ile ikili tedavi:** >12 yaş, > 40 kg, başlangıç HIV-VL < 500.000 kopya/ml, HBV koenfeksiyonu olmayan ve HBV bağışıklığı belgelenmiş, INSTI veya 3TC'ye bilinen veya şüphelenilen direnci olmayan bireylerde, **multidisipliner ekip veya uzman kurulu kararı ile** düşünülebilir.
 - **Enjektabl UE Cabetogravir +Rilpivirin :** ≥12 yaş > 35 kg bireylerde, daha önce virolojik başarısızlık öyküsü bulunmayan ve INSTI veya NNRTI'a karşı bilinen/şüphe edilen direnci olmayan hastalar için baskılanmış tedavi seçeneği olarak ruhsatlandırılmıştır

Pediatric HIV

Yetişkin bakıma geçiş



- **Geçiş dönemi** birkaç yıl boyunca devam eden bir süreçtir.
- Erken ergenlik döneminde başlar, **erişkin sağlık hizmetlerine geçişle** devam eder ve **genç birey erişkin bakımına tam olarak yerleştiğinde**

tamamlanır

Pediyatrik HIV

Bebek beslenmesi

Emzirme

- Anne ile ortak karar alınmalı
- Bulaş riski çok düşük ama sıfır değil, anne bilgilendirilmeli
- Emzirmeyi seçen kadınlar: ART'ye tam uyumlu olmalı ve VY baskılanmış olmalı
- **Bebeklerde HIV-RNA , emzirme döneminde** düzenli olarak ve **emzirmenin sona ermesinden 4 ve 8 hafta sonra**, ve rutin takip testleri ile birlikte yapılmalıdır.
- Annede aylık virüs yükü takibi yapılmalıdır. **Emzirme sırasında anne virüs yükü >50 kopya/ml ise**, alternatif beslenme seçenekleri kullanılmalı, **emzirme kesilmeli veya durdurulmalı** ve **bebek için maruz kalma sonrası profilaksi düşünülmelidir**.

İlaç-ilaç Etkileşimleri

- Antiretroviraller ile madde ve **kimyasal seks ilaçları arasındaki** ilaç etkileşimleri için yeni bir tablo eklenmiştir.
- Tüm ilaç etkileşim tabloları güncellenmiştir.
- **Cinsiyet hormon tedavisi tablosuna ek tedaviler eklenmiştir.**
 - Ayrıca, **yüksek doz testosteronun egzersizle** birleştirilmesinin kas büyümesini ve kas kan akışını artırabileceğini ve bunun da depodan uzun etkili intramüsküler **kabotegravir/rilpivirinin** salınımını hızlandırabileceğini ve dolayısıyla doz aralığının sonunda **daha düşük konsantrasyonlara** yol açabileceğini belirten bir not eklenmiştir.
- Uzun etkili enjektabl antiretroviral ilaçlar ile ilgili bölüm, **lenacapavir enjeksiyonlarının atlanması durumunda dozaj önerilerini ve lenacapavir için ilaç –ilaç etkileşim potansiyelini** içerecek şekilde genişletilmiştir.
- **HIV (+) yaşlılara ilaç reçete etme ile ilgili bölümde,** HIV dışı ilaçların reçete edilmesine ilişkin ilkeler belirlenmiştir.

Diğer infeksiyonların tedavisi ve önlenmesi

Viral Hepatit Koinfeksiyonları

HBV aşı stratejileri

- **CpG adjuvanlı aşı Heplisav-B** (0 ila 1. ayda), birincil aşılama için düşünülebilir ve önceden alum-adjuvanlı (örneğin **Engerix-B, HBvaxPro**) aşıya yanıt vermeyen kişilerde **tercih edilen aşı** olarak önerilir.
- **Birincil aşılama veya yeniden aşılama** için alternatif seçenekler arasında **çift doz Engerix (40 µg), Fendrix 20, veya HBvaxPRO 40** bulunur.

Diğer infeksiyonların tedavisi ve önlenmesi

Viral Hepatit Koinfeksiyonları

HBV'ye etkili ajan içermeyen veya yalnızca XTC (3TC veya FTC) içeren bir ART rejimine geçiş durumunda:

HBsAg (+) olan hastalar:

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

HBsAg (-), anti-HBc Ab (+), anti-HBs Ab (±) olan hastalar:

- **Sadece 3TC veya 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 İnfeksiyonların Tedavisi ve Önlenmesi



Viral Hepatit Koinfeksiyonları

Hepatit A tanı ve yönetimine ilişkin öneriler

- Akut hepatit ile uyumlu semptomları olan, açıklanamayan aminotransferaz artışları ve devam eden riskli davranışları (endemik ülkelere seyahat, ESE, IDU) olan kişilerde HAV infeksiyonu için yeniden test yapılmalıdır
- Tarama: anti-HAV IgG ve IgM ile.
- Semptomatik tedavi
- Anti-HAV IgG antikorları bulunmayan kişilere aşı yapılmalıdır.

Diğer enfeksiyonların tedavisi ve önlenmesi

Fırsatçı enfeksiyon güncellemeleri

- Tüberküloz
- Mpox (Maymun çiçeği hastalığı)
- Kriptokok menenjit
- Aşağıdaki enfeksiyonların tedavi seçenekleriyle ilgili küçük güncellemeler:
 - *Basiller anjiyomatozis, histoplazmoz, Candida özofajiti, CMV/HSV enfeksiyonları*
- Okunabilirliği artırmaya yönelik küçük değişiklikler:
 - *Leishmaniasis, IRIS (Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome)*

Diğer infeksiyonların tedavisi ve önlenmesi

Fırsatçı infeksiyon güncellemeleri

Tüberküloz

- “Latent TB” = tüberküloz infeksiyonu; “Aktif TB” = tüberküloz hastalığı
- Tüberküloz infeksiyonu tedavi seçenekleri tablosu sadeleştirilmiştir:
 - 3HP (izoniazid + rifapentin/ hafta, 3 ay) veya 3HR (izoniazid + rifampisin/gün, 3 ay) diğer rejimlere göre **öncelikli** hale getirilmiştir.
- MDR-TB (çok ilaca dirençli tüberküloz) infeksiyonu için yeni bir tablo eklenmiştir.
- Çoklu veya ileri dirençli TB hastalığı için tedavi seçenekleri yeniden düzenlenmiştir:
 - Bedakuilin + pretomanid + linezolid / moksifloksasin (BP_aL/M) rejimi MDR-TB için **önceliklendirilmiştir**.

Diğer İnfeksiyonların Tedavisi ve Önlenmesi

Fırsatçı İnfeksiyon Güncellemeleri

Mpox

- UNITY¹, PALM007² ve STOMP³ çalışmaları birleştirilmiştir
 - Randomize kontrollü çalışma, **tecovirimatın Mpox'a (maymun çiçeği) karşı etkinliğini göstermemiştir.**
 - **Tecovirimat güvenlidir.**
- **Şiddetli immün yetmezliği olan bireylerde ve/veya ağır ya da uzamış Mpox bulguları bulunanlarda antiviral ilaçlar için kanıtlar kesin değildir:**
 - Mümkünse **bağışıklık fonksiyonunun iyileştirilmesi** önerilir.
 - **Antiviral tedavi**, tek başına veya kombinasyon halinde, **bireysel değerlendirmeye göre düşünülebilir.**

1. Grinsztejn B, et al.. IAS 2025, Abstract **OAM0106**.
2. Tecovirimat for clade I MPXV infection in the Democratic Republic of Congo. *New England Journal of Medicine*. 2025; **392**(15):1484–1496.
3. Wilkin T, et al.. CROI 2025, Abstract **201**.

Diğer Enfeksiyonların Tedavisi Ve Önlenmesi

Fırsatçı Enfeksiyon Güncellemeleri

Kriptokok

Bölüm, okunabilirliği artırmak için yeniden düzenlenmiştir.

► **izole CrAg pozitif** (kriptokok antijeni pozitif, ancak menenjit, pnömoni bulgusu olmayan) olgularda **önleyici (pre-emptif) tedavi** kısmı, **kriptokok menenjiti tedavisinden ayrılmıştır.**

- **Kriptokok menenjitinde “konsolidasyon tedavisi” için flukonazol dozu düzenlenmiştir.**

► Flukonazol **yüksek dozu (800 mg/gün)**, BOS kültürü negatifleşene ve ART başlanana kadar önerilmektedir;

► Daha sonra doz **400 mg/gün’e** düşürülebilir.

Treatment of asymptomatic isolated cryptococcal antigenemia:

Drug / Dose	Comments
Pre-emptive therapy	
fluconazole 800 mg <u>qd po</u> for 2 weeks followed by 400 mg <u>qd po</u> for 8 weeks	In case of: ▪ 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 No evidence from clinical trials is available to guide optimal ART initiation in this context. Consider initiation of ART according to general recommendations, see When to start ART Consider different doses/duration of fluconazole pre-emptive therapy in resource-limited settings, see also global guidelines

Asemptomatik kriptokok antijenemi tedavisi
Flukonazol **800 mg/gün, 2 hafta, 400 mg/gün 8 hafta**

Consolidation therapy	
fluconazole 800 mg <u>qd po</u> until negative CSF culture and ART initiation; dose can be subsequently lowered to 400 mg <u>qd po</u> ⁽¹⁾	8 weeks See Drug-drug interactions between ARVs and Non-ARVs

Diğer Enfeksiyonların Tedavisi ve Önlenmesi

Fırsatçı Enfeksiyonlarda Güncelleme

Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

- **Yeni eklenen bölüm:** Doxy-PEP (doksisisiklin profilaksisi)
- Belirli cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar kapsamı genişletildi
 - Mycoplasma genitalium ve uyuz da dahil edildi.
- Tekrarlayan HSV enfeksiyonları için kısa süreli tedavi seçenekleri eklendi.
- Kansere taraması (HPV) ve viral hepatit bölümleriyle karşılıklı yönlendirmeler güçlendirildi.

Diğer İnfeksiyonların Tedavisi ve Önlenmesi

Fırsatçı İnfeksiyonlarda Güncelleme

Cinsel Yolla Bulaşan İnfeksiyonlar

- Yeni eklenen bölüm: Doksi-TSP (Doxy-PEP) : Doksisisiklin profilaksisi

Prezervatifsiz cinsel temas sonrası doksisisiklin ile TSP uygulaması:

- Erkeklerle cinsel ilişkiye giren eşcinsel ve biseksüel erkekler ve transseksüel kadınlarda **klamidya** enfeksiyonları ve **sifiliz** insidansını azaltmada etkili
- N. gonorrhoeae'ye karşı etkinlik sadece bazı çalışmalarda gözlemlenmiş, yerel antimikrobiyal duyarlılık profilleri önemli
- **Doksi-TSP cinsel temastan sonra mümkün olan en kısa sürede, 72 saat içinde, tek doz 200 mg doksisisiklin olarak oral yolla verilmelidir.**

Diğer enfeksiyonların tedavisi ve önlenmesi

Fırsatçı Enfeksiyonlarda Güncellemeler

HIV'li kişilerde aşılama

- **RSV** ve **Zona** aşılmasıyla ilgili bölümler eklendi.
- **HBV** aşılması ile ilgili bölüm güncellendi ve hepatit bölümü ile uyumlu hale getirildi.
- **Pnömonokok** aşılması için **PCV21, PCV20 veya PCV15** aşıları önceliklendirildi .¹
- **İyi kontrol altında HIV enfeksiyonu olan kadınlarda (9-45 yaş),** yakın tarihli çalışma sonuçlarına dayanarak **9 valanlı HPV aşısı için kısaltılmış 2 dozluk bir şema** eklendi.²

1. Kobayashi M et al... *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2024;73(36):793-798

2. Konopnicki D et al.. *Clin Infect Dis.* 2025;doi:10.1093/cid/ciaf241.

Komorbiditeler

- **Yeni eklenen bölümler**
 - Uyku sağlığı
 - Madde kullanımı
- **Silinen bölümler**
 - Opioid kullanımı
 - Lipodistrofi
- **Büyük güncellemeler yapılan konular**
 - Alkol kullanım bozukluğu
 - Obezite
 - Kanser taraması
 - Karaciğer hastalığı

Komorbiditeler

Uyku Bozuklukları

- Oldukça yaygındır ve KVH, ruh sağlığı, bilişsel sağlık gibi eşlik eden hastalıkları kötüleştirebilir.

Taramada sorulacak soru:

“Uykunuz nasıl?”

Ne sıklıkla sorulmalı?

Her 2 yılda bir

ART değişikliğinden sonra

Eğer anormal uyku belirtileri bildirilirse:

→ Uyku bozukluğu risk taraması yapılmalıdır.

Yeni
Bölüm



Komorbiditeler

Uykusuzluk

- Öykü alın ve aşağıdakileri sorun:

- Semptom
- Sıklık
- Süre
- Yaşam kalitesi
- Uyku düzeni
- Olası tetikleyiciler

ISI skoru ≥ 8 : ileri değerlendirme

Insomnia severity index (ISI)

Problem	Score 0	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4
Difficulty falling asleep	None	Mild	Moderate	Severe	Very Severe
Difficulty staying asleep	None	Mild	Moderate	Severe	Very Severe
Problems waking up too early	None	Mild	Moderate	Severe	Very Severe
How SATISFIED/DISSATISFIED are you with your CURRENT sleep pattern?	Very satisfied	Satisfied	Moderately satisfied	Dissatisfied	Very Dissatisfied
How NOTICEABLE to others do you think your sleep problem is in terms of impairing the quality of your life?	Not at all noticeable	A little	Somewhat	Much	Very Much
How WORRIED/DISTRESSED are you about your current sleep problem?	Not worried at all	A little	Somewhat	Much	Very much worried
To what extent do you consider your sleep problem to INTERFERE with your daily functioning CURRENTLY? (e.g. daytime fatigue, mood, ability to function at work/daily chores, concentration, memory, mood, etc.)	Not at all interfering	A little	Somewhat	Much	Very much interfering

Add up the scores for all seven items.

Interpretation ISI

- 0-7 = No clinically significant insomnia
- 8-14 = Subthreshold insomnia
- 15-21 = Clinical insomnia (moderate severity)
- 22-28 = Clinical insomnia (severe)

Komorbiditeler

Aşırı gündüz uykululuğu (*Excessive Daytime Sleepiness – EDS*)

Epworth Uykululuk Ölçeği (ESS)

Aşağıdaki durumlarda uyuklama olasılığınız ne kadar yüksektir?

- Otururken ve kitap/gazete okurken
- Televizyon izlerken
- Halka açık bir yerde hareketsiz otururken (örneğin tiyatro, toplantı, bekleme salonu)
- Arabada bir saat yolcu olarak giderken
- Öğleden sonra uzanırken
- Sohbet ederken oturur durumda
- Öğle yemeğinden sonra (alkolsüz) otururken
- Trafikte duran bir arabada otururken

0 = Asla

1 = Düşük olasılık

2 = Orta olasılık

3 = Yüksek olasılık

Toplam Puan (0–24):

0-10 = Düşük

10-12 = Hafif

12-24 = Orta-ciddi

ESS ≥ 11

Komorbiditeler

Obstrüktif Uyku Apnesi

- OUA'da genellikle uykululuk, konsantre olmakta zorlanma ve baş ağrısı gibi semptomlar ve geceleri düzensiz nefes alma yakınmaları bildirilir
- STOP-Bang Anketi kullanılabilir

STOP-Bang Anketi

- **S** Yüksek sesle horluyor musunuz?
- **T** Gündüzleri sık sık yorgun hissediyor musunuz?
- **O** Uykunuz sırasında nefesinizin durduğunu gören oldu mu?
- **P** Yüksek tansiyonunuz var mı veya tedavi görüyor musunuz?
- **B** Vücut Kitle İndeksi > 35 ?
- **A** Yaş > 50?
- **N** Boyun çevresi > 40 cm ?
- **G** Cinsiyet erkek mi?

Her soruyu evet/hayır şeklinde yanıtlayın.

STOP-Bang skoru yorumlaması:

0-2 = OSA riski düşük

3-4= orta risk ve VKİ > 35 ise sevk düşünölmelidir

5-8 = OSA riski yüksek

Skor $\geq$ 3: Sevk

Komorbiditeler

Bilişsel Sağlık , Ruh Sağlığı ve Madde Kullanımı

Değiştirilebilir Risk Faktörleri

- Ruh sağlığı (depresyon, anksiyete)
- Alkol ve eğlence amaçlı ilaçlar
- Efavirenz ve 2. kuşak INSTI'nin akşam alınması (sabah alınması öneriliyor)
- Eş zamanlı alınan ilaçlar (antihistaminikler, benzodiazepinler, antidepresanlar, opioid ağrı kesiciler, kas gevşetici ilaçlar ve bazı tansiyon ilaçları)
- Kilo, beslenme, fiziksel aktivite
- Optimal olmayan uyku alışkanlıkları



Yönetim

- Risk faktörlerinin düzenlenmesi
- Sağlıklı uyku alışkanlıkları önerileri
- Bilişsel davranışçı terapi
- İleri değerlendirme veya uzman yönlendirmesi

Madde Kullanımı

ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)

Yeni
Bölüm

Kimlere?

- Tüm HIV ile yaşayan bireyler, özellikle yüksek riskli gruplar
- Yıllık olarak

Soru: Son 3 ay içinde herhangi bir madde kullandınız mı?

Aşağıdaki seçenekler puanlanır

1. Kullanım sıklığı
2. Kullanma isteği
3. Kullanımın sorunlara yol açıp açması
4. Sizden beklenenleri yerine getirememe
5. Başkalarının endişe ifade etmesi
6. Bırakmayı başaramama

0–3	Müdahale gerekmez
4–26	Kısa müdahale
27+	Yoğun tedavi / bağımlılık birimine yönlendirme

Son 3 ay içinde enjeksiyon yoluyla herhangi bir madde kullandınız mı?

- ≤ 4 gün/ay: Kısa müdahale
- > 4 gün/ay: Bağımlılık tedavi birimine yönlendirme

Madde Bağımlılığı Tanısı

- Aşağıdaki özelliklerden en az 3'ünün aynı anda ya da son 12 ay içinde bulunması (ICD-10)
 - Kullanma isteği
 - Kontrol kaybı:
 - Başlama
 - Kullanımı sonlandırma ya da miktarı kontrol etme güçlüğü
 - Yoksunluk belirtileri
 - Tolerans gelişimi
 - Aktivitelerin bırakılması veya azalması
 - Kullanıma devam etme

Kişi ICD-10 kriterlerini karşılıyor mu?

•**Hayır:** Riskli / zararlı kullanım

•**Evet:** Madde bağımlılığı : bağımlılık birimine

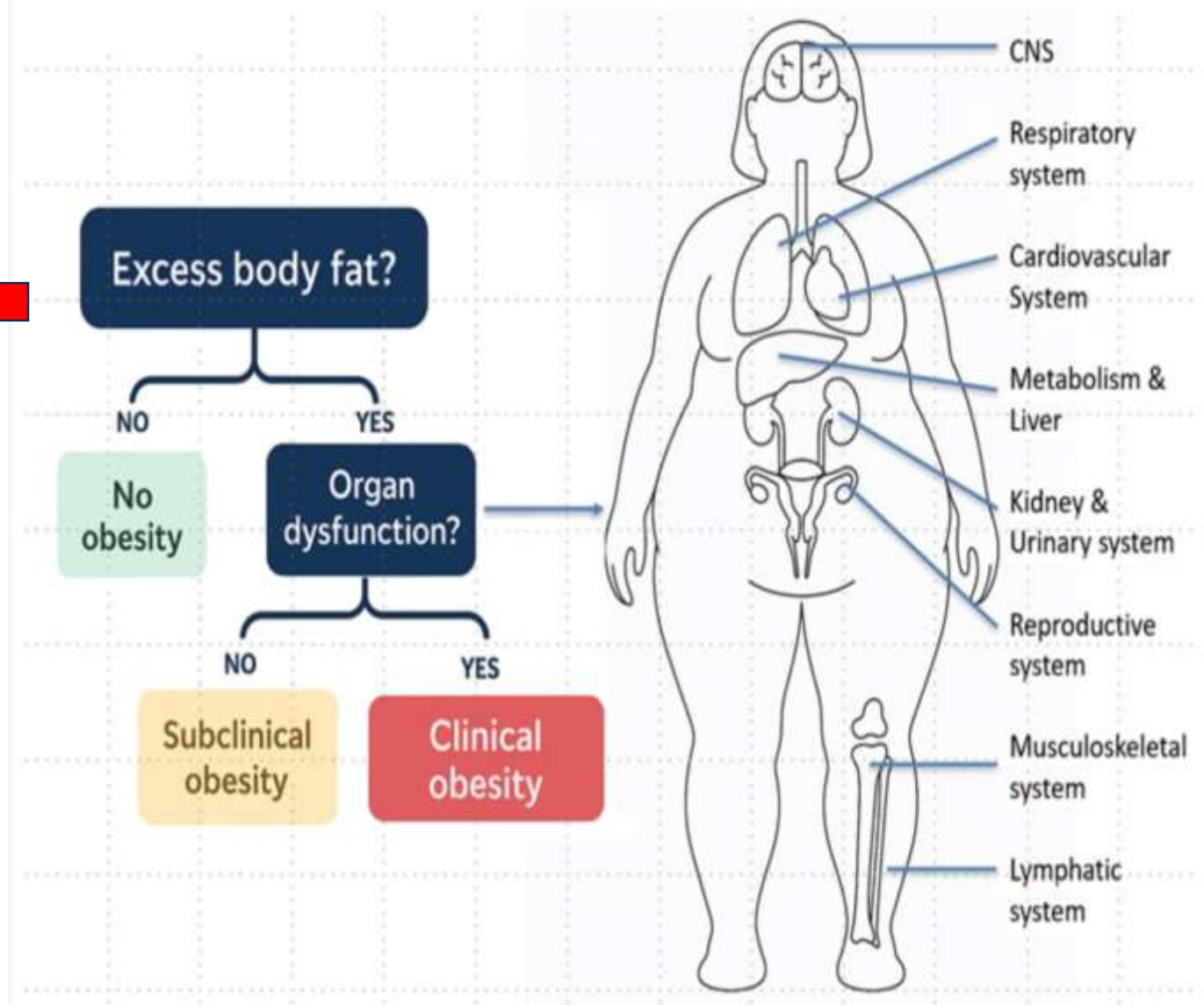
yönlendirilir

Kilo Alımı ve Obezite

- **Obezite kavramı evrilmiştir: vücut yağı fazlalığı**
 - Sadece VKİ > normal sınırlar değil
- **Klinik obezite:** Aşırı yağ dokusu birikimi ile seyreden kronik bir hastalık
 - Metabolik anormalliklerle birlikte veya değil
 - Organ düzeyinde veya sistemik düzeyde fonksiyonel bozulmalara yol açabilir.
- **Daha fazla kilo alımıyla ilişkili ek faktörler:**
 - Düşük CD4, yüksek HIV VY
 - Kadınlar ve siyah ırktan bireyler
 - ART başlanması
 - TDF ve EFV → Kilo baskılayıcı etki

Kilo Alımı ve Obezite

Ölçüt	Erkekler	Kadınlar
Bel çevresi	≥ 102 cm	≥ 88 cm
Bel-kalça oranı	> 0.90	> 0.85
Bel-boy oranı	> 0.50	> 0.50
Toplam vücut yağı (DXA ile)	$> \%25$	$> \%32$



Obezite Yönetimi

- ART değişiminin yararı sınırlı
- Sadece kilo alımı nedeniyle antiretroviral tedavinin değiştirilmesi önerilmez.
- Yaşam tarzı önlemleri : beslenme, fiziksel aktivite (2-3 kez/hf)
- Farmakolojik müdahaleler: GLP-1 reseptör agonistleri ve GIP reseptör agonistleri
- Bariyatrik cerrahi
- Uzman yönlendirmesi için özel durumlar dikkate alınmalıdır.

Komorbiditeler

Bilişsel, Ruh Sağlığı ve Madde Kullanımı

Yaşlanma, Kırılganlık ve HIV'li Yaşlılar

- HIV'li yaşlılarda düşmeler, kırılganlık ve kaçınılması gereken ilaç sınıfları, HIV'li Yaşlıların Yönetimi bölümünde birleştirilmiştir.

- Kullanımı basitleştiren algoritması tek bir alg

Tool	Description	Measure	Time	Equipment	Setting
Gait speed ¹	Mark a 4-metre distance on the floor. Ask the individual to walk at usual pace from a standing start and stop the watch once they cross the 4-metre line without stopping (metres/second).	Objective	Quick (<2 min)	Stopwatch, 4 m space	Clinic
Short Physical Performance Battery (SPPB) ²	Test for standing balance plus 4-metre gait speed test, plus testing the ability to rise from a chair and sit down again five times (seconds).	Objective (ceiling effects)	Takes 5 min	Stopwatch, 4 m space, a chair	Clinic
FRAIL Scale ³	Short 5-question assessment of fatigue, resistance, aerobic capacity, illnesses, and loss of weight.	Subjective	Quick (<2 min)	None	Clinic, Hospitalisation
Clinical Frailty Scale (CFS) ⁴	A judgement-based frailty tool that evaluates comorbidity, function, and cognition to generate a frailty score ranging from 1 (very fit) to 9 (terminally ill).	Subjective	Quick (<2 min)	None	Hospitalisation, Emergency

Kardiyovasküler ve metabolik komplikasyonlar

Hipertansiyon

- **ESC 2024 Yüksek Kan Basıncı ve Hipertansiyon Yönetimi Kılavuzuna, özellikle yüksek kan basıncı terminolojisi ve tedaviye başlama bölümlerine uygun olarak güncellenmiştir.**
- Hipertansiyonu olan kişilerde serum kreatinin, eGFR ve UA/C ölçümüne ilişkin önerilerde bulunulmuştur.
- Hipertansiyonun daha ileri değerlendirilmesi için ne zaman bir uzmana sevk edilmesi gerektiğine ilişkin bölüm düzenlenmiştir.
- Hipertansiyon tedavi algoritmasında:
 - Hedeflenen kan basıncı 120-129 mmHg

Komorbiditeler ve diğer konular

Dislipidemi

- Statin tedavisine başlandıktan sonra lipit ve karaciğer profili ile kreatin kinaz (CK) izlemi konusunda kılavuz yer almaktadır.

- Lipid tes

olarak, d

- Statinler,

düzeyleri

bakılmak

- Lipid dü

başladık

ilgili yan

Table 2:

Proposal of statin therapy* considering the level of cardiovascular risk

Level of CVD risk	People at very high risk of CVD: People with established ASCVD OR diabetes with target organ damage OR severe CKD (eGFR <30 ml/min/1.73m ²) OR SCORE2 ≥10% or >7.5% if under 50 years (see Table 1)	People at high risk of CVD: People with SCORE2 ≥5% to <10% or ≥ 2.5% if under 50 years (see Table 1)	People at low to moderate risk of CVD: People with SCORE 2 <5%
Age ≥ 40 years	Recommend high-intensity statin therapy: Atorvastatin 40mg or 80mg OD Rosuvastatin 20mg or 40mg OD With LDLc target goal <55 mg/dL (1.4 mmol/L) and 50% decrease from baseline LDLc values See "Treatment Goals for LDL-c to Reduce Cardiovascular Risk in Individuals with High and Very High Cardiovascular Disease Risk"	Recommend moderate or high-intensity statin therapy depending on CVD risk category: High-intensity statin**: Atorvastatin 40mg or 80mg OD Rosuvastatin 20mg or 40mg OD Moderate-intensity statin***: Pitavastatin 4mg OD Atorvastatin 20mg OD Rosuvastatin 10mg OD With LDLc target goal <70mg/dL (1.8 mmol/L) and 50% decrease from baseline LDLc See "Treatment Goals for LDL-c to Reduce Cardiovascular Risk in Individuals with High and Very High Cardiovascular Disease Risk"	Consider moderate-intensity statin therapy: Pitavastatin 4mg OD Atorvastatin 20mg OD Rosuvastatin 10mg OD Shared medical decision between healthcare professional and the person under care

Komorbiditeler ve diğer konular

Diabetes mellitus

- HIV ile yaşayan kişilerde diyabet riskini artırabilecek faktörler açıklanmaktadır.
 - **DSÖ tanımlaması** -HIV ile yaşayan kişilerde diyabet riski, ART ile ilişkili etkiler, örneğin kilo alımı ve timidin analogları, proteaz inhibitörleri ve integras inhibitörleri gibi belirli ilaç sınıfları veya KVH önleme ilaçları (örn. statin tedavisi başlangıcı) yoluyla daha da artabilir.
- **Diyabet taraması için önerilen sıklık hakkında ayrıntılı bilgi verilmektedir.**
 - >40 yaş kişilerde veya yüksek riskli kabul edilen kişilerde diyabet taraması yıllık açlık plazma glikozu veya 3 yılda bir HbA1c ile yapılmalıdır.

	Fasting plasma glucose mmol/L (mg/dL) (ii)	Oral glucose tolerance test (OGTT) 2 hours value mmol/L (mg/dL) (iii)	HbA1c^(iv) (mmol/mol)
Diabetes	≥ 7.0 (126) OR	≥ 11.1 (200) OR	≥ 6.5 % (≥ 48)
Impaired glucose tolerance (IGT)	< 7.0 (126) AND	7.8 - 11.0 (140-199)	Prediabetes 5.7-6.4% (39-47)
Impaired fasting glucose (IFG)	5.7-6.9 (100-125) AND	< 7.8 (140)	

Komorbiditeler ve diğer konular

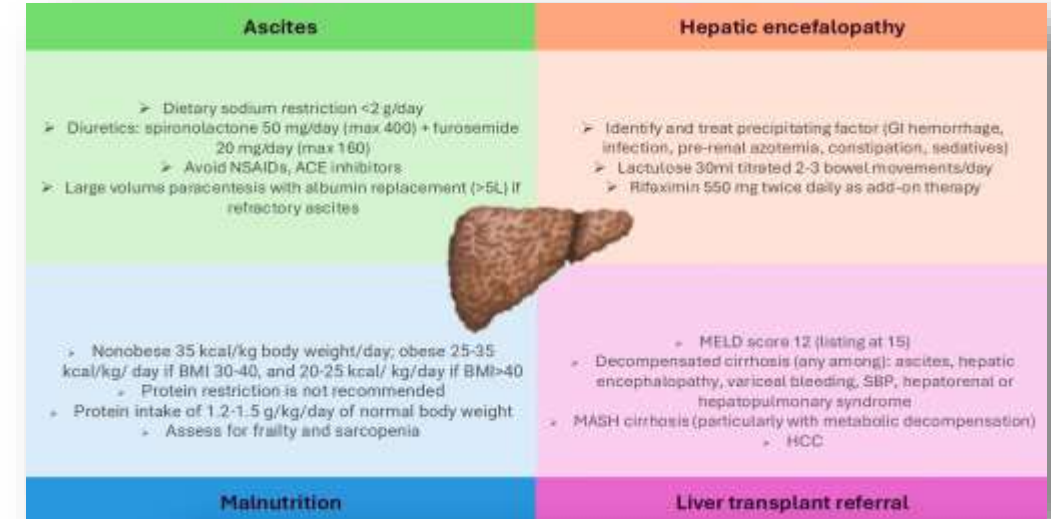
Diabetes mellitus

- T2DM'li kişilerde MASLD riskini azaltmanın önemi vurgulanmaktadır.
 - HIV (+) bireylerde prevalans %38
 - **MASLD genellikle metabolik sendromun bileşenleri ile ilişkilidir:** aşırı kilo, tip 2 diyabet, dislipidemi ve hipertansiyon. Ancak, zayıf kişilerde de (VKİ <25) ortaya çıkabilir. Zayıf HiYK'lerin %25 kadarını etkileyebilir
 - **MASLD yönetimi**
 - Diyet, egzersiz, statinler ile KVSH riskini azaltma vb
 - Gastrohepatolog ve/veya endokrinolog ile işbirliği içinde yürütülmelidir.
 - **MASLD ile ilişkili komorbiditelerin tedavisi:**
 - **Diyabet:** GLP-1 reseptör agonistleri ve koagonistleri, SGLT2 inhibitörleri, metformin ve insülin (dekompanse siroz vakalarında) öncelikli olarak kullanılmalıdır.
 - **Obezite:** GLP-1 reseptör agonistleri ve koagonistleri öncelikli olarak kullanılmalı ve bariatrik müdahaleler düşünülmelidir (sirozda özel dikkat gösterilmelidir).

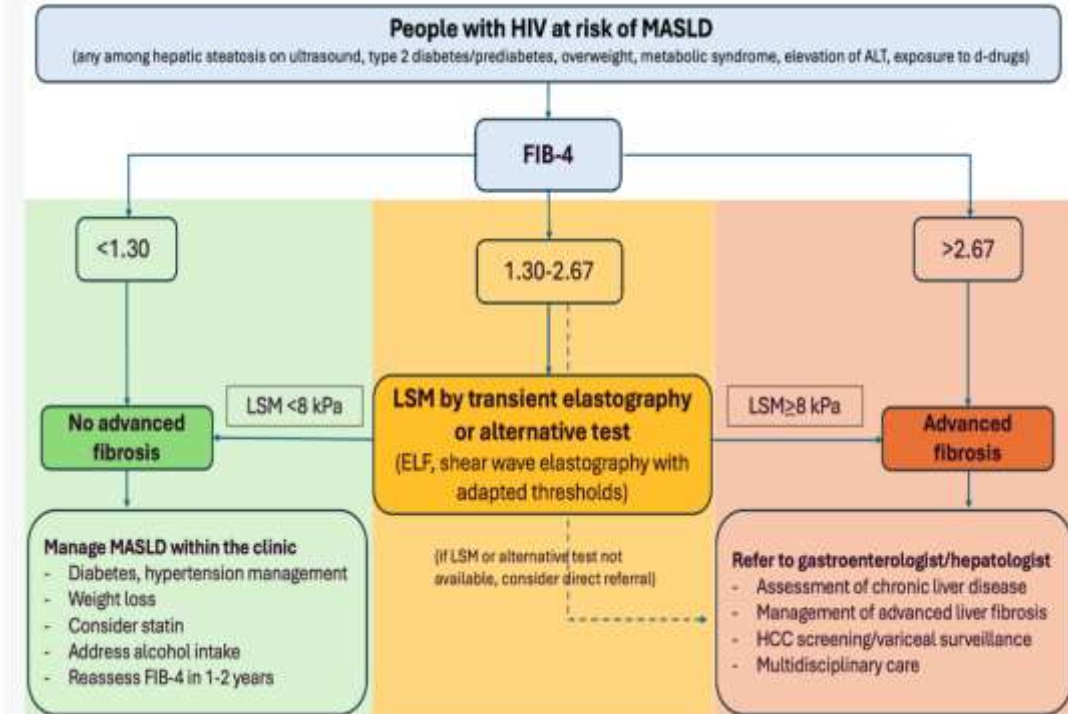
Karaciğer Hastalığı

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
- **Artmış ALT/AST:**
 - Basamaklar birleştirildi → **gecikme azaltıldı**
 - **Viral hepatit taraması, ALT normal olsa bile yapılmalı** (+ HBV aşılması)



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



Kemik Sağlığı

- Osteoporozun tanımları ve risk faktörleri güncellendi ve osteoporoz için bifosfonat tedavisine başlanmasını gerektiren faktörler arasına yakın zamanda meydana gelen majör osteoporotik kırık eklendi.
- Vertebral kırık değerlendirmesinin endikasyonları güncellendi.
- Denosumab, bifosfonatlara alternatif olarak eklendi.

Anal Kanser Taraması

Kişi	≥35 yaş ESE'ler ve trans kadınlar, ≥45 yaş diğer tüm bireyler, vulvar HSIL veya kanseri olan kişiler: tanıdan sonraki 1 yıl içinde yaş sınırı olmaksızın
Prosedür	Semptom sorgulaması, dijital rektal muayene ve ikili test (anal sitoloji + yüksek riskli HPV için anal sürüntü), takip sistemi mevcutsa yapılmalıdır. • Aşağıdaki durumların varlığında, yüksek çözünürlüklü anoskopiye, mevcut değilse proktoskopi ± biyopsiye yönlendirilir: • Semptom varlığı veya anormal dijital anal/ rektal muayene, • Anal sitolojide herhangi bir displazi + yüksek riskli HPV pozitifliği, veya • HPV 16 pozitifliği (tek sefer bile olsa) veya 6–12 ay sonra doğrulanan yüksek riskli HPV (HPV 16 dışı) pozitifliği
Yarar Kanıtı	• Anal kanser insidansını azaltır.
Tarama Aralığı	• Yılda 1 kez (Anal sitoloji ve yüksek riskli HPV/HPV16 her ikisi de negatifse 2 yıla kadar uzatılabilir.)

Meme Kanseri Taraması

HIV ile yaşayan kişiler için ulusal meme kanseri tarama programları uygulanmalı

Kişi	Kadınlar (40) 50–74 yaş arası
Yöntem	Mamografi
Yarar Kanıtı	Meme kanseri mortalitesinde azalma
Tarama Aralığı	1–3 yılda bir

- 40 yaş üzeri kadınlarda tarama başlatılması bireysel riskler göz önünde bulundurularak değerlendirilmeli Aile öyküsü, BRCA mutasyonu, erken menarş, geç menopoz vb.
- 50–74 yaş arası düzenli mamografi taraması **mortaliteyi anlamlı şekilde azaltır.**

Kanser Tarama

Cervical cancer

Person	Women > 21 years
Procedure	<u>PAP</u> smear or liquid based cervical cytology test
Evidence of benefit	↓ Cervical cancer mortality

Colorectal cancer

Person	Persons 50-75 years or with a life expectancy > 10 years
Procedure	According to local screening programme practice. Colonoscopy every 10 years if willing/ able. If unable, annual faecal immunochemistry test (<u>FIT</u>) for occult blood, or multitarget stool DNA (MT-sDNA) testing every 3 years, or computed tomography colonography (<u>CTC</u>) every 5 years.
Evidence of benefit	↓ Colorectal cancer mortality

HepatoCellular Carcinoma (HCC)

Person	HCC screening should follow current EASL guidelines*, see: Assessment of initial & subsequent visits, Liver Cirrhosis: Management and General Recommendations for Persons with Viral Hepatitis/HIV Co-infection
Procedure	Ultrasound (and alpha-fetoprotein)
Evidence of benefit	Earlier diagnosis allowing for improved ability for surgical eradication. The clinical management of nodules should be in line with EASL treatment strategy guidelines
Screening interval	Every 6 months
Comments	Risk factors for <u>HCC</u> in this population include family history of <u>HCC</u> , ethnicity (Asians, Africans), <u>HDV</u> and age > 45 years. EASL guidelines propose using the PAGE-B score in Caucasians to assess the <u>HCC</u> risk ^{*(iii)}

Kanser Tarama

Prostate cancer

Person	Men > 50 years with a life expectancy >10 years
Procedure	<u>PSA</u> ^(ix)
Evidence of benefit	Use of <u>PSA</u> is controversial
Screening interval	1-2 years
Comments	Pros: ↑ early diagnosis and modest ↓ prostate cancer specific mortality.

Lung cancer

Person	Age 50-80 years old who are at high risk of lung cancer (at least a 20 pack-year smoking history, and are either current smokers or former smokers having quit within the past 15 years)
Procedure	Low-dose helical CT (where local screening programs are available)
Evidence of benefit	↓ Lung cancer related mortality
Screening interval	Every year
Comments	Evidence confirmed in large <u>RCT</u> , but persons with HIV not included

DHHS 2026 güncellemesi

ART'den çok bakım modeli değişti

25 EYLÜL 2025

- Kardiyovasküler ve metabolik komplikasyonlar: yeni ana bölüm
- Laboratuvar izlem aralıkları güncellendi
- Akut HIV ve hastanede ART başlatma eklendi

27 MAYIS 2026

- Statin bölümü rehberden çıkarıldı
- 2026 ACC/AHA dislipidemi rehberine yönlendirme
- HIV'e özgü ek açıklama yeniden hazırlanıyor

DHHS 2026: asıl yenilik yeni bir rejimden çok bakımın daha erken ve daha sistematik örgütlenmesi.

DHHS 2026 güncellemesi

AKUT HIV, HASTANE YATIŞI

- Akut/erken HIV: aynı gün veya en kısa sürede ART (AII)
- Hastanede tanı: mümkünse taburculuktan önce başla (BIII)
- Taburculukta 2–4 haftalık ilaç köprüsü

ELİT KONTROLLER

- Komplikasyon, CD4 düşüşü, aralıklı viremi, komorbidite veya gebelikte ART (AIII)
- Diğer tüm elite controller'larda ART (BII)
- Ertelenirse yakın izlem

Pratik mesaj: akut HIV ve hastane yatışı, ART'yi erteleme nedeni değil tedaviye başlama fırsatıdır.

DHHS 2026 güncellemesi

ART ERTELENDİĞİNDE

- HIV RNA + CD4: 3–6 ayda bir
- Başlangıç ve takip laboratuvarları için yeni tablo (tablo 4)
- Her kontrolde ART ve B=B yeniden konuşulur

RUTİN İZLEMDE SIKLIĞIN AZALTILMASI

- Stabil viral baskılanmada HIV RNA tetkik aralığı 6 aya uzatılabilir
- Temel metabolik parametreler ve karaciğer testleri: genellikle 6–12 ay
- Lipid: ≥ 40 yaş/statinde yıllık; diğerlerinde 1–3 yıl

DHHS 2026 güncellemesi

KV RİSK DEĞERLENDİRİMİ

- 40–75 yaşta PCE (Pooled Cohort Equations) ile 10 yıllık ASCVD risk en az yılda bir (BIII)
- (EACS/Türkiye pratiği: SCORE2 / SCORE2-OP)
- Skorlar HIV’de, özellikle kadınlarda, riski düşük tahmin edebilir

ART + LİPİD TEDAVİSİ

- Yüksek/yerleşik ASKVH riskinde ABC ve LPV/r’ye alternatif düşün (AII)
- 2026 ACC/AHA: ≥ 40 yaş HIV’de lipid düşürücü tedavi
- Tüm ilaç etkileşimlerini kontrol et

KV risk değerlendirmesi artık yıllık HIV izleminin rutin bir parçasıdır.

DHHS 2026 güncellemesi

KİLO ARTIŞI

- Kilo nedeniyle ART'yi geciktirme, kesme veya ara verme (AIII)
- Kilo vermek için özel ARV seçmek ya da değişim yapmak etkisizdir (AII)
- GLP-1/GIP: genel endikasyonlarla

SUBOPTİMAL CD4

- ART yoğunlaştırma (ekleme) CD4'ü düzeltmez (AI)
- Sınıf değişikliği anlamlı yarar sağlamaz (AII)
- Koruyucu bakım ve komorbiditelere odaklanmak gerekir
- Erken ART başlanması istenen CD4 artışı sağlamada en iyi strateji

Viral baskılanma sağlanmışsa, hedef ilacı değiştirmek değil, riski azaltmak

HIV/AIDS Tanı İzlem ve Tedavi El Kitabı, Ağustos 2026

ÖNERİLEN REJİMLER

- DTG/3TC 50/300 mg, günde 1
- TAF/FTC/BIC 25/200/50 mg, günde 1
- TAF/FTC veya TDF/FTC + DTG
- TDF/3TC/DOR veya TDF/FTC + DOR

KRİTİK KOŞULLAR

- DTG/3TC: HBV koenfeksiyonunda kullanma; genotip yoksa tercih etme
- Genotip beklenmeden: TDF/TAF + DTG, BIC veya güçlendirilmiş PI gibi yüksek bariyerli rejim
- Rifampisin ile DTG: 50 mg günde iki kez
- TAF/TDF: böbrek, kemik riski ve erişime göre seç

Pratiğe yansıyan değişiklikler

Küresel kanıtın yerel uygulamaya çevrildiği alanlar

TEDAVİ BAŞLANGICI

- Tüm erişkinlerde CD4'ten bağımsız, mümkün olan en kısa sürede ART
- Acil ART: aynı vizitte
- Hızlı ART: tanıdan sonraki ilk 7 gün içinde

TEDAVİ SEÇİMİ

- DTG/3TC birinci seçenekler arasında
- BIC ve DTG temelli yüksek bariyerli rejimlerin güçlü konumu
- HBV, direnç, gebelik, böbrek-kemik sağlığı ve etkileşimler kararın parçası

YENİ UYGULAMA ALANLARI

- Uzun etkili CAB/RPV
- TÖP/TSP ve direnç yönetimi
- Kardiyometabolik, renal ve diğer komorbidite izleminin güçlendirilmesi

Türkiye’de doğru karar = rehber önerisi + ruhsat + bulunabilirlik + geri ödeme + hasta tercihi.



Teşekkür ederim