

Özel Konakta ART

Karadeniz HIV Simpozyumu
26-27 Mayıs 2024, Samsun



Prof. Dr. Çiğdem ATAMAN HATİPOĞLU

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Sunum planı

- Gebelerde ART
- HBV koenfekte hastada ART
- HCV koenfekte hastada ART

Gebelerde ART



Gebelik ve HIV

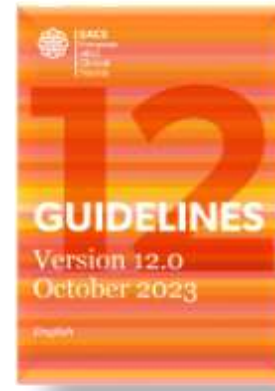


- Gebelerde HIV enfeksiyonu tedavisi
 - Hem gebenin sağlığı
 - Hem de bebeğin HIV ile enfekte olmadan doğması açısından önemli
- HIV ile yaşayan, gebe olan veya gebelik planlayan tüm kadınlarda
 - HIV enfeksiyonunun durumu değerlendirilmeli
 - ART almıyorsa perinatal bulaşı engellemek için **CD4 T lenfosit sayısına ve HIV RNA düzeyine bakılmaksızın en kısa zamanda ART başlanmalı**
- Gebelik, tedaviye başlamak için engel değil

Gebelik ve HIV

- HIV ile yaşayan, gebe olan veya gebelik planlayan kadın
 - Uygun ART alıyorsa devam edilmeli
 - Uygun değil ise değişiklik yapılmalı
- HIV RNA düzeyinin gebelik boyunca ve özellikle 3. trimesterde tam baskılanması
 - Bebeğe bulaş riskinin <5'e indirilmesi ve
 - Doğum anında HIV RNA'nın <50 kopya/mL olması amaçlanmalı

Gebelik dönemine ve gebenin ART kullanımına göre takip ve tedavi



ART alırken gebelik planlayan veya gebe kalan HIV ile yaşayan kadınlarda

- ART gebelik boyunca sürdürülmeli
- Kontrendikasyon yoksa kullanılmakta olan ART rejimine devam edilmeli
- Gerekirse ART rejiminde değişiklik yapılabilir
 - Kişinin tedavi hikayesi, tedaviye uyumu, yan etkiler ve kullanılan ilaçların gebelikteki farmakokinetik özelliklerini dikkate al
- Ayda bir veya iki ayda bir ve doğuma en yakın zamanda kontrol
- Her iki ayda bir ve gebeliğin 36. haftasında viral yük

Gebelik dönemine ve gebenin ART kullanımına göre takip ve tedavi

ART henüz başlanmamış olan HIV ile yaşayan kadın gebe kalırsa

- ART mümkün olan en kısa sürede başlanmalı
- ART gebeliğin en geç 24. haftasına kadar başlanmış olmalı
- Bulantı kusma gibi nedenlerle 1. trimesterde tedavi alamayan gebelerde tedaviye 2. trimesterde mümkün olan en kısa zamanda başlanmalı
- Viral yük >100.000 kopya/mL ve CD4 T lenfosit sayısı <200 hücre/mm³ ise tedaviye ilk trimesterde mutlaka başlanmalı

Gebelik dönemine ve gebenin ART kullanımına göre takip ve tedavi

2. trimesterin geç dönemlerinde veya 3. trimesterde izleme başlanan gebe HIV ile yaşayan kadında

- ART hemen başlanmalı
- Viral yükün hızla düşmesini ve doğum sırasında saptanamaz olmasını sağlamak için integras inhibitörü içeren ART başlanması önerilir
- Raltegravir (RAL) veya dolutegravir (DTG)

Gebelik dönemine ve gebenin ART kullanımına göre takip ve tedavi

HIV ile yaşayan gebe kadında 3. trimesterde HIV viral yükü hala saptanır seviyede ise

- Direnç testi istenmeli
- Viral yükün hızla düşüşünü sağlamak için tedavi integras inhibitörüne (RAL veya DTG) değiştirilmeli veya
- Mevcut tedaviye integras inhibitörü eklenmeli

Gebelik dönemine ve gebenin ART kullanımına göre takip ve tedavi

ART gebelik boyunca kesilmemeli

- Ancak,
 - ciddi toksisite,
 - gebeliğe bağlı tedaviye yanıtızsız hiperemezis,
 - oral alımı kısıtlayan planlı cerrahi girişim gibi durumlarda tedavi kısa süreli kesilebilir
- İlaçların hepsi birden kesilmeli
- Kesintiye neden olan durum düzelinece tedavi en kısa sürede tekrar başlanmalı

Gebelik dönemine ve gebenin ART kullanımına göre takip ve tedavi

Gebeliğin 34-36. haftasında viral yük >50 kopya/mL ise

- 38. haftada elektif sezaryan planlanmalı
- Doğum sırasında 2 mg/kg yükleme dozunun ardından doğum gerçekleşene kadar 1 mg/kg/saat dozunda iv zidovudin infüzyonu verilmeli
- Planlanmış sezaryan ile doğum yapılacaksa zidovudin infüzyonuna sezaryandan 3 saat önce başlanmalı
- Önceden planlanmamış sezaryan doğum yapılacak ise yükleme dozu verildikten sonra doğum gerçekleştirilmeli

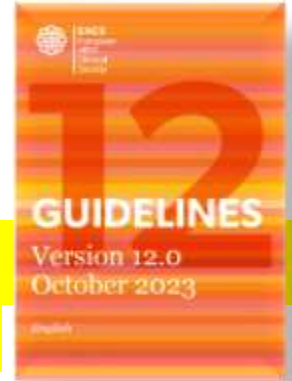
Gebelik dönemine ve gebenin ART kullanımına göre takip ve tedavi

Gebe kadına doğum sırasında HIV enfeksiyonu tanısı konulduysa

- Mümkünse sezaryan ile doğum yaptırılmalı
- İv zidovudin uygulaması yukarıdaki gibi yapılmalı
- Yükleme dozundan sonra doğum yaptırılabilir

HIV ile yaşayan anneden doğan yenidoğan

- HIV ile yaşayan anneden doğan tüm yenidoğanlara temas sonrası profilaksi verilmeli ve takipleri yapılmalı
- Bebek emzirilmemeli, formül süt/mama ile beslenmeli
 - Annenin viral vükü negatif olsa bile. **emzirme ile bulaş riski düşüktür ancak risk “0” değildir**
- Emzirme rutin olarak önerilmez, ancak, annenin HIV viral yükü persistan olarak negatif ve bulaş riski çok düşük ise
 - anne ile birlikte karar vererek ve
 - anne ile bebeği yakından izleyerek bebek emzirilebilir



Gebelerde ART

En az üç ilacın birlikte kullanılması önerilir

Tercih edilen başlangıç ART rejimleri:

1. 2NRTI ve INSTI

- *DTG /ABC/3TC veya DTG + (ABC/3TC veya TDF/FTC veya TDF/3TC veya TAF/FTC)
- **RAL + (TAF/FTC veya TDF/FTC veya TDF/3TC)

2. 2NRTI ve PI

- DRV/r + (TDF/3TC veya TDF/FTC)

*DTG /ABC/3TC veya DTG + ABC/3TC seçenekleri EACS rehberinde alternatif ilaçlar arasında

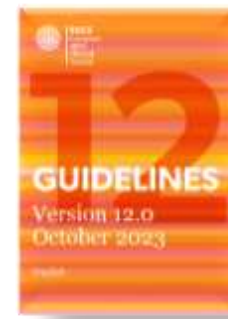
** RAL, DHHS rehberinde alternatif ilaçlar arasında



Gebelerde ART

- ABC kullanılacak gebelerde HLA-B*5701 negatif olmalı ve HBsAg negatif olmalı
- TDF kullanılan gebeler renal toksisite riski nedeniyle yakından izlenmeli
- DRV/r gebelerde 2x600/100 şeklinde kullanılmalı
 - Plazma seviyesinin düşmesi nedeniyle günde tek doz 800/100 mg kullanımı önerilmez
- RAL 2x400 mg olarak kullanılmalı
 - Veri olmadığı için günde tek doz 1200 mg kullanımı gebelerde önerilmez

Gebelerde ART



- Gebeliğin erken döneminde DTG alan annelerin bebeklerinde nöral tüp defekti gelişme oranı, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da diğer ART ilaçlara göre minimal düzeyde yüksek
 - Ancak bu durum dolutegravirin gebeliğin erken döneminde kullanımına engel değil
- TAF/FTC gebeliğin ilk 14 haftasında önerilmez, 14. haftadan sonra kullanılabilir
- **Gebelikte**
 - **biktegravir**
 - **doravirin**
 - **raltegravir tek doz ve**
 - **dual tedavi kullanılması ile ilgili veriler yetersiz**
- Gebe veya gebelik planlayan kadınlarda nöral tüp defekti riskini önlemek için günde en az 400 µg folik asit önerilir

HIV/HBV Koenfekte Hastalarda ART

H I V

B

V

Approximately 10% of people with HIV in the United States also have HBV.

HIVinfo.
1-800-458-5231
www.hivinfo.org

U.S. Department of Health and Human Services

The infographic features a green background with a blue footer. The letters H, I, and V are arranged in a top row, each inside a yellow square. Below them, the letters B and V are arranged in two rows, also each inside a yellow square. To the right of these letters, the text 'Approximately 10% of people with HIV in the United States also have HBV.' is written in white. The footer contains the HIVinfo logo and the U.S. Department of Health and Human Services logo.

HIV/HBV koenfeksiyonu



- Ortak bulaş yolları nedeniyle HIV/HBV koenfeksiyonları sık
- HIV ile enfekte bireylerin %10-15'inde KHB enfeksiyonu
- Ülkemizde HIV ile enfekte bireylerin
 - %40'ı HBV ile karşılaşmış
 - %4'ünde KHB enfeksiyonu
- Primer HBV enfeksiyonunun ardından
 - İmmüitesi sağlam kişilerde %2-5 kronik hepatit
 - HIV ile enfekte bireylerde bu oran beş kat daha fazla
- HIV ile enfekte kişilerde izole anti-HBc pozitifliği HBV enfeksiyonunun tek göstergesi olabilir

HIV'in HBV seyri üzerine etkisi

HIV, hepatit B enfeksiyonunun seyrini **olumsuz** etkiliyor

HIV/HBV koenfekte kişilerde

- Karaciğer ile ilişkili mortalite oranları 15 kat fazla (özellikle CD4 T lenfosit sayısı düşük saptananlarda)
- HBV'nin replikasyonu yüksek düzeyde, hastalık hızla ilerliyor, fibrozis ve siroz riski 4,2 kat fazla
- **Hepatit B reaktivasyonu riski**
 - Ciddi immün süpresyon durumunda anti-HBs serokonversiyonu oluşmuş kişilerde
 - ART başlanması sonrasında bağışıklığın yeniden yapılanmasına bağlı olarak

HBV'nin HIV seyri üzerine etkisi

HBV'nin HIV enfeksiyonunun ilerlemesinde rolü yok

- ART altındaki HIV/HBV koenfekte kişilerde hepatotoksisite riski artabilir
 - Her iki etkene de etkili olan tedavinin sonlandırılması gerekebilir

HIV/HBV koenfekte hastalarda tedavi

- HBV tedavisine erken başlanmalı
 - HIV, hepatit B enfeksiyonunun hızlı ilerlemesine yol açar, siroz gelişme riskini artırır
- İmmün sistemin bozulmuş olması nedeniyle HBsAg kaybı ve anti-HBs oluşumu zor
- Tedavinin ana hedefleri
 - Viral replikasyonu baskılamak,
 - HBeAg serokonversiyonunu ve ALT'nin normal değerlere dönmesini sağlamak,
 - Karaciğerde yangı, siroz ve HSK gelişme riskini azaltmak
- HBV tedavisi ile hastalığın bulaşma riski de azalır



HIV/HBV koenfeksiyonunda kullanılabilecek antiviral ilaçlar

- Hem HIV hem de HBV'ye etkili en önemli antiviral ilaç **tenofovir**
- HIV/HBV koenfekte tüm hastalara tenofovir disoproksil fumarat (**TDF**) veya tenofovir alafenamid (**TAF**) içeren ART verilmeli
 - TDF ile deneyim çok fazla
 - TAF ile daha az toksisite
- Tenofovir dışında her iki virüse de etkili diğer ilaçlar: lamivudin, emtrisitabin ve entekavir
- Adefovir ve telbivudin ise yalnızca HBV'ye etkili
- İnterferon tedaviye yanıt oranının düşük olması nedeni ile HIV/HBV koenfeksiyonlarında tercih edilmiyor

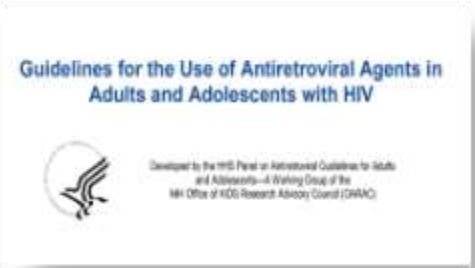
HIV/HBV koenfeksiyonunda kullanılabilecek antiviral ilaçlar

- Tenofovir direnç açısından avantajlı
 - Nükleozit analoglarına karşı çapraz direnç göstermiyor
 - DNA polimerazdaki mutasyonlara karşı yüksek genetik bariyere sahip
- Diğer ilaçlar ile tedavide en önemli sorun direnç gelişmesi
- Lamivudin tek başına kullanıldığında
 - HBV DNA polimeraz geninin YMDD motifinde mutasyon oluşabilir
 - HIV/HBV koenfeksiyonunda tek başına kullanıldığında, 4 yılın sonunda hastaların yaklaşık %90'ında direnç gelişiyor

HIV/HBV koenfeksiyonunda kullanılabilecek antiviral ilaçlar

- Emtrisitabin, entekavir ve lamivudin arasında çapraz direnç söz konusu
- Entekavir tek başına kullanıldığında
 - M184V mutasyonu gelişebiliyor,
 - Bu da lamivudin ve emtrisitabine karşı direnci beraberinde getiriyor
 - Bu nedenle HIV/HBV koenfeksiyonunda etkin bir ARV ile birlikte kullanılması gerekli
- Sonuçta, direnç gelişimini en aza indirebilmek için HIV/HBV koenfekte hastalarda ART şemasının iki virüse de etkin iki ilacı içermesi öneriliyor

HIV/HBV koenfekte hastalarda tedavi önerileri



- Tenofovir intoleransı olmayan tüm hastalara TDF veya TAF içeren ve lamivudin veya emtrisitabin ile kombine edilmiş bir ART rejimi başlanmalı
- Hasta için tenofovir tedavisi güvenli değil ise
 - Entekavir tam baskılayıcı bir ART rejimi ile birlikte kullanılmalı

HIV/HBV koenfekte hastalarda tedavi önerileri

- CD4 T lenfosit sayısı düşük veya sirotik hastalar ART başlandıktan sonra dikkatle izlenmeli
 - ART başlandıktan sonraki bir ay içinde IRIS gelişme riski
 - KC dekompansementasyonuna bağlı KC enzimlerinde dalgalanmalar
- HIV/HBV koenfeksiyonunda ART rejimi HBV'ye etkili ilaç içeriyorsa tedaviye ömür boyu devam edilmeli

HIV/HBV koenfekte hastalarda tedavi önerileri

- Hastada HBV baskılanmış ise ve ART'nin değiştirilmesi gerekiyorsa
 - HBV için etkili ilaçlar kesilmemeli
 - HIV'i baskılamak için uygun ARV ilaçlar tedaviye eklenmeli
- HBV'ye etkili olan ARV ilaçları kesmek gerekirse,
 - Hepatik alevlenme açısından dikkatli olunmalı
 - Transaminazlar yakından izlenmeli
 - Alevlenmenin önlenmesi için entekavir kullanılması önerilebilir

HIV/HBV koenfekte hastalarda tedavi önerileri

- ART değiştirilecekse, HBV'ye etkili ilaç
 - HBeAg pozitif olanlarda HBe serokonversiyonundan sonra en az 1 yıl süreyle devam edildikten sonra
 - HBeAg negatif olgularda ise anti HBs serokonversiyonu geliştikten sonra kesilebilir
- Sirozu olan koenfekte hastalarda HBV tedavisinin kesilmesi önerilmiyor
 - KC dekompensasyonu gelişme riski var

HBV reaktivasyonu riski olan durumlarda ART

- HBsAg pozitif olan koenfekte hasta,
 - HBV'ye etkinliği olmayan bir ART rejimi kullanmakta, kemoterapi veya diğer immünsüpresif tedaviler (**rituksimab vb**) verilecekse tedaviye mutlaka TDF veya TAF eklenmeli
- HBsAg negatif, anti-HBc pozitif kişiler,
 - Ağır immünsüpresif tedavi (**lenfoma/lösemi için kemoterapi veya kök hücre veya solid organ nakli**) uygulanacaksa HBV reaktivasyonunu önlemek için TDF/TAF tedavisi almalı
- B hücrelerini tüketen ilaçlarla (**rituksimab, natalizumab, alemtuzumab vb**) tedavi edilen kişilerde ART rejiminin içinde TDF/TAF bulunmalı
- TDF/TAF kontrendike ise ETV, 3TC ve FTC verilebilir
 - 3TC direncine bağlı olarak reaktivasyon gelişebilir

HBV reaktivasyonu riski olan durumlarda ART

- İzole anti-HBs pozitifliği olan (aşılama öyküsü olmayan) koenfekte kişiler HBV reaktivasyonu açısından dikkatle izlenmeli
- HBV'ye karşı etkili ART ile tedavi edilmeyen ve diğer immünsüpresif tedavileri (örn. **TNF alfa inhibitörü**) kullanan hastalar HBV reaktivasyonu açısından HBV-DNA ve HBsAg ile dikkatle izlenmeli
 - Bu mümkün değil ise rejime TDF/TAF eklenmeli

HIV/HCV Koenfekte Hastalarda ART

H I V

C

V

Approximately 21% of people with HIV in the United States also have HCV.

HIVinfo, hivinfo.nih.gov

For more information, visit www.hivinfo.nih.gov

The infographic features a light blue background with yellow letter tiles for 'H', 'I', and 'V' in the top row, 'C' in the middle row, and 'V' in the bottom row. The text is in a bold, sans-serif font. At the bottom, there are logos and website information.

HIV/HCV koenfeksiyonu

- Bulaş yollarının benzer olması nedeniyle HIV/HCV koenfeksiyonları sık
- Dünya genelinde HIV ile enfekte olguların ortalama %6'sı HCV ile de enfekte
- Ülkemizde HIV ile enfekte olgulardaki HCV koenfeksiyonu oranı %0,9



HIV'in HCV seyri üzerine etkisi

HIV, HCV'nin seyrini **olumsuz** etkiler

HIV/HCV koenfekte hastalarda

- Akut HCV enfeksiyonunda spontan klirensi daha az
- Fibrozun ilerlemesi, siroz ve ileri evre KC yetmezliği daha sık
- HCV enfeksiyonunda fibrozun ilerlemesi açısından risk faktörü olan durumlar koenfekte olgularda da mevcut
 - İleri yaşı, alkol kullanımı, diyabet, yüksek BKE, yüksek AST düzeyi ve steatoz
- Fibrozun ilerlemesini artıran diğer faktörler
 - CD4 T sayısı $<200/\text{mm}^3$, HIV RNA düzeyinin yüksek olması ve ART kullanılmaması

HIV'in HCV seyri üzerine etkisi

- HIV ile enfekte hastalarda HSK sıklığında belirgin artış var
 - Bu olguların neredeyse tamamı HCV ile koenfekte
- Koenfekte hastalarda HSK daha erken yaşta ortaya çıkar ve yaşam beklentisi daha kısa
- ART başlanmış olsa bile, koenfekte olgularda KC dekompanzasyonu riski fazla
 - ART yokluğunda bu risk daha da artar
- ART, bağışıklığın yeniden yapılanmasını sağlayarak karaciğer ile ilişkili mortaliteyi ve fibrozun ilerlemesini azaltır

HCV'nin HIV seyri üzerine etkisi

HCV enfeksiyonunun HIV enfeksiyonu üzerinde olumsuz etkisi olup olmadığı ile ilgili çelişkili sonuçlar mevcut

- HIV ile enfekte olgularda HCV RNA seviyeleri yüksek ise AIDS ve AIDS ile ilişkili mortalite daha sık
- HCV ile koenfekte olgularda CD4 T hücresi sayısı daha yavaş artmakta
- HIV/HCV koenfekte olgularda osteoporoz, KBY gibi hepatik olmayan komplikasyonlar daha sık

Akut hepatit C, tedavi

- Akut HCV enfeksiyonu olan kişilerde spontan iyileşme
 - HCV monoenfekte kişilerde %40
 - HIV/HCV koenfekte olgularda %20
- Akut HCV enfeksiyonu tanısı alındıktan 4 hafta sonra, HCV RNA'nın $<2\log_{10}$ azalması ve 12. haftada halen HCV RNA'nın tespit edilmesi durumunda tedavi verilmeli
- Amerika ve Avrupa rehberlerinde HCV tedavisinin (DEA) en kısa sürede başlanması önerilmekte (tedavi ile bulaş riski de azalır)



- Glecaprevir 100 mg/pibrentasvir 40 mg tablet (GLE/PIB) 1x3, 8 hafta veya
- Sofosbuvir 400 mg/velpatasvir 100 mg tablet (SOF/VEL) 1x1, 12 hafta



Kronik hepatit C, tedavi

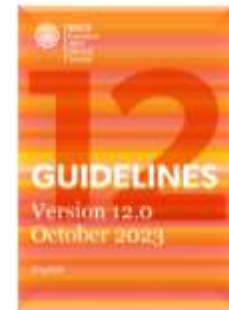
- **Direkt etkili antiviral ilaçlar (DEA)** kullanılıyor
- Hepatit C enfeksiyonunun tedavisinde hedef,
 - Kalıcı viral yanıt (KVY): tedavi tamamlandıktan sonra 12-24. haftada HCV RNA'nın negatif olması
- Koenfekte hastalarda KVY, KC ile ilişkili mortalite ve morbiditeyi belirgin azaltıyor
- DEA'lar ile KVY oranı HCV/HIV koenfekte ve HCV monoenfekte hastalarda benzer
- Fibroz düzeyine bakılmaksızın koenfekte tüm olgular DEA'lar ile tedavi edilmeli

Kronik hepatit C, tedavi

- HIV/HCV koenfeksiyonu olan ve daha önce ART kullanmamış olan hastalara, CD4 T lenfosit sayısına bakılmaksızın ART başlanmalı
- Önce ART'ye daha sonra HCV tedavisine başlamak tercih edilir
- ART'nin HCV tedavisine başlamadan yaklaşık 4-6 hafta önce başlatılması önerilir
 - ART'nin önce başlatılması, tek başına ARV ilaçların tolere edilebilirliğinin ve yan etkilerinin değerlendirilmesine olanak tanır
 - ART ile vireminin baskılanması ve bağışık işlevin geri kazanılması, hepatit C tedavisine daha iyi yanıt alınmasını sağlayabilir

Kronik hepatit C, tedavi

- HIV ile enfekte hastalarda HCV tedavisinin zamanına ve kullanılacak rejime karar verirken
 - HCV genotipi,
 - hastalığın evresi,
 - diğer medikal ve sosyal durumlar,
 - önceki tedaviler ve
 - ilaç etkileşimleri göz önüne alınmalı



Maviret

Tablo 7.1 HIV ve HCV enfeksiyonlarının tedavisinde kullanılan ve ülkemizde bulunan antiretroviral ilaçlar arasındaki başlıca etkileşimlerin özeti

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

Kronik hepatit C, tedavi

- HIV/HCV koenfekte hastalarda HCV tedavisine ve ART'ye başlanırken veya değiştirilirken, ciddi etkileşimler nedeniyle ilaç seçimleri dikkatli yapılmalı
- HCV tedavisi için ART'ye ara verilmesi önerilmiyor
- HCV/HIV koenfekte hastalarda, HCV enfeksiyonunun tedavisinde kullanılan antiviral rejim seçenekleri ve tedavi süresi, HCV monoenfekte olgulardaki ile aynı
- Pangenotipik ilaç kullanma olanağı varsa genotip bakma zorunluluğu yok

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

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

Kronik HCV, tedavi



Daha önce HCV tedavisi almamış sirozu olmayan koenfekte hastalarda tedavi seçenekleri

- GLE/PIB, 1x3, 8 hafta (Maviret) veya
- SOF/VEL, 1x1, 12 hafta

Daha önce HCV tedavisi almamış sirozu olan koenfekte hastalarda genotip bakılması öneriliyor

- Genotip 1, 2, 4–6 olan hastalarda
 - GLE/PIB, 1x3, 8 hafta veya SOF/VEL, 1x1, 12 hafta
 - Alternatif: GLE/PIB, 1x3, 12 hafta
- Genotip 3 olan hastalarda
 - GLE/PIB, 1x3, 8 hafta
 - Alternatif: GLE/PIB, 1x3, 12 hafta veya SOF/VEL ± Ribavirin, 1x1, 12 hafta

Kronik HCV, tedavi

Daha önce HCV tedavisi için proteaz inhibitörü ve/veya NS5A inhibitörü kullanmış olan tedavi deneyimli koenfekte hastalarda

- Yeniden tedavi vermeden önce direnç testleri istenmesi öneriliyor
- Direnç testi yapılamıyorsa önerilen tedavi seçeneği 12 hafta süreyle SOF/VEL/VOX (Vosevi)



Sonuç olarak...

- Özel konakta ART yönetimi önemli

Gebelikte

- ART en kısa zamanda başlanmalı
- Gebeliğe uygun ARV seçenekler
- 38. haftada HIV RNA <50 kopya/mL hedeflenmeli

Sonuç olarak...

HBV ve HCV koenfekte hastalarda

- HIV'in HBV ve HCV seyri üzerine olumsuz etkisi
 - Fibroziste ilerleme, siroz, dekompanseasyon ve HSK riski yüksek
- Tedaviye erken başlanmalı
- İlaç-ilaç etkileşimlerine dikkat edilmeli



Teşekkürler...