

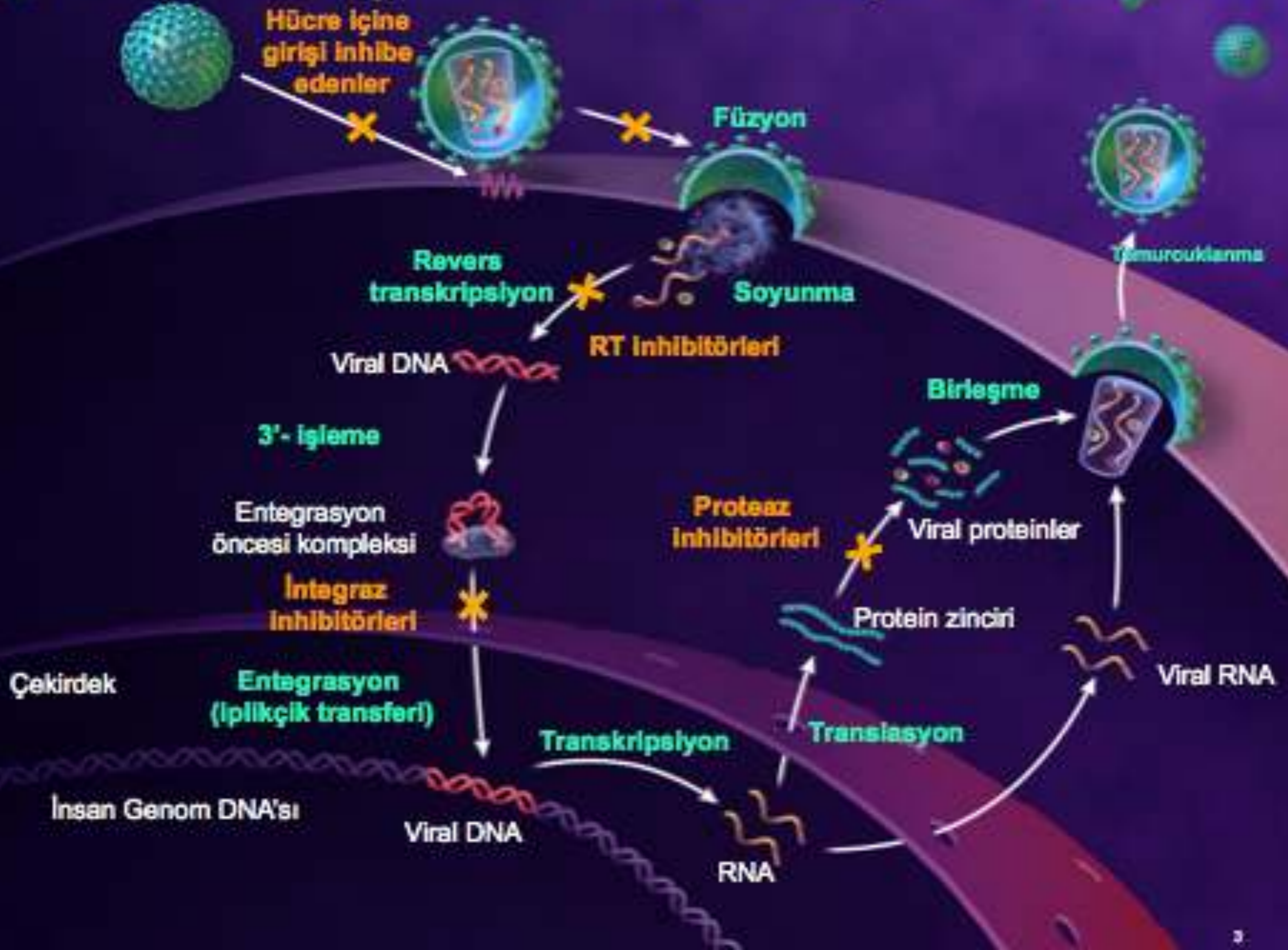


# REHBERLER: TEDAVİYE NE ZAMAN BAŞLAMALI?

Dr. Behice Kurtaran  
Ç.Ü.T.F. Enfeksiyon  
Hastalıkları ve Klinik  
Mikrobiyoloji AD



# HIV Yaşam Döngüsü ve Mevcut İlaçların Hedefleri



# UNAIDS HEDEFLERİ

2030 yılına kadar AIDS epidemisini sonlandırmak için....

%90

yeni infeksiyonlarda  
azalma

%90

dışlanma ve ayrımcılıkta  
azalma

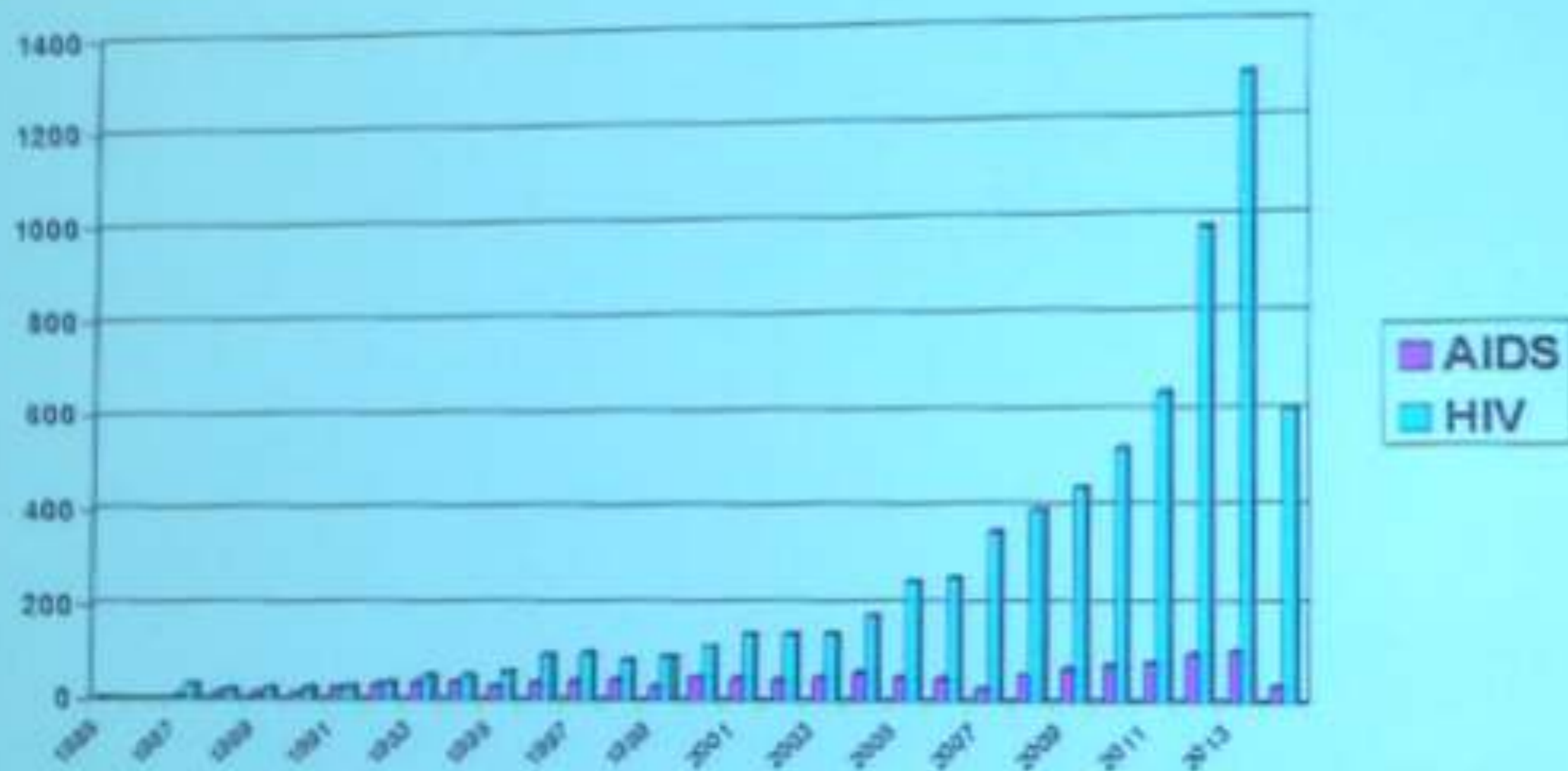
%90

AIDS-bağlantılı ölümlerde  
azalma

# TÜRKİYE'DE HIV/AIDS VAKALARININ YILLARA GÖRE DAĞILIMI

Ekim 1985 – Haziran 2014

n:8238



# ANTİRETROVİRAL TEDAVİ

HIV eradiksasyonu yeni tedavilerle  
**HENÜZ** mümkün değil

Hafıza T hücreleri viral "rezervuar"

Plazmada HIV RNA <50 kopya/  
ml bile olsa lenf nodlarında  
virus çoğalması devam eder :(





## Tedavi Hedefleri

Viral yükün maksimum düzeyde ve uzun süreli baskılanması

İmmünolojik fonksiyonları korumak ve iyileştirmek

Yaşam kalitesini arttırmak

HIV'e bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmak

Bulaşı engellemek



# ART

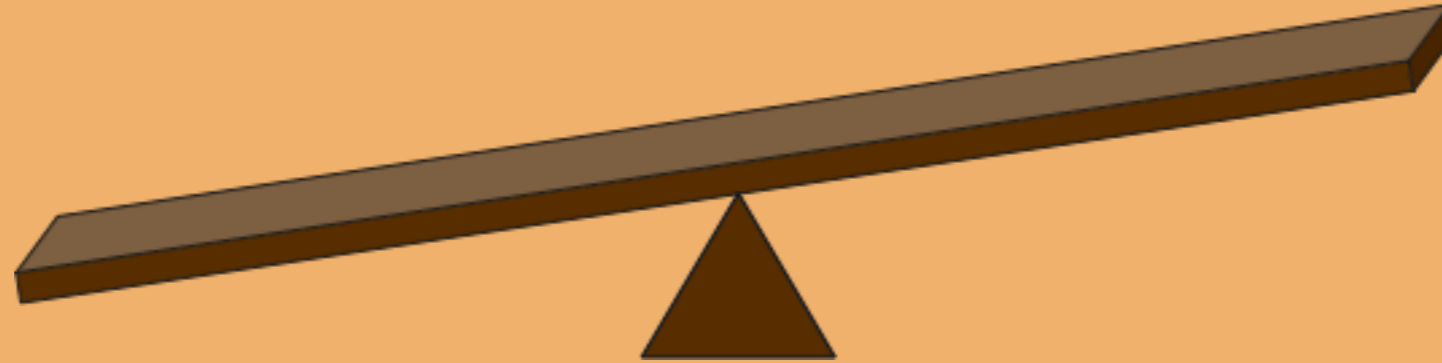
## Avantajları

- ✓ Fırsatçı enfeksiyonlarda azalma
- ✓ Daha kaliteli yaşam
- ✓ Yaşam süresinde uzama



## Dezavantajları

- ✓ Uzun süreli tedavi
- ✓ Direnç sorunu
- ✓ Yan etki
- ✓ Çoklu ilaç tedavisi
- ✓ Pahalı





# Rehberler

**DHHS** (Departement of Human and Health Services)

**EACS** (European AIDS Clinical Society)

**IAS** (International AIDS Society)

**WHO** (World Health Organization; DSÖ)

**BHIVA** (British HIV Association)





# DHHS

ART başlanacak hastanın tedaviye istekli ve hazır olması, tedavinin yarar ve riskleri ile ilaç uyumunun önemi hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir (AIII)

Hasta tedaviyi ertelemek isteyebilir ya da olgu bazında klinik ve/veya psiko-sosyal faktörler nedeni ile hekim

ART'yi erteleyebilir





Öneri gücü	Tanım
A	Öneriyi destekleyecek <b>iyi düzeyde</b> öneri
B	Öneriyi destekleyecek <b>orta düzeyde</b> öneri
C	Öneriyi destekleyecek <b>zayıf düzeyde</b> öneri

Kanıt düzeyi	Tanım
I	Klinik ve/veya geçerli laboratuvar sonuçları olan bir veya daha fazla <b>randomize</b> çalışmadan elde edilen kanıtlar
II	Bir veya daha fazla iyi kurgulanmış, randomize edilmemiş çalışma veya uzun dönem klinik sonuçları olan <b>gözlemsel kohort</b> çalışmalardan elde edilen kanıtlar
III	<b>Uzman görüşüne</b> dayanan kanıtlar

DHHS; 2014





# DHHS

Klinik ve/veya CD4 Sayısı	Öneri
CD4 <350/mm <sup>3</sup> (AI) CD4 350-500/mm <sup>3</sup> (AII) CD4 >500/mm <sup>3</sup> (BIII)	ART başla
AIDS göstergesi hastalık öyküsü (AI) Gebe hasta (AI) HIV-ilişkili nefropatili hasta (AII) HBV için tedavi endikasyonu olan HBV ko-enfeksiyonlu hasta (AIII) HCV ko-enfeksiyonu (BII) HIV ilişkili demans (AI)	ART başla





# DHHS

Klinik ve/veya CD4 Sayısı	Öneri
Bulaşı engellemek Perinatal (AI) Heteroseksüel (AI) Diğer risk grupları (AIII)	ART başla
Diğer Erken HIV enfeksiyonu (BII) >50 yaş (BII)	ART başla





# Acil Tedavi Gerektiren Durumlar

AIDS göstergesi hastalık öyküsü (HIV ilişkili demans dahil) (AI)  
Gebelik (AI)

Akut fırsatçı enfeksiyonlar

CD4  $<200/\text{mm}^3$  (AI)

Yüksek viral yük ( $>100.000$  kopya/ml) (BII)

HIV-ilişkili nefropatili hasta (AII)

HIV/HBV ko-enfeksiyonlu hasta (AII)

HIV/HCV ko-enfeksiyonlu hasta (BII)

CD4 sayısında hızlı düşüş ( $>100/\text{yıl}$ ) (AIII)

Akut/erken HIV enfeksiyonu (BII)



# EACS



	CD4=350-500	CD4=>500
Asemptomatik HIV enfeksiyonu	D	D
HIV bulaşını azaltmak için	D	D
Semptomatik HIV enfeksiyonu	Ö	Ö
Primer HIV enfeksiyonu	D	D
Gebelik (3.TM'den önce)	Ö	Ö
Tedavi gerektiren HBV enfeksiyonu	Ö	Ö
Tedavi gerektirmeyen HBV enfeksiyonu	Ö	D
Tedavi düşünülen HCV enfeksiyonu	Ö	D
Tedavi olası olmayan HCV enfeksiyonu	Ö	D
D: Düşünülür, Ö: Önerilir		



# EACS



	CD4=350-500	CD4=>500
HIV ilişkili (olası) durumlar (CDC B ve C dışı durumlar) HIV ilişkili nefropati HIV ilişkili nörokognitif bozukluk Hodgkin lenfoma HPV ilişkili kanserler	Ö Ö Ö Ö	Ö Ö Ö Ö
<b>Kemoterapi ve/veya radyoterapi gerektiren AIDS tanımlayıcı olmayan kanserler</b>	D	D
<b>Otoimmün hastalıklar</b>	D	D
<b>KVH için yüksek risk faktörü (&gt;%20; 10 yıllık risk) veya KVH öyküsü</b>	D	D
D: Düşünülür, Ö: Önerilir		





# IAS

## ART önerilen durumlar

CD4  $\leq$  500/mm<sup>3</sup> (AIa)

CD4 > 500/mm<sup>3</sup> (BIII)

Gebelik (AIa)

Kronik Hepatit B ko-enfeksiyonu (AIIa)

HIV ilişkili nefropati (AIIa)

Akut primer HIV enfeksiyonu (semptomdan bağımsız)  
(BIII)

Fırsatçı enfeksiyon varlığında tercihen ilk 2 hafta içinde olmak üzere ART'ye bir an önce başlanmalı (AIa)

Diğer fırsatçı enfeksiyonlar ve AIDS tanımlayıcı hastalıklar (lenfoma ve HPV ilişkili kanserler dahil) (AIa-BIII)

Tüberkülozlu hastalarda

CD4 < 50/mm<sup>3</sup>  tedaviye ilk 2 haftada

CD4 > 50/mm<sup>3</sup>  tedaviye 8-12 haftada başlanır (AIa)







# BHIVA

CD4  $\leq$  350/mm<sup>3</sup> (1A)

AIDS (CD4 sayısından bağımsız) (1A)

HIV ilişkili komorbidite varlığı (CD4 sayısından bağımsız)  
(HIV ilişkili nefropati, idiyopatik trombositopenik purpura, semptomatik HIV ilişkili nörokognitif bozukluklar) (1C)

Gebe hasta

Kronik hepatit B ko-enfeksiyonlu hastada CD4  $\leq$  500/mm<sup>3</sup> ise (1B)

Kronik hepatit C ko-enfeksiyonlu hastada CD4  $\leq$  500/mm<sup>3</sup> ise (1C)

İmmünsüpresif kemoterapi ya da radyoterapi gerektiren AIDS tanımlayıcı olmayan maligniteler (1C)

Kronik hepatit B ko-enfeksiyonlu hastada CD4  $>$  500/mm<sup>3</sup> ise ve hepatit B tedavi endikasyonu var ise (2B)





# BHIVA

**AIDS veya majör enfeksiyon ile başvuran hasta**

AIDS tanımlayıcı enfeksiyon veya ciddi bakteriyel enfeksiyon ile

başvuran ve  $CD4 < 200/mm^3$  olan hastada özgül antibiyoterapi

başlandıktan sonra ilk 2 hafta içinde ART başlanması önerilir (1B)

**Primer HIV enfeksiyonu (aşağıdaki kriterlerden herhangi biri varlığında)**

Nörolojik tutulum (1D)

AIDS tanımlayıcı hastalık (1A)

Kanıtlanmış  $CD4 < 350/mm^3$  (1C)

**Bulaş riskini azaltmak için**

$CD4 > 350/mm^3$  olan hasta, bulaş riskini azaltmak için ART

başlanmasını istiyorsa (uzman görüşü)



# DSÖ



Ciddi/İleri HIV enfeksiyonu (DSÖ klinik evre 3 veya 4)	CD4 sayısından bağımsız olarak ART başlanır
DSÖ klinik evre 1 ve 2	CD4 sayısı $\leq 500/\text{mm}^3$ olan hastalara ART başlanır (CD4 sayısı $\leq 350/\text{mm}^3$ olanlar öncelikli)
Tüberküloz	CD4 sayısından bağımsız olarak ART başlanır
Hepatit B ko-enfeksiyonu	CD4 sayısı $\leq 500/\text{mm}^3$ olan hastalara ART başlanır İleri evre karaciğer hastalığı olanlarda CD4 sayısına bakılmaksızın tedaviye başlanır
HIV serolojisi uyumsuz çiftler	CD4 sayısından bağımsız olarak ART başlanır
Gebe ve emziren kadınlar	CD4 sayısından bağımsız olarak ART başlanır

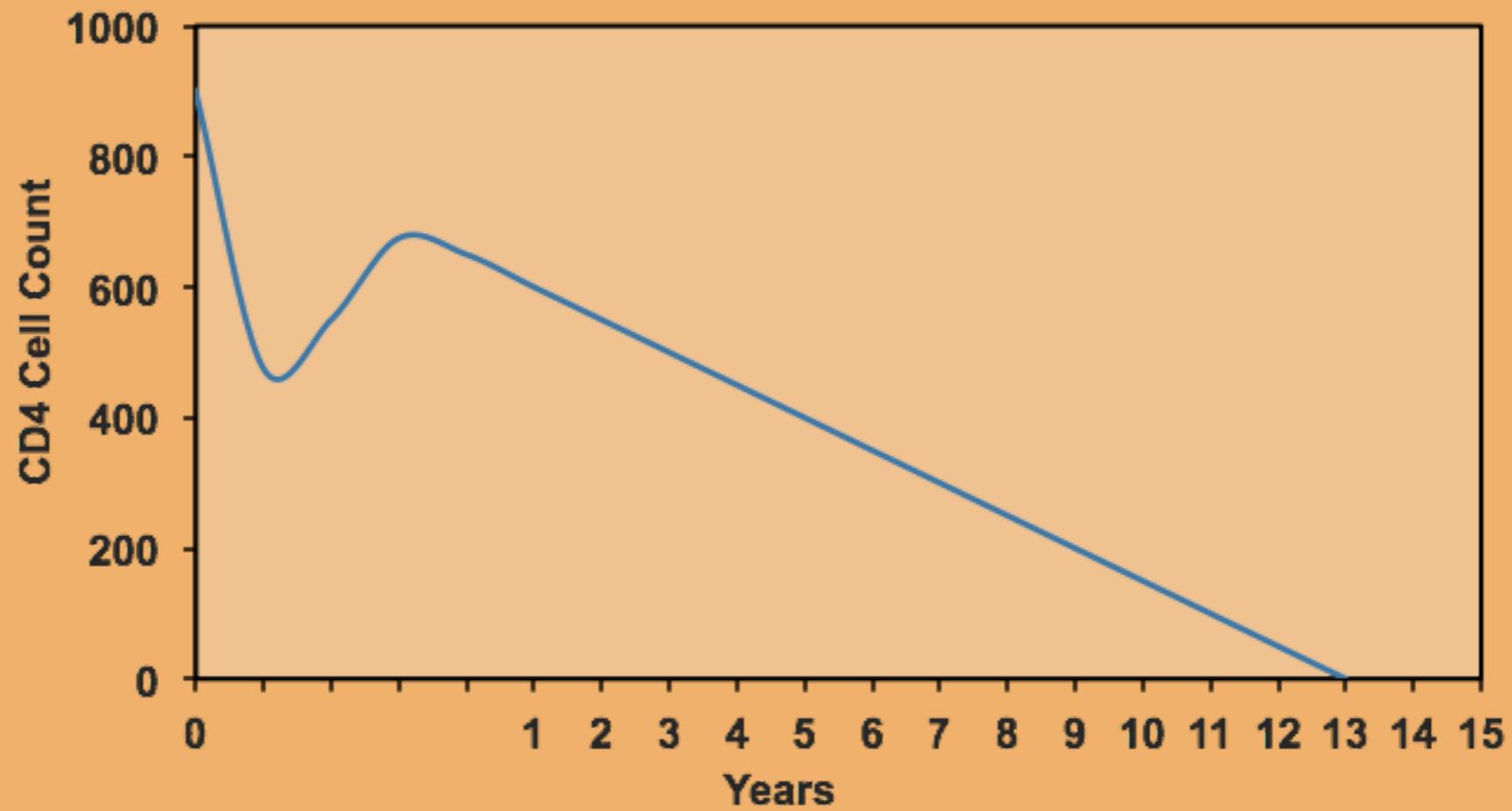


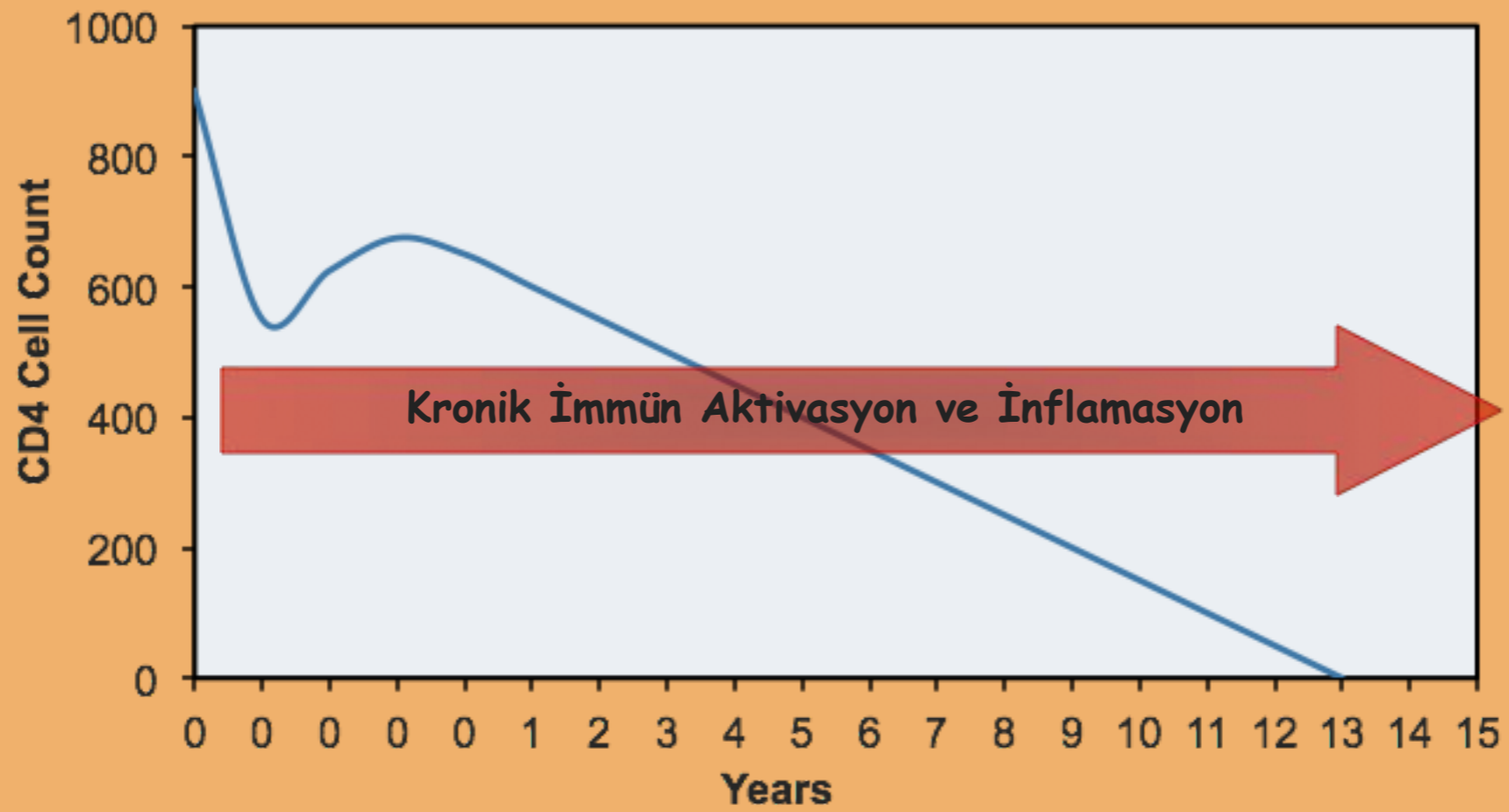


# BEKLEMEK YA DA BAŞLAMAK ???



## CD4 Hücresinin Progresyonu (ART Olmaksızın)







# GÜNCEL REHBERLER ...

## Daha yüksek CD4 sayılarında tedavi önerisi

### NEDEN?

"kontROLSÜZ HIV replikasyonu ve immün aktivasyonun yol açtığı kronik inflamatuvar durum

HIV ile ilişkilendirilmeyen end-organ hasarı ve ko-morbid durumlar

yüksek CD4 sayılarına rağmen, uzun süre baskılanma sonucu olan kalıcı immün hasarlanmanın getirdiği yaşam süresinde kısalma

CD4'ün 350'ye inmesinden önce tedaviye başlayanlarda daha iyi prognoz ve azalmış komplikasyon





# HIV İlişkili Kronik Enfeksiyon ...

MI/KVH riski

Beyin, karaciğer ve böbrek hasarı

Kanserler

Otoimmün hastalıklar

ART'nin neden olabileceğini düşündüğümüz tüm yan etkiler

Bazı ilaçlar KVH riskini arttırsa da, ART ile HIV'in başarılı kontrolü, inflamasyonu azaltma yolu ile aynı problemlerin azalmasını sağlar

**UZMANLAR HALEN ARAŞTIRSA DA, ŞU ANDA  
BİLDİKLERİMİZİN ÖZETİ BU!**







# İŞ İŞTEN GEÇMEDEN ...



Önce aynalar farkedecek yokluğumu  
Sonra elbiselerim  
Sonra pencere  
Sonra yatak  
Sen farkına vardığın zaman  
İş işten geçmiş olacak

Ümit Yaşar Oğuzcan

