

Güncel Tedavi Yaklaşımları

Kişiselleştirilmiş Tedavi (Özel Konakta ART; Gebe, Yaşlı, Komorbid)

Prof. Dr. Dilara İnan

Akdeniz ÜTF, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikr. AD

KLİMİK HIV Sempozyumu,

26 Eylül 2026, Çorum

Gebelik

HIV İle Yaşayan Kadınlarda Prekonsepsiyonel Danışmanlık Ve Bakım

- Gebelik isteyen tüm HIV ile yaşayan kadınlar ART almalıdırlar ve konsepsiyon öncesi viral yük saptama sınırının altında olmalıdır
- Doğurganlık çağındaki kadınlarda ART planlanırken etkinlik, HBV durumu, ilaçların potansiyel teratojenik etkisi, anneye ve fetusa olası yan etkileri değerlendirilmelidir

Gebelikte ARV ilaçların kullanımı

- Mevcut veriler ideal olarak ART'nin başlatılması ve viral baskılamamanın gebe kalmadan önce sağlanması gerektiğini göstermekte
- Gebelikten önce başlanmadığında, ART gebe kişilerde mümkün olduğunca erken başlatılmalıdır
- ART'nin derhal başlatılması, akut HIV enfeksiyonu olan veya yüksek bazal viral yükleri olan gebe kişilerde özellikle önemlidir



Gebelikte ARV ilaçların kullanımı

- Gebelik sırasında ART kullanmayan HIV ile yaşayan kadınlarda yenidoğana kümülatif bulaşma riski %15-45'dir
- Yapılan kohort çalışmalarında perinatal HIV geçiş riskinin
 - ART'nin konsepsiyondan önce başlandığı durumda %0'dan;
 - ART'nin birinci trimestirde başlanırsa %0,2
 - İkinci trimestirde başlanırsa %0,5
 - Üçüncü trimestirde başlandığı durumlarda %0,9'a çıktığı saptanmıştır

Gebelikte ARV ilaçların kullanımı

- Prospektif çok merkezli Fransız Perinatal Kohortunda;
 - Konsepsiyon sırasında ART başlanan ancak doğuma yakın tespit edilebilir viral yüke sahip olan kadınlar arasında bulaşma riski %1,08 (95% güven aralığı [GA], 0,049-2,04),
 - Konsepsiyon sırasında ART başlanan ve doğuma yakın viral yükü tespit edilemez olan kadınlar arasında 5482 bebekte infeksiyon yok (95% GA, 0,00-0,07)

Gebelikte Antiretroviral İlaç Kullanımı

- Daha önce hiç ART almamış kadınlarda,
- Halen ART kullanan kadınlarda,
- Daha önce ART almış ama şu an almayan kadınlarda öneriler

Daha Önce Hiç ART Almamış HIV ile Yaşayan Gebelerdeki Tedavi

- Viral yükü ne olursa olsun en az üçlü ilaç içeren mümkün olan en kısa sürede ART başlanmalı
 - Direnç sonuçları beklenmez!!

Daha Önce Hiç ART Almamış HIV ile Yaşayan Gebelerdeki Tedavi

- Gebeye verdiğimiz ART, bebeğe verdiğimiz temas öncesi profilaksi anlamına gelmekte
 - Plasentayı geçen antiretroviral ilaçlar fetusta viral replikasyonun etkin inhibisyonu için gerekli ilaç düzeyini sağlar
 - Bu, yoğun viral maruziyetin meydana gelebileceği doğum sürecinde özellikle önemlidir
- Bebeğe temas sonrası profilaksi
 - Doğum eylemi sırasında fetüs yoğun viral temasa maruz kalır
 - Bu nedenle bebekte temas sonrası profilaksi için antiretroviral ilaçlar doğumdan hemen sonra bebeğe verilmelidir

Gebelikte antiretroviral ilaçların seçimi

- Gebelikle ilişkili faktörler
 - Fetüs veya yenidoğanlar üzerinde olası kısa ve uzun vadeli olumsuz etkiler (teratojenite riski, erken doğum veya büyüme ve gelişme üzerindeki etkiler) ve bu riskler hakkında mevcut veri derecesi;
 - Gebelikte farmakokinetik (FK) değişiklikler;
 - Gebe kişilerde olası olumsuz etkiler
- Bireysel düzeydeki faktörler
 - Gebe olmayanlarla aynı (ilaç etkileşimleri, direnç testi sonuçları, eşlik eden hastalıklar, uyum vd)

ART-naiv gebelerde önerilen antiretroviral rejimler

Önerilen rejimler

2 NRTI + INSTI

TDF/FTC veya TDF/LAM veya TAF/FTC + Dolutegravir

TAF/FTC/Biktegravir

2 NRTI + PI

TDF/FTC veya TDF/LAM veya TAF/FTC +
Darunavir/ritonavir günde iki kez 600/100 mg

Alternatif rejimler

2 NRTI + INSTI

TDF/FTC veya TDF/LAM veya TAF/FTC + Raltegravir günde iki kez 400 mg

ABC/LAM + DTG veya ABC/LAM/DTG

2 NRTI + NNRTI

TDF/FTC veya TDF/LAM veya TAF/FTC + EFV

TDF/FTC veya TDF/LAM veya TAF/FTC + RPV

2 NRTI + PI

ABC/LAM + Darunavir/ritonavir günde iki kez 600/100 mg

HIV/AIDS TANI İZLEM VE TEDAVİ EL KİTABI

Ağustos 2026, Sürüm 4.0

Tablo 5.2. Gebe kadınlarda antiretroviral tedavi

İlk seçenek rejimler

2 NRTI + INSTI

TDF/3TC + DTG TDF/FTC+ DTG TAF/FTC+DTG	- Bazı jenerik TDF formlarında, fumarat yerine fosfat, maleat ve süksinat tuzları kullanılır. Bunlar birbirinin yerine kullanılabilir. - TDF renal toksisiteye neden olabileceğinden, gebe kadın yakından izlenmelidir. - TAF/FTC + DTG kombinasyonu yetişkin kadınlarda tedaviye bağlı obeziteye diğer ilaçlara göre daha fazla neden olmaktadır. - DTG antasitlerden ve divalent katyonları olan ilaçlardan (Ca ve Fe gibi) 2 saat önce veya 6 saat sonra kullanılmalıdır. Erken (akut veya yakın zamanda) HIV enfeksiyonu olan ve TÖP amacıyla uzun etkili CAB ile temas öyküsü bulunan kişilerde INSTI direnç mutasyonları hakkındaki endişeler nedeniyle ilk tedavi seçeneği INSTI temelli bir rejim olmamalıdır. Bu tür olgularda genotip testi ile INSTI direnç mutasyonlarının olmadığı kanıtlanmadığı sürece DRV/r temelli rejim tercih edilmelidir.
--	---

TAF/FTC/BIC	- Gıda gereksinimi yok. - Gebelikte dozun ayarlanması gerekmez. - Virolojik baskılama oranları yüksektir. - Gebelikte farmakokinetik ve güvenlik verileri, antiretroviral deneyimsiz kişilerde, yeterli etkinlik ve güvenliliğe sahip olduğunu göstermiştir. - İlaç seviyeleri, gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterinde, gebe olmayan veya doğum sonrası dönemde bulunan kişilerdekine göre daha düşüktür ve BIC için gebeliğin ilerleyen dönemlerinde DTG'ye göre daha fazla azalmaktadır; ancak bu koşullarda dahi viral yükü baskılayabildiği görülmüştür. - Vücut ağırlığında ağırlı artışa neden olduğuna dair endişeler vardır. - BIC antasitlerden ve divalent katyonları olan ilaçlardan (Ca ve Fe gibi) 2 saat önce veya 6 saat sonra kullanılmalıdır. INSTI direnç mutasyonları hakkındaki endişeler nedeniyle erken (akut veya yakın zamanda) HIV enfeksiyonu olan ve TÖP amacıyla uzun etkili CAB kullanmış olan kişilerde BIC/TAF/FTC ilk tedavi seçeneği olarak önerilmez. Bu tür durumlarda, genotip testi ile INSTI direnç mutasyonlarının olmadığı kanıtlanmadığı sürece DRV/r tercih edilmelidir.
-------------	---

2 NRTI + PI/r

TDF veya TAF/3TC veya FTC + DRV/r 600/100mg X 2/gün	- Yiyecekler ile beraber alınmalıdır. - TDF ile ilgili uyarılar yukarıdakiler ile aynıdır. - TAF veya TDF ve 3TC veya FTC temelli NRTI omurgasına sahip DRV/r, erken (akut veya yakın zamanda) HIV enfeksiyonu olan ve TÖP amacıyla uzun etkili CAB kullanma öyküsü olan kişilerde ilk tedavi için tercih edilen rejimdir. - Gebelik sırasında DRV/r 800/100 mg qd seviyelerinin düşmesi nedeniyle tek dozlu bu kombinasyon gebelikte ilk seçenek ART olarak önerilmez; ancak bu ilacı kullanırken gebe kalmış ve viral yükü saptanamaz düzeyde olan kadınlarda yakın takip ile kullanılmaya devam edilebilir. - DRV/c, hamileliğin ikinci ve üçüncü trimesterinde DRV ve COBI konsantrasyonlarının önemli ölçüde düşük olması nedeniyle gebelik sırasında önerilmez. - DRV/r, yalnızca belirli durumlarda (örneğin, genotip testinin yapılamadığı veya INSTI direnç mutasyonlarının gösterildiği veya uzun etkili CAB'ye maruz kalmış kişiler) başlangıç tedavisi için tercih edilen PI'dir.
---	--

HIV/AIDS TANI İZLEM VE TEDAVİ EL KİTABI

Ağustos 2026, Sürüm 4.0

Alternatif rejimler

2 NRTI + INST

TDF/3TC veya FTC + RAL 2 X 400 TAF/FTC + RAL 2 X 400 mg	» TDF ile ilgili uyarılar yukarıdakiler ile aynıdır. » Tek doz RAL (1200 mg qd) kullanımı hakkında veri olmadığı için gebelerde bu ilacın kullanımı önerilmez. » Prenatal dönemde kalsiyum, demir ve vitamin kullanımı söz konusu olabileceğinden, RAL emilimini en üst seviyeye çıkarmak için RAL kullanımından 2 saat öncesinden 6 saat sonrasına kadar bu preparatların kullanılmaması gerekir.
--	--

2 NRTI + NNRTI

TDF/3TC veya FTC + EFV TAF/FTC + EFV TDF/FTC/EFV	» Yatmadan önce veya akşam yemeğinden 2 saat önce alınması önerilir. » TDF ile ilgili uyarılar yukarıdakiler ile aynıdır. » EFV, HIV-2 ve HIV-1 grup O suşlarına karşı aktif değildir. » Kişi depresyon ve intihar eğilimi açısından gözlenmelidir.
TDF/3TC veya FTC + RPV TAF /FTC + RPV TDF/FTC/RPV TAF/FTC/RPV	» RVP kullanımı için CD4 sayısı >200 hücre/μL ve HIV RNA düzeyi <100.000 kopya/mL olmalıdır. » İkinci ve üçüncü trimesterde RPV'ye maruz kalma oranı daha düşüktür; viral yük daha sık izlenmelidir. » RPV, HIV-2'ye karşı aktif değildir. » Gebelere mide bulantısı için sıklıkla reçete edilen anti-H2 veya proton pompası inhibitörleri ile aynı anda kullanılmamalıdır; kişiye potansiyel etkileşimler ve ilaçların zamanlaması hakkında bilgi verilmelidir. » Yemekle birlikte alınmalıdır.

2 NRTI + PI/r

ABC/3TC + DRV/r 600/100 mg X 2 gün	» Bu kombinasyonu kullanacak kişi HBsAg negatif olmalıdır. » Bu kombinasyonu kullanacak kişi HLA-B*57:01 negatif olmalıdır. » Yemekle birlikte alınmalıdır. » DRV/r ile ilgili uyarılar bu tablodaki "Önerilen Rejimler" bölümündeki gibidir.
---------------------------------------	---

ART-naiv gebe

- Gebelikte oral iki ilaçlı rejimlerin başlangıç rejimi olmasına ilişkin hiçbir veri yoktur (örn., DTG + lamivudin ve DTG + rilpivirin)
 - Başlangıç rejimi olarak kullanılmaları önerilmemektedir
- DTG/3TC;
 - Gebelik sırasında ART'ye hızlı bir şekilde başlanması kritik önem taşıdığından, HBV veya direnç testi sonuçları henüz mevcut değilse DTG/3TC **gebelikte başlangıç tedavisi olarak önerilmez**
 - Daha önce CAB maruziyeti olmayan, HIV RNA düzeyi ≤ 500.000 kopya/mL olan, aktif HBV koinfeksiyonu bulunmayan ve HIV direnç testi ile 3TC duyarlılığı doğrulanmış bireylerde kullanıldığında, gebelikte alternatif bir ART rejimi olarak sınıflandırılır

ART-naiv gebe

- DTG/3TC;
 - Gebelik sırasında ART'ye hızlı bir şekilde başlanması kritik önem taşıdığından, HBV veya direnç testi sonuçları henüz mevcut değilse DTG/3TC **gebelikte başlangıç tedavisi olarak önerilmez**
 - Daha önce CAB maruziyeti olmayan, HIV RNA düzeyi ≤ 500.000 kopya/mL olan, aktif HBV koinfeksiyonu bulunmayan ve HIV direnç testi ile 3TC duyarlılığı doğrulanmış bireylerde kullanıldığında, gebelikte alternatif bir ART rejimi olarak sınıflandırılır

Gebelikte Başlangıç Rejiminde Önermek İçin Yeterli Verisi Olmayan İlaçlar

Erişkinlerde kullanım onaylı ancak gebeliğe spesifik yeterli farmakokinetik ve güvenlik verisi eksik olan ilaçlar

DOR	veya	Gebelikte FK, toksisite ve etkinlik ile ilgili sınırlı veri
DOR/TDF/FTC		

Gebelikte Başlangıç ART Olarak Önerilmeyen İlaçlar

EVG/COBI/TDF/FTC	COBI içeren rejimler yetersiz ilaç düzeyine neden olduğu için ikinci trimestir sonrası kullanımı önerilmez
EVG/COBI/TAF/FTC	
DRV/COBI/TAF/FTC	
ATV/COBI	
CAB + RPV uzun etkili enjektabl formülasyon	Gebelikte FK, toksisite ve etkinlikle ilgili yetersiz veri
FTR (fostemsavir)	Gebelikte FK, toksisite ve etkinlikle ilgili sınırlı veri
IBA	Gebelikte FK, toksisite ve etkinlikle ilgili sınırlı veri, IV uygulanır

Gebelikte Başlangıç ART Olarak Önerilmeyen İlaçlar (bazıları gebelikte özel durumlar haricinde tavsiye edilmez)

Maravirok	Kullanım öncesi tropizm testi yapılmalıdır. Gebelikte kullanımıyla ilgili birkaç yayın mevcuttur. ART-naiv kişilerde önerilmez.
Etravirin	ART-naiv kişilerde önerilmez. Gebelikte FK, toksisite ve etkinlikle ilgili sınırlı veri
Fostemsavir	ART-naiv kişilerde önerilmez. Gebelikte sınırlı veri
Ibalizumab	ART-naiv kişilerde önerilmez. Gebelikte FK, toksisite ve etkinlikle ilgili sınırlı veri
Lenacapavir	ART-naiv kişilerde önerilmez. Gebelikte FK, toksisite ve etkinlikle ilgili sınırlı veri
Nevirapin	Yan etki fazlalığı, karmaşık doz ve düşük direnç bariyeri nedeniyle önerilmez
T20	Gebelikte sınırlı veri
Lopinavir/ritonavir+ iki NRTI	Günde iki doz, 2. ve 3. trimestirde doz artımı

NVP ve LPV/r; yoğun ART deneyimi olan hastaların, gebelik sırasında bu ilaçlara başlaması veya devam etmesinin gerekli olabileceği durumlar mevcuttur

Gebelikte Başlangıç ART Olarak Önerilmeyen İlaçlar

Stavudin	Toksisite nedeniyle önerilmez
Didanozin	Toksisite nedeniyle önerilmez
Fosamprenavir	Gebelikte kullanımı ile ilgili veriler sınırlıdır. ART-naiv kişilerde önerilmez.
Indinavir/ritonavir	Nefrolitiazis ve maternal hiperbilirubinemi yapabilir
Nelfinavir	Düşük viral supresyon oranı nedeniyle önerilmez.
Sakunavir/ritonavir	Toksisite ve doz dezavantajları nedeniyle önerilmez. Gebelikte veriler sınırlıdır.
Tipranavir/ritonavir	ART-naiv kişilerde önerilmez.

Toksisite nedeniyle önerilmeyen ilaçları alırken gebe kalanlarda da bu ilaçlar kesilmelidir

Daha Önce Hiç ART Almamış HIV ile Yaşayan Gebelerdeki Tedavi

- İkinci/üçüncü trimesterde başvuran gebe:
 - ART'ye hemen başlanır
 - Doğuma kadar viral yükü hızla düşürebilmek için INSTI içeren rejim başlanmalıdır
 - DTG veya BIC tercih edilmeli

Daha Önce Hiç ART Almamış HIV ile Yaşayan Gebelerdeki Tedavi

- İkinci/üçüncü trimesterde başvuran gebe:
 - ART'ye hemen başlanır
 - Doğuma kadar viral yükü hızla düşürebilmek için INSTI içeren rejim başlanmalıdır
 - DTG veya BIC tercih edilmeli
- Üçüncü trimesterde VY >50 kopya/ml olan gebe:
 - Uyum, ilaç-ilaç, ilaç-besin etkileşimleri değerlendirilir
 - Direnç testi yapılır
 - Rejimde INSTI bulunmuyorsa ilaç değiştirilir/eklenir (tercihen DTG veya BIC)
 - Yakın takip yapılır

Halen Antiretroviral Tedavi Alan Gebelerde Yaklaşım

- Kullandığı rejim gebelikte kullanımı uygun olan rejimler arasındaysa, iyi tolere ediliyorsa ve viral replikasyon etkin bir şekilde baskılanıyorsa aynı ilaçlara devam edilir
- **Bazı ilaçlar değiştirilmeli**
 - **Gebelikte toksik olanlar** (stavudin, indinavir, didanozin, vd):
 - Kesilmeli ve uygun ilaçlara geçilmeli
 - **2. ve 3. trimestirde serum seviyesi düşük kalabilen ilaçlar** (COBI içeren rejimler, oral RPV, tek doz DRV/r)
 - **Yeterli veri olmayanlar** (DOR, tek doz RAL, ikili rejimler, uzun etkili CAB/RPV)
- İlacın kesilmesi veya değiştirilmesi kararı iyi verilmeli. Neden?
 - Viral yükte artma (rebound)
 - İmmun durumda baskılanma ve hastalığın ilerlemesine neden olabilecek ve fetusa HIV geçiş riskini artırabilecektir
- Gebelikte ART rejimi değiştirildiğinde daha sık virolojik takip yapılmalı (1-2 ayda)

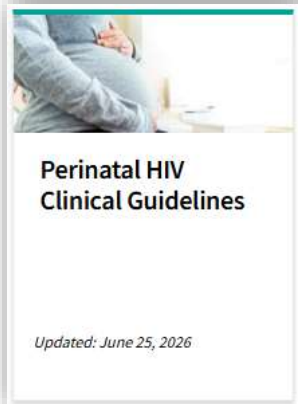
Doğum



Ağustos 2026, Sürüm 4.0



EACS 2026



<https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/perinatal.2026>

Doğumun şekli

Antepartum ART uygulanmasına bakılmaksızın, HIV RNA düzeyleri >50 kopya/mL olan veya viral yükü bilinmeyen kadınlarda, HIV'in perinatal bulaşma olasılığını en aza indirmek amacıyla, gebeliğin 38. haftasında planlı sezaryen uygulanması önerilmektedir. Viral yükü <50 kopya/mL olanlarda sezaryenin vajinal doğuma göre bir avantajı gösterilmemiştir. Bu nedenle ART baskısı altında olan,

5. Women whose HIV-VL is > 50 copies/mL at week 34-36 of pregnancy

If VL > 400 copies/ml: elective cesarean section to be planned at week 38, see labour and breastfeeding below

If VL between 50-400 cp/ml: discuss elective cesarean section case by case on the bases of the risk of viral trans

VY >400 kopya/ml ise:

38. haftada elektif sezaryen planlanır

When HIV RNA is >1,000 copies/mL or is unknown near the time of birth, scheduled cesarean birth at 38 weeks gestation is recommended to minimize perinatal HIV transmission, irrespective of administration of antepartum ART (AII). Given the potential for rapid decreases in viral load with current ART options, individualized birth plans to

HIV RNA düzeyi >1.000 kopya/mL olduğunda veya viral yükü doğuma yakın bilinmediğinde, doğum öncesi ART kullanımından bağımsız olarak, 38. gebelik haftasında planlı sezaryen doğum önerilir (AII)

Doğum: 34-36. Haftalarda HIV-VL > 50 kopya/ml

- IV ZDV:
 - Travayda ve doğum sırasında:
 - 2 mg/kg yükleme dozunu (1 saatte) takiben doğuma kadar 1 mg/kg/saat sürekli IV infüzyon (en az 2 saat) (toplamda en az 3 saat)
 - Planlanmış sezaryen doğum: ameliyattan 3 saat önce IV ZDV'ye başlanmalı
 - Planlanmamış sezaryen doğum: yükleme dozunu uyguladıktan sonra doğuma geçilir

Doğum

- Doğum eylemi başladığında HIV tanısı konulan gebe:
 - Mümkünse sezaryen planlanmalı
 - Mümkün olan en kısa sürede yeni jenerasyon INSTI içeren üçlü oral rejim ve varsa IV ZDV başlanır
 - IV ZDV:
 - 2 mg/kg yükleme dozunu takiben, ardından 1 mg/kg/saat dozunda sürekli infüzyonla devam edilir (kord klempleninceye kadar)
 - Yükleme dozu tamamlandıktan sonra doğuma geçilmelidir
 - Yeni doğana uygun şekilde postnatal profilaksi başlanmalıdır

DHHS: Doğum şekli ve IV ZDV önerileri

HIV RNA at Time of Delivery Assessed at 36 Weeks Gestation or Within 4 Weeks Prior to Birth				
	<50 copies/mL and on ART With No Concerns About Adherence ^a	≥50 to ≤1,000 copies/mL	>1,000 copies/mL	Unknown HIV RNA ART Adherence Concerns ^a Not Receiving ART HIV Diagnosis in Labor
Intrapartum ART	Prescribed ART should be taken on schedule during labor and before scheduled cesarean birth (CIII) . In general, ARV regimens are initiated postpartum when HIV is diagnosed during labor.			
Intrapartum IV ZDV	Not required (BII)	Not required but may be considered (CII) ; some experts recommend.	Yes, recommended (AI) ^b IV ZDV: 1-hour loading dose at 2 mg/kg followed by a continuous ZDV infusion of 1 mg/kg for 2 hours (at least 3 hours total) (AII)	
Mode of Delivery	Vaginal birth ^c (AII)	Vaginal birth ^c (AII)	Scheduled cesarean birth at 38 weeks gestation ^d (AII)	Individualized care ^d

IV ZDV uygulaması



İntravenöz zidovudin uygulaması

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) perinatal bulaşın azaltılması konulu rehberinde, doğum sırasında HIV RNA düzeyi >1000 kopya/mL olan veya HIV RNA düzeyi bilinmeyen kadınlarda intravenöz ZDV kullanılmasına gerek olduğunu belirtmiştir. HIV RNA düzeyleri 50 kopya/mL ile 1.000 kopya/mL arasında olan kişilere IV ZDV uygulamasının perinatal HIV bulaşmasına karşı herhangi bir ek koruma sağlayıp sağlamadığını belirlemek için veriler yetersiz olmakla birlikte, bu kılavuzda, EACS kılavuzundaki öneriye benzer şekilde, HIV RNA düzeyi >50 kopya/mL olan veya HIV RNA düzeyi bilinmeyen kadınlarda doğum sırasında ZDV uygulanması önerilmektedir. Damar içi yoldan zidovudin uygulamasına, planlanan sezaryenden en az 3 saat önce başlanmalıdır. Önce 2 mg/kg yükleme dozunda ZDV bir saat içinde uygulandıktan sonra, 2 saat boyunca 1 mg/kg olacak şekilde sürekli infüzyona geçilir; ZDVnin toplam uygulanma süresi en az 3 saat olmalıdır.

Ağustos 2026, Sürüm 4.0

Bebeğe profilaksi

- HIV ile yaşayan kadınlardan doğan **tüm yeni doğanlara** doğum sonrası antiretroviral profilaksi verilmelidir
 - Annenin viral yükü ve doğum şeklinden bağımsız

Gebelik Sırasında Kadın ve Fetusun İzlemi

- HIV RNA düzeyleri
 - Başlangıçta,
 - ART başlandıktan veya değiştirildikten 2-4 hafta sonra,
 - HIV RNA saptanamaz düzeye gelinceye dek ayda bir,
 - Sonra gebelik boyunca 2 ayda bir izlenmelidir
 - Ayrıca doğum şekline ve yenidoğana verilecek en uygun antiretroviral ilaçlara karar verilebilmesi için **34-36. haftalarda** da bakılmalıdır

Gebelik Sırasında Kadın ve Fetusun İzlemi

- CD4 sayısı
 - Başlangıçta,
 - Gebelik boyunca her 3-6 ayda bir bakılmalı
 - ≥ 2 yıl ART alan, virolojik baskılanma sağlanmış ve $CD4 > 300$ hücre/ mm^3 olan hastalarda tekrarlanmasına gerek yok
 - < 2 yıl ART alan, virolojik baskılanma sağlanmamış, uyum sorunu olan ve $CD4 < 300$ hücre/ mm^3 olan hastalarda her 3 ayda bir

Gebelik Sırasında Kadın ve Fetusun İzlemi

- HIV ilaç direnci testi
 - Tüm ART-naiv gebelerde ART başlanmadan önce istenmeli
 - ARV deneyimi olan hamile kadınlara ART başlamadan önce veya
 - Saptanabilir HIV RNA düzeyi olan gebelerde veya
 - Yeni hamile olan ve ARV Gebelik sırasında başlanan ART ile yeterli virolojik yanıt sağlanmadıysa ART modifiye edilmeden önce direnç testi istenmelidir
- Ancak bu durumların tümünde direnç testi sonucu beklenerek tedavi geciktirilmemeli
 - Direnç testi sonucuna göre gerekirse ART rejimi modifiye edilmelidir

Emzirme – EACS önerileri



Postnatal Prophylaxis and Infant Feeding

last updated Oct 3, 2025

Also see [Pregnancy and HIV](#)

Evidence to guide practice in relation to [PNP](#) and feeding for infants at risk of HIV acquisition during pregnancy and during breastfeeding comes mainly from low and middle-income countries and is limited in settings with universal access to maternal [ART](#), and regular viral load monitoring as well as alternative feeding options. For this reason and due to different interpretation of the available data and of the possible risks, guidance and practices vary across Europe, and in other high-income settings. Some general principles are consistent across all settings:

Postnatal prophylaxis:

- Complex antenatal and [PNP](#) cases should be discussed within an [MDT](#) or [PVC](#). If not available locally referrals are welcome to an international [PVC](#) via the [Guideline Team](#)
- Although viral suppression markedly reduces transmission, there is no definitive evidence confirming that “U=U” can be applied to vertical transmission (including transmission through breastfeeding)

- Annede HIV viral yükünün sürekli olarak saptanamadığı ve bulaşma riskinin çok düşük olduğu durumlarda, emzirme ortak karar alma ve anne ile bebeğin uygun yakın takibiyle kolaylaştırılabilir

Emzirme

Viral yükü baskılanmış, ART'ye uyumu tam olan kadınlar, hekimin yakın izlemi ve denetimi koşuluyla bebeklerini emzirmeye karar verebilirler. Bebeğini emzirme kararı alan anneler için aşağıdaki öneriler geçerlidir.

- » Anne, ART'ye uyumu açısından yakından izlenmelidir.
- » Yenidoğana bu kitapta önerildiği şekilde standart süre ve dozda antiretroviral profilaksi başlanmalıdır (bakınız Tablo 5.4).
- » Annenin viral yük ölçümleri 1-2 ayda bir tekrarlanmalı ve viral yükün saptanabilir olması halinde alternatif beslenme yöntemlerine geçilmelidir.
- » Annede mastit saptanması durumunda alternatif beslenme yöntemlerine geçilmelidir.
- » Emzirme ile bulaşma riski çok düşüktür, ancak sıfır değildir ve emzirme süresi uzadıkça bu risk artar. Bu nedenle, emzirmenin en geç altıncı ayda kesilmesi önerilir.
- » Alternatif beslenme seçenekleri arasında hazır mama ve donör anne sütü sayılabilir.
- » Anne sütü ve ek gıdanın eşzamanlı verildiği karışık beslenmeden kaçınılmalıdır.
- » Emzirmenin kontrendike olduğu durumlarda, anneye doğumdan sonra en kısa zamanda kabergollin tedavisi başlanmalıdır.

Yaşlılar

HIV ve Yaşlılar

- HIV ile yaşayan yaşlılarda biriken hastalık riski dikkate alınmalıdır
 - Uzun süredir devam eden HIV hastalığının kendisiyle ilişkili ve/veya
 - Antiretroviral (ARV) ilaçlara maruz kalmayla ilişkili
 - Bazıları daha fazla toksisiteye sahip eski ART rejimlerini daha önce kullanmıştır

HIV ve Yaşlılar

- HIV yaşlanmanın biyolojisini etkileyebilir ve genellikle daha ileri yaşla ilişkili morbiditelerin daha erken ortaya çıkmasına neden olabilir
- HIV ile yaşayan yaşlı kişiler HIV'i olmayanlara göre yaşlanmayla ilişkili hastalıklarla daha erken ve daha yüksek oranlarda karşılaşmakta
 - HIV ile yaşayan kişilerde HIV'i olmayanlara göre aterosklerotik kardiyovasküler hastalık (ASKVH) geliştirme riski **iki kat daha yüksektir**
 - ASKVH tanısı aldıkları yaş yaklaşık **on yıl daha gençtir**

HIV ve Yaşlılar

HIV VAKALARININ YAŞ GRUBU VE CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI (1985 – 13 Temmuz 2026)*			
YAŞ GRUBU	ERKEK	KADIN	TOPLAM VAKA
0	81	57	138
1-4	49	51	100
5-9	34	16	50
10-14	32	25	57
15-19	1225	262	1487
20-24	6676	1155	7831
25-29	9115	1667	10782
30-34	7961	1808	9769
35-39	6695	1658	8353
40-44	5261	1369	6630
45-49	4262	1013	5275
50-54	3350	746	4096
55-59	2306	523	2829
60-64	1468	297	1765
65 üstü	1398	274	1672
Bilinmeyen	115	55	170
TOPLAM	50028	10976	61004

*13 Temmuz 2026 tarihi itibarı ile doğrulama testi pozitif tespit edilerek bildirimi yapılan vakalar

- SB verilerine göre
- 1985-2026'da:
 - Tüm vakaların %10,2'si ≥ 55 yaşında,
 - %2,7'si ≥ 65 yaşında
- 2026'da:
 - Tüm vakaların %11,8'i ≥ 55 yaşında,
 - %3,1'i ≥ 65 yaşında
- ABD'de;
 - 2022'de %38'i ≥ 55 yaşında,
 - %13,2'si ≥ 65 yaşında

HIV ve Yaşlılar

- HIV ile yaşayan yaşlılara hastalığın daha ileri evrelerinde HIV tanısı konulmakta
 - Gençlere göre
- ART, HIV olan tüm kişilere önerilir
 - Yaşlılarda ciddi AIDS dışı komplikasyonlar ve ART'ye azalmış immünolojik yanıt riski yüksek

HIV ve Yaşlılar: Polifarmasi

- Polifarmasi, HIV ile yaşayan yaşlı kişilerde genel popülasyondaki benzer yaştaki kişilere göre daha yaygındır
 - Tüm ilaçlar, takviyeler ve bitkisel tedaviler uygunluk, yan etki potansiyeli, uygun dozaj ve ilaç etkileşimleri açısından düzenli olarak değerlendirilmelidir
- HIV ile yaşayan yaşlı kişilerde polifarmasinin etkileri;
 - Ciddi düşmeler ve kırıklar, deliryum, hastaneye yatış (yoğun bakım ünitesi yatışları dahil) ve ölüm gibi ciddi olumsuz sonuçlara katkıda bulunabilir

HIV ve Yaşlılar

- Antiretroviral ilaçlar ve eş zamanlı ilaçlar arasındaki **ilaç-ilaç etkileşimleri** düzenli olarak değerlendirilmeli
- ART ve diğer ilaçlardan kaynaklanan olumsuz ilaç olayları, HIV ile yaşayan **yaşlı kişilerde genç bireylere göre daha sık** görülebilmekte
 - Bu nedenle, yaşlı bireylerin kemik, böbrek, metabolik, kardiyovasküler, bilişsel ve karaciğer sağlığı yakından izlenmelidir
- HIV, **immun yaşlanma ve sistemik inflamasyonla** ilişkilidir ve bu durum, komorbiditelerin ve kırılganlık gelişmesine katkıda bulunabilir

HIV ve Yaşlılar

- HIV ile yaşayan yaşlı kişilerde nörobilişsel işlevlerde azalma daha hızlıdır
 - Hafıza, dikkat ve yönetici işlev sorunları gibi belirtiler **tedaviye uyumun** azalması ve ölüm riskinin artmasına neden olabilir
- Ruhsal sağlık bozuklukları daha fazladır
 - Anksiyete ve depresyon riski

HIV ve Yaşlılar

- Rehberler artık ≥ 50 yaşındaki erkeklerde ve menopoz sonrası kadınlarda kemik yoğunluğu takibini öneriyor ve
 - Kırılabilirlik kırıkları için yüksek risk taşıyan yaşlı kişilerde TDF veya güçlendirilmiş PI'lerden diğer ARV'lere (sırasıyla TAF veya INSTI'ler gibi) geçilmesini öneriyor
- HIV'li yaşlanan kişilerde kronik böbrek hastalığının yüksek yaygınlığı ve daha hızlı ilerlemesi göz önüne alındığında (muhtemelen HIV, ART ve HIV dışı risk faktörlerinin bir kombinasyonundan kaynaklanır), ART kullanan yaşlı bir kişide KBH gelişimi yakından izlenmelidir

HIV ile Yaşayan Yaşlı Kişilerde ART Seçimi

- Neye göre seçilmeli:
 - Kişinin eşlik eden hastalıklarına göre (örneğin böbrek hastalığı, kardiyovasküler hastalık için yüksek risk, osteoporoz)
 - Böbrek fonksiyonu azalmış yaşlı kişilerde NRTI'lerde doz ayarlaması gerekebilir
 - İlaç-ilaçlar arasındaki olası etkileşimlere göre

HIV ile Yaşayan Yaşlı Kişilerde ART Seçimi

- ART'nin yaşlı yetişkinlerdeki etkinliği, farmakokinetiği (PK), yan etkileri ve ilaç etkileşim potansiyelleri sistematik olarak incelenmemiştir
- Ancak klinik çalışmalardan elde edilen veriler, 50 yaş üstü katılımcılar ile 50 yaş ve altı katılımcılar arasında benzer virolojik etkinlik, güvenlik ve tolere edilebilirlik göstermiştir

Bictegravir/emtricitabine/tenofovir alafenamide in older individuals with HIV: Results of a 96-week, phase 3b, open-label, switch trial in virologically suppressed people ≥ 65 years of age

Franco Maggiolo¹ | Giuliano Rizzardini^{2,3} | Jean-Michel Molina⁴ |
Federico Pulido⁵ | Stephane De Wit⁶ | Linos Vandekerckhove⁷ |
Juan Berenguer⁸ | Michelle L. D'Antoni⁹ | Christiana Blair⁹ |
Susan K. Chuck⁹ | David Piontkowsky⁹ | Hal Martin⁹ | Richard Haubrich⁹ |
Ian R. McNicholl⁹ | Joel Gallant⁹ 

- ≥ 65 yaş
- B/F/TAF'a geçilen 86 hasta
- Son 2 vizitte belgelenmiş plazma HIV-1 RNA < 50 kopya/mL

96. Haftada Virolojik Sonuçlar

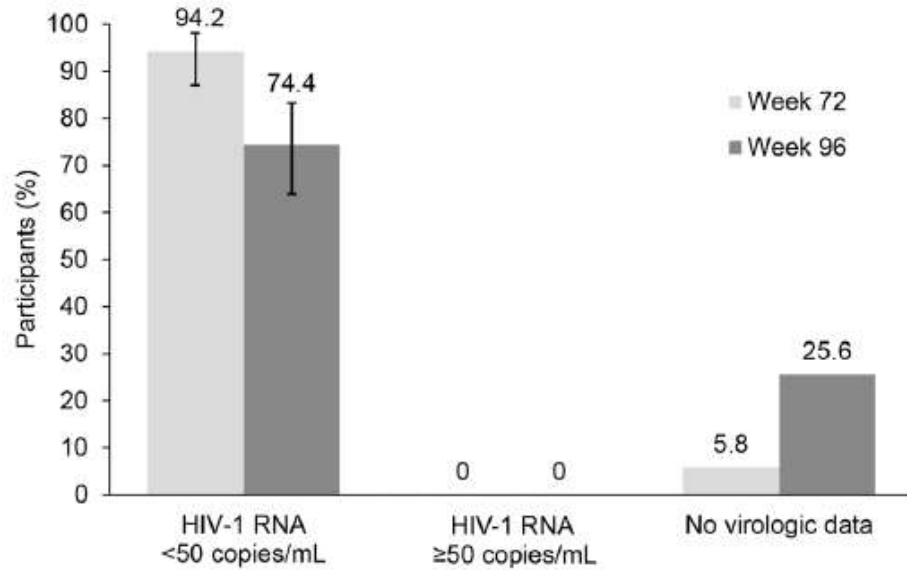
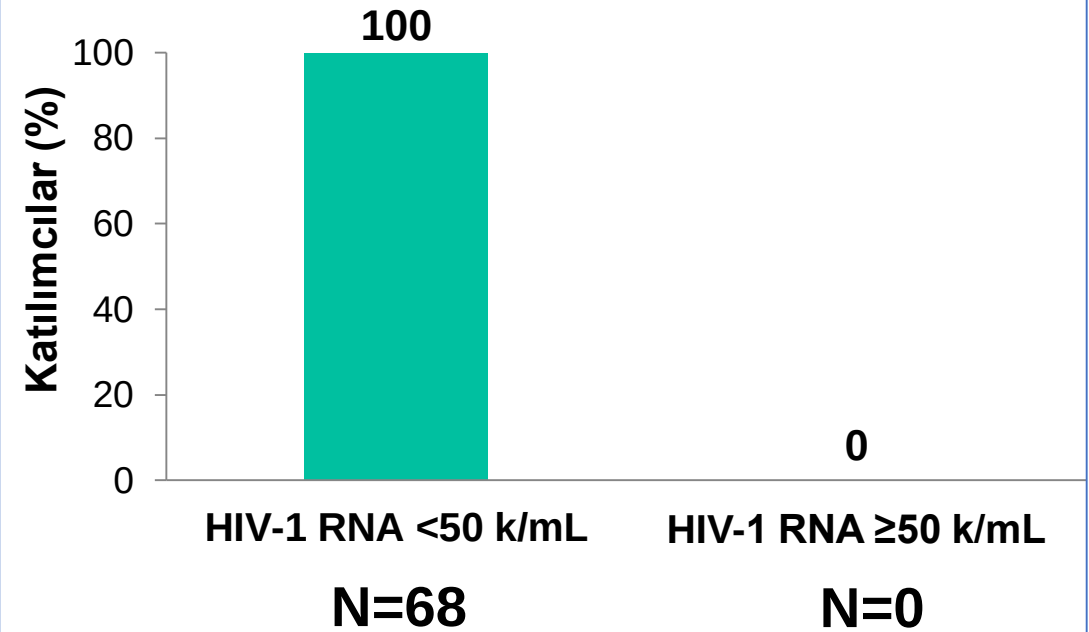


FIGURE 2 Virologic suppression at weeks 72 and 96 (FDA Snapshot analysis; full analysis set, $N = 86$). Values shown as percentage of participants (95% CI). FDA, Food and Drug Administration



COVID-19 pandemisi nedeniyle verileri olmayan hastalar hariç tutulduğunda 96. haftadaki virolojik baskılama

Tedavi sırasında gelişen advers olaylar ve Sonuç

	B/F/TAF (n=86) % (n)
Çalışma ilacı ile ilişkili, Grade 2-4 Herhangi Bir AO	%4.7 (4)
Çalışma ilacı ile ilişkili, Grade 3-4 Herhangi Bir AO	%2.3 (2)
Grade 3 veya 4 Laboratuvar Anomalileri	%13 (11)
Çalışma ilacı ile ilişkili Herhangi Bir Ciddi AO	0
Çalışma ilacının Kesilmesine Yol Açan AO'lar	%5.8 (5)*
Çalışma ilacının Kesilmesine Yol Açan AO'lar (ilaç ilişkili)	%3.5 (3)
Ölüm	2†

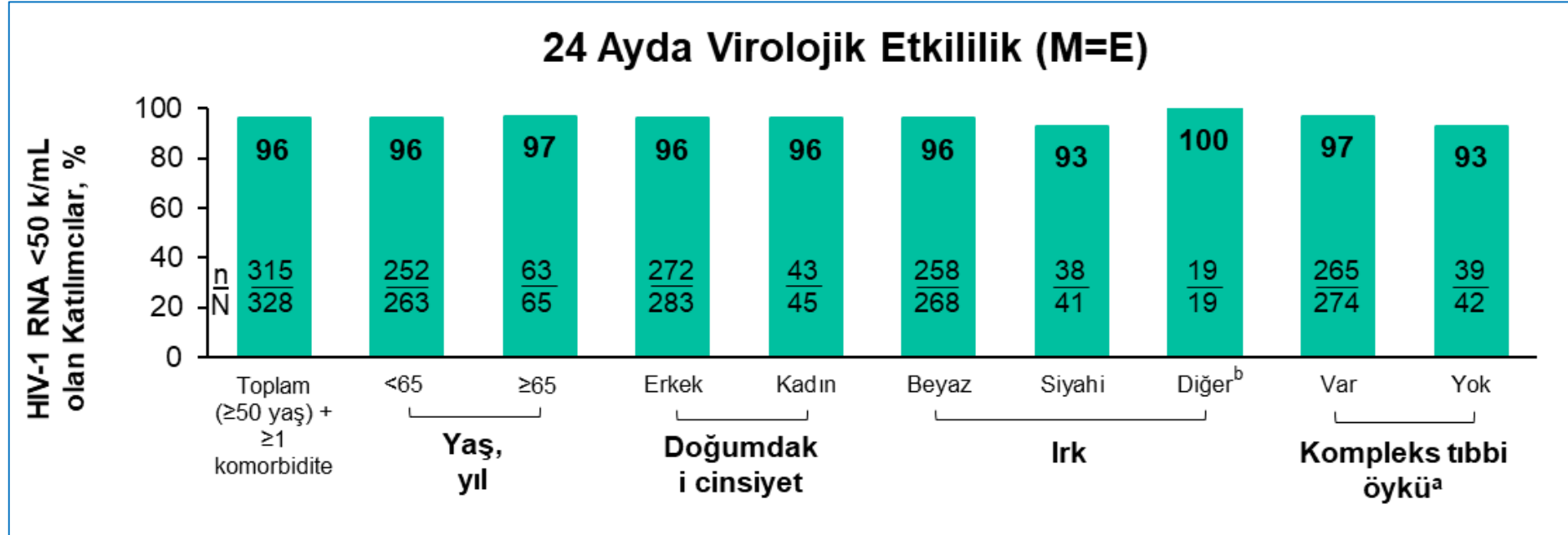
Böbrek, kemik veya karaciğere bağlı nedenlerle tedaviyi bırakan yok

- ≥ 65 yaş yetişkinlerde, B/F/TAF'ın 96 hafta boyunca güvenli, etkili olduğu ve iyi tolere edildiği gösterilmiştir
- Virolojik başarısızlık ve tedavi sırasında direnç gelişimi yok
- İlaç ilişkili ciddi yan etki yok

Komorbiditesi olan ileri yaştaki HİYK'de B/F/TAF'a geçiş: BICSTaR Çalışması (alt analiz)

- BICSTaR prospektif, gözlemsel bir kohort çalışmasıdır
- Farklı tedavilerden B/F/TAF'a geçen tedavi deneyimli HİYK
- En az bir komorbiditesi olan, 50 yaş ve üzeri
- 401 hasta
 - ≥ 65 yaş olan 74 (%18) hasta
- Fransa, Almanya, İrlanda, İtalya, İspanya, Hollanda, Birleşik Krallık, Kanada, İsrail'den hastalar dahil edilmiş

24. ayda virolojik etkinlik



Komorbiditesi olan 50 yaş ve üzeri HiYK'lerde B/F/TAF'a geçiş, 24 ay boyunca yüksek etkililik düzeylerinin korunmasını sağlamıştır

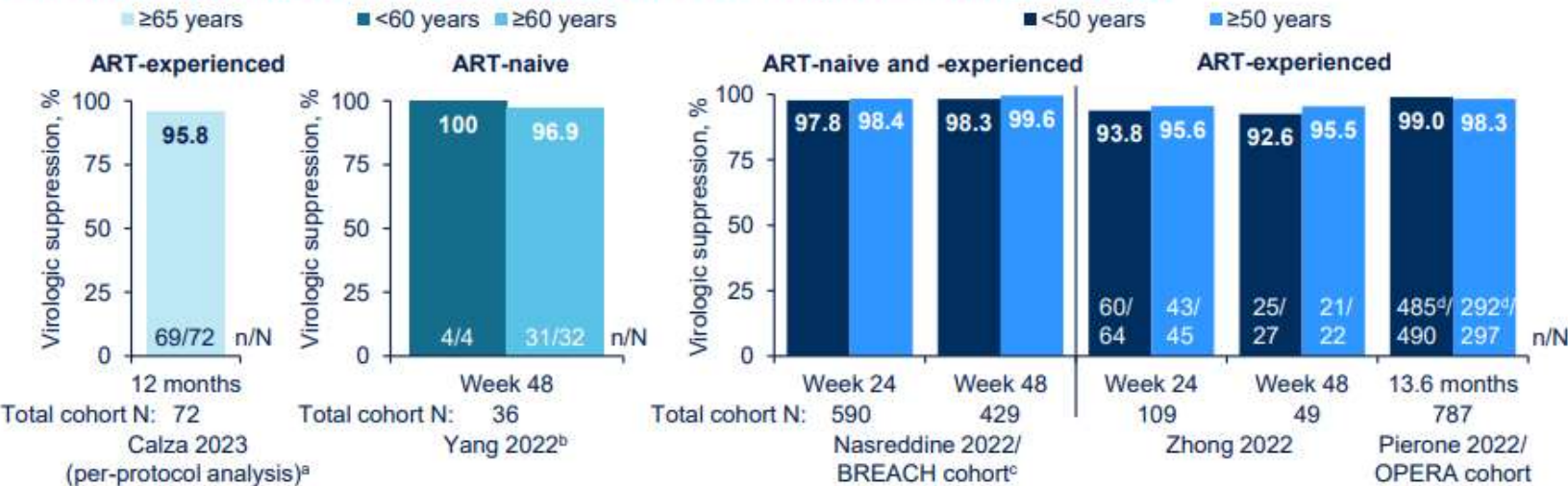
Böbrek, karaciğer, lipid ve kilo parametreleri 24 ay boyunca stabil kalmıştır

Systematic Literature Review of Real-world Experience With the 2-Drug Regimen Dolutegravir + Lamivudine (DTG + 3TC) in People With HIV-1 Aged ≥50 Years

Emilio Letang,¹ Simona Di Giambenedetto,² Antonella d'Arminio Monforte,³ José Casado,⁴ Alfonso Cabello-Úbeda,⁵ Laurent Hocqueloux,⁶ Clotilde Allavena,⁷ Tristan J. Barber,^{8,9} Madhusudan Kabra,¹⁰ Julie Priest,¹¹ Andrew Clark,¹⁰ Bryn Jones¹⁰
¹ViiV Healthcare, Madrid, Spain; ²Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS and Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy; ³San Paolo Hospital, University of Milan, Milan, Italy; ⁴Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Spain; ⁵Fundación Jiménez Díaz University Hospital, Madrid, Spain; ⁶Centre Hospitalier Universitaire d'Orléans, Orléans, France; ⁷CHU Hôtel-Dieu, Nantes, France; ⁸Ian Charleson Day Centre, Royal Free London NHS Foundation Trust, London, UK; ⁹Institute for Global Health, University College London, London, UK; ¹⁰ViiV Healthcare, Brentford, UK; ¹¹ViiV Healthcare, Durham, NC, USA

- ≥50 yaşındaki kişilerde DTG+3TC'nin gerçek yaşam verisi için sistematik literatür taraması

Figure 3. DTG + 3TC Effectiveness Outcomes Reported in People With HIV-1 Aged <50 and ≥50 Years From Lead RWE Publications With Reported Baseline Data



^aIntention-to-treat analysis: 64/72 (88.9%). ^bVirologic suppression in the ART-experienced population was reported as a proportion of the entire cohort, 84/86 (97.7%). ^cn/N not reported. ^dAssumption based on the maximum possible value of ≤5 individuals reported to have met virologic failure criteria.

DTG+3TC kullanan
36 343 kişinin
1799'u ≥50 yaş

Virolojik etkinlik
yüksek (%95,5-99,6)

Systematic Literature Review of Real-world Experience With the 2-Drug Regimen Dolutegravir + Lamivudine (DTG + 3TC) in People With HIV-1 Aged ≥50 Years

Emilio Letang,¹ Simona Di Giambenedetto,² Antonella d'Arminio Monforte,³ José Casado,⁴ Alfonso Cabello-Úbeda,⁵ Laurent Hocqueloux,⁶ Clotilde Allavena,⁷ Tristan J. Barber,^{8,9} Madhusudan Kabra,¹⁰ Julie Priest,¹¹ Andrew Clark,¹⁰ Bryn Jones¹⁰
¹ViiV Healthcare, Madrid, Spain; ²Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS and Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy; ³'San Paolo' Hospital, University of Milan, Milan, Italy; ⁴Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Spain; ⁵Fundación Jiménez Díaz University Hospital, Madrid, Spain; ⁶Centre Hospitalier Universitaire d'Orléans, Orléans, France; ⁷CHU Hôtel-Dieu, Nantes, France; ⁸Ian Charleson Day Centre, Royal Free London NHS Foundation Trust, London, UK; ⁹Institute for Global Health, University College London, London, UK; ¹⁰ViiV Healthcare, Brentford, UK; ¹¹ViiV Healthcare, Durham, NC, USA

Table 3. DTG + 3TC Safety Outcomes Reported in People With HIV-1 Aged ≥50 Years From Lead RWE Publications

Name of study author/cohort	Country	Cohort size, N	Individuals aged ≥50 y, n	AEs, n/N (%)	SAEs, n/N (%)	Discontinuations, n/N (%)
Calza 2023	Italy	72	72 (≥65 y)	Overall: 17/72 (23.6); Neuropsychiatric: 12/72 (16.7)	0/72	• 3/72 (4.2) due to virologic failure • 3/72 (4.2) due to AEs ^a • 2/72 (2.8) due to missing data
Nasreddine 2022/ BREACH cohort (ART-naïve and ART-experienced)	Belgium	734	379	Median (IQR) change from baseline in weight at Week 48: ≥50 y, 1 (−1, 3) kg vs <50 y, 2 (−1, 4) kg; 4.1% aged ≥50 y had >10% increase in weight from baseline vs 6.5% aged <50 y ^b	NR	• 27/734 (3.7) • 10/734 (1.4) due to AEs • Regression analysis showed no significant association between baseline age and discontinuation • Median time to discontinuation, 17.1 weeks
Pierone 2022/ OPERA cohort (ART-experienced)	USA	787	297	NR	NR	Age <50 y: 104/490 (21) Age ≥50 y: 66/297 (22)
Yang 2022 (ART-naïve)	China	36	32 (≥60 y)	Overall: 7/36 (19.4) Drug-related: 6/36 (16.7)	2/36 (5.6) ^c	0/36 due to AEs ^d
Yang 2022 (ART-experienced)	China	86	42 (≥60 y)	Overall: 5/86 (5.8) Drug-related: 4/86 (4.7)	0/86	0/86 due to AEs ^d
Zhong 2022 (ART-experienced)	China	112	47	5/112 (4.5) 3 neuropsychiatric	NR	• 4/112 (3.6) • 0 due to neuropsychiatric symptoms

AE, adverse event; NR, not reported; SAE, serious AE. ^an=2 (2.8%) insomnia with sleep disturbances and n=1 (1.4%) headache. ^bOther AEs for DTG + 3TC and DTG + RPV were reported collectively. ^cBoth SAEs (renal impairment) were reported in individuals aged ≥50 years. ^dOnly discontinuations due to AEs were reported.

- Virolojik başarısızlık düşük (%0-%4,2),
- Tedaviyle ortaya çıkan direnç görülmemiş
- Çok az sayıda tedavi ilaca bağlı nedenlerle durdurulmuş

Komorbiditeter

Komorbiditeler

- HIV ile yaşayan kişiler için en iyi sonuçları sağlamak amacıyla diğer tıbbi durumların uygun şekilde yönetilmesine giderek daha fazla önem verilmektedir
- HIV kılavuzlarında yaygın eşlik eden hastalıkların yönetimine ilişkin genel rehberlik yer alsa da, bu tür durumların önlenmesi ve yönetimi konusunda uygun durumlarda uzman tavsiyesi alınmalıdır

Bazı komorbiditelerde başlangıç ART seçimi

Eşlik eden hastalıklar	Kronik böbrek hastalığı (eGFR <60 mL/dk)	<u>TDF'den kaçınılmalı</u> BFT giderek azalan hastalarda TAF veya TDF içeren tüm rejimlerden kaçınılması düşünülmeli TAF eGFR >30 mL/dk ise kullanılır TAF eGFR: 15-29 arası önerilmez <15 mL/dk ve HD almıyorsa kullanılmaz HD uygulanıyorsa doz ayarlamasına gerek yoktur Böbrek yetmezliği olan hastalarda ARV dozlarına dikkat edin	TDF proksimal renal tubulopatiye neden olabilir TDF'in RTV içeren rejimlerle kullanılması renal disfonksiyonu artırır TAF renal fonksiyon bozukluğu üzerindeki etkisi TDF'ye göre daha azdır
	Karaciğer hastalığı ve siroz	Bazı ARV'ler kontrendike veya doz ayarı gerekir	İleri bozuklukta uzman görüşü alınmalı

Bazı komorbiditelerde başlangıç ART seçimi

Eşlik eden hastalıklar	Osteoporoz	<u>TDF'den kaçınılmalı</u>	TDF: böbrek tübülopatisi, idrarda fosfat kaybı ve sonuç olarak osteomalazi ile birlikte kemik mineral yoğunluğunda azalma ile ilişkilidir TAF ve ABC, TDF'den daha az KMY kaybına neden olur
	Psikiyatrik hastalık	EFV ve RPV'den kaçınılmalı INSTI verilen ve önceden psikiyatrik hastalık öyküsü olan hastalar yakın takip edilmeli	EFV ve RPV, psikiyatrik semptomları alevlendirebilir, intiharla ilişkili olabilir Psikiyatrik ilaçlar için ilaç etkileşimlerini kontrol edin
	HIV-ilşkili bunama	EFV'den kaçınılmalı	
	Narkotik replasman tedavisi gerekliyse	EFV'den kaçınılmalı	EFV, metadon seviyesini düşürür ve yoksunluk bulgularına neden olabilir

Bazı komorbiditelerde başlangıç ART seçimi

Eşlik eden hastalıklar	Yüksek kardiyak risk	ABC kaçınma düşünülmeli	Bazı çalışmalarda ABC ile KV risk artışı var
	Kardiyak QT uzaması	EFV veya RPV içeren rejimlerden kaçınılmalı eğer hasta Torsades de pointes yapan başka ilaçlar alıyorsa	RPV; QT uzamasına neden olabilir
	Hiperlipidemi	PI/r or PI/c hiperlipidemi ile ilişkilendirilmiştir BIC, DOR, DTG ve RPV'nin lipid etkisi daha azdır	TDF'nin, ABC veya TAF'ye kıyasla daha düşük lipid seviyeleriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir
	Eğer hastanın tedaviye uyum sorunu varsa	BIC veya DTG veya güçlendirilmiş PI tercih edilmeli	Bu rejimlerin direnç genetik bariyeri yüksektir