



HIV/AIDS
Korunma
ve Eğitim
Derneği



www.hivaidskongresi2024.com

HIV/AIDS KONGRESİ 2024

5 - 8 ARALIK 2024
Xanadu Resort Otel Belek Antalya

KONGRE BİLDİRİ KİTABI



HIV/AIDS KONGRESİ 2024

5 - 8 ARALIK 2024

Xanadu Resort Otel Belek Antalya

www.hivaidskongresi2024.com

İÇİNDEKİLER

DAVET	3
KURULLAR	4
BİLİMSEL PROGRAM	8
SÖZLÜ BİLDİRİLER	15
POSTER BİLDİRİLER	50
DESTEKLEYEN KURULUŞLAR	217



HIV/AIDS KONGRESİ
2024

5 - 8 ARALIK 2024

Xanadu Resort Otel Belek Antalya

www.hivaidskongresi2024.com

DAVET

Değerli Meslektaşlarımız,

2017 yılında beş derneğin ortak kararı ile hayat bulan HIV/AIDS Platformu tarafından sekizinci kez organize edilecek olan **HIV/AIDS Kongresi**'ne sizleri davet etmekten büyük bir mutluluk duyuyoruz.

İlk tanımlandığı 1981 yılından bu yana geçen 43 yıl boyunca bölge, ülke, etnik grup, cinsiyet ve sosyoekonomik düzey ayrımı yapmaksızın dünya çapında bir salgın yapmış olan HIV enfeksiyonu, yürütölen çalışmalara ve elde edilen başarılarla rağmen, ülkemizin de içinde bulunduğu bölgede hız kesmeden etkili olmaya devam etmektedir. Bir yandan yeni tanı alan olguların sayısı artarken, diğer yandan HIV ile yaşayan ve izlem altında olan kişiler de yaş almakta ve bununla bağlantılı yeni sağlık sorunlarına maruz kalmaktadır. Günümüzde HIV ile yaşayan kişinin izlemi, antiretroviral tedavinin reçete edilmesinin ve kişinin virolojik ve immünolojik yanıtının izlenmesinin çok ötesine geçmiş, farklı disiplinlerin işbirliği içinde çalışmasını ve bütüncöl bir yaklaşım gerektiren bir alan halini almıştır.

Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanlarının ve bu alanda eğitim alan asistanların konuya ilişkin merak ve ilgisi gün geçtikçe artmaktadır. Bu bağlamda HIV/AIDS Kongresi, bu alanda yıllardır emek veren deneyimli hekimleri, alana yeni ilgi göstermeye başlamış olan hekimlerle ve sivil toplum örgütlerinin temsilcileriyle bir araya getirmek, güncel bilgileri ve deneyimleri paylaşmak ve alandaki sorunları tartışarak bunlara çözüm aramak için en doğru adrestir. Her yıl olduğu gibi bu yıl da HIV/AIDS Kongresi'nde HIV enfeksiyonu hem bilimsel hem de sosyal boyutuyla, her biri alanında isim yapmış uzmanlar tarafından enine boyuna irdelenecek ve izleyicinin bu konudaki soruları yanıtlanacaktır. Ayrıca, halen eğitimleri devam etmekte olan genç meslektaşlarımız için kongrenin son gününde olgular eşliğinde temel bilgilerin gözden geçirileceği bir kurs düzenlenecektir.

Hepinizi HIV/AIDS Kongresi 2024'te ağırlamak dileğiyle sevgi ve saygılarımızı sunarız.

Prof. Dr. A. Deniz Gökengin
Kongre Başkanı

Prof. Dr. Serhat Ünal
Kongre Başkan Yardımcısı



HIV/AIDS
Korunma
ve Eğitim
Derneği



HIV/AIDS KONGRESİ
2024

5 - 8 ARALIK 2024

Xanadu Resort Otel Belek Antalya

www.hivaidskongresi2024.com

- KURULLAR -



HIV/AIDS
Korunma
ve Eğitim
Derneği



HIV/AIDS KONGRESİ
2024

5 - 8 ARALIK 2024

Xanadu Resort Otel Belek Antalya

www.hivaidskongresi2024.com

KURULLAR

DÜZENLEYEN KURULUŞLAR

- AIDS ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Derneği
- HIV Enfeksiyonu Derneği (HIVEND)
- HIV/AIDS Korunma ve Eğitim Derneği (HAKED)
- Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği (KLİMİK)
- Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD)

* Yukarıda yer alan dernek isimleri alfabetik olarak sıralanmıştır.

KURULLAR

DÜZENLEME KURULU

Kongre Başkanı

Prof. Dr. Deniz GÖKENGİN

Kongre Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Serhat ÜNAL

Kongre Genel Sekreteri

Prof. Dr. Behice KURTARAN

Üyeler

Prof. Dr. Halis AKALIN

Doç. Dr. Asuman İNAN

Doç. Dr. Ahmet Çağkan İNKAYA

Prof. Dr. Volkan KORTEN

Prof. Dr. Hayat KUMBASAR KARAOSMANOĞLU

Prof. Dr. Hüsnü PULLUKÇU

Prof. Dr. Demir SERTER

Prof. Dr. Fehmi TABAK

Prof. Dr. Yeşim TAŞOVA

KURULLAR

BİLİMSEL KURUL

Prof. Dr. Halis AKALIN

Prof. Dr. Ayhan AKBULUT

Prof. Dr. Özlem ALTUNTAŞ AYDIN

Doç. Dr. Sabri ATALAY

Prof. Dr. Çiğdem ATAMAN HATİPOĞLU

Prof. Dr. Atahan ÇAĞATAY

Prof. Dr. Aydın DEVECİ

Doç. Dr. Asuman İNAN

Prof. Dr. Dilara İNAN

Doç. Dr. Ahmet Çağkan İNKAYA

Doç. Dr. Figen KAPTAN

Prof. Dr. İlkay KARAOĞLAN

Sn. Arda KARAPINAR

Prof. Dr. Selçuk KAYA

Prof. Dr. Volkan KORTEN

Prof. Dr. Hayat KUMBASAR

KARAOSMANOĞLU

Prof. Dr. Behice KURTARAN

Prof. Dr. Bilgöl METE

Prof. Dr. Meliha MERİÇ KOÇ

Doç. Dr. Arzu NAZLI

Prof. Dr. Barçın ÖZTÜRK

Prof. Dr. Hüsnü PULLUKÇU

Prof. Dr. Demir SERTER

Doç. Dr. Meliha Çağla SÖNMEZER

Sn. Yağmur ŞENOĞUZ

Sn. Çiğdem ŞİMŞEK

Prof. Dr. Fehmi TABAK

Prof. Dr. Yeşim TAŞOVA

Prof. Dr. Elif TÜKENMEZ TİGEN

Prof. Dr. Dilek YILDIZ SEVGİ



HIV/AIDS
Korunma
ve Eğitim
Derneği



HIV/AIDS KONGRESİ
2024

5 - 8 ARALIK 2024

Xanadu Resort Otel Belek Antalya

www.hivaidskongresi2024.com

- BİLİMSEL PROGRAM -

5 Aralık 2024 Perşembe

13:00 - 13:45 AÇILIŞ

13:45 - 14:30 AÇILIŞ KONFERANSI

Oturum Başkanı: Demir Serter

HIV enfeksiyonunun eradikasyonu: Küreselden hücresele - Uluhan Sili

14:30 - 15:45 KISA PANEL - 1 : HIV epidemisine verilen yanıtta sağlık otoritesi, sağlık çalışanı ve sivil toplum örgütü üçgeni: Başarılar, eksikler ve beklentiler

Oturum Başkanı: Serhat Ünal

SS-01 : Türkiye'de 1990-2021 Yılları Arasında HIV İnsidansında Cinsiyet ve Yaş Eğilimleri: Joinpoint Regresyon ve Yaş-Dönem-Kohort Analizleri - Okan Derin

Sağlık otoritesi bakış açısı - Taliha Karakök

Sağlık çalışanı bakış açısı - Ayşe Deniz Gökengin

Sivil toplum örgütü bakış açısı - Çiğdem Şimşek

15:45 - 16:00 Kahve Molası

16:00 - 16:45 UYDU SEMPOZYUMU – 1



HIV Tedavisine Bütünsel Yaklaşım

Konuşmacılar: Ahmet Çağkan İnkaya, Dilara İnan

16:45 - 18:15 AÇIK OTURUM: HIV enfeksiyonunun tanı, tedavi, izlem ve önlemine ilişkin hizmetlerin standardizasyonu

Oturum Başkanları: Volkan Korten, Figen Sarıgül

*Konuşmacılar: Özlem Altuntaş Aydın, Yeşim Taşova, Aygen Tümer
Yağmur Şenoğuz, Önder Bora, Kağan Çavuşoğlu*

18:15 – 19:00 UYDU SEMPOZYUMU – 2



Geleceği Şekillendirmek: HIV Epidemisini Sonlandırma Yolunda Adımlar

Oturum Başkanları: Serhat Ünal, Mustafa Kemal Çelen

Konuşmacı: Tokunbo Soyemi

6 Aralık 2024 Cuma

09:00 - 10:00 KISA PANEL – 2: HIV enfeksiyonunda şifaya doğru

Oturum Başkanları: Ahmet Çağkan İnkaya, Bilgöl Mete

HIV enfeksiyonunda immünogenetik - Esra Arslan Ateş

T hücreli temelli tedaviler - Uluhan Sili

**10:00 - 10:30 KONFERANS – 1: HIV enfeksiyonunun tedavisinde uzun vadeli başarı:
Entegre ve birey merkezli yaklaşım**

Oturum Başkanı: Yeşim Taşova

Konuşmacı: Figen Kaptan

10:30 - 11:00 Kahve Molası

11:00 - 11:45 UYDU SEMPOZYUMU – 3

GSK

HIV Tedavisi Sizin Sanatınız: Genç HIV ile yaşayan kişilerde Tivicay ve Epivir'in Yeri

Oturum Başkanı: Fehmi Tabak

Konuşmacılar: Hayat Kumbasar Karaosmanoğlu, Esra Zerdali

11:45 - 13:00 PANEL – 1: Uzmanına danışalım

Oturum Başkanları: İftihar Köksal, Behice Kurtaran

Uzun vadede metabolik sağlığın korunması - Nursel Çalık Başaran

HIV ve dermatolojik sorunlar - Aslan Yürekli

HIV ile ilişkili santral sinir sistemi tutulumlarında

radyolojinin yorumlanması - Gül Hatipoğlu

SS-02 : HIV ile yaşayan kişilerde majör adverse kardiyak olayların (MACE) izlemi

- Ceren Atasoy Tahtasakal

SS-03 : HIV ile Yaşayan Bireylerde ve Sağlıklı Gönüllülerde Ekokardiyografik Bulguların

Karşılaştırmalı Değerlendirilmesi - Aytan Seydaliyeva

13:00 - 14:00 Öğle Yemeği

14:00 – 14:45 UYDU SEMPOZYUMU – 4

GILEAD

B/F/TAF ile Parmak İzimizde Gerçekler ve Yaşam Var

Oturum Başkanları: Yeşim Taşova, Halis Akalın

KLİMİK HIV TR Çalışma Grubu: B/F/TAF Gerçek Yaşam Verileri - Halis Akalın

HIVEND Kohort: HIV ile yaşayan kadınlar ve B/F/TAF - Fehmi Tabak

Riskli gruplara nasıl erişelim? - Hüsnü Pullukçu

14:45 - 15:15 KONFERANS – 2: Virolojik baskılanmanın ötesi: Kaliteli bir yaşamın sırları

Oturum Başkanı: Fehmi Tabak

Konuşmacı: Dilara İnan

15:15 - 15:45 *Kahve Molası*

15:45 - 17:00 PANEL – 2: Antiretroviral tedavide güncel başlıklar

Oturum Başkanları: Atahan Çağatay, Barçın Öztürk

Antiretroviral tedavide yeni dönem: Uzun etkili antiretroviraller - Asuman İnan

Entegraz inhibitörleri döneminde direnç halen ciddi bir sorun mu? - Ahmet Çağkan İnkaya

Tedaviye uyum: Önemi, uyumu etkileyen faktörler ve uyumun ölçülmesi - Dilek Yıldız Sevgi

SS-04 : HIV-1 Enfeksiyonu Olan Antiretroviral Tedavi Almamış Erişkin Hastalarda Dolutegravir (DTG) ve Lamivudin (3TC) Tedavisinin Etkililik ve Güvenilirliğini Araştıran Gerçek Yaşam Çalışması - Alper Gündüz

SS-05 : TR-DOLA: HIV-1 ile Yaşayan Bireylerde DTG+3TC İkili Tedavisi: Çok Merkezli Gerçek Yaşam Verisi Ara Analizi - Ayşe Deniz Gökengin

17:00 - 18:00 KISA PANEL – 3: Sağlık hizmetine erişimde damgalanma ve ayrımcılık

Oturum Başkanları: Asuman İnan, Çiğdem Şimşek

Sıklığı, nedenleri ve sonuçları - Arda Karapınar

Damgalama ve ayrımcılığı önlemede özne derneklerinin rolü - Yağmur Şenoğuz

SS-06 : HIV ile Yaşayanlar Hakkını Arıyor HIV ile Yaşayanların 2023 Yılında Maruz Bırakıldıkları Hak İhlalleri Raporu - Önder Bora

18:00 - 19:00 OLGU TARTIŞMALARI

SALON 1, SALON 2, SALON 3

Salon 1: Geç başvuru ve bağışıklığın yeniden yapılanması sendromu

Oturum Başkanı: Hayat Kumbasar Karaosmanoğlu

Konuşmacılar: Esra Zerdali, Zuhal Yeşilbağ

Salon 2: Fırsatçı enfeksiyonlar ve ko-enfeksiyonlar

Oturum Başkanı: Özlem Altuntaş Aydın

Konuşmacılar: Salih Atakan Nemli, Yeliz Özdemir

Salon 3: Etken HIV mi?

Oturum Başkanı: Süda Tekin

Konuşmacılar: Aslıhan Candevir, Evrim Gülderen

7 Aralık 2024 Cumartesi

08:00 - 09:00 SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU

Oturum Başkanları: Ahmet Çağkan İnkaya, Ayşegül Ulu Kılıç

SS-07 : HIV ile Yaşayan Gebe Kadınların ve Bebeklerinin Değerlendirilmesi: Türkiye'den Ulusal Çok Merkezli Bir Çalışma, EKMUD HIV/AIDS Çalışma Grubu - Tuba Damar Çakırca

SS-08 : Artan Yaşam Süresi ile Değişen Dinamikler: HIV ile Yaşayan Bireylerde Kanser Profili - İnci Yılmaz Nakir

SS-09 : İstanbul'da HIV ile Yaşayan Kadınların Epidemiyolojik Analizi - Hayat Kumbasar Karaosmanoğlu

SS-10 : Belirlenemeyen = Bulaştırmayan hedefi doğrultusunda İkili ve Üçlü İntegraz Temelli Rejimlerin Karşılaştırılması: Tek merkez deneyimi - Melike Kaya Kaptan

SS-11 : Elli Yaş ve Üstünde Tanı Alan Kişilerde HIV Enfeksiyonu: Takibimizde Neler Değişti? Çok Merkezli Değerlendirme - Behice Kurtaran

SS-12 : HIV ile Yaşayan Bireylerde Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler – Türkiye'den Tanımlayıcı Bir Çalışma - İlkay Akbulut

09:00 - 10:00 KISA PANEL – 4: Tanıda olağan dışı sonuçlar ve yorumlar

Oturum Başkanları: Gülden Yılmaz, Selda Sayın Kutlu

Tarama testleri - Selda Erensoy

Doğrulama testleri - Tülin Demir

10:00 - 11:00 KISA PANEL – 5: Çözüm bekleyen sorunlar

Oturum Başkanları: Aysel Kocagül Çelikbaş, Hülya Özkan Özdemir

Düşük düzeyli viremi: Mekanizması, dirençle ilişkisi ve yönetimi - Çiğdem A. Hatipoğlu

İmmünolojik düzelme sağlanamayan kişilerin yönetimi - Bilgül Mete

SS-13 : Türkiye'de HIV ile yaşayan hastaların rutin klinik izleminde biktgravir/emtrisitabin /tenofovir alafenamid (B/F/TAF) tedavisinin etkililik ve tolerabilitesinin değerlendirilmesi – KLİMİK HIV TR kohortununun 12 aylık sonuçları - Halis Akalın

11:00 - 11:30 Kahve Molası

11:30 - 12:15 UYDU SEMPOZYUMU – 5



Biktarvy: Bugün, Yarın ve Gelecek Günler İçin

Oturum Başkanı: Bilgül Mete

Bugün: Biktarvy ile Hızlı Başlangıç ve Güçlü Etkililik - Sabri Atalay

Yarın: Değişen Koşullarda Tedaviye Biktarvy ile Güvenle Devam Etmek - Mustafa Kemal Çelen

Gelecek: Biktarvy ile Uzun Dönemde Yüksek Hasta Memnuniyeti - Özlem Altuntaş Aydın

12:15 - 13:15 KISA PANEL – 6: Adolesanlarda HIV enfeksiyonu ve multidisipliner yaklaşım

Oturum Başkanları: Gülden Ersöz, Aydın Devenci

Çocukluktan ergenliğe geçişin sancıları - İlker Devrim

Uygun tedavinin seçimi, tedaviye uyum ve uyumu etkileyen faktörler - Ateş Kara

Aile ile doğru iletişim - Ender Marangoz

13:15 - 14:15 *Öğle Yemeği*

14:15 - 15:00 UYDU SEMPOZYUMU – 6

GSK

HIV Tedavisinde Tivicay ve Epivir ile ilgili Doğru Bilinen Yanlılar

Oturum Başkanı: Serhat Ünal

Konuşmacılar: Asuman İnan, Ahmet Çağkan İnkaya

15:00 - 16:15 PANEL – 3: HIV ve bilişsel sağlık

Oturum Başkanları: Halis Akalın, İlkay Karaoğlan

HIV ve nörolojik sorunlar - Elif Tükenmez Tigen

HIV ve depresyon - Özlem Kuman Tuncel

Uzun vadede bilişsel sağlığın korunması - Aslı Tuncer

SS-14 : Progresif Multifokal Lökoensefalopati Tanılı HIV ile Yaşayan Bireylerin

Değerlendirilmesi: EKMUD HIV Çalışma Grubu Verileri - Seniha Şenbayrak

16:15 - 16:45 *Kahve Molası*

16:45 - 18:00 PANEL – 4: Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarda tanı, tedavi ve korunma

Oturum Başkanları: Selda Erensoy, Meliha Meriç Koç

CYBE taramalarında sendromik paneller - Pınar Zarakolu

CYBE tedavisinde sendromik yaklaşım - Nazlım Aktuğ Demir

CYBE'nin antibiyotiklerle önlenmesi - Arzu Nazlı

SS-15 : HIV ve Sifiliz Koenfeksiyonu Olan Hastaların Değerlendirilmesi - Nurhayat Yılmaz

18:00 - 19:00 MÜNAZARA: HIV ile ilişkili hizmetlerde yapay zekanın yeri

Oturum Başkanları: Hüsnü Pullukçu, Selçuk Kaya

Konuşmacılar: Hayat Kumbasar Karaosmanoğlu, Sabri Atalay



HIV/AIDS KONGRESİ
2024

5 - 8 ARALIK 2024

Xanadu Resort Otel Belek Antalya

www.hivaidskongresi2024.com

8 Aralık 2024 Pazar

08:30 - 09:00 KONFERANS – 3: Antiretrovirallerin Akılcı Kullanımı

Oturum Başkanı: Ayhan Akbulut

Konuşmacı: Alper Gündüz

Temel HIV/AIDS Kursu Programı

Kurs Koordinatörleri: Merve Mert Vahabi, Afife Zeynep Yılmaz

09:00 – 11:00 OLGU TARTIŞMASI – 1: Genç hekimler için olgu analizleri

Oturum Başkanları: Gülden Eser Karlıdağ, Figen Kaptan Aydoğmuş

HIV ve eşlik eden hastalıkların yönetimi-kemik ve eklem sağlığı - Aliye Baştuğ

HIV ve eşlik eden hastalıkların yönetimi-kalp ve damar sağlığı - Uğur Önal

HIV ve eşlik eden hastalıkların yönetimi-böbrek sağlığı - Handan Alay

HIV ve tüberküloz - Nuriye Fışgın

11:00 - 11:30 Kahve Molası

11:30 – 13:00 OLGU TARTIŞMASI – 2: Genç hekimler için olgu analizleri

Oturum Başkanları: Tuna Demirdal, Meltem Taşbakan

Antiretrovirallere direnç mekanizmaları ve direncin yorumlanması - İlker Ödemiş

Tedavi deneyimi olan hastada antiretroviral tedavi değişiminin ilkeleri - Damla Akdağ

HIV ve gebelik - İlkay Akbulut

13:00 - 13:15 KAPANIŞ



HIV/AIDS
Korunma
ve Eğitim
Derneği



HIV/AIDS KONGRESİ
2024

5 - 8 ARALIK 2024

Xanadu Resort Otel Belek Antalya

www.hivaidskongresi2024.com

- SÖZLÜ BİLDİRİLER -

SS-01 \ SÖZLÜ BİLDİRİ

Türkiye'de 1990-2021 yılları arasında HIV insidansında cinsiyet ve yaş eğilimleri: Joinpoint regresyon ve yaş-dönem-kohort analizleri

Okan Derin

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Epidemiyoloji Doktora Programı; İstanbul Şişli Hamidiye Etfal EAH Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

Amaç:HIV insidansındaki küresel düşüşe rağmen, Türkiye'deki son eğilimler, özellikle genç nüfus ve kadınlar arasında endişe verici bir artışa işaret etmektedir. Bu çalışma, gelişmiş epidemiyolojik metodolojiler kullanarak bu eğilimleri etkileyen yerel ve bölgesel dinamikleri araştırmaktadır.

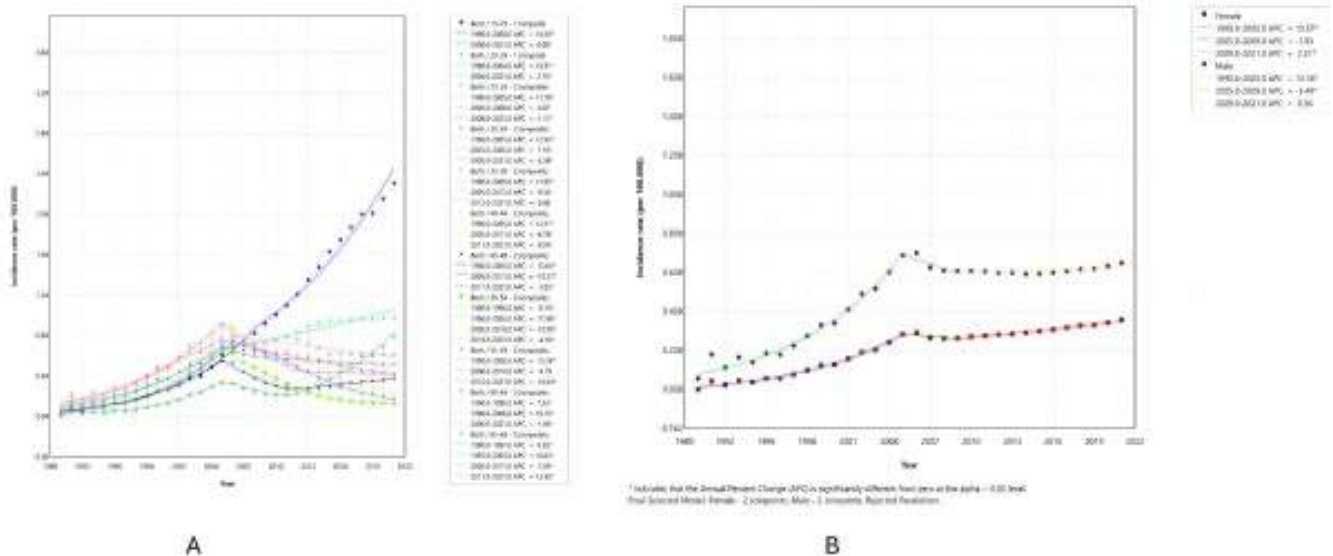
Gereç ve Yöntem:Yaş-dönem-kohort analizi ve eklem noktası regresyonu kullanılarak, Türkiye için Küresel Hastalık Yükü çalışmasından elde edilen HIV insidans ve prevalans verileri analiz edilmiştir. Bu yöntemler, zaman içindeki değişimlerin ayrıntılı bir şekilde incelenmesine ve insidans oranlarında önemli değişimler gösteren belirli yaş gruplarının ve dönemlerin belirlenmesine olanak sağlamıştır.

Bulgular:Temel bulgular arasında 15-19 yaş arası erkeklerde yıllık yüzde değişimde %13,03'lük bir artış ve aynı yaş grubundaki kadınlarda %11,37'lik bir artış yer almaktadır. Ayrıca, kadınlar arasındaki insidans oranları 2008'den sonra önemli bir artış göstermiştir.

Sonuç:Türkiye'de artan HIV insidansı, gençler ve kadınlar arasında önemli artışlarla birlikte karmaşık sosyo-ekonomik, kültürel ve biyolojik faktörleri yansıtmaktadır. Bu zorlukların ele alınması, küresel çabalar ve taahhütlerle uyum sağlamak için hedefe yönelik müdahaleler, kapsamlı eğitim programları ve kapsayıcı sağlık hizmetleri gerektirmektedir. Bu çalışma, Türkiye'de HIV ile etkin bir şekilde mücadele etmek için gençlerin karar alma süreçlerine dahil edilmesinin önemini vurgulamaktadır.

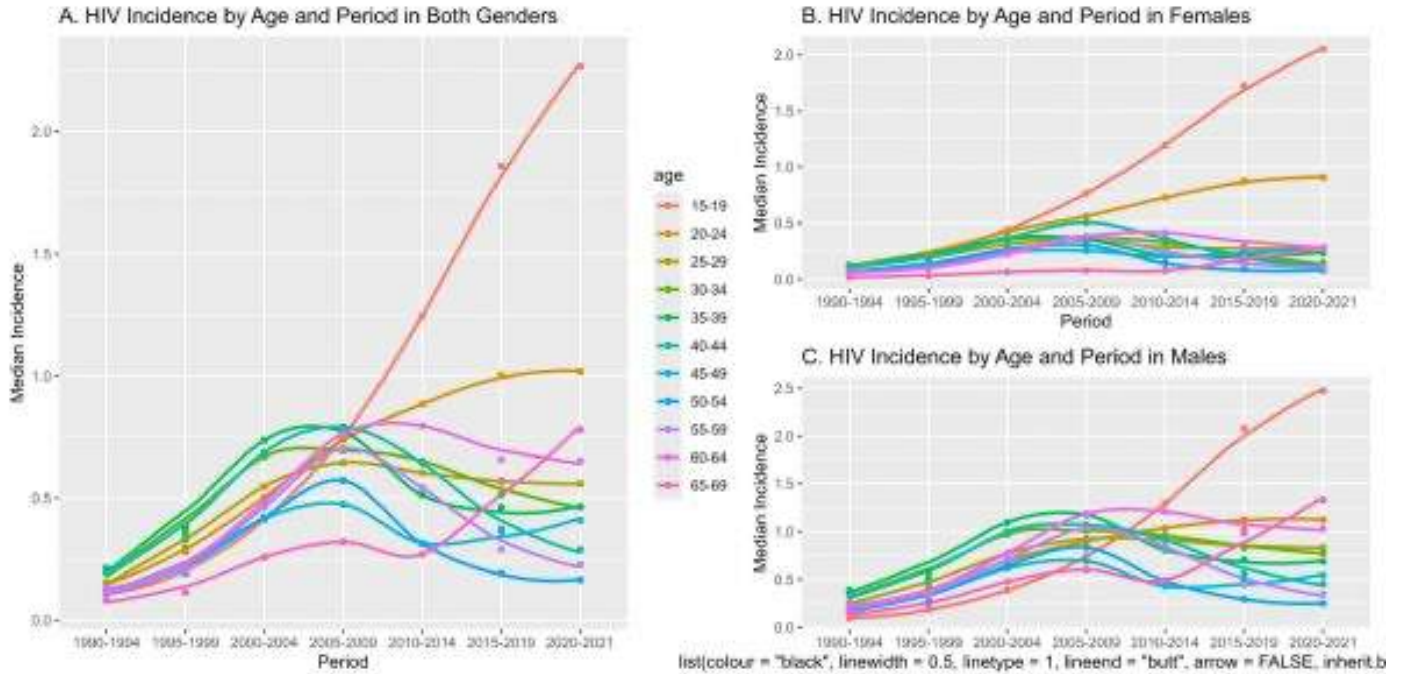
Anahtar Kelimeler: HIV, APC analizi, joinpoint regresyonu, toplumsal cinsiyet eşitliği, sürdürülebilir kalkınma

Şekil 1



Şekil 1. (A) Türkiye'de 1990-2021 yılları arasındaki insidans hızlarının yaş gruplarına göre tabakalandırılmış joinpoint regresyon analizi göstermektedir. (B) Türkiye'de 1990 ve 2021 yılları arasındaki insidans oranlarının cinsiyete göre tabakalandırılmış joinpoint regresyon analizi; APC: yıllık yüzde değişim; (*) p < 0,05 olduğunu gösterir.

Şekil 2



Türkiye'de yaşa ve döneme göre HIV insidansı

Yıllık Ortalama Yüzde Değişim (APC) [%95 CI]

Yaş	Tümü	Kadın	Erkek
15-19	11.77 [11.14, 12.39]	11.04 [10.43, 11.65]	12.48 [11.83, 13.13]
20-24	7.49 [6.85, 8.12]	7.96 [7.31, 8.62]	7.18 [6.54, 7.83]
25-29	4.54 [3.41, 5.68]	4.13 [3.36, 4.90]	4.58 [4.04, 5.12]
30-34	3.50 [2.47, 4.53]	1.50 [0.25, 2.76]	3.75 [3.18, 4.33]
35-39	3.04 [2.27, 3.81]	3.60 [2.73, 4.48]	2.95 [2.16, 3.76]
40-44	1.73 [0.83, 2.64]	1.02 [-0.06, 2.12]	2.27 [1.62, 2.92]
45-49	5.11 [4.11, 6.11]	5.58 [4.44, 6.72]	3.95 [2.56, 5.35]
50-54	1.50 [0.29, 2.73]	1.09 [-0.20, 2.40]	1.57 [-0.04, 3.20]
55-59	2.98 [1.74, 4.23]	2.25 [0.85, 3.68]	2.18 [0.73, 3.66]
60-64	5.41 [4.03, 6.81]	11.20 [9.23, 13.20]	8.67 [7.00, 10.37]
65-69	9.07 [7.40, 10.78]	11.20 [9.23, 13.20]	8.67 [7.00, 10.37]
70-74	0.85 [-1.08, 2.82]	0.31 [-1.73, 2.40]	1.05 [-0.92, 3.07]
75-79	-4.81 [-8.64, -0.81]	-5.81 [-10.06, -1.35]	-4.09 [-9.03, 1.12]
Standardize yaş	6.19 [5.56, 6.83]	6.98 [6.33, 7.64]	5.81 [5.17, 6.45]

SS-02 \ SÖZLÜ BİLDİRİ

HIV ile yaşayan kişilerde majör adverse kardiyak olayların (MACE) izlemi

Ceren Atasoy Tahtasakal¹, Dilek Yıldız Sevgi¹, Sibel Yıldız Kaya², Zühal Yeşilbağ³, İnci Yılmaz Nakir⁴, Alper Gündüz⁵, Okan Derin¹, Bilgül Mete², Ahsen Öncül¹, Hayat Kumbasar Karaosmanoğlu³, Esra Zerdali⁴, Fehmi Tabak², Acthiv Ist Çalışma Grubu²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul

²Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul

Amaç: Günümüzde antiretroviral tedaviye (ART) erişimin yaygınlaşması HIV/AIDS ilişkili ölümleri ciddi oranda düşürmüştür. Böylece HIV ile yaşayan kişilerin yaşam süresi uzamıştır. Artan yaş, komorbiditeler, sigara, madde kullanımı geleneksel risk faktörlerinin yanında HIV'e özgü bazı faktörlerin de kardiyovasküler hastalık (KVH) riskini arttırdığı düşünülmektedir. Bu çalışmada amacımız HIV ile yaşayan ve ART alan kişilerin KVH risk faktörlerini belirlemek, MACE izlemi ve epidemiyolojisini belirlemektir.

Gereç-Yöntem: İstanbul'da HIV tedavisi yapılmakta olan beş merkezin hastaların dahil olduğu ACTHIV-IST kohortu içerisinde 18 yaş üstü, en az 10 yıldır takip edilen tüm HIV ile yaşayan kişiler çalışmaya dahil edildi. HIV tanısından önce MACE öyküsü olan hastalar ve kardiyak ölüm dışında ölenler çalışma dışı bırakıldı. Hastaların sosyodemografik özellikleri, komorbiditeleri, ART rejimleri, PI, abacavir, INSTI deneyimleri, statin kullanımı, HIV RNA ve CD4, CD4/CD8 düzeyleri, MACE ve tarihleri kaydedildi. MACE; akut miyokard infarktüsü, konjestif kalp yetmezliği, rekürren stent trombozu, malign aritmi, inme, ani kardiyak ölümü olarak alınmıştır. Verilerin analizi SPSS programı ile yapılacak olup $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamızda ortalama 12 yıldır takip edilen 1095 olgu analiz edildi ve 30'u çalışma dışı bırakıldı. Hastaların 79'unda (%81'i erkek) MACE gelişti, birden fazla MACE yaşayan hastalardan dolayı toplamda 117 (%10.9) olay görüldü. Ortalama MACE görülme yaşı 52'yd. Tanıdan itibaren MACE'ye kadar geçen süre ortalama 6.5 yıld. Hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabetes mellitus, malignite, kronik böbrek hastalığı olan erkeklerde olmayanlara göre MACE oranı anlamlı olarak daha fazlaydı ($p=0.005$). MACE geçirenlerin tanı anındaki CD4 sayısı ortalama 379 hücre/mm³, geçirmeyenlerin 442 olup anlamlı fark bulunmadı ancak CD4 < 200 ve > 200 şeklinde iki kategoride incelendiğinde < 200 olanlarda anlamlı olarak MACE daha sıkı ($p=0.01$). Son vizitteki CD4 sayısının MACE geçirmeyenlerde daha yüksek olduğu saptandı ($p=0.005$). Tanı anındaki HIV RNA < 1000 kopya/mL olanlarda MACE sıklığı anlamlı olarak düşük görüldü. MACE'ler sıklık sırasına göre miyokard infarktüsü, koroner anjiyografi/stent takılması, kardiyak ölüm, disritmi, inme, konjestif kalp yetmezliği ve emboliydi. Statin kullanımı MACE vakalarında önemli ölçüde daha sıkı ancak %18'i (n=15) olaydan önce başlamıştı.

Sonuç: HIV ile yaşayan kişilerde, MACE gelişimi, HIV tanısı sonrası artmış komorbidite sıklığı, HIV tanısı sırasında ileri yaş gibi geleneksel risk faktörleriyle birlikte tanı anındaki CD 4 < 200 hücre/mm³ olması, HIV RNA > 1000 kopya/mL olması ve proteaz inhibitörü kullanması gibi HIV'e özgü faktörlerle ilişkilendirilmiştir. Çalışmamızın çok merkezli olması, uzun dönem takip edilen olguları içermesi ve HIV ilişkili KVH risk faktörlerini belirleyici olmasıyla literatüre ışık tutacak nitelikte olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışma Gilead İlaçları Tic. Ltd. ŞTİ tarafından desteklenmiştir.

Anahtar Kelimeler: HIV, MACE, kardiyovasküler, ART

SS-03 \ SÖZLÜ BİLDİRİ

HIV ile yaşayan bireylerde ve sağlıklı gönüllülerde ekokardiyografik bulguların karşılaştırmalı değerlendirilmesi

Aytan Seydaliyeva¹, Elif Tükenmez Tigen¹, Beste Özben Sadıç²

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji, İstanbul

Amaç: Kombinasyon antiretroviral tedavinin (ART) kullanıma sunulmasından bu yana, insan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile yaşayan bireylerde, hayatta kalma belirgin şekilde iyileşti. HIV ve ART'ye bağlı metabolik anormallikler, HIV ile yaşayan bireylerde artan kardiyovasküler hastalık insidansında rol oynamaktadır. Bu nedenle çalışmamızda HIV ile yaşayan bireylerde ve sağlıklı gönüllülerde ekokardiyografik bulguların karşılaştırmalı değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışma, tek merkezli kesitsel araştırma olup, durum saptama araştırması olarak tasarlanmıştır. Çalışmaya Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları polikliniğinde takip edilen, belirlenen dışlama kriterlerine göre 18-65 yaş arası 121 HIV tanılı hasta ve 30 sağlıklı gönüllü dahil edildi (Tablo 1). Hastaların tedavi öncesinde ve son altı aydaki viral yük, CD4, CD8 sayısı, CD4/CD8 oranı, nötrofil/lenfosit oranı (NLR), NT-proBNP, Troponin I, hs-CRP değerleri, sağlıklı gönüllülerin son altı aydaki nötrofil/lenfosit oranı, NT-proBNP, Troponin I, hs-CRP değerleri hastane veri tabanından retrospektif taranarak elde edildi.

Mobil-O-Graph arteriyograf sistemi (Mobil-O-Graph NG, Germany) cihazı kullanılarak kol bölgesinden arteriyel sertlik ölçümleri yapıldı. Katılımcıların transtorasik ekokardiyografi görüntüleri "G.E.Vivid E95" cihazında alındı. Ekokardiyografik görüntülerin alınması ve değerlendirilmesinin bu alanda çok tecrübeli tek bir hekim tarafından yapılması sonuçlardaki operatör kaynaklı olası farklılıkları önlemiştir.

Bulgular: Hastalar ve sağlıklı gönüllüler kıyaslandığında augmentasyon indeksi (Aix) hastalarda daha yüksekti. Ekokardiyografik ölçümler değerlendirildiğinde e', e' lateral ve e' septal değerlerinin hastalarda, kontrol grubuna göre daha düşük olduğu görüldü (p<0,001; p=0,002; p=0,006). LVGLS değeri de hastalarda kontrol grubuna göre anlamlı düşük bulundu (p<0,001). Hastalık sürelerine göre gruplara ayrılmış hastalar ve sağlıklı gönüllüler kıyaslandığında LVGLS ve RVFWGLS değerlerinde gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu gözlemlendi. 10 yıl üzeri tanılı hastalarda hem LVGLS, hem de RVFWGLS değeri sağlıklı gönüllülerden düşük bulundu. 2-5 yıl tanılı hastalarda LVGLS değeri, 5-10 yıl tanılı hastalarda RVFWGLS değeri kontrol grubundan anlamlı düşük bulundu. LAcon değerine bakıldığında ise hem 2-5 yıl, hem 5-10 yıl, hem de 10 yıl üzeri tanılı hastaların LAcon değeri kontrol grubundan anlamlı düşük bulundu (p=0,012).

Sonuç: Etkin tedavi ile viral süpresyon sağlanmasına rağmen HIV ile enfekte hastaların metabolik sendrom ve diğer geleneksel kardiyovasküler risk faktörlerinden bağımsız olarak azalmış vasküler fonksiyona ve azalmış *strain* değerlerine sahip olduğunu ve bu farkın özellikle daha uzun süre HIV ile yaşayan bireylerde daha fazla olduğunu gösterdik, bu da HIV enfeksiyonunun neden olduğu kronik enflamasyonla ilgili etyolojiyi düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Arteriyel sertlik, ekokardiyografi, HIV, İnsan immün yetmezlik virüsü enfeksiyonu, kardiyovasküler hastalık

Tablo 1.Çalışmada dışlama kriterleri.

<ul style="list-style-type: none">• <18 yaşında ve >65 yaşta olmak;• Koroner arter hastalığı olanlar;• Kronik böbrek yetmezliği olanlar;• Kalp yetmezliği olanlar;• Miyokard enfarktüsü öyküsü olanlar;• Atrial fibrilasyon tanısı olanlar;• Serebrovasküler olay öyküsü olanlar;	<ul style="list-style-type: none">• Otoimmün hastalığı olanlar;• Hipertansiyon tanısı olanlar;• LDL değeri 160 mg/dL'den yüksek olanlar;• Diabetes mellitus tanısı olanlar;• Hbs Antijen pozitifliği olanlar;• Asetil salisilik asit kullananlar.
---	--

SS-04 \ SÖZLÜ BİLDİRİ

HIV-1 Enfeksiyonu olan antiretroviral tedavi almamış erişkin hastalarda dolutegravir (DTG) ve lamivudin (3TC) tedavisinin etkililik ve güvenilirliğini araştıran gerçek yaşam çalışması

Alper Gündüz¹, Okan Derin², Hayat Kumbasar Karaosmanoğlu³, Deniz Borçak⁴, Bilgöl Mete⁵, Esra Zerdali⁶, Özlem Altuntaş Aydın¹, Dilek Yıldız Sevgi², İlkay Şahin³, Meliha Meriç Koç¹, Fehmi Tabak⁵, Acthiv İst Çalışma Grubu⁷

¹SBÜ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

²SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

³SBÜ Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

⁴SBÜ Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

⁵İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, İstanbul

⁶SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

⁷ACTHIV-İST Çalışma Grubu

Amaç: Bugün için etkin tedaviler ile HIV enfeksiyonu kontrol edilebilir bir noktaya gelmiş ve hastaların yaşam süresi uzamıştır. Son yıllarda, tedavi seçiminde antiretrovirallerin etkililiğinin yanı sıra rejimin basitliği ve güvenilirliği ön plana geçmeye başlamıştır. Rehberler tarafından önerilen tedavi seçenekleri arasında Dolutegravir (DTG)+Lamivudin (3TC) kombinasyonu bulunmaktadır. Çalışmamızda (DUALİST Çalışması), DTG+3TC rejiminin gerçek yaşam verilerini sunmayı ve bu ikili rejimin etkililiğini, güvenilirliğini araştırmayı amaçladık.

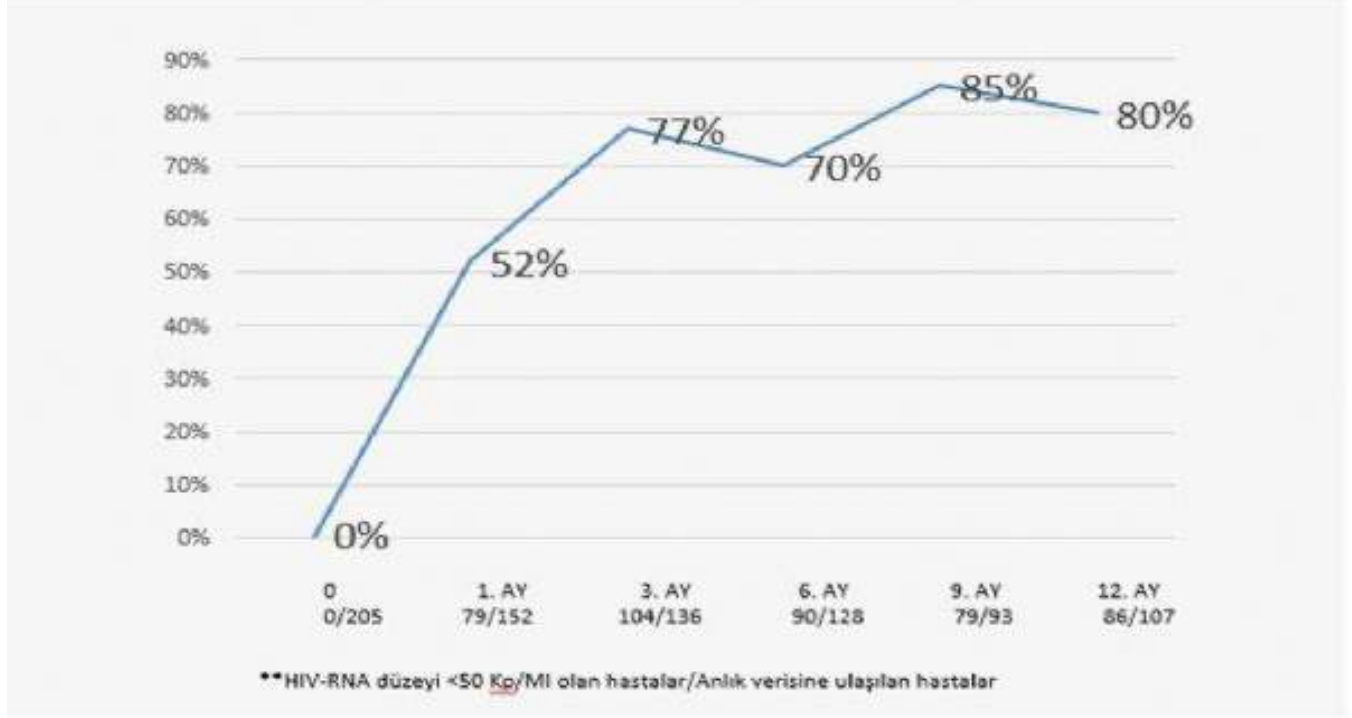
Gereç-Yöntem: ACTHIV-İST çalışma grubuna dahil olan İstanbul'daki altı merkezin dahil olduğu araştırma, retrospektif, gerçek yaşam kohortudur. Bu çalışmaya başlangıç tedavisi olarak en az 3 aydır DTG+3TC kullanan 18 yaş ve üzerinde 205 HIV ile yaşayan kişi dahil edilmiştir. Hastaların verileri hastane bilgi kayıt sisteminden elde edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil olan olguların %90'ı erkek, erkeklerin %34'ü MSM, yaş ortalaması 38,3±13,3 yıl, başlangıç CD4+ T lenfosit sayıları 439±245/mm³, HIV RNA düzeyleri 239.600 kp/ml (Aralık: 51-16.700.000 kp/ml) idi. Dual tedavinin 12. ayında olguların %81'inde HIV-RNA düzeyi <50 kp/ml bulunmuştur. HIV RNA düzeyleri <50 kp/ml olan olguların oranı tedavinin 3.ayda %77, 6. ayda %70 ve 9.ayda %85'dir. Olguların 12 aylık izlemlerinde HIV RNA düzeyinin seyri Grafik 1'de sunulmuştur. Hastaların ortalama CD4 sayılarının 12. ayda 663/mm³ 'e yükseldiği görülmüştür. Başlangıç HIV RNA düzeyi >500.000 kp/ml olan 8 olgunun tedavinin 12. ayında virolojik yanıtlarına bakıldığında; 5 olguda <50 kp/ml, 2 olguda 50-200 kp/ml ve 1 olguda >200 kp/ml olarak bulunmuştur. Başlangıç CD4 sayısı<200/mm³ olan 18 olgunun 16'sında 12. ayda viral yük saptanamaz (HIV RNA<50 kp/ml) düzeylere gelmiştir. Yüksek viral yüke (HIV RNA>1.000.000 kp/ml) sahip 4 olgunun 12. ayda HIV RNA düzeyleri <100 kp/ml olarak bulunmuştur. Hastaların izlem süresinde renal fonksiyonlarda değişim olmamış, lipid profilinde total kolesterolde HDL lehine olmak üzere artış (başlangıç ortalama 40,6 mg/dl, 12.ay ortalama 45,5 mg/dl) izlenmiştir. Hastaların 12'sinde, kilo alımı (n=3), bacaklarda güçsüzlük, sivilcelerde artış, baş dönmesi gibi yan etkiler görülmüş, uyku problemi yan etkisi nedeniyle bir olgu tedaviyi bırakmıştır. Sadece üçü ilk 12 ay içerisinde olmak üzere, toplamda 17 olgu değişik nedenler ile (hastanın isteği n=7, ilacın piyasada olmaması n=3, ilacı düzenli kullanamama n=2, doktor kararı n=2, uyku problemi n=1, HBsAg (+) olması n=1, lenfoma nedeniyle exitus n=1) tedaviyi bırakmıştır.

Sonuç: Gerçek yaşamda, ikili tedavinin virolojik ve immunolojik olarak etkin, güvenilirlik profilinin oldukça iyi olduğu, tedavi kesimine neden olan ciddi yan etkiye rastlanmadığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: HIV, antiretroviral tedavi, dual tedavi

HIV-RNA düzeyi <50 Kopya/ml olan hastalar (%)



SS-05 \ SÖZLÜ BİLDİRİ

TR-DOLA: HIV-1 ile yaşayan bireylerde DTG+3TC ikili tedavisi: Çok merkezli gerçek yaşam verisi ara analizi

Ayşe Deniz Gökengin¹, Meliha Çağla Sönmezer², Asuman İnan³, Oğuz Karabay⁴, Habibe Tülin Elmaslar Mert⁵, Aydın Devenci⁶, Tuna Demirdal⁷, Yeşim Taşova⁸, Dilara İnan⁹, Tuba Damar Çakırca¹⁰, Dilek Yağcı Çağlayık¹¹, Isidoro Prudente¹², Feride Ceren Erdal¹³, Hakan Erkuş¹³

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, İzmir, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, Ankara, Türkiye

³İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, İstanbul, Türkiye

⁴Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, Sakarya, Türkiye

⁵Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, Edirne, Türkiye

⁶Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, Samsun, Türkiye

⁷İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, İzmir, Türkiye

⁸Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, Adana, Türkiye

⁹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, Antalya, Türkiye

¹⁰Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, Şanlıurfa, Türkiye

¹¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, İstanbul, Türkiye

¹²ViiV Healthcare

¹³GlaxoSmithKline Türkiye

Amaç: Dolutegravir (DTG) + lamivudin (3TC) ikili tedavisi, global ve yerel rehberlerde, hem tedavi deneyimsiz HIV ile yaşayan kişilerde birincil tedavi rejimi olarak, hem de Hepatit B koenfeksiyonu olmayan, önceki antiretroviral tedavi (ART) rejimindeki bileşenlere karşı direnci bulunmayan ve virolojik baskılanmanın elde edildiği HIV ile yaşayan kişilerde geçiş rejimi olarak önerilmektedir. TR-DOLA çalışmasının amacı, DTG + 3TC rejimine geçen kişilerde bu tedavi rejiminin etkililiğini değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem: TR-DOLA, diğer karma ART rejimleriyle viral baskılanma elde edildikten sonra, DTG+3TC ikili rejimine geçirilmiş ve ≥ 24 hafta bu tedaviyi almış HIV-1 ile enfekte yetişkinlerin en az 48 haftalık verilerini (retrospektif en az 24 hafta ve prospektif 24 hafta) inceleyen çok merkezli bir gözlemsel çalışmadır. Bu ara analizde, kaynak veri doğrulaması yapılmış hasta verilerine dayanılarak katılımcı özellikleri ve retrospektif döneme ait bulgular (çalışmanın prospektif 1. gününe dek) sunulmaktadır.

Bulgular: Ortalama 9,5 yıldır HIV ile yaşayan, DTG+3TC tedavi rejimini ortalama 3,4 yıl kullanmış (çalışmanın prospektif 1. gününe dek), ortalama yaşı (DTG+3TC başlangıcında) 45,8 olan 225 kişi (%82,7 erkek) ara analize dâhil oldu. Katılımcıların %53,8'i daha önce >1 ART rejimi kullanmıştı. DTG+3TC rejimine en sık tenofovir disoproksil fumarat/emtrisitabin (TDF/FTC)+DTG (%43,6) ve tenofovir alafenamit fumarat/emtrisitabin/elvitegravir/kobisistat (TAF/FTC/EVG/c) rejiminden (%20,9) geçilmişti. Hekim beyanına dayanan tedavi değişikliği sebeplerinden en sık rastlanan ilaca bağlı yan etkiydi (%62,2). DTG+3TC rejimine geçildiği sırada tespit edilen başlıca komorbiditeler hipertansiyon (%18,2), hiperlipidemi (%17,3) ve osteoporoz (%14,6) olarak belirlendi. (Tablo 1) Altı ay veya daha uzun süre DTG+3TC tedavisi ile CD4+ T lenfosit sayısı ve yüzdesinde ve CD4/CD8 oranında anlamlı artış oldu ($p < 0,05$). Çalışmanın prospektif birinci gününde viral yükün ortalama (\pm standart sapma) değerinde, DTG+3TC rejiminin başlandığı güne kıyasla minimal, ancak sınırdaki istatistiksel anlamlılık düzeyinde bir artış (sırasıyla $10,8 \pm 19,8$ kopya/mL ve $7,1 \pm 13,6$ kopya/mL; $p = 0,046$) olduğu saptandı. Çalışmanın prospektif birinci gününde olguların %93'ünde viral yükün < 50 kopya/mL, %7'sinde ise 50-100 kopya/mL olduğu saptandı. (Tablo 2)

Sonuç: Çalışmanın ara analiz sonuçları gerçek yaşam çalışmalarının bulguları ile tutarlı olup, DTG+3TC rejimine geçildikten sonra, daha önce elde edilmiş olan virolojik baskılanmanın sürdürülebilir olduğunu ve immünolojik yarar da elde edildiğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Dolutegravir, antiretroviral tedavi, etkililik

En az 6 ay boyunca DTG+3TC rejimi kullanıldıktan sonra elde edilen bulgular

Tablo 2 – En az 6 ay boyunca DTG+3TC rejimi kullanıldıktan sonra elde edilen bulgular

	N (%)	DTG + 3TC başlangıcı	Çalışmanın prospektif 1. günü*	p*
		Ort.± Std sapma (Min.-Maks.) (Ortanca) (Q25-Q75)	Ort.± Std sapma (Min.-Maks.) (Ortanca) (Q25-Q75)	
CD4 T lenfosit (hücre/mm ³)	130 (57,8)	678,5±313,1 (56-1932) 654,3 (468,8-871,3)	801,9±338,6 (96-1724) 754,3 (574,5-999)	<0,001
CD4%	133 (59,1)	31,8±9,31 (6-57) 31 (25-37)	35,9±9,6 (0,4-56) 35,8 (29,6-43)	<0,001
CD4/CD8 oranı	119 (52,9)	0,94±0,52 (0,1-2,94) 0,86 (0,56-1,2)	1,37±1,06 (0,2-9,6) 1,15 (0,75-1,72)	<0,001
Viral yük (kopya/mL)	187 (83,1)	7.1±13.6 (0-45.5) 0 (0-0)	10.8±19.8 (0-95)** 0 (0-20)	0.046
Beden kitle endeksi (BKE)	87 (38,7)	27,6±4,62 (16,8-38)	27,1±4,57 (17-37,9)	0,023

*Wilcoxon Signed Ranks Test

**Olguların %93'ünde viral yük <50 kopya/mL, %7'sinde ise 50-100 kopya/mL.

Katılımcıların Özellikleri

Tablo 1- Katılımcıların özellikleri

		N (%)	Ort.±Std sapma (Min.- Maks.) (Ortanca) (Q25-Q75)
Cinsiyet	Erkek	186 (82,7)	
	Kadın	39 (17,3)	
Tanı yaşı		225 (100)	39,6±12,7 (13-73) 38 (30-49)
DTG+3TC başlangıcındaki yaş		225 (100)	45,8±13,3 (20-77) 45 (36-54)
Tanıdan çalışmanın prospektif 1. gününe dek geçen süre (yıl)		225 (100)	9,5±5,1 (0,9-38,6) 8,7 (6,1-12,1)
DTG+3TC öncesi tedavi süresi (yıl)		225 (100)	6,1±4,7 (0,1-32,7) 4,9 (3-8,2)
DTG+3TC tedavi süresi (yıl)		225 (100)	3,4±2 (0,5-8,4) 2,9 (1,6-5,1)
Beden Kitle İndeksi (DTG+3TC başlangıcı)		119 (52,9)	27,4±4,6 (17-47,1) 27,1 (24,1-30,7)
Önceki ART rejimi sayısı	1	104 (46,2)	
	> 1	121 (53,8)	
DTG+3TC öncesi son ART rejimi (>%4)	TDF/FTC+DTG	98 (43,6)	
	TAF/FTC/EVG/c	47 (20,9)	
	ABC/3TC/DTG	15 (6,7)	
	TDF/FTC+DRV+RTV	11 (4,9)	
	TDF/FTC+EFV	11 (4,9)	
	TDF/FTC+RAL	11 (4,9)	
	TAF/FTC/BIC	10 (4,4)	
Tedavi değişikliği gerekçesi (>%10)	Kullanılmakta olan tedavi rejiminin yan etkileri	140 (62,2)	
	Uzun vadede ilaca maruz kalmayı azaltmak	57 (25,3)	
	İlaç yükünü azaltmak (tablet sayısı ve doz sıklığı)	38 (16,9)	
	Tedavi değişikliği gerektiren eşlik eden hastalıklar	36 (16,0)	
Komorbiditeler (DTG+3TC başlangıcında) (>%5)	Hipertansiyon	41 (18,2)	
	Hiperlipidemi	39 (17,3)	
	Osteoporoz	32 (14,6)	
	Koroner arter hastalığı	27 (12,0)	
	Diyabet	21 (9,3)	
	Majör psikiyatrik bozukluk	20 (8,9)	
	Osteopeni	20 (8,9)	
	Orta-ağır kronik böbrek hastalığı (GFR≤59mL/dak)	15 (6,6)	
Hepatosteatoz	14 (6,2)		

ART: Antiretroviral tedavi, GFR: Glomerüler filtrasyon hızı, Maks: Maksimum, Min: Minimum, ml: Mililitre, N: Kişi sayısı, Ort: Ortalama, p: İstatistiksel anlamlılık değeri, Q25-Q75: Çeyrekler arası aralık, Std: Standart, ABC/3TC/DTG: Abakavir/Lamivudin/Dolutegravir DTG+3TC: Dolutegravir+Lamivudin, TAF/FTC/BIC: Tenofovir alafenamit fumarat/Emtrisitabin/Biktegravir, TAF/FTC/EVG/c: Tenofovir alafenamit fumarat/Emtrisitabin/Elvitegravir/kobisistat TDF/FTC+DTG: Tenofovir disoprosil fumarat/Emtrisitabin + Dolutegravir, TDF/FTC+DRV+RTV: Tenofovir disoprosil fumarat/Emtrisitabin+Darunavir+Ritonavir, TDF/FTC+EFV: Tenofovir disoprosil fumarat/Emtrisitabin+Efavirenz, TDF/FTC+RAL: Tenofovir disoprosil fumarat/Emtrisitabin+Raltegravir

Bu çalışma GSK Türkiye/ViiV Healthcare sponsorluğunda yapılmıştır.

SS-06 \ SÖZLÜ BİLDİRİ

HIV ile yaşayanlar hakkını arıyor HIV ile yaşayanların 2023 yılında maruz bırakıldıkları hak ihlalleri raporu

Çiğdem Şimşek, Önder Bora
Pozitif-iz Derneği, İstanbul

Amaç: Raporda, Türkiye'nin bir hasta hakları mevzuatı bulunmasına ve HIV'le yaşayanları da doğal olarak kapsamına rağmen neden HIV'e ilişkin ihlallerin kemikleşmiş olduğu, Türkiye'de HIV'le yaşayanlar için hak aramanın önünde nasıl engeller olduğu, HIV'le yaşayanların ihlaller karşısında neden harekete geçmekte zorlandığı ve bütün bunlara ilişkin sivil toplum örgütlerinin ve devletin neler yapabileceğine dair tespitler ve önerilere yer verildi. Raporda, HIV'le yaşayanların maruz bırakıldıkları hak ihlallerinin nitel ve nicel yönden izlemesi amaçlandı. **Gereç-Yöntem:** 2023 yılı içerisinde toplam 360 başvuru hakkı ihlali başvurusu alındı. Telefon, sosyal medya ve e-posta aracılığıyla Derneğe gelen başvurular akran danışmanlarınca derlendi, anonim hale getirildi ve raporlaştırıldı.

Bulgular: Dernek, 2023'te 1.102 kişiye toplam 3.585 kez akran danışmanlığı verdi. 1.102 başvuru hakkı ihlali ihlallerinde ise hak ihlalleri tespit edildi. Hak ihlallerinin tasnifine göre;

En çok sağlığa erişim ve çalışma hakları ihlal edildi

İhlal başvuruları hak kategorilerine göre tasnif edildiğinde, yüzde 42 ile en çok sağlığa erişim hakkının ihlal edildiği; bunu yüzde 29 ile çalışma hakkının takip ettiği görülüyor. Bir önceki yıla göre çalışma hakkı ihlallerinde oransal olarak ciddi bir artış göze çarpıyor. 2022'de bütün ihlallerin yüzde 19'unu oluşturan çalışma hakkı ihlalleri, yüzde 10 artışla yüzde 29'a yükseldi.

Yabancıların GSS sorunu devam ediyor

2022 yılında olduğu gibi, 2023 yılında da Derneğe ulaşan başvuruların önemli bir bölümünü yabancı ülke vatandaşlarının Genel Sağlık Sigortası (GSS) girişi ile ilgili şikâyetleri oluşturdu. Kronik bir soruna dönüşen GSS, girişinin yapıldığı tarihten evvel HIV ile enfekte olduğu varsayımı ve bu nedenle tedavilerinin geri ödeme kapsamında çıkarılması, sağlığa erişim hakkı ihlalleri olarak kayda geçti.

Deprem bölgesinden başvurular arttı

6 Şubat depremlerinin etkisi, Derneğe gelen başvurulara da yansdı. 2023'te Adana, Gaziantep, Hatay ve Kahramanmaraş illerinden gelen başvuru sayıları bir önceki yıla göre arttı.

Sonuç: Derneğin, HIV alanında yaşanan hak ihlallerini raporlamaya başladığı 2018 yılından bu yana, aldığı başvuruların ve hak ihlallerinin sayısı yüzde 857'den fazla arttı. İhlallerdeki 8,6 kat artış, HIV ile yaşayanlara yönelik ayrımcılık ve damgalanmanın derinleştiğini gözler önüne seriyor.

Derneğe gelen 360 başvuru neticesinde verilen danışmanlıklar sonucu hukuki yollara başvuranların sayısı 17. Hak ihlali maruz bırakılan başvuru sahiplerinin büyük bir çoğunluğunun hukuki yollara başvurmamasının sebepleri, mevcut hukuki düzenlemelere güvenmemelerinin yanı sıra; dava açmadan sorunu çözebilecek mekanizmaları tercih etmeleriyse açıklanabilir.

Sınıflandırılan hak ihlallerin çoğunda çeşitli haklar birlikte de ihlal edildi. Bu çoklu ihlaller çoğunlukla, sağlığa erişim hakkına ilişkin mevzuata dayalı hak ihlalleri ile çalışma hakkına ilişkin mevzuata dayalı hak ihlalleri şeklinde gerçekleşti.

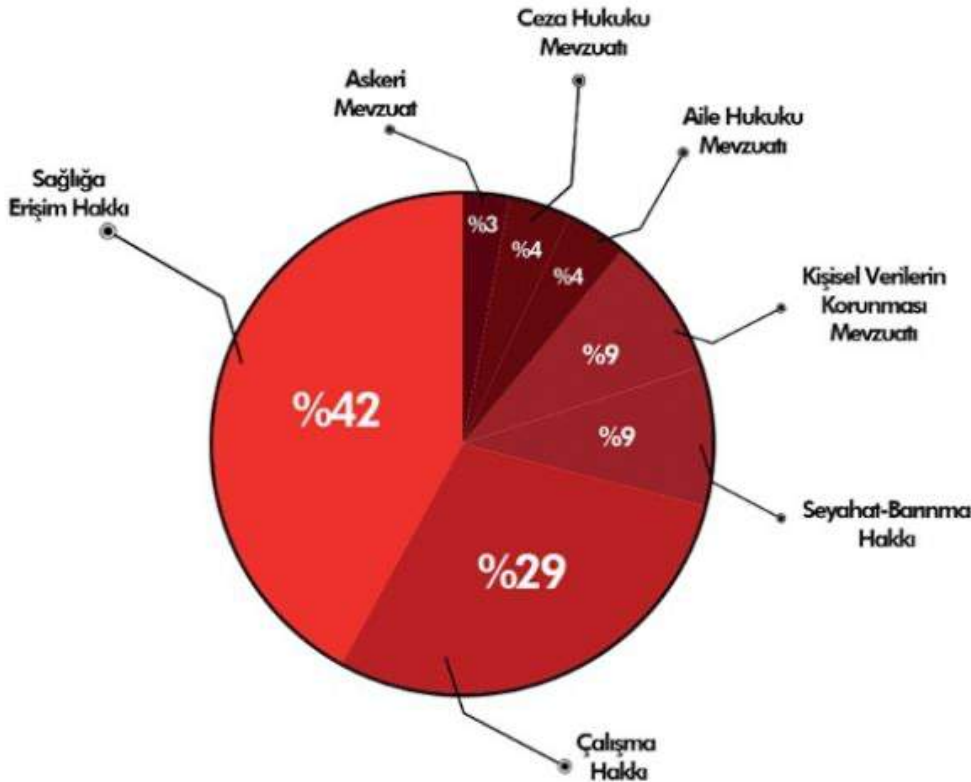
Anahtar Kelimeler: Hak ihlalleri, HIV ile yaşamak, HIV ve Hukuk, Pozitif-iz Derneği, Damgalanma ve Ayrımcılık

Tablo 1



Yıllara göre danışmanlık ve ihlal sayıları

Tablo 2



Hak ihlallerinin Gruplanması

SS-07 \ SÖZLÜ BİLDİRİ

HIV ile yaşayan gebe kadınların ve bebeklerinin değerlendirilmesi: Türkiye' den ulusal çok merkezli bir çalışma, EKMUD HIV/AIDS Çalışma Grubu

Tuba Damar Çakırca¹, Yeşim Taşova², Özlem Aydın³, Bircan Kayaaslan⁴, Bülent Kaya⁵, İlkay Karaoğlan⁶, Ayşe Özlem Mete⁶, Nazan Tuna⁷, Nurgül Ceran⁸, İlknur Esen Yıldız⁹, Fethiye Akgül¹⁰, Pınar Ergen³, Gönül Çiçek Şentürk¹¹, Veysel Akça¹², Çiğdem Mermutluoğlu¹³, Derya Öztürk Engin¹⁴, Gül Ruhsar Yılmaz¹⁵, Mustafa Kemal Çelen¹³, Onur Kaya¹⁵, Ayhan Akbulut¹⁶, Mehmet Ali Aşan¹⁶, Özgür Günal¹⁷, Şeyma Topal¹⁷, Hatun Öztürk Çerik¹⁸, Mehmet Çabalak¹⁹, Recep Balık⁸, Seniha Şenbayrak⁸, Aslı Vatan²⁰, Gökçen Gürkök Budak²⁰, Behice Kurtaran²

¹Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

³Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

⁴Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

⁵İstanbul Kartal Lütfü Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

⁶Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

⁷Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

⁸SBÜ İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

⁹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

¹⁰Batman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

¹¹Ankara Etlük Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

¹²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

¹³Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

¹⁴SBÜ İstanbul Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

¹⁵Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

¹⁶Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

¹⁷Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

¹⁸Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

¹⁹Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

²⁰Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

Amaç: Dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı problemi olan HIV enfeksiyonunun bulaş yollarından biri de enfekte anneden bebeğe vertikal geçiştir. Gebelik; HIV enfeksiyonunun acil tedavi edilmesi gereken endikasyonlarından olup, doğurganlığın yüksek olduğu ülkemizde “Gebelik ve HIV” önemle üzerinde durulması gereken bir konudur. Bu çalışmada HIV ile yaşayan kadın bireylerin (HIYKB) enfeksiyon durumları, gebelikte vertikal geçişin önlenmesi için yapılan müdahaleler ve bebeklerinin durumlarının araştırılması amaçlanmıştır. **Gereç-Yöntem:** EKMUD HIV/AIDS Çalışma Grubu bünyesinde retrospektif, ulusal, çok merkezli olarak planlanan bu çalışmaya 20 katılımcı merkezde takip edilen HIYKB’in her bir gebeliği ayrı bir periyod olacak şekilde dahil edilmiştir. **Bulgular:** Çalışmamıza, 162 HIYKB’in 209 gebeliği dahil edildi. 123(%75,9) kadının bir gebeliği, 32(%19,8) kadının iki gebeliği, 6(%3,7) kadının üç gebeliği, 1(%0,6) kadının ise dört gebeliği değerlendirmeye dahil edilmiştir. Hastaların tanı anında ortalama yaşı 29(18-46), tedavi öncesi ortalama HIV-RNA’sı 56511 IU/mL(0-33082720), ortalama CD4 sayısı 421(4-1547) hücre/mm³ ve CD8 sayısı 826(31-2943) hücre/mm³ saptandı. Ortalama gravite sayısı 2(1-7), parite sayısı ise 1(0-6)’di. 94(%58) kadının bilinen partneri seropozitifti. En sık korunma metodu geleneksel yöntem(geri çekme)(n=107) idi. 198(%98) kadında gebeliğe yardımcı bir yöntem olmaksızın gebelik gerçekleşmişti. Her hastanın her bir gebeliği ayrı ayrı irdelendiğinde; HIV enfeksiyonu tanısı 135’inde gebelik öncesinde, 55’inde gebelik sırasında, 10’nunda doğum sırasında, 9’unda ise doğumdan sonra konulmuştu. Gebelik döneminde tanı alan HIYKB’in ortalama tanı haftası 18(3-39) olup, 16’sına birinci, 22’sine ikinci, 16’sına üçüncü trimesterde tanı konulmuştu. HIYKB’da gebelik öncesi ve gebelik döneminde verilen ART rejimleri Şekil-1’de sunulmuştur. Gebelik öncesi en çok tercih edilen ART rejimi TDF/FTC/DTG iken, gebelik döneminde TDF/FTC/RAL idi. 49 hastanın ART rejimi gebelik nedeniyle değiştirilmiş olup, en sık değişim nedeni rehberlerin önerdiği rejime geçiştir. HIYKB’lerin gebelik sonuçları Tablo-1’de,

bebeklerinin sonuçları ise Tablo-2'de sunulmuştur. En sık doğum yöntemi sezaryen doğumdu (n=157).135 kadının doğum sırasında HIV-RNA'sı negatif olup, 87'sine intrapartum zidovudin uygulanmıştı.174 doğumdan; 171 tekil, bir ikiz olmak üzere 173 canlı doğum ve 2 ölü doğum gerçekleşmişti. Bebeklerin 137'si zidovudin, 34'ü zidovudin+nevirapin profilaksisi almış olup, 14 bebek uluslararası rehberlerin önerdiği yaklaşımlar hakkında bilgilendirilmesine karşın emzirilmiştir. 13 bebeğin takiplerde HIV ile enfekte olduğu saptanmıştır. Sonuç: Dünyada artan HIV ile yaşayan birey sayısına paralel artış gösteren HIV ile enfekte kadın sayısının hiç şüphesiz en dramatik sonucu dünyaya HIV ile enfekte olarak gelebilecek bebeklerdir.Bu nedenle, vertikal geçişinin önlenmesi için enfekte gebelerin yakın takibi ve perinatal dönemde gerekli önlemlerin alınması çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: HIV/AIDS, Gebelik, Perinatal bulaş

Resim-1: HIV İle Yaşayan Kadın Bireylere Gebelik Öncesi ve Gebelik Sırasında Verilen Antiretroviral Rejimler

Gebelikten Önce Verilen ART Rejimleri, n (%)	
TDF + FTC + DTG	54 (25,8)
TDF + FTC + RAL	29 (13,9)
TAF + FTC + BIC	18 (8,6)
3TC+DTG	4 (1,9)
TDF + FTC + LPV/r	31 (14,8)
TAF + FTC + EVG/c	1 (0,5)
No ART	72 (34,4)
Gebelik Sırasında Verilen ART Rejimleri, n (%)	
TDF + FTC + DTG	65 (31,1)
TDF + FTC + RAL	88 (42,1)
TAF + FTC + BIC	3 (1,4)
3TC+DTG	2 (1)
TDF + FTC + LPV/r	27 (12,9)
TAF + FTC + EVG/c	1 (0,5)
TDF + FTC + DRV/r	1 (0,5)
TDF + FTC + 3TC+ DRV/r	1 (0,5)
No ART	21 (10)
Gebelik Nedeniyle ART Değişimi, n (%)	
Evet	49 (27,1)
Hayır	139 (73,9)

Tablo-1: HIV İle Yaşayan Kadın Bireylerin Gebelik Sonuçları

Gebelikte Komplikasyon, n (%)	
Evet	13 (6,2)
Hayır	196 (93,8)
Amniyosentez, n (%)	
Evet	2 (1,1)
Hayır	186 (98,9)
Bilinmiyor	21
Gebelik Sonuçları	
Doğum Şekli	
-Spontan Vajinal Doğum	17 (8,5)
-Sezaryen Doğum	157 (78,9)
-Devam Eden Gebelik	17 (8,5)
İsteğe Bağlı Terminasyon	4 (2)
Abortus	4 (2)
Preterm doğum	22 (12,6)
Canlı doğum (171 tekil, bir ikiz)	173
Ölü doğum	2
Doğumda Gebelik Haftası	38 (28-41)
Doğumda HIV-RNA, n (%)	
Negatif	135 (78,5)
0-1000 IU/mL	15 (8,7)
>1000 IU/mL	22 (12,8)
Bilinmiyor	37
İntrapartum IV Zidovudin	
Evet	87 (56,5)
Hayır	67 (43,5)
Bilinmiyor	55

Tablo-2: HIV İle Yaşayan Gebe Kadınlardan Doğan Bebeklerin Sonuçları

Bebek cinsiyeti, n (%)	
Erkek	82 (53,2)
Kadın	72 (46,8)
Bilinmiyor	55
Neonatal Zidovudin Profilaksisi, n (%)	
Evet	137 (88,4)
Hayır	18 (11,6)
Bilinmiyor	54
Neonatal Nevirapin Profilaksisi, n (%)	
Evet	34 (23)
Hayır	114 (77)
Bilinmiyor	61
Bebek HIV Durumu, n (%)	
Pozitif	13 (7,9)
Negatif	152 (92,1)
Bilinmiyor	44
Emzirme, n (%)	
Evet	14 (8,4)
Hayır	152 (91,6)
Bilinmiyor	43
Neonatal Hastane Yatış Gerekliliği, n (%)	
Evet	10 (6,6)
Hayır	142 (93,4)
Bilinmiyor	57

SS-08 \ SÖZLÜ BİLDİRİ

Artan yaşam süresi ile değişen dinamikler: HIV ile yaşayan bireylerde kanser profili

İnci Yılmaz Nakir, Melike Nur Özçelik, Rumeysa Gülistan Karaduman, Esra Zerdali
SBÜ Haseki EAH

Amaç: Güncel antiretroviral tedaviler, HIV ile yaşayan bireylerin (HIYB) sağ kalım oranlarını artırırken, kanser insidansında dinamik değişimlere neden olmuştur. AIDS tanımlayıcı malignitelerin(ADC) azalmasına karşı, AIDS tanımlayıcı olmayan malignitelerin (NADC) artışı, HIYB'lerin sağlık yönetiminde yeni zorluklar doğurmaktadır. Bu çalışmada, kliniğimizdeki HIYB'lerde saptanan kanserlerin özelliklerini ve prevalansını ortaya koymak amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Ocak 2010-Ocak 2024 tarihleri arasında kliniğimize başvuran Western Blot testi ile HIV tanısı doğrulanmış ve kanser saptanan hastalar çalışmaya dahil edildi.HIV enfeksiyonu tanı öncesi kanser öyküsü olanlar ve 18 yaş altı hastalar dışlandı.ADC'ler CDC sınıflandırma kriterleri ile tanımlandı.Verilere hasta dosyalarından retrospektif olarak ulaşıldı. İstatistiksel analiz SPSS (versiyon 27) ile yapıldı ve anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: HIV enfeksiyonu doğrulanmış toplam 1541 hasta incelendi ve 46'sında (%2,9) kanser saptandı.HIV enfeksiyonu tanı sırasındaki ortalama yaş 45,7,HIV RNA 1.489.429 IU/mL ve CD4 sayısı 302.6 mm³ idi.Kanser tanısı alan hastaların 37(%80.4)'si erkek ve 25(%55.5)'i 45 yaşından büyüktü.Hastalarımızın 18(%39.2)'inde ADC; 28(%60.8)'inde NADC saptandı.ADC'lerde en fazla Kaposi Sarkomu, NADC'lerde ise en çok gastrointestinal sistem maligniteleri görüldü(tablo-1).ADC grubunda HIV enfeksiyonu tanı anındaki yaş ortalaması NADC grubuna göre anlamlı derece düşük olarak saptandı($p=0.008$).ADC görülen hastaların HIV enfeksiyonu tanı anındaki ortalama CD4 sayısı,NADC grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu($p<0,001$).Kanser tanı anında $CD4\leq 200$ mm³ olanların sayısı ADC grubunda anlamlı derecede yüksekti($p=0.011$)(tablo-2).Yaş grupları karşılaştırıldığında 30 yaş altında hastalarda ADC;45 yaş üzerindeki hastalarda ise NADC görülme yüzdesi istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu($p=0.035$).Hastaların 14 (%30.4)'ü HIV enfeksiyonu ile aynı anda kanser tanısı almış olup hepsi de ADC sınıfına girmektedir.Kanser tanısı alan hastaların %63.3(n:29)'ü HIV enfeksiyonu tanı anında geç başvuru ($CD4<350$ mm³) olanlarda tespit edildi.Cinsiyet,cinsel tercih, HBV ve HCV koinfeksiyonu ile sağ kalım açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı($p>0.05$).Toplam 19 hasta(%41.3) kaybedildi;mortalite oranı ADC grubunda %22.2,NADC grubundaki ise %53 olarak belirlendi.

Sonuç: HIYB'lerde kanser gelişimi,hastaların immün durumu ve geç tanı ile yakından ilişkilidir.HIV enfeksiyonunun erken tanısı ve müdahale stratejilerinin geliştirilmesi kanserle olan ilişkisi açısından da son derece önemlidir.HIV ile yaşayan bireylerde kanser riskinin değerlendirilerek düzenli taramalar yapılması,sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri,aşılamalar gibi çok yönlü yaklaşımlar, NADC'lerin gelişim riskini önemli ölçüde azaltabilir.Multidisipliner yaklaşımların benimsenmesi HIYB'lerin yaşam süresi ve kalitesini artırmada önemli rol oynayacaktır.

Anahtar Kelimeler: AIDS, HIV, Kanser

HIV ile yaşayan bireylerde görülen kanserler

AIDS tanımlayıcı maligniteler	N (%)
Kaposi Sarkomu (KS)	11(61.1)
Non-hodgkin Lenfoma (NHL)	5 (27.8)
Kaposi Sarkomu+NHL	1 (5.5)
Serviks Kanseri	1 (5.5)
TOPLAM	18 (100)
AIDS tanımlayıcı olmayan maligniteler	
Gastrointestinal Sistem	8 (28.5)
Pulmoner	6 (21.4)
Santral Sinir Sistemi	5 (17.8)
Hematopoetik Sistem	4 (14.2)
Prostat	2 (7.1)
Kemik	1 (3.6)
Cilt	1 (3.6)
Meme	1 (3.6)
Toplam	28 (100)

HIV ile infekte kanserli hastaların özellikleri

	AIDS tanımlayıcı maligniteler n=18 (%)	AIDS tanımlayıcı olmayan maligniteler n=28 (%)	p
HIV tanı anı ortalama yaş	39,06±12,83	50±13,18	0.008
HIV tanı anı CD4 sayısı ortalaması (mm3)	172.11±138.75	386.5±195.65	<0.001
Cinsiyet			0.727
Kadın	3 (16.7)	6 (21.4)	
Erkek	15 (83.3)	22 (78.6)	
Yaş grupları			0.035
<=30	7 (38.9)	3 (10.7)	
31-45	5 (27.8)	6 (21.4)	
>45	6 (33.3)	19 (67.9)	
HIV bulaş yolu			0.448
Heteroseksüel	13 (72.2)	24 (85.7)	
Erkeklerle seks yapan erkekler (MSM)	5 (27.8)	4 (14.3)	
Kanser tanı anında CD4 sayısı			0.011
<= 200 mm3	10 (55.6)	5 (17.9)	
>200 mm3	8 (44.4)	23 (82.1)	
HBV ile koenfeksiyon	1 (5.6)	3 (10.7)	-
HCV ile koenfeksiyon	0	0	-
Hasta takibi			0.064
Sağ	14 (77.8)	13 (46.4)	
Ex	4 (22.2)	15 (53.6)	

SS-09 \ SÖZLÜ BİLDİRİ

İstanbul'da HIV ile yaşayan kadınların epidemiyolojik analizi

Hayat Kumbasar Karaosmanoğlu¹, Deniz Borcak², Birgül Mete³, Dilek Yıldız Sevgi⁴, Esra Zerdali⁵, Özlem Altuntaş Aydın⁶, Zuhâl Yeşilbağ¹, Sibel Yıldız Kaya³, Ahsen Öncül⁴, Alper Gündüz⁶, Fehmi Tabak³

¹SBÜ Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²SBÜ Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

³Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

⁴SBÜ Şişli Hamidiye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

⁵SBÜ Haseki Sultangazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

⁶SBÜ Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Amaç: Ülkemizde, İnsan İmmünyetmezlik Virüsü (HIV) ile yaşayan kişilerin büyük bölümünü erkekler oluşturmaktadır. Kadınlar daha az temsil edilmekte ve bilgilerin önemli bir bölümü erkek olgular üzerinden elde edilmektedir. HIV Enfeksiyonu ile ilgili kadınlara özgü verilerin artırılmasına ihtiyaç vardır. Bu çalışmada; İstanbul, Türkiye'de HIV ile yaşayan kadınların epidemiyolojik profilinin belirlenmesi ve benzer dönemde tanı konan erkek olgularla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: HIV ile yaşayan kişiler, İstanbul'da beş hastanenin Enfeksiyon Hastalıkları Bölümleri tarafından oluşturulan ACTHIV-IST çalışma grubu tarafından takip edilmiştir. Tüm merkezlerde veriler standart hasta dosyalarından ACTHIV-IST veritabanına aktarılmış ve olgulara ait sosyo-demografik özellikler, klinik ve laboratuvar bulguları retrospektif olarak elde edilmiştir. HIV ile yaşayan kadınların epidemiyolojik özellikleri belirlenmiş ve erkeklerle karşılaştırabilmek için bir kadına karşılık iki erkek olgu ardışık olarak alınmıştır. HIV ile yaşayan kadınların verileri erkekler ile istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 683 kadın ve 1362 erkek; toplam 2045 olgu dahil edilmiştir. Kadın ve erkek olguların sosyodemografik (Tablo 1), klinik ve laboratuvar (Tablo 2) özelliklerinin karşılaştırılması tablolarda sunulmuştur.

Sonuç: İstanbul'da, HIV ile yaşayan kadınların, erkeklere kıyasla, daha ileri yaşta, daha az eğitilmiş, daha yüksek oranda evli ve daha az partner sayısına sahip oldukları belirlenmiştir. ART dışı ilaç kullanımının, komorbiditelerin, tanı konulduğunda fırsatçı enfeksiyonların ve AIDS evresinde başvuru oranlarının da kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğu gözle çarpılmaktadır.

Sonuçlara bakıldığında; HIV ile yaşayan kadınların erkeklere göre her bakımdan daha savunmasız olduğu anlaşılmakta ve ivedilikle eğitim ve farkındalık faaliyetlerinin artırılmasına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: HIV, Kadın, Epidemiyoloji

HIV ile yaşayan kadınların sosyodemografik özelliklerinin erkekler ile karşılaştırılması

Sosyodemografik özellikler	Kadın n (%)	Erkek n (%)	p
Yaş (ortalama ± SD, yıl)	44,5±12,4	41,7±11,7	<0,001
İleri yaş ➤ >= 50 y ➤ < 50 y	238 (%34,8) 445 (%65,2)	368 (%27) 994 (%73)	<0,001
Eğitim Durumu ➤ Yok ➤ Okur-yazar ➤ İlköğretim ➤ Lise ➤ Üniversite ➤ Yüksek Lisans ➤ Belirtilmemiş	34 (%5) 18 (%2,6) 198 (%29) 95 (%13,9) 81 (%11,9) 1 (%0,1) 256 (%37,5)	9 (%0,7) 7 (%0,5) 378 (%27,8) 250 (%18,4) 473 (%34,7) 45 (%3,3) 200 (%14,7)	<0,001
Medeni Durum ➤ Evli ➤ Bekar ➤ Boşanmış ➤ Eşi/partneri ölmüş ➤ Belirtilmemiş ➤ Diğer	340 (%49,8) 121 (%17,7) 58 (%8,5) 28 (%4,1) 131 (%19,2) 5 (0,7)	408 (%30) 830 (%60,9) 67 (%4,9) 3 (%0,2) 54 (%3,9) 0 (%0)	<0,001
Eşinin HIV durumu ➤ Pozitif ➤ Negatif ➤ Bilinmiyor	322 (%47,5) 68 (%10) 288 (42,5)	186 (%13,9) 255 (%19,1) 896 (%67,0)	<0,001
Çalışma durumu ➤ Çalışıyor ➤ Çalışmıyor ➤ Belirtilmemiş	170 (%24,9) 314 (%46,0) 199 (%29,1)	1103 (%81,0) 158 (%11,5) 101 (%7,4)	<0,001
Meslek ➤ Ev hanımı ➤ Seks çalışanı ➤ İşsiz ➤ Diğer	269 (%39,4) 4 (%0,6) 25 (%3,7) 385 (56,3)	- 22 (%1,6) 32 (%2,3) 1308 (%96)	<0,001
Partner sayısı ➤ 0 ➤ 1 ➤ >= 2 ➤ Belirtilmemiş	11 (%1,6) 212 (%31,0) 28 (%4,1) 432 (%63,3)	15 (%1,1) 71 (%5,2) 359 (%26,4) 917 (%67,3)	<0,001

Bulaşma yolu	539 (%78,9)	399 (%29,3)	<0,001
➤ Heteroseksüel cinsel temas			
➤ Biseksüel temas	0(%0)	195 (%14,3)	
➤ MSM	-	452 (%33,2)	
➤ Kan ve kan ürünü	13 (%1,9)	17 (%1,2)	
➤ Bilinmiyor	131 (%19,1)	299 (%22,0)	

HIV ile yaşayan kadınların klinik ve laboratuvar özelliklerinin erkekler ile karşılaştırılması.

Klinik ve Laboratuvar Özellikler	Kadın n (%)	Erkek n (%)	P
Başvuruda klinik			0,138
➤ Semptomatik	156 (%28,2)	399 (%31,6)	
➤ Asemptomatik	398 (%71,8)	862 (%68,4)	
Fırsatçı Enfeksiyon			<0,001
➤ Var	106 (%39,3)	119 (%17,9)	
➤ Yok	164 (%60,7)	546 (%82,1)	
Ek hastalık (komorbidite)			0,057
➤ Var	286 (%55,4)	636 (60,5)	
➤ Yok	230 (%44,6)	416 (%39,5)	
Ek hastalık varsa			<0,05
➤ DM	52/516 (%10,1)	67/1052 (%6,4)	
➤ HT	71/516 (%13,8)	95/1052 (%9,0)	
➤ KAH	12/516 (%2,3)	58/1052 (%5,5)	
➤ Psikiyatrik hast	47/516 (%9,1)	61/1052 (%5,8)	
İlaç kullanımı			<0,001
➤ Var	211 (%46,9)	378 (%37,8)	
➤ Yok	239 (%53,1)	621 (%62,2)	
CD4 lenfosit (hücre /mm ³ , ortalama ±SD)	398±297	391±250	0,537
HIV RNA (kopya/ml, ortalama ±SD)	967 692 ± 4 739753	995 955 ±4 373809	<0,001
Tanı evresi			0,771
➤ Erken tanılı (CD4 ≥= 350)	312 (%48,2)	644 (%47,5)	
➤ Geç tanılı (CD4 <350)	335 (%51,8)	711 (%52,5)	
AIDS varlığı			<0.05
➤ AIDS + (CD4 <200)	175 (%27)	305 (%22,5)	
➤ AIDS – (CD4 ≥=200)	472 (%73)	1050 (%77.5)	

SS-10 \ SÖZLÜ BİLDİRİ

Belirlenemeyen = Bulaştırmayan hedefi doğrultusunda ikili ve üçlü integras temelli rejimlerin karşılaştırılması: Tek merkez deneyimi

Melike Kaya Kaptan¹, Alper Gündüz¹, Ece Demirkırkan¹, Yusuf Yiğit¹, Esmâ Kaya Beyendi¹, Berna Demirok¹, Nuran Karabulut², Meliha Meriç Koç¹, Özlem Altuntaş Aydın¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul

²Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Tıbbi Viroloji, İstanbul

Amaç: HIV enfeksiyonu, dünya genelinde milyonlarca insanı etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Virüsün kanda belirlenemeyen seviyelere inmesi, bulaş riskini azaltarak HIV ile yaşayan bireylerin psikososyal sağlığına ve toplum sağlığına olumlu katkılar sağlar. "Belirlenemeyen = Bulaştırmayan" (B=B) ilkesi, HIV pozitif bireylerin karşılaştıkları stigmatı azaltmanın yanı sıra antiretroviral tedavi (ART) kullanımını teşvik eder. Bu çalışmada, B=B değerleri göz önüne alınarak ikili ve üçlü integras temelli rejimlerin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

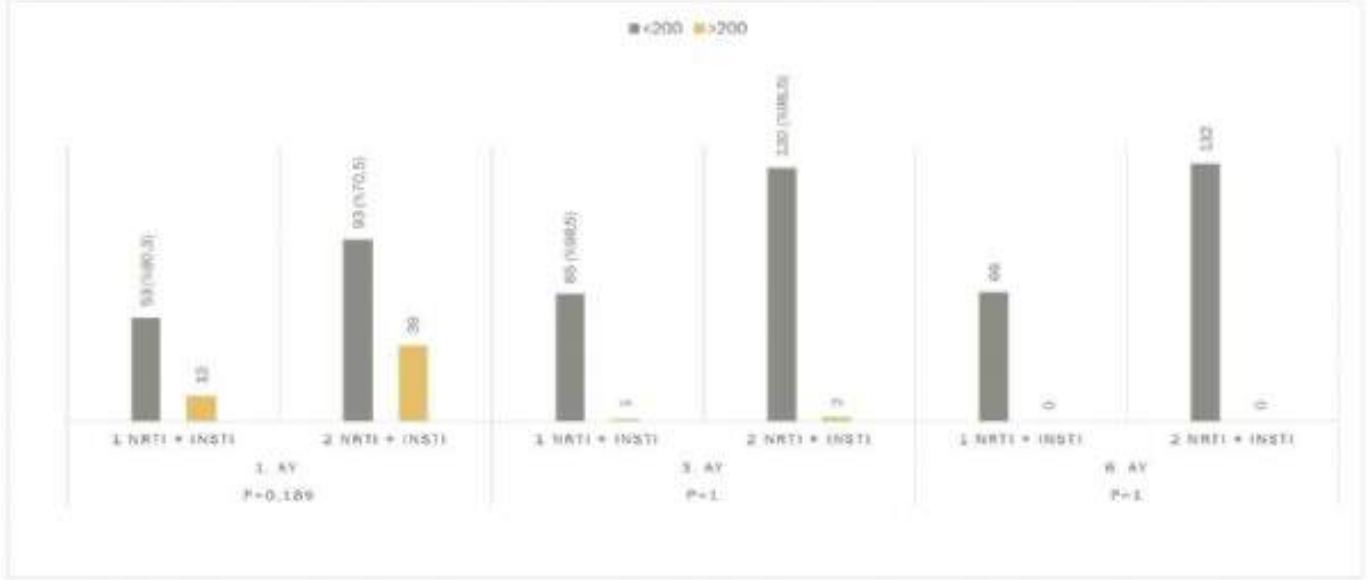
Gereç-Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya, 01.10.2020 ve 01.03.2024 tarihleri arasında hastanemizde yeni HIV enfeksiyonu tanısı alan, ART başlandıktan sonra ilk 6 ay takiplerine düzenli gelen, 18 yaş ve üzerinde, hepatit B virüsü ile karşılaşmamış, ART öncesi viral yükü 500 000 kopya/ml altında, ART kullanımı süresince başka bir ilaç ve/veya takviye ajan kullanmayan kişiler dahil edildi. EACS(Ekim 2023, v12.0) rehberine göre, ilk seçenek ART olarak INSTI(integras inhibitörü) + 1 NRTI(nükleoz(t)id revers transkriptaz inhibitörü) ve INSTI + 2 NRTI rejimi kullanmış olanlar değerlendirmeye alındı. Olguların demografik, klinik, laboratuvar ve tedavi bilgileri hastane bilgi yönetim sisteminden elde edildi. Olası karıştırıcı faktörlerin etkisini en aza indirmek için eğilim skoru eşleştirilmesi kullanılarak, INSTI+1NRTI (ikili) ve INSTI+2NRTI (üçlü) ART kullanmış olgular arasında 1:2 eşleştirme yapıldı. Altı ay boyunca EACS rehber önerilerine göre düzenli izlenmiş hastaların viral yükleri B=B doğrultusunda belirlenemeyen düzey olarak 200 kopya/ml eşik değer kabul edilerek kategorize edildi. İstatistiksel analiz SPSS 22 ile yapıldı ve kategorik değişkenler χ^2 testi veya Fisher's Exact testle, ardışık ölçümler Wilcoxon testiyle karşılaştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak belirtildi.

Bulgular: INSTI+1NRTI grubunda 66 kişi ve INSTI+2NRTI grubunda 132 kişi (1:2) olmak üzere toplam 198 olgunun 1.ay vizitlerinde HIV RNA < 200 kopya/ml saptanma oranı 1 NRTI+INSTI ve 2 NRTI+INSTI alan gruplarda sırasıyla %80,3'e karşı %70,5 (Odds oranı: 1,710 ve $p=0,189$) ve 3.ay vizitlerinde %98,5'e karşı %98,5 (Odds oranı: 1 ve $p=1$) saptanmıştır. Altıncı ay vizitlerinde ise tüm olguların viral yükü 200 kopya/ml altında bulunmuştur. Başlangıç ve takip eden vizitlerdeki viral yükler arası farka bakıldığında INSTI+1NRTI ve INSTI+2NRTI alan gruplarda anlamlı farklılık saptanmamış ve her iki tedavinin de viral supresyon açısından etkin olduğu görülmüştür (Grafik 1).

Sonuç: Çalışmamızda, EACS rehberine göre ilk önerilen ART seçenekleri olan ikili ve üçlü integras temelli tedaviler arasında, belirlenemeyen viral yüke ulaşma süreleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmamış, her iki tedavinin de viral baskılamada etkin bir seçenek olduğu görülmüştür. Dolayısıyla, başlangıç HIVRNA 500.000 kopya/ml altında olan olgularda viral supresyonu sağlamakta esas önemli nokta, mümkün olan en kısa zamanda ART başlanmasıdır.

Anahtar Kelimeler: B=B, HIV, tedavi

Yeni tanı alan HIV ile enfekte kişilerin 1. ay, 3. ay ve 6. ay kontrollerindeki viral yüklerinin ikili ve üçlü integraz temelli rejimler üzerinden karşılaştırılması



SS-11 \ SÖZLÜ BİLDİRİ

Elli yaş ve üstünde tanı alan kişilerde HIV Enfeksiyonu: Takibimizde neler değişti? Çok merkezli değerlendirme

Behice Kurtaran¹, Bülent Kaya², İlkay Karaoğlan³, Alper Tahmaz⁴, Damla Ertürk¹, Seniha Şenbayrak⁵, Bircan Kayaaslan⁶, Nesibe Korkmaz⁷, Özgür Günel⁸, Başak Erarlan⁷, Fatma Eser⁶, Ferit Kuşcu¹, Şeyma Topal⁸, Sevil Alkan⁹, Aliye Baştuğ¹⁰, Müge Ayhan⁶, Mehmet Çabalak¹¹, İlkay Akbulut¹², İlknur Esen Yıldız¹³, Tuba Damar Çakırca¹⁵, Veysel Akça¹⁶, Gülden Eser Karlıdağ¹⁷, Deniz Özer¹⁸, İlknur Erdem¹⁹, Arzu Tarakçı²⁰, Ayhan Akbulut²¹, Ayşegül Ulu Kılıç²², Gül Ruhsar Yılmaz¹⁴, Ayşe Sağmak Tartar²¹, Aysegül Ulu Kılıç²², Gul Ruhsar Yılmaz¹⁴, Ayşe Sağmak Tartar²¹, Pinar Ergen²³, Senay Oztürk Durmaz²⁴, Mustafa Kemal Celen²⁵, Cigdem Mermutluoğlu²⁵, Fatma Yılmaz Karadağ²⁶, Onur Kaya¹⁴, Setenay Baygunes⁶, Esra Ugur Atıcı¹², Fatih Kocluk¹⁴, Irem Sena Kuse Savk⁴, Recep Balık⁵, Aslihan Candevir¹, Yusuf Kemal Arslan²⁷, ve Yesim Tasova¹

¹Çukurova Üniversitesi TF, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Adana

²Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

³Gaziantep Üniversitesi TF, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Gaziantep

⁴Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Antalya

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

⁶Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi TF, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

⁷Ankara Etilik Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

⁸Samsun Üniversitesi TF, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Samsun

⁹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi TF, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Çanakkale

¹⁰Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

¹¹Hatay Mustafa Kemal ÜTF, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Hatay

¹²Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

¹³Recep Tayyip Erdoğan ÜTF, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Rize

¹⁴Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi TF, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Isparta

¹⁵Şanlıurfa Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Şanlıurfa

¹⁶Muğla Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Muğla

¹⁷Sağlık Bilimleri Üniversitesi Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Elazığ

¹⁸Manisa Celal Bayar ÜTF, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Manisa

¹⁹Tekirdağ Namık Kemal ÜTF, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Tekirdağ

²⁰Konya Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Konya

²¹Fırat ÜTF, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Elazığ

²²Erciyes ÜTF, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Kayseri

²³Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, İstanbul

²⁴Kepez Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Antalya

²⁵Dicle ÜTF, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Diyarbakır

²⁶Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

²⁷Çukurova ÜTF, Biyoistatistik AD, Adana

Amaç: HIV enfeksiyonunda iki önemli durumla karşı karşıyayız:HIV ile yaşayan kişiler daha uzun yaşamakta ve daha fazla kişi ileri yaşta HIV ile enfekte olmaktadır.Sonuç insan sağlığını yaşla birlikte etkileyen sağlık sorunlarının eşlik ettiği HIV enfeksiyonu olan olgularımızda artış ve dikkat etmemiz gereken çok sayıda sağlık parametresi.Bu

çalışıyla ülke olarak 50 yaş ve üstü HIV enfeksiyonu tanısı almış kişilerin tanı şekli, evresi, tedavi seçimi, komorbiditeler, fırsatçı enfeksiyon ve malignitelerde durum, daha genç popülasyonla karşılaştırıldığında nasıl bir tablo var önümüzde, bunları ortaya koymayı amaçladık.

Yöntem: Türkiye EKMUD HIV/AIDS Çalışma Grubu (ÇG) ve Geriatrik Enfeksiyonlar ÇG tarafından, 26 merkezde, retrospektif olarak yürütülmüştür. Etik kurul belgesi ÇÜTF Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Elde edilen veriler, İstatistik Bölge Birimleri Sınıflaması 1 (İBBS-1) kriterleri göz önünde bulundurularak, Türkiye'yi temsil edecek şekilde (İBBS-1'deki 12 bölgenin 10'una ulaşılmıştır) toplanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 1737 HIV ile enfekte kişi dahil edilmiştir. Veriler, yaş gruplarına göre 50 yaş altı (823 hasta, %47,4) ve 50 yaş üstü (914 hasta, %52,6) olarak iki gruba ayrılmıştır. Yaş kategorizasyonu olmaksızın komorbidite varlığı her dört kişiden birinde (%26,5) izlendi. Sigara kullananların oranı 50 yaş altında %45,9, alkol kullananlarsa %21,9'du. Tanı alan bireylerin partnerinin HIV ile enfekte olma oranı, 50 yaş altında %61,5; 50 yaş üstündeyse %76,4'tü ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). 50 yaş üstü grubun HIV RNA düzeyi, 50 yaş altındakilerden yüksektir, ancak CD4 sayısı ve yüzdesi daha düşüktür. CD8 sayılarıysa her iki grup arasında benzerdi. 50 yaş altındaki bireylerde komorbidite oranı daha düşüktür ($p < 0,001$). Geriatrik hastalarda diyabet, hipertansiyon, aterosklerotik kalp hastalığı, KOAH ve nörolojik hastalık oranı yüksektir. 50 yaş altı bireylerde sigara ve alkol içenlerin oranı 50 yaş üstünde tanı alanlardan yüksektir (sırasıyla $p = 0,007$ ve $p < 0,001$). Fırsatçı enfeksiyon varlığı 50 yaş altındaki grupta %8,8, üstünde %11,1'dir. Tanı sırasında bakteriyel pnömoni ($p = 0,002$), kanser ($p = 0,004$), kandidal enfeksiyonlar ($p = 0,041$), osteoporoz ($p < 0,001$) ve kırık öyküsü ($p = 0,030$), ailede myokard enfarktüsü öyküsü ($p < 0,001$) 50 yaş üstünde tanı alan grupta istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksekti. HIV tedavisinde sorunsuz olanların oranı 50 yaş altında %90,8; 50 yaş üstünde %83,9'du ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$).
Sonuç: Çalışmamız tahmin edilenin reel olarak ortaya konulmasına aracılık etmiştir. Erken tanının tedavi başarısındaki, morbiditedeki ve mortalitedeki önemi tartışılmaz. 50 yaş üstü tanı alan HIV ile yaşayan kişilerin başlangıç klinik evrelerinin daha ileri, fırsatçı enfeksiyon ve malignite oranları ile metabolik sorunlarının daha fazla olduğu gösterilmiştir. Bu yaş grubundaki HIV enfeksiyonunun yönetiminin daha kompleks olacağını, komorbidite, koenfeksiyon ve malignite yönetiminde daha proaktif ve multidisipliner yaklaşımların gerekliliği ortaya konulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: HIV, geriatri, komorbidite

SS-12 \ SÖZLÜ BİLDİRİ

HIV ile yaşayan bireylerde tedaviye uyumu etkileyen faktörler – Türkiye'den tanımlayıcı bir çalışma

İlkay Akbulut¹, Kamil Mert², Sabri Atalay¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

²Sağlık Bakanlığı Malazgirt Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Amaç: Tedaviye uyum, HIV'de virolojik baskılanma ve iyi bir klinik sonuç için son derece önemlidir. Tedaviye iyi uyum gösteren kişiler, tedavi başarısızlığı yaşama olasılığı daha düşük olan, enfeksiyonun daha iyi bir klinik seyir gösterdiği ve tedavi maliyetlerinin daha düşük olduğu bireylerdir. Bu çalışmada, ülkemizdeki HIV ile yaşayan bireylerde tedaviye uyumu etkileyen faktörleri açıklamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntemler: Bu çalışma, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Eylül 2022 ile Aralık 2022 tarihleri arasında yürütüldü. ART'ye (antiretroviral tedavi) en az 6 aydır devam eden ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üstü tüm HIV pozitif bireyler çalışmaya dahil edildi. Araştırmacılar, literatürü inceleyerek ve ülke koşullarını göz önünde bulundurarak HIV ile yaşayan bireylerde tedaviye uyumu etkileyebilecek faktörleri içeren bir anket hazırladılar.

Bulgular: Çalışmaya toplamda 306 kişi katıldı (cevapsızlık oranı: %30) ve katılımcıların %86'sı erkekti. Bireysel faktörler arasında; depresif hissetme (%19,5), tedavi yorgunluğu (%18,5) ve sağlıklı bir çocuk sahibi olamama kaygısı (%18,2) öne çıktı. HIV/AIDS ile ilgili temel faktörler ise AIDS ile ilişkili fırsatçı enfeksiyon/kanser/komorbidite varlığı (%20,9) ve mevcut tedaviyle tedavi edilemezlik (%20,5) idi. Yan etkilerle ilgili endişeler (%14,6) ve ilaç-ilaç etkileşimleri (%13,6) en sık belirtilen ART ile ilgili faktörlerdi. Tedaviye uyum konusunda sağlık tesisiyle ilgili başlıca engeller yetersiz danışmanlık (%15,2) ve HIV hekimine ulaşamama (%15,1) idi. Sadece birkaç hasta sağlık sistemiyle ilgili faktörlerin tedaviye uyumlarını etkilediğini belirtti.

Sonuç: Tedaviye uyumu etkileyen en önemli faktörler bireysel ve HIV/AIDS ile ilgiliydi. Bu faktörlerin farkında olmak ve başlangıç tanısı ve takip ziyaretleri sırasında bireysel danışmanlığa zaman ayırmak önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu, Hasta Uyumu, HIV

Tablo 1: Çalışma popülasyonunun temel demografik özellikleri

Sosyo-demografik özellikler		n (%)
Cinsiyet	Kadın	33 (10.8)
	Erkek	263 (85.9)
	Diğer	10 (3.3)
	Toplam	306 (100)
Cinsel yönelim	Heteroseksüel	119 (44.6)
	Eşcinsel	94 (35.2)
	Biseksüel	37 (13.9)
	LGBT	10 (3.7)
	Travesti/transseksüel	7 (2.6)
	Toplam	306 (100)
Eğitim durumu	Üniversite	146 (47.7)
	Lise	75 (24.5)
	İlkokul veya yok	51 (16.7)
	Ortaokul	34 (11.1)
	Toplam	306 (100)
Medeni durum	Bekar	191 (62.4)
	Evli	74 (24.2)
	Boşanmış	41 (13.4)
	Toplam	306 (100)
Mesleki durum	Ücretli çalışan	183 (61.6)
	İşsiz	64 (21.5)
	Kendi işini yapan	33 (11.1)
	Dönemsel çalışan	17 (5.7)
		Toplam
Yaş	Ortanca ± SD (min-maks)	36.9 ± 11 (17-76)

Tablo 2: Tedaviye uyumu etkileyebilecek bireysel, viral ve ART ile ilgili faktörler

Bireysel olarak düzenli ilaç kullanmanızı engelleyebilecek faktörler	Kesinlikle katılıyorum/ Katılıyorum n (%)	Ne katılıyorum Ne katılmıyorum n (%)	Kesinlikle katılmıyorum/ Katılmıyorum n (%)
Depresyonda olduğumu düşünüyorum (n=302)	59 (19.5)	82 (27.2)	161 (52.3)
İlaç kullanmaktan yoruldum (n=303)	56 (18.5)	87 (28.7)	160 (52.8)
Kullandığım ilaçların sağlıklı çocuk sahibi olmama engelleyeceğini düşünüyorum (n=302)	55 (18.2)	60 (19.9)	187 (61.9)
HIV ilaçları aldığım için damgalanabileceğim veya ayrımcılığa maruz kalabileceğimden korkuyorum (n=304)	39 (12.8)	150 (49.3)	115 (37.8)
HIV ilaçları aldığım için sevgili, cinsel partner veya evlenebileceğim birini bulamamaktan korkuyorum (n=303)	35 (11.6)	121 (39.9)	147 (48.5)
Kalabalık bir ortamda yaşadığım için bazen ilaç almaktan kaçınıyorum, bu yüzden tedavim kesiliyor (n=302)	31 (10.3)	35 (11.6)	236 (78.1)
İlaçlarımı almayı sık sık unutuyorum (n=301)	30 (10)	22 (7.3)	249 (82.7)
Alkol ve/veya uyuşturucu aldığımda ilaçlarımı almayı unutabilirim (n=301)	19 (6.3)	17 (5.6)	265 (88)
Aile, arkadaş ve akraba desteği eksikliği ilaçlarımı düzenli kullanmamı etkileyebilir (n=301)	18 (6)	25 (8.3)	258 (85.7)
Yalnız yaşadığım için ilaçlarımı düzenli almayı unutabilirim (n=301)	15 (5)	16 (5.3)	270 (89.7)
Kalıcı bir evim olmadığı için ilaçlarımı kaçırabilirim (n=301)	12 (4)	10 (3.3)	279 (92.7)
Diğer hastalıklarım nedeniyle birçok ilaç almak zorunda olduğum için HIV tedavim karmaşıklaşıyor (n=302)	11 (3.6)	16 (5.3)	275 (91.1)
Diğer sağlık sorunlarım nedeniyle ilaçlarımı kaçırabilirim (n=301)	10 (3.3)	15 (5)	276 (91.7)

Tablo 3: Tedaviye uyumu etkileyebilecek sağlık tesisi ve sağlık sistemi ile ilgili faktörler

Düzenli ilaç kullanımınızı engelleyebilecek sağlık tesisi ile ilgili faktörler	Kesinlikle katılıyorum/ Katılıyorum n (%)	Ne katılıyorum ne katılmıyorum n (%)	Kesinlikle katılmıyorum/ Katılmıyorum n (%)
HIV tedavisi hakkında yeterince bilgilendirilmedim (n=302)	46 (15.2)	45 (14.9)	211 (69.9)
Sağlık hizmeti sağlayıcıma erişimde sorun yaşıyorum (n=304)	46 (15.1)	70 (23)	188 (61.8)
Undetectable=Untransmittable (U=U) hakkında yeterince bilgi sahibi olsaydım, ilaçlarımı daha düzenli alırdım (n=298)	43 (14.4)	73 (24.5)	182 (61.1)
Tedaviye uyumsuzluğun olumsuz sonuçları hakkında yeterince bilgilendirilmedim (n=302)	42 (13.9)	70 (23.2)	190 (62.9)

SS-13 \ SÖZLÜ BİLDİRİ

Türkiye’de HIV ile yaşayan hastaların rutin klinik izleminde biktgravir/emtrisitabin/tenofovir alafenamid (B/F/TAF) tedavisinin etkililik ve tolerabilitesinin değerlendirilmesi – KLİMİK HIV TR kohortunun 12 aylık sonuçları

Halis Akalın¹, Asuman İnan², Bülent Kaya³, Deniz Gökengin⁴, Dilara İnan⁵, Levent Görenek⁶, Hülya Özkan Özdemir⁷, Adalet Altunsoy⁸, Mehtap Aydın⁹, Funda Şimşek¹⁰, Atahan Çağatay¹¹, Selda Sayın Kutlu¹², Ali Asan¹³, Sabri Atalay¹⁴, Serhat Birengel¹⁵, Volkan Korten¹⁶, Hiv Tr Çalışma Grubu¹⁷

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

²İstanbul Haydarpaşa Numune EAH

³İstanbul Kartal EAH

⁴Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

⁵Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi

⁶İstanbul Sultan Abdülhamid Han EAH

⁷İzmir Bozyaka EAH

⁸Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

⁹İstanbul Ümraniye EAH

¹⁰İstanbul Okmeydanı EAH

¹¹İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi

¹²Denizli Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

¹³Bursa Yüksek İhtisas EAH

¹⁴İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

¹⁵Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

¹⁶Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

¹⁷Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği HIVÇG

Amaç: Türkiye’de farklı merkezlerde tedavi gören, seçilmiş olmayan heterojen bir hasta kohortunda HIV ile yaşayan kişilerde B/F/TAF tek tablet tedavisinin gerçek yaşam etkililik ve tolerabilite verilerinin değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

Yöntem: Bu çalışma ulusal, retrospektif, çok-merkezli, müdahalesiz bir gözlemsel çalışmadır. Ülkemizde HIV hastalarının izlendiği ve HIV-TR kohortuna dahil 36 merkezde, en az 12 aydır B/F/TAF tedavisi almakta olan naif ve tedavi değişikliği yapılmış 18 yaş üstü hastalar çalışmaya alındı. Primer sonlanım noktası olarak B/F/TAF tedavisi alan naif ve tedavi deneyimli hastalarda 48. haftada virolojik başarı oranı (HIV-1 RNA < 200 k/mL olan hasta yüzdesi) analiz edildi. Sekonder sonlanım noktaları olarak hastalarda CD4/CD8 değişimi ve CD4/CD8 >1 olma oranı, tedavi değişikliği nedenleri, advers etkiler ve advers etkiye bağlı tedavi bırakma oranı, önceki tedavilerden geçiş nedenleri ve virolojik baskılanmanın kalıcılık oranı değerlendirildi.

Kategorik veriler için sıklık ve yüzde, sürekli veriler için medyan tanımlayıcı değerler verildi. Zaman içindeki bağımlı ölçümler arasındaki farklılığın analizinde Wilcoxon testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık p< 0.05 olarak kabul edildi. Bulgular: Analize dahil edilen 2262 hastanın %49,6’sı (n=1122) naif, %50,4’ü (n=1140) tedavi deneyimli hastalardı. Tedavi öncesinde naif hastaların %24,2’sinde HIV-1 RNA >1.000.000 k/mL, %55,7’sinde CD4 <350 h/mm³ idi. Naif hastalarda tedavi sonrası 48. haftada viral baskılanma (HIV-1 RNA < 200 k/mL) %98,3 olarak gözlemlenmiş olup, başlangıç viral yük ve CD4 düzeylerinden bağımsız olacak şekilde tüm gruplar arasında benzer oranda etkililik saptandı. Tedavi deneyimli hastalarda 48. haftada viral baskılanma oranları (HIV-1 RNA < 200 k/mL) %96,5 olarak bulundu. Naif hastalarda tedavi öncesindeki CD4/CD8 oranı medyan 0,44 iken, 48. haftada bu oran 1,06’ya yükseldi (p<0,001). Tedavi naif ve deneyimli grupta güvenlilik verileri B/F/TAF’ın bilinen geçmiş verileri ile tutarlıydı. Naif hastalarda tedavi kesilme oranı %1,7 idi.

Sonuç: Naif ve tedavi deneyimli gruplarda, 12 aylık B/F/TAF tedavisi ile başlangıç viral yük (naif hastaların %24,2’sinde HIV-1 RNA >1.000.000 k/mL) ve CD4 düzeylerinden bağımsız olacak şekilde yüksek virolojik baskılanma oranları saptandı; yeni veya beklenmeyen bir güvenlilik bulgusu tespit edilmedi.

Anahtar Kelimeler: KLİMİK HIV TR kohort, B/F/TAF, Biktgravir, HIV-1 RNA >1.000.000 k/mL

SS-14 \ SÖZLÜ BİLDİRİ

Progresif multifokal lökoensefalopati tanılı HIV ile yaşayan bireylerin değerlendirilmesi: EKMUD HIV çalışma grubu verileri

Seniha Şenbayrak¹, Behice Kurtaran², Recep Balık¹, Bircan Kayaaslan³, Fatma Eser³, Aliye Baştuğ³, Gönül Çiçek Şentürk⁴, Nesibe Korkmaz⁴, Aslı Vatan⁵, İlkay Karaoğlan⁶, Pınar Ergen⁷, Gül Ruhsar Yılmaz⁸, İlkay Akbulut⁹, Yeşim Taşova²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji, Kliniği, İstanbul

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji, Anabilim Dalı, Adana

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji, Kliniği, Ankara

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etilik Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji, Kliniği, Ankara

⁵Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji, Kliniği, Sakarya

⁶Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji, Anabilim Dalı, Gaziantep

⁷Prof.Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji, Kliniği, İstanbul

⁸Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji, Anabilim Dalı, Isparta

⁹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji, Kliniği, İzmir

Amaç: Progresif multifokal lökoensefalopati (PML), JC virüsünün neden olduğu, beyindeki oligodendrositleri etkileyen nadir ve genellikle ölümcül bir demiyelinizan hastalıktır. PML, latent JC virüsünün uzun süreli immünoşüpresyon sonrasında reaktivasyonu ile oluşur. EKMUD-HIV çalışma grubu tarafından yürütülen bu çok merkezli çalışmada, HIV ile yaşayan bireylerde PML'nin klinik özelliklerini ve prognozunu incelemeyi amaçladık. **Gereç-Yöntem:** PML tanısı alan ve HIV ile yaşayan 20 bireyin verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, klinik bulguları, laboratuvar sonuçları ve radyolojik görüntülemeleri tanımlayıcı istatistikler kullanılarak analiz edildi; sonuçlar yüzdeler ve medyan değerler şeklinde sunuldu.

Bulgular: Olguların %90'ı erkek olup, PML tanısı anındaki medyan yaş 42,5 idi; %55'i heteroseksüel ve %25'i MSM idi. Sigara, alkol ve madde kullanımı sırasıyla %60, %66,7 ve %6,3 idi. PML ve HIV tanısı olguların %55'inde eş zamanlı konuldu. HIV tanısından sonra PML tanısı alan 9 hastanın 7'si ART alırken, takip dışı kalan 2 olgu ise PML tanısı alana kadar ART almamıştı. ART alan olguların 5'i 6 aydan daha kısa, 2'si ise 6 aydan daha uzun süredir tedavi almaktaydı. Olguların nörolojik semptom ve bulguları ile MRG bulguları Tablo 1 ve 2'de özetlenmiştir. PML tanısında medyan CD4⁺ sayısı 66 hücre/μL, medyan CD8⁺ sayısı 631 hücre/μL olarak saptanmış olup, olguların %70'inde CD4⁺ sayısı 100'ün altındaydı. Medyan HIV viral yükü 489.996 kopya/mL idi. BOS'ta hücre saptanan 12 olguda mononükleer lökosit hakimiyeti vardı; medyan hücre sayısı 6/mm³ ve medyan BOS proteini 64,0 mg/dL idi. Olguların 16'sının BOS'unda PZR ile JC virüsü saptandı; medyan JC viral yükü 285 kopya/mL idi (minimum: 64, maksimum: 88.000.000 kopya/mL). PML dışı AIDS tanımlayıcı hastalıklar sırası ile kandida özofajiti (n=4), PCP (n=2), Castleman hastalığı (n=1), CMV retiniti (n=1), intrakraniyal toksoplazmoz (n=1) ve HHV-6 enfeksiyonu (n=1) idi. Semptom başlangıcından PML tanısına kadar geçen süre 15 ile 90 gün arasında değişmekte olup, hastaların %68,4'ü 30 gün içinde tanı aldı. Olguların %35'inde IRIS gelişti. Hastaların 9'u PML ve 1'i lenfoma nedeniyle hayatını kaybederken, 7'si nörolojik sekellerle ve 3'ü ise tam iyileşme ile taburcu edildi. Yaşayanların tümünün sağkalımları iki yılın üzerindedir. Sağkalım grubu ile mortalite grubu arasında PML tanı anındaki CD4⁺ ve CD8⁺ sayısı, HIV viral yükü açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Ancak mortalite grubundaki hastaların medyan CD8⁺ sayısı sağkalım grubuna göre daha yüksek olmakla birlikte (548 vs. 822 hücre/μL), bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Sonuç: Nörolojik semptomların hızlı ilerlemesi ve HIV ile yaşayan bireylerde mortalitesinin yüksek olması nedeniyle PML'ye yönelik farkındalığın artırılması gerekmektedir. Erken tanı ve antiretroviral tedaviye hızla başlanması hayatta kalma oranlarını ve nörolojik sonuçları iyileştirebilir.

Anahtar Kelimeler: AIDS, PML, JC Virüs

Tablo 1

Nörolojik Semptomlar	n:	%
Yürüme Bozukluğu	15	75
Konfüzyon	13	65
Motor Defisit	12	60
Konuşma Bozuklukları	12	60
Ataksi	9	45
Diplopi	5	25
Hemianopsi	4	20
Epileptik Nöbet	4	20

Nörolojik Semptomlar ve Bulgular

Tablo 2

MRG Bulguları	n:	%
T2 hiperintens lezyonlar	18	90
T1 hipointens lezyonlar	15	75
FLAIR hiperintens lezyonlar	12	60
Kontrast tutan lezyonlar	10	50
Kitle etkisi	7	35
Posterior fossa tutulumu	5	25

MRG Görüntüleme Bulguları

SS-15 \ SÖZLÜ BİLDİRİ

HIV ve sifiliz koenfeksiyonu olan hastaların değerlendirilmesi

Nurhayat Yılmaz, Dilek Bulut, Ongay Külirkin Kara, Semanur Kuzi, Nesibe Korkmaz, Gönül Çiçek Şentürk
Etlik Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

Amaç: HIV ile enfekte hastalarda artmış sifiliz sıklığı, halk sağlığı açısından ciddi bir endişe kaynağıdır. Sifiliz, HIV enfeksiyonunun seyri hızlandırabilir, bağışıklık sistemini daha da zayıflatabilir ve tedaviye yanıtı olumsuz etkileyebilir. Ayrıca, sifiliz ve HIV'in birlikte bulunması, HIV'in bulaşma riskini artırarak enfeksiyonun yayılmasına katkıda bulunabilir. Bu durum, toplumda cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların artışını tetikleyerek daha geniş bir epidemiyolojik soruna yol açabilir. Bu nedenle HIV pozitif bireylerde sifiliz bulaşına etki eden faktörlerin değerlendirilmesi, sifiliz koenfeksiyon ve reenfeksiyon oranlarının belirlenmesi önem taşımaktadır. Bu faktörlerin anlaşılması, risk altında olan bireylerin tanımlanmasına ve hedeflenmesine olanak tanır; bu da etkili sağlık müdahale stratejileri geliştirilmesine yardımcı olur. Çalışmamızda HIV ile enfekte sifiliz hastalarında bulaşma neden olan faktörlerin ve reenfeksiyon oranlarının belirlenmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem: 2014-2023 yılları arasında doğrulanmış HIV enfeksiyonu olan, en az 6 aydır takibimizde olan ve son 1 yıldır takibimizden çıkmayan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların sifiliz koenfeksiyon varlığı, cinsiyeti, yaşı, eğitim durumları, tanı anındaki viral yükü ve takip süresince sifiliz reenfeksiyon varlığı sistemden ve hasta dosyalarından geriye dönük tarandı.

Bulgular: Dahil edilme kriterlerini sağlayan toplam 444 HIV pozitif hastanın 48'inde (% 10,81) sifiliz koenfeksiyonu görüldü. Sifiliz koenfeksiyonu olan grubun %79,17' si (38) erkek, %20,83' ü (10) kadın cinsiyetteydi. Yine aynı grupta 32 hasta (%66,67) lisansaltı, 13 hasta (%27,08) lisans düzeyinde eğitim durumuna sahipti. Sifiliz koenfeksiyonuna sahip olan ve olmayan grubun karşılaştırmalı analizinde cinsiyet, eğitim durumu, CD4+ hücre sayısı, HIV RNA viral yükü, AIDS gelişip gelişmeme durumu açısından her iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı.

Sadece HIV enfeksiyonu olan hastalarda AIDS gelişme oranı %17,42 iken sifilizle koenfekte olan hastalarda % 14,58 idi ve arada anlamlı fark saptanmadı. HIV enfeksiyonu ve sifiliz koenfeksiyonu ile takip ettiğimiz hastalarda reenfeksiyon oranı %12,5' ti.

Hastaların demografik özellikleri ve her iki grubun karşılaştırmalı analizleri tablo 1 de verilmiştir.

Sonuç: HIV hastalarında artmış sifiliz koenfeksiyonu ve sifiliz reenfeksiyon riskinin devam ettiği akılda tutulmalıdır. Düzenli takip ve tedavi altında HIV viral yükünün negatifleşmesiyle HIV bulaş riskinin azalacağı ancak sifiliz gibi diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların bulaş riskinin devam ettiği bilgisi hastalarla paylaşılmalıdır. Bu nedenle, HIV pozitif bireylerde düzenli sifiliz taraması yapılması ve riskli cinsel davranışlar ile korunma yöntemleri hakkında eğitim verilmesi, hem bireysel sağlık hem de toplumsal yayılımın engellenmesi açısından hayati öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: HIV, sifiliz, toplum sağlığı

Tablo 1

Parametreler	Tüm Hastalar	Sifiliz koenfeksiyonu olmayan	Sifiliz koenfeksiyonu olan	Univariat e	OR (%95 CI) ^c	Multivariat e
				P değeri ^a		P değeri ^c
Hasta Sayıları	444 (% 100)	396 (%89,19)	48 (% 10,81)			
Cinsiyet				0,819 ^a	1,057 (0,495 - 2.261)	0,885
Erkek	357 (% 80,41)	319 (%80,56)	38 (% 79,17)			
Kadın	87 (% 19,59)	77 (%19,44)	10 (% 20,83)			
Eğitim Durumu				0,601 ^a	0,791 (0,466 - 1,345)	0,387
Lisansaltı	267 (% 60,14)	235 (%59,34)	32 (% 66,67)			
Lisans	148 (% 33,33)	135 (%34,09)	13 (% 27,08)			
Öğrenci	29 (% 6,53)	26 (%6,57)	3 (% 6,25)			
Yaş (yıl)	42,89±14,25 (18-78)		42,5±14,84 (20-73)	0,840 ^a (F=0,041)	0,995 (0,973 - 1,018)	0,674
CD4+ Hücre Sayısı (hücreler/mm ³)	11443,24±149483,4 (0-2835320)	9361,40±146694 (0-2835320)	28618,42±171540,45 (24-1180000)	0,400 ^a (F=0,710)	1,000 (0,999 - 1,000)	0,373
HIV RNA viral yük, log ₁₀ copies/mL	28618,42±171540,45 (24-1180000)	7358529±6480000 (0-1070000000)	2034624,37±5959245,82 (0-37500000)	0,570 ^a (F=0,323)	1,000 (1-1)	0,689
AIDS				0,244 ^a	0,797 (0,333 - 1.907)	0,610
Gelişmeyen	368 (% 82,88)	327 (%82,58)	41(% 85,42)			
Gelişen	76 (% 17,12)	69 (%17,42)	7 (% 14,58)			

Hastaların demografik özellikleri ve her iki grubun karşılaştırmalı analizleri



HIV/AIDS
Korunma
ve Eğitim
Derneği



HIV/AIDS KONGRESİ
2024

5 - 8 ARALIK 2024

Xanadu Resort Otel Belek Antalya

www.hivaidskongresi2024.com

- POSTER BİLDİRİLER -



HIV/AIDS
Korunma
ve Eğitim
Derneği



HIV/AIDS KONGRESİ
2024

5 - 8 ARALIK 2024

Xanadu Resort Otel Belek Antalya

www.hivaidskongresi2024.com

- HIV enfeksiyonunda temel bilimler -

PS-01 \ POSTER BİLDİRİ

HIV ile yaşayan bireylerde fekal mikrobiota değişikliklerinin araştırılması

Banu Karaca¹, Alper Şener¹, Ayşe Caner², Figen Kaptan¹, Bahar Örmən¹

¹Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları AD, İzmir, Türkiye

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Parazitoloji AD, İzmir, Türkiye; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Temel Onkoloji AD, İzmir, Türkiye

Amaç: Gastrointestinal sistem HIV enfeksiyonunda rezervuar görevi görmektedir. Antiretroviral tedavi (ART) alan olgularda, virolojik baskılanmaya karşın süregelen barsak disbiyozisi nedeniyle kardiyovasküler hastalık, erken yaşlanma, kognitif defektler, diyabet, karaciğer fonksiyonlarında bozulma ve yağ depolarında değişimler devam etmektedir.

Burada literatürden farklı olarak ART deneyimsiz naive ve integras inhibitörü içeren ART alan olgularda fekal mikrobiota değişiminin araştırılması amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Üçüncü basamak bir üniversite eğitim araştırma hastanesi enfeksiyon hastalıkları kliniğinde 15.06.2022-15.06.2023 tarihleri arasında takip edilen 18 yaş üzerinde, DM, inflamatuvar barsak hastalığı, GIS patolojisi olmayan, antibiyotik tedavisi/profilaksisi olmayan, ek gıda/probiyotik kullanmayan, HIV pozitif olgulardan ART deneyimsiz (grup 1), 2 yıldan kısa süreli (grup 2) ve 2-5 yıl süreyle integras inhibitörü içeren ART (grup 3) alan olgularda prospektif olarak fekal mikrobiota analizi yapıldı. Gaita örneklerinde bakteri mikrobiotası 16S rDNA genini (V3-V4 bölgeleri) hedef alan sekanslama yöntemi ile metagenomik analizi yapıldı.

Bulgular: 30 hastanın 27'si erkek, yaş ortalaması 43.9 yıld (22-69). On hasta grup 1, 7 hasta grup 2 ve 13 hasta grup 3'de idi. Ortalama vücut kitle indeksi 24,46 kg/m²(19-33), enfeksiyon süresi ise 109 ay olarak hesaplandı. Olguların 16'sı heteroseksüel, 8'i MSM, 3'ü biseksüel olarak kendisini tanımlarken, 3 olgu ise cinsel tercih belirtmedi. HBV ve HCV koenfeksiyonu yoktu. Plazma HIV-1 RNA düzeyi grup 1 de ortalama 439.168 k/mL saptandı, Grup 2 de bir olgu (226 k/mL) dışında tüm olgularda negatif idi. Ortalama CD4 oranı grup 1, 2, 3 de sırasıyla %21.7, %33.3 ve %32.6 olarak hesaplandı. ART alan grupta fekal mikrobiota çeşitliliği (alfa diversity) açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmayan bir artış saptanmış olup grup 3'de bu düzey daha yüksek iken grup 1 de en düşük tespit edilmiştir. Filum düzeyinde Bacteroidetes grup 1'de dominant iken Firmutes grup 2 ve 3'de belirgin bir artış göstermiştir. Euyarchaeota filumu tedavi alan grupta anlamlı seviyede yüksektir. Tür düzeyinde Clostridium pasteurianum ve Oxalobacter formigenes bakterileri naive grupta düşük iken tedavi alan gruplarda belirgin artış göstermiştir. Aksine Parabacteroides distansonis ise naive hastalarda dominant iken tedavi ile beraber belirgin düşme eğiliminde idi. İlginç olarak Faecalibacterium prausnitzii ise belirgin seviyede grup 2'de düşük olarak tespit edildi.

Sonuç: ART alan olgularda mikrobiota çeşitliliği (alfa diversity) açısından naive ve tedavi grupları arasında filum düzeyinde belirgin farklılıklar ve üç grup arasında tür düzeyinde farklılıklar tespit edilmiştir.

HIV olgularında kronik inflamasyonun neden olduğu patolojileri önlenmek için barsak mikrobiotasının analizi hastalığın patogeneze ışık tutarak gelecekte yaşam düzeni, diyet değişimi veya destek ek tedavileri öngörmede yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler: HIV, FEKAL MİKROBİOTA, ART

Tablo-1

	naive	0-2 yıl	2-5 yıl	p değeri
Shannon indeksi	1,68±0,46 1,61 (1,08-2,44)	1,77±0,29 1,84 (1,24-2,20)	1,89±0,41 1,94 (1,07-2,41)	0,463
Simpson indeksi	0,65±0,16 0,68 (0,40-,86)	0,70±0,09 0,73 (0,51-0,78)	0,72±0,12 0,73 (0,41-0,86)	0,511
İnvers Simpson indeksi	3,64±1,85 3,16 (1,67-7,24)	3,61±0,89 3,72 (2,03-4,56)	4,35±1,73 3,70 (1,69-7,22)	0,498

Diversite indeks değerlerinin gruplara göre karşılaştırılması

Bu çalışmanın yapılmasında koşulsuz desteği için Humanis firmasına teşekkür ederiz.



HIV/AIDS
Korunma
ve Eğitim
Derneği



HIV/AIDS KONGRESİ
2024

5 - 8 ARALIK 2024

Xanadu Resort Otel Belek Antalya

www.hivaidskongresi2024.com

- HIV enfeksiyonunun epidemiyolojisi -

PS-02 \ POSTER BİLDİRİ

HIV ile yaşayan kişilerin takibinde yeni bir merkez, bir senelik deneyim

Merve Yıldız Ergin, Selva Ala Selek

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Erken tanı ve ART'nin hızlı başlatılmasıyla, HIV ile yaşayan kişilerin yaşam beklentisi genel nüfusla aynı seviyeye ulaşmıştır. Ancak, HIV ile yaşayan birçok kişi hala teşhis edilmemiş veya geç teşhis edilmiş olup bireysel ve toplumsal sağlığı etkilemektedir. Etkili önleme stratejilerinin tasarımı, enfeksiyon kaynağı olarak hareket eden bireylerin demografik karakterizasyonunu gerektirir. Bu çalışmada HIV ile yaşayan kişilerin takibini yeni deneyimlemeye başlamış bir merkezde son 1 yılda yeni tanı alan kişilerin güncel demografik durumları, klinik ve laboratuvar verilerini tespit etmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Merkezimizde HIV enfeksiyonu tanısı doğrulanmış 64 kişinin bilgileri poliklinik dosyaları ve hastane veri tabanından geriye dönük olarak incelendi. Kişilere ait yaş, cinsiyet, cinsel yönelim, medeni durum, hepatit B, C, sifilis, latent tüberküloz (TB) varlığı, tanı sebebi, geç başvuru durumu, başvuru anındaki laboratuvar verileri ve tedavi rejimleri kaydedildi.

Bulgular: Merkezimizde, geçtiğimiz yıl içerisinde HIV ile yaşayan 64 kişi tespit edildi. Bu kişilerin %12.5 (n=8)'i kadın, %87.5 (n= 56)'i erkek, yaş ortalaması 39.9± 12.1 yıldır. Altmış dört kişinin %12.5 (n=8)'i enfeksiyonun takibi için başka bir sağlık merkezine başvurdu, %29.6 (n=19) 'sının tanı sonrası enfeksiyonla ilişkili hastane başvurusu yapmadığı görüldü. Diğer HIV ile yaşayan 36 kişi merkezimizde takip edilmektedir. Bu kişilerin %8.3 (n=3)'ü kadın, %91.7 (n=33)'ü erkek, yaş ortalaması 39.9±12.0 yıl idi. Hiçbir hastada hepatit B ve C koinfeksiyonu saptanmazken, %33.3 (n= 12)'ünde sifilis, %16.6 (n=6)'sında latent tüberküloz tespit edildi. Kişilerin en sık (%30.5) cerrahi girişim öncesi tarama testi pozitifliğiyle tanı aldığı görüldü. On üç (%36.1) kişi geç dönemde başvurdu. Başvuru sırasında ortanca CD4+ T lenfosit sayısı 386/μl, CD4/CD8 oranı 0.44, HIV-RNA sayısı 68000 IU/ml idi. Tedavide en sık (n=35) INSTI bazlı ART rejimlerinin tercih edildiği görüldü. Tedavi rejimlerinin ayrıntısı tablo 1'de gösterildi. Takibe alınan kişilerin üçü (%8.3) takibi bırakmış olup, sebebi bilinmemektedir. Merkezimizde HIV ile yaşayan 33 kişinin takibine devam edilmektedir.

Sonuç: Gelişmekte olan ve HIV enfeksiyonu farkındalığının düşük olduğu ülkelerde, riskli popülasyonların belirlenmesi ve enfeksiyonun taranması, tanı sürecinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Tanı aldıktan sonra hastaneye başvurmayan ve tedavi almayan kişiler toplum sağlığı açısından endişe vericidir. Merkezimizde bu kişilerin oranındaki yükseklik, klinik deneyimi düşük olan bir merkezde bu noktaya eğilimin gerekliliğini göstermektedir. Bu kişilerin takipte kalması ve tedaviye ulaşması için yeni stratejilere ihtiyaç duyulmaktadır. Merkezimizde yeni tanı alan hasta takibinin standardizasyonu için, HIV ile yaşayan kişilerle iletişimin güçlendirilmesi ve merkezimizde optimum koşulların sağlanması öncelikli hedefimiz olacaktır.

Anahtar Kelimeler: AIDS, epidemiyoloji, HIV

Tablo1

Tablo 1. HIV ile Yaşayan Kişilerin Tanı Sebebi, Koinfeksiyon Durumu ve Tedavi Rejimi

		HIV ile yaşayan kişi (n, %)
Anti-HIV testi yapılma nedeni	Operasyon öncesi	11 (30.6)
	Semptomatik başvuru	6 (16.7)
	İşe giriş öncesi	5 (13.9)
	Kişinin kendi isteği	4 (11.1)
	Kan bağıışı öncesi	1 (2.8)
	Evlilik öncesi	1 (2.8)
	Askerlik öncesi	1 (2.8)
	Doğum öncesi	0 (0)
Geç dönemde başvuru	Yok	23 (63.9)
	Var	13 (36.1)
Sifilis	Yok	24 (66.7)
	Var	12 (33.3)
Latent tüberküloz	Yok	30 (83.3)
	Var	6 (16.7)
Tedavi rejimi	TAF/FTC/BIC	27 (75)
	DTG+3TC	5 (13.9)
	TDF/FTC+DTG	2 (5.5)
	TAF/FTC/EVGc	1 (2.8)
	TDF/FTC+LPVr	1 (2.8)

Tablo2

Tablo 2. HIV ile Yaşayan Kişilerin Laboratuvar Bulguları

		HIV ile yaşayan kişi (n, %)
CD4+ T lenfosit sayısı (/µl)	0-49	1 (2.8)
	50-199	4 (11.1)
	200-349	8 (22.2)
	350-499	4 (11.1)
	>500	13 (36.1)
CD4+ T lenfosit sayısı (/µl), ortanca (en küçük değer-en büyük değer)		386 (42-1338)
CD8+ T lenfosit sayısı (/µl), ortanca (en küçük değer-en büyük değer)		948 (360-2570)
CD4/CD8, ortanca, (en küçük değer-en büyük değer)		0.44 (0.08-1.2)
HIV RNA kopya sayısı (IU/ml), ortanca, (en küçük değer-en büyük değer)		68000 (320-14057057)
HIV RNA kopya sayısı (IU/ml) >100.000		16 (44.4)
HIV RNA kopya sayısı (IU/ml) <100.000		16 (44.4)

PS-03 \ POSTER BİLDİRİ

Kliniğimizde takipli HIV/AIDS hastalarının değerlendirilmesi

Duygu Yener¹, Özgür Günel¹, Şeyma Topal¹, Bahar Büşra Sivrikaya¹, Mustafa Usanmaz¹, Sırrı Kılıç²

¹Samsun Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD.

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Amaç: Ülkemizde yıllar içerisinde HIV (Human Immunodeficiency Virus) enfeksiyonu tanısı alan hasta sayısı giderek artmaktadır. Bu çalışmada kliniğimizde takip ettiğimiz toplam 501 HIV ile enfekte hastanın demografik [yaş, cinsiyet, başvuru tarihi, cinsel yönelim] verileri, başlangıç HIV-RNA PCR ve CD4 ortalaması ve Sifiliz pozitifliği verilerini paylaşmak amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmada 2014-2024 yılları arasında Samsun Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları kliniğinde takibine devam edilen 501 HIV ile enfekte hastanın retrospektif olarak poliklinik kayıtları incelenerek hasta verilerine ulaşılmıştır. HIV tanısını kliniğimizde alan ve tetkik sonuçları mevcut olan 377 hastanın başlangıç HIV-RNA PCR ve CD4 ortalamaları ile Sifiliz test sonuçları verilmiştir (kliniğimizde takibine devam edilen 124 hastanın dış merkezde bakılan ilk tetkik sonuçlarına ulaşamamıştır). Hastalarda Sifiliz taramasında VDRL (vederal disease research laboratory) ve TPHA (Treponema pallidum hemagglutination assay) testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 501 hastanın 430'u (%85,8) erkek olup (yaş ortalaması 39,9), 71'i (% 14,2) ise kadındı (yaş ortalaması 42,6). Hastaların cinsel yönelimlerine bakıldığında, 415'inin (%82,93) heteroseksüel, 57'sinin (%11,32) biseksüel ve 29'unun (%5,75) homoseksüel yönelime sahip olduğu saptandı. Kliniğimizde hasta takibine başladığımız 2014 yılından itibaren hasta sayısında ciddi bir artış olduğu gözlenmiştir (Tablo 1). Özellikle pandemi dönemi sonrasında yeni hasta sayısında bariz bir artış olduğu gözlenmiştir. Kliniğimizde 501 hastadan 124'ü önceden başka merkezlerde takipli olması nedeniyle ilk tetkiklerine (HIV-RNA, CD4 ve VDRL-TPHA) ulaşamamıştır. Geriye kalan 377 hastanın HIV-RNA ortalaması 1.045.355 kopya/mL ve CD4 sayısı ortalaması 386 hücre/mm³ olarak hesaplandı. 377 hastadan 71'i (%18,8) VDRL ve TPHA pozitif saptandı (Tablo 2).

Sonuç: HIV pozitif yeni hasta sayısı ülkemiz genelinde artmaya devam etmektedir. Bu açıdan ulusal sağlık politikaları geliştirilmeli ve toplumsal bilinçlendirmeye önem verilmelidir. Ek olarak HIV pozitif hastaların diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından da taranması ihmal edilmemelidir. Ülkemizde geçmiş dönemde yapılan çalışmalarda Karadeniz Bölgesinde VDRL pozitiflik oranı diğer bölgelere göre daha yüksek oranda saptanmıştır (%10,3). Bizim çalışmamızda ise VDRL pozitifliği oranı %18,8 olarak saptanmıştır. Bu durum HIV pozitif hastalarda sifiliz tanısı ve tedavisini daha önemli hale getirmektedir. Bu nedenle hastalara nontreponemal (VDRL, RPR) testler ile tedavi başlangıcında ve her yıl tarama yapılması önerilmektedir. HIV ile enfekte bireylerin takibinde olası fırsatçı enfeksiyon etkenlerinin tanınması ve taranması, gerekli olanlara profilaksi ve/veya uygun tedavilerin başlanması hastalarda mortalite ve morbidite risklerini azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: epidemiyoloji, HIV, sifiliz

Tablo 1

Yıllar	Yeni hasta sayısı
2014	7
2015	30
2016	15
2017	21
2018	41
2019	55
2020	45
2021	63
2022	86
2023	78
2024	60

Polikliniğimize 2014-2024 yılları arasında takip edilen HIV ile enfekte hasta sayısı

Tablo 2

Cinsiyet	Yaş ortalaması	Cinsel yönelim	HIV RNA ortalaması	CD4 ortalaması	Sifiliz serolojisi
Kadın (n=71), %14.2	Kadın (42,6)	Heteroseksüel (n=415), %82,9	1.045.355 kopya/mL	386 hücre/mm ³	Pozitif (n=71), %18.8
Erkek (n=430), %85.8	Erkek (39.9)	Homoseksüel (n=29), %5.7			Negatif (n=306), %81.1
Toplam (n=501)	Toplam (40.3)	Biseksüel (n=57), %11,3			

HIV ile enfekte hastaların epidemiyolojik özellikleri ve tetkik verileri



HIV/AIDS
Korunma
ve Eğitim
Derneği



HIV/AIDS KONGRESİ
2024

5 - 8 ARALIK 2024

Xanadu Resort Otel Belek Antalya

www.hivaidskongresi2024.com

- HIV enfeksiyonunun klinik özellikleri -

PS-04 \ POSTER BİLDİRİ

Son üç yılda yeni tanı alan HIV pozitif olguların değerlendirilmesi

Dilara Ekinci, Aysel Şeker, Fatma Yılmaz Karadağ, Derya Öztürk Engin
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sancaktepe Şehit Prof Dr İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul

Amaç: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu dünyada halk sağlığını tehdit eden en önemli bulaşıcı hastalıklardan biridir. Erken tanı ve etkin tedavi yöntemi enfeksiyonun yayılmasını önlemek için kritik öneme sahiptir. Bu çalışmanın amacı, yeni tanı alan HIV pozitif bireylerin klinik ve epidemiyolojik özelliklerini değerlendirmektir. **Yöntem:** Hastanemize Ocak 2021- Ocak 2024 tarihleri arasında ayaktan veya yatarak başvuran HIV enfeksiyonu tanısı doğrulanmış hastaların dosyaları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik bilgileri, altta yatan hastalıkları, anti HIV testi yaptırma sebepleri, tanı esnasındaki koenfeksiyon varlığı, tanı sırasında HIV RNA düzeyleri ve CD4+ T lenfosit sayıları kayıt edildi. Tüm analizler SPSS 27.00 ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya % 88.6'sı (n: 132) erkek olmak üzere toplam 149 olgu dahil dahildi. Olguların % 40,9 evli (n: 61) ve yaş ortalaması 37.1 ±13.4 (yaş aralığı 19-78) yılı. Eğitim düzeyleri incelendiğinde % 36.9'sı (24/65) üniversite mezunu olduğu tespit edildi. Hastaların %21.4'de en az bir tane altta yatan hastalık mevcuttu. En sık diabetes mellitus, ikinci sıklıkla hipertansiyon gözlemlendi. Hepatit C hastalığı hiçbir hastada tespit edilemezken % 4 (5/149) olguda kronik B hepatit tespit edildi. Hastaları tanı almaya götüren nedenlere bakıldığında % 49'u tarama amaçlı test yaptırmıştı. Hastaların % 22.8'inde hastaneye farklı şikayetler nedeniyle başvurduğu ve tanı aldığı gözlemlendi. Tablo 1'de gösterildi. CD4+ T lenfosit sayılarına ulaşılan 134 olguda tanı anındaki ortalama CD4 değerinin 383.7 hücre/mm³ (aralık: 12-1408) olduğu gözlemlendi. Olguların %22.4'de CD4 hücre sayısı 200/mm³'ün altındaydı. Hastalık nedeniyle test yaptıranlar ile tarama amacıyla test yaptıran kişilerin CD4 hücre sayıları kıyaslandığında, hastalık nedeniyle test yaptıranlarda CD4 hücre sayısının 200 ve altında olma oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p < 0.001). Kayıtlı 149 hastanın 140'nın tanı anındaki HIV RNA yüklerinin ortalama değeri 5381111 (841-296906608) IU/ml olarak hesaplandı. Virüs yükü 1000000 IU/ml ve üzerinde olanların oranı % 40 (n: 56)'dı. Son yıllarda tanı oranlarında artış oldu gözlenirken sırası ile 2021'de % 28.2, 2022 'de %23.5 ve 2023'de % 48.5'di. Yıllara göre kadınlarda artışın daha belirgin olduğu dikkat çekmektedir. (Grafik 1)

Sonuç: Son yıllarda hastanemize başvuran yeni tanı alan HIV ile yaşayan bireylerde artış olduğu gözlenmiştir. Bu artış, COVID-19 pandemisi sonrası test erişiminin artmasına ve başta hekimler arasında olmak üzere kişilerde farkındalığın yükselmesine bağlanabilir. Ancak damgalanma nedeniyle birçok kişi test yaptırmaktan çekinebilmektedir. Bu durum tanı konulmuş vaka sayısının gerçek oranın göstermediği anlamına gelebilir. Enfeksiyonu erken tespit etmek ve tedavi başlamak için toplumun bilgilendirilmesi gereklidir

Anahtar Kelimeler: AIDS, epidemiyoloji, erken tanı, HIV

Yıllara göre yeni tanı HIV olgularının cinsiyete göre dağılımı



Hastaların HIV Testi Yaptırma Nedenleri

Tetkik İstenme Nedenleri	Hasta Sayıları
TARAMA	73
İsteğe Bağlı	32
Şüpheli cinsel temas sonrası	29
Girişimsel Öncesi	6
Gebelik	2
Kan Bağışı	2
İş Başvuru	1
Tüberküloz varlığı	1
ŞİKAYET-HASTALIK DURUMU	35
Döküntü/Kaşıntı	6
Öksürük /Pnömoni şüphesi /PCP	6
Ateş etyolojisi	5
Lenfadenopati	4
Kronik ishal	4
Kilo kaybı, malignite etyolojisi	4
Ensefalit	3
Zona Hastalığı	2
Karaciğer enzim yüksekliği	1
Depresyon	1
DİĞER (BİLİNİYOR)	41



HIV/AIDS
Korunma
ve Eğitim
Derneği



HIV/AIDS KONGRESİ
2024

5 - 8 ARALIK 2024

Xanadu Resort Otel Belek Antalya

www.hivaidskongresi2024.com

- HIV enfeksiyonunun tedavisi -

PS-05 \ POSTER BİLDİRİ

Tedavi naif HIV-1 enfekte hastalarda dolutegravir + lamivudin deneyimi

Ayşin Kılınç Toker, Azade Kanat

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Amaç: Antiretroviral tedavi (ART) alanındaki gelişmeler ve bu tedavi yönteminin yaygın bir şekilde benimsenmesi, HIV enfeksiyonunu ölümcül bir hastalıktan yönetilebilir bir duruma dönüştürmüştür. Günümüzde HIV ile yaşayan kişiler (PLWH), genel nüfusa benzer bir yaşam süresi beklentisine sahiptir. Bu bireylerin yaşlanması ve tedaviye uzun yıllar boyunca devam etmeleri gerektiği düşünüldüğünde, tedavi süreçlerinde uzun vadeli yan etkileri en aza indirmek ve ilaç toksisitesini azaltmak büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle iki ilaçlı rejimler (2DR'ler) HIV yönetiminde yeni bir odak noktası haline gelmiştir. Dolutegravir (DTG) ve lamivudin (3TC) ikili tedavisi uluslararası kılavuzlar tarafından tedavi naif PLWH için birinci basamak tedavi ve virolojik baskılanmanın sürdürülmesi için şu anda önerilen tek ikili tedavidir. Ancak, DTG+3TC tedavisi, yalnızca başlangıç HIV-1 RNA viral yükü (VL) 500.000 kopya/mL'nin altında olan tedavi deneyimsiz bireylere önerilmektedir. Bu çalışmada, merkezimizde hızlı ART başlatılması amacıyla VL sonuçları beklenmeden tedaviye başlanan hastalarda DTG+3TC tedavisinin etkinliğini ve tolere edilebilirliğini, gerçek yaşam verilerine dayalı olarak değerlendirmeyi amaçladık.

Metod: Merkezimizde, ART için DTG + 3TC rejimi başlanan tedavi naif hastalar retrospektif olarak incelendi.

Hastalar, tedavi başlangıcındaki VL düzeylerine göre üç gruba ayrıldı: VL <100.000 kopya/mL, 100.000-500.000 kopya/mL ve VL>500.000 kopya/mL. Takip süresi sonunda hastalar, VL baskılanma (<50 kopya/mL) oranları ve gelişen yan etkiler açısından değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 26 hasta dahil edildi ve %88,5'i (n=23) erkekti. Hastaların yaş ortalaması 37,1±10,7 idi. Başlangıçtaki CD4 hücre sayısı ortalaması 469±214,9 hücre/mm³ olarak belirlendi. Başlangıç ortanca HIV-1 RNA düzeyi ise 431.633 (IQR: 96.728-748.540) kopya/mL olarak tespit edildi (Tablo 1). Başlangıçtaki VL düzeylerinden bağımsız olarak, 24. ve 48. haftalarda VL baskılanma (<50 kopya/mL) oranları sırasıyla %89,47 ve %92,3 olarak gözlemlendi (Tablo 2). Takiplerde hastalar arasında, tedaviyi bırakmayı gerektirecek ciddi bir yan etki gözlemlenmedi.

Sonuç: Çalışmamız, tek merkezde küçük bir hasta grubu üzerinde gerçekleştirilmiş olup sınırlı bir deneyim sunmaktadır. Ancak, DTG+3TC ikili tedavisinin, başlangıçtaki HIV-1 RNA düzeyinden bağımsız olarak etkili ve güvenilir bir seçenek olarak kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: DTG+3TC, ART, Dual Tedavi

Tablo-1: Demografik Veriler

	n	%
Kadın	3	11,5
Erkek	23	88,5
	Ortalama	±Std
Yaş, yıl	37,1	10,7
CD4 hücre/ mm3	469	214,9
CD4 %	19,9	7
CD4/ CD8	0,4	0,18
Beyaz kan hücresi/mm3	7011	1982
Lenfosit/ mm3	2339	687
AST (U/L)	22,8	5,7
ALT (U/L)	22,3	9,4
	Ortanca	IQR
HIV-1 RNA, kopya/ mL	431633	96728- 748540
eGFR (mL/min/ 1.73 m2)	111	102- 118
Kreatin, mg/dl	0,8	0,7- 0,9

Tablo 2. Takip süresince hastaların viral yük düzeylerine göre sayıları

	24. hafta			48.hafta		
	Saptanamadı	<50	>=50	Saptanamadı	<50	>=50
Başlangıç HIV-RNA (kop/ml)						
<100.000	3	-	-	2	-	-
100.000-500.000	5	2		3	1	
>500.000	6	1	2	5	1	1

PS-06 \ POSTER BİLDİRİ

HIV ile yaşayan gebede biktegravir deneyimi: Olgu sunumu

Habibe Tülin Elmaslar Mert, Merve Aytekin, Figen Kuloğlu
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı

Amaç: HIV pozitif tüm gebelere perinatal bulaşı engellemek için en erken sürede antiretroviral tedavi(ART) başlanmalıdır. Mümkünse doğuma saptanamayan viral yük ile girilmelidir. Takibini aksatan, viral yükü yüksek, son trimestere yakın olan gebe olgumuzda kılavuzlarda ilk önerilen tedavi seçeneklerinden olmayan biktegravir(BIC) kombinasyonlu tedavi rejimi kullanıldı ve ilk ay tetkiklerinde bebeğe HIV geçişi olmadığı gösterildi. Bu tecrübemizi paylaşmak istedik.

Olgu: Ek hastalığı olmayan 24 yaşında kadın hasta, evlilik öncesi taramalarda eşi ve kendisine tanı konulması üzerine doğrulama testi ile tarafımıza başvurdu. Tetkikleri ve direnç testleri istendi (Kasım 2022). Eşlik eden fırsatçı enfeksiyon veya koenfeksiyon saptanmadı. Raltegravir(RAL)/emtrisitabin(FTC)/tenofovir disoproksil fumarat(TDF) başlandı. İki hafta sonra sonuçlar için kontrole geldiğinde HIV RNA istemi yapılmamış olduğu görülüp HIV RNA istendi. Laboratuvar tetkiklerinde CD4 T lenfosit sayısı 257(%18) ve HIV RNA saptanabilir düzeyin altındaydı. Tedavi öncesi yapılan testlerde antiretroviral ilaç direnci olmadığı görüldü. Tedavi sonrası birinci ayda kontrole gelen hasta sonrasında bir yıl boyunca kontrole gelmedi. Ocak 2024'de 14 haftalık gebe olduğunu söyleyerek tarafımıza başvurdu. Tedavisini düzenli kullandığını, sadece Haziran 2023-Temmuz 2023 tarihleri arasında toplamda bir ay süresince tedavisiz kaldığını ifade etti. Tedavi tam uyumu önerildi. Rutin tetkikler istendi (Tetkikler tabloda özetlenmiştir). Kontrolde (Şubat 2024, 21 haftalık gebelik) Ocak 2024'de yapılan tetkiklerin sonuçlarında CD4 T lenfosit sayısı 272 hc/mm³ (%18) ve HIV RNA 9020 IU/ml olduğu görülünce direnç testleri istendi. Hastada gelişen bebeğe HIV bulaştırma endişesi nedeni ile alternatifler aile ile konuşuldu. Genetik bariyeri yüksek, hızlı viral baskılanma sağlayacak BIC/FTC/Tenofovir alafenamid(TAF) tedavisi planlandı. Kılavuzlarda ilk önerilerde olmaması nedeni ile hasta ve eşinden yazılı onamları alınarak BIC/FTC/TAF başlandı (29.02.2024, 21 haftalık gebelik). Biktegravirli kombinasyon tedavisinin bir ay bitiminde (Mart 2024, 28 haftalık gebelik) yapılan tetkiklerde CD4 T lenfosit sayısı 370 hc/mm³(%32) ve HIV RNA saptanabilir düzeyin altındaydı.Doğum öncesi yapılan tetkiklerde(Haziran 2024, 38 haftalık gebelik) CD4 T lenfosit sayısı 404 hc/mm³ (%34) ve HIV RNA saptanabilir düzeyin altındaydı. Doğum 38 hafta sonunda sezaryen ile gerçekleşti. Anneye doğum sırasında intravenöz zidovudin verilmedi. Bebek sağ ve sağlıklıydı. Bebeğe sekiz hafta oral zidovudin verildi. Anne bebeği emzirmede. Doğum sonrası kontrolüne gelen annenin getirdiği sonuçlarda yenidoğan polikliniğinden ilk ay bitiminde(Ağustos 2024) gönderilen, bebeğin HIV PCR ve doğrulama testleri negatif saptandı. Bebeğin altıncı ay takibi planlandı. **Sonuç:** Biktegravir içeren ART kombinasyonu, vaka bazında başarılı örnekleri arttıkça gelecekte kılavuzlardaki HIV ile yaşayan gebelerde ilk önerilen ART seçenekleri arasına girecektir.

Anahtar Kelimeler: Antiretroviral tedavi, biktegravir, HIV ile yaşan gebe

Tablo

	Kasım 2022 (İlk tanı)	RAL+FTC+TDF 2. hafta bitimi	Ocak 2024 (14 haftalık gebelik)	Şubat 2024 (21 haftalık gebelik)	Mart 2024 BIC+FTC+TAF 1 ay bitimi (28 haftalık gebelik)	Haziran 2024 (38 haftalık gebelik)	Doğumdan 1 ay sonra (Ağustos 2024)
Olgu HIV RNA	-	Negatif	9020 IU/ml	801 IU/ml	Negatif	Negatif	-
CD4 sayısı	257 hc/mm3 (%18)	-	272 hc/mm3 (%18)	-	370 hc/mm3 (%32)	404 hc/mm3 (%34)	-
Bebek HIV RNA	-	-	-	-	-	-	Negatif

Tetkiklerin seyri.

PS-07 \ POSTER BİLDİRİ

Biktegravir/ tenofovir alafenamid/ emtrisitabin tedavisi başlanan tedavi naif hastaların glomerüler filtrasyon hızı değişimleri, virolojik supresyon ve immünolojik iyileşmelerinin değerlendirilmesi: Tek merkez gerçek yaşam verileri

Nesibe Korkmaz¹, Sevinç Kaya Andıç¹, Başak Erarslan¹, Hicret Ertekin¹, Nurhayat Yılmaz¹, Semanur Kuzi¹, Dilek Bulut¹, Hanife Nur Karakoç Parlayan², Gönül Çiçek Şentürk¹

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

²Karadeniz Teknik Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Trabzon

Amaç: Biktegravir/emtrisitabin/tenofovir alafenamid (B/F/TAF), HIV enfeksiyonunun tedavisi için kılavuzlar tarafından önerilen primer rejimlerdenidir. Çalışmamızda, tedavi naif HIV ile enfekte bireylerin B/F/TAF tedavisi sonrası 12.ay böbrek fonksiyon değerleri, HIV RNA düzeyleri ve CD4, CD4/CD8 oranlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

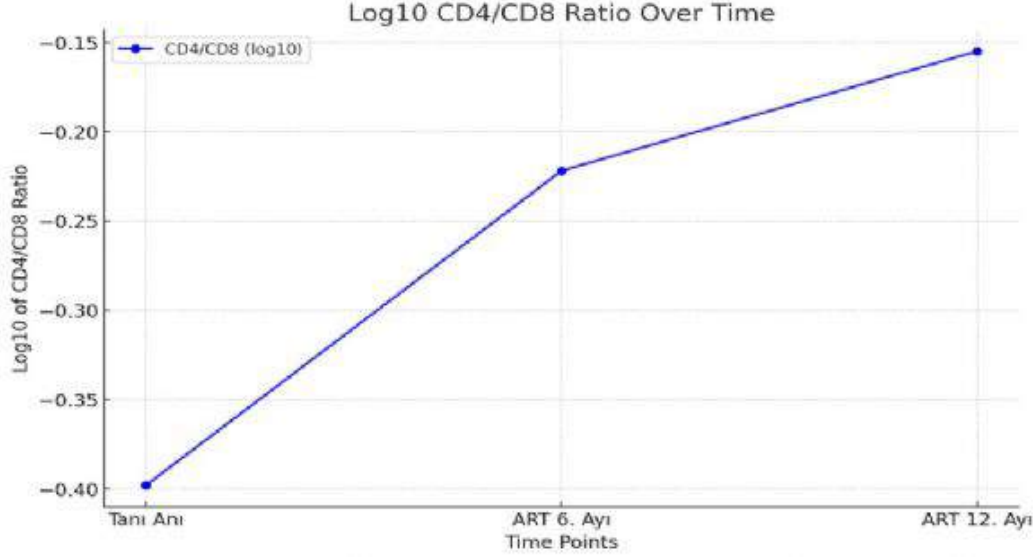
Gereç-Yöntem: Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları kliniğinde takipli B/F/TAF tedavisi başlanan tedavi naif olgular retrospektif olarak değerlendirildi. Altıncı ay ve 12. Ay takibine düzenli gelen olguların verileri analiz edildi. Nefrotoksik etkisi belirgin bir ajan kullanımı olduğu bilinenter çalışma dışı tutuldu. Fırsatçı enfeksiyonlara yönelik profilaksi ya da tedavi alanlar çalışmaya dahil edildi. Hızlı tahmini glomerüler filtrasyon hızı (eGFR) düşüşü olduğu gözlenen ya da kronik böbrek hastalığı (KBH) gelişen olguların kullanmış olabileceği ilaçlar medulla sisteminden kontrol edildi. HIV RNA düzeyi için COBAS kantitatif nükleik asit test kiti kullanıldı. Virolojik supresyon <33 IU/ml idi. EGFR hesaplanması için CKD-EPI formülü kullanıldı.

Bulgular: Yaş ortalaması 43.6 ± 15.3 olan tedavi naif 91 olgu çalışmaya dahil edildi. Olgularımıza ait demografik veriler tablo 1'de özetlendi. Olgulara ait 6. ay virolojik supresyon oranı %72 (66), 12. ay virolojik supresyon oranı %89 (81) olarak bulundu. HIV RNA, CD4, GFR değerlerinin 6.ay ve 12. ay sonuçlarıyla başlangıç değerleri arasında istatistiksel anlamlı fark bulundu. (Tablo 2) Tedavi sonrası CD4/CD8 oranlarında da aylara göre anlamlı artış tespit edildi. (Şekil 1) Olguların eGFR ortalaması 104.7 ± 20 ml/dk iken, 6.ay da ortalama bir miktar düşme olduğu (96.6 ± 22) görüldü, 6.ay ve 12. Ay arasında GFR ortalamasında belirgin bir fark saptanmadı. (Şekil 2) Tanı aldıklarında dört olgunun GFR değeri 60'ın altında olup (ortalama eGFR: 53.5 ml/dk) B/F/TAF tedavisi sonrası 6.ay (ortalama eGFR:55 ml/dk), 12. Ay GFR (ortalama eGFR:55ml/dk) değerlerinde belirgin bir düşme saptanmadı. Altı olgunun (%6.5) bazal GFR değerinin tedavinin 12. Ayında %25 azaldığı saptandı. Altı olgudan birinde diyabet, diğerinde profilaksi amacıyla TMP-SXT kullanımı mevcuttu, diğer dört olguda başka bir nefrotoksik ilaç kullanımı tespit edilmedi. Altı olgunun 2'si (% 2) yeni tanı KBH (15. ay GFR değerine göre KBH tanısı konulmuştur) tanısı aldı. Antiretroviral tedavi değişikliği 5 olguda yapıldı. 2 olguda gebelik nedeniyle tedavi değişikliği olurken, diğer üç olgunun birinde kilo alımı, birinde osteopeni, diğerinde de başlangıç GFR değeri 94'den tedavinin 12.ayında 54'e düşmesi nedeniyle tedavi değişikliği yapıldı. Advers reaksiyon nedeniyle ilaç değişikliği yapılmadı.

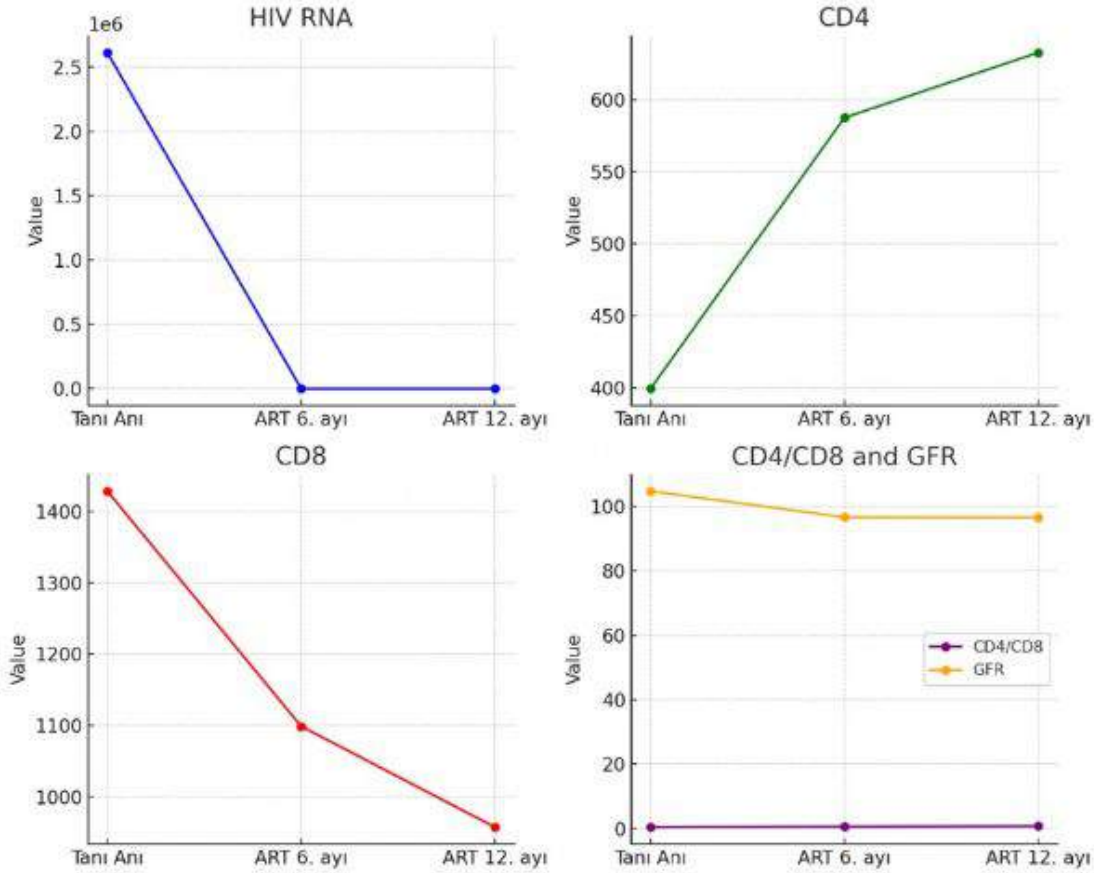
Sonuç: B/F/TAF tedavisi altındaki bireylerde immünolojik iyileşme ve viral supresyon oranları yüksek bulundu. Tedavi altında GFR değerlerinde anlamlı bir düşme saptanmadı. KBH tanılı hastalarda da B/F/TAF tedavisi sonrası GFR ortalamalarında bazal değerlere göre anlamlı bir düşüş saptanmadı.

Anahtar Kelimeler: Biktegravir/emtrisitabin/tenofovir alafenamid, glomerüler filtrasyon hızı, virolojik supresyon, CD4/CD8 oranı

Şekil 1. Log10 tabanında CD4/CD8 oranı



Şekil 2. HIV RNA, CD4, CD8, CD4/CD8 ve GFR değerleri



Tablo 1. Olgulara ait demografik veriler

Değişkenler (%)	N:91
Yaş (ortalama ± sd)	43.6 ±15.3
Erkek	82 (90.1)
Hipertansiyon	10 (10.9)
Diyabet	6 (6.5)
Kronik böbrek hastalığı (tanı anında)	4 (4.4)
Yıllık eGFR %25' den fazla azalma	6 (6.6)
Antiretroviral tedavi değişikliği	5 (5.4)
Yan etki	3 (3.2)

Tablo 2. HIV RNA, CD4/CD8, GFR değerlerinin 6. ay ve 12. aylardaki analizi

	Tanı anında	ART 6. ayı	ART 12. ayı	p değeri
HIV RNA	2614388 ± 6705180.5a	111.9 ± 439.3b	40.5 ± 125.9 b	<=0.001
CD4	399.4 ± 260.9a	587.4 ± 321.6b	632.6 ± 326.1b	<=0.001
CD8	1428 ± 939.5a	1099.1 ± 483.7b	957.9 ± 359.9c	<=0.001
CD4/CD8	0.4 ± 0.3a	0.6 ± 0.3b	0.7 ± 0.4c	<=0.001
GFR	104.7 ± 20a	96.6 ± 22b	96.5 ± 20.1b	<=0.001
* ART: Antiretroviral Tedavi				

a-c:Aynı harfe sahip değerler arasında istatistiksel fark yoktur.

PS-08 \ POSTER BİLDİRİ

HIV tedavisinde ilaç değişikliği ve yaşam kalitesini artıran yeni dönem

Hindirin Kara, Esra Zerdali, İnci Yılmaz Nakir, Filiz Pehlivanoglu

Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

Amaç: HIV ile yaşayan bireylerde (HİYB) yaşam süresinin artmasıyla komorbiditeler giderek daha sık görülmekte, tedavide kullanılan ilaçların metabolik yan etkileri ve ilaç etkileşimleri hastanın takibini daha da zorlaştırmaktadır. Ülkemizde de HİYB'in yaşam süresi ve eşlik eden hastalıkları artmaktadır. Bu çalışmada, ayakta izlenen HİYB'in son bir yıl içerisindeki antiretroviral tedavi (ART) değişikliklerinin ve eşlik eden ilaç yan etkilerinin ortaya konması amaçlanmıştır.

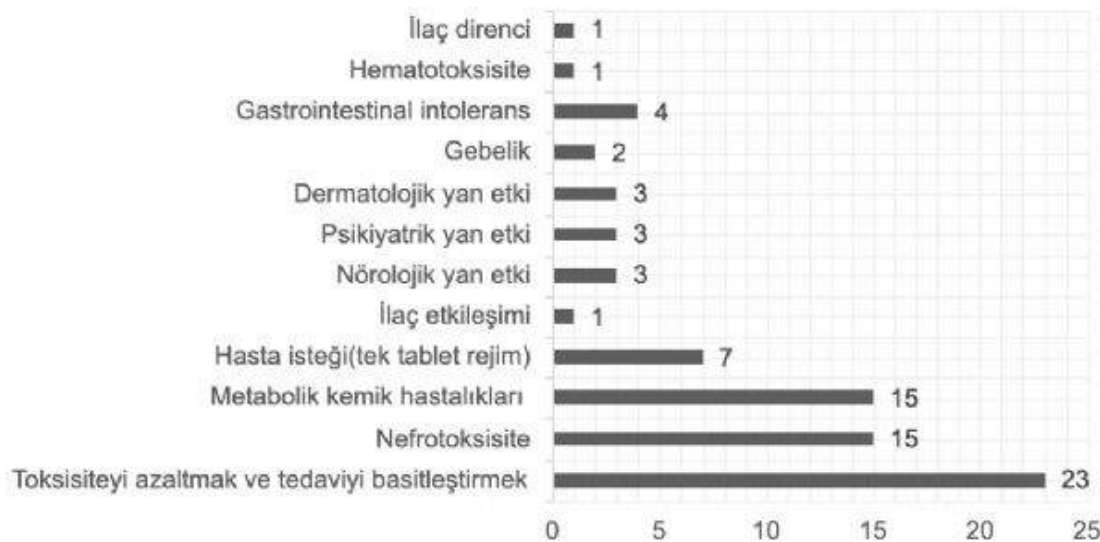
Gereç-Yöntem: Bu çalışma retrospektif olarak tasarlandı. Polikliniğimize 2023 Eylül ile 2024 Eylül arasında başvuran HİYB'in dosyaları incelendi. Çalışmaya 18 yaşından büyük, HIV/AIDS tanısı ELISA ve Western Blot testi ile doğrulanmış, en az 6 aydır ART kullanan, son bir yıl içerisinde tedavisinde değişiklik yapılmış 77 hasta araştırma kapsamına alındı. Başlangıçtaki ART rejimi ve saptanan yan etkileri, ART değiştirme nedenleri ve sonrasında başlanan ART rejimi kaydedildi.

Bulgular: 77 hastanın 68 (89%)'i erkek, 9 (11%)'u kadındı. Hastaların yaş ortalaması 44,36±11,3'tü. Ortalama takip süresi 7±3,1 yıldır. Tedaviyi değiştirmenin ilk iki sıradaki nedeni, 23 (%29,8) hastada toksisiteyi azaltmak ve tedaviyi basitleştirmek, 15 (%19,4) hastada nefrotoksisite, 15(%19,4) hastada metabolik kemik hastalığı idi (Tablo-1). Tedavi değişiklikleri sonrasında hastalara başlanan rejimlerin ilk sırasında B/FTC/TAF yer almaktaydı. (Tablo-2). Hastalarımızın yaş dağılımı incelendiğinde, yarısından çoğunun (%67,5) 40 yaş ve üzerinde olması dikkat çekmekteydi. HİYB'in yaşam sürelerinin giderek artması, eşlik eden hastalıklarla daha sık karşılaşacağımızın bir göstergesi olabilir.

Sonuç: Başlanan ART rejimleri farklı nedenlerle değiştirilmek zorunda kalınabilir. Tedaviye başlarken hastalar metabolik risk faktörleri açısından dikkatle değerlendirilmeli ve tedavi rejimi bu durumlar göz önünde bulundurularak seçilmelidir. Metabolik kemik bozuklukları ve nefrotoksisite tedavi sırasında da ortaya çıkabilmektedir. Hasta bazında ise eşlik eden hastalıklara yönelik başlanan yeni medikal tedaviler ilaç etkileşimi açısından her vizitte değerlendirilmeli, kadın bireylerin gebelik beklentisi sorgulanmalıdır. Hastalar olası yan etkiler açısından yakından izlenmeli, ilgili uzmanlık dallarıyla iş birliği yapılmalı ve gerektiğinde ART değişikliği yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: ART, değişim, toksisite, yan etki

Tablo-1: Son 1 yıldaki ART değişikliği nedenleri



Tablo-2: ART bazında tedavi değişimleri

B/FTC/TAF değişim nedenleri	n:11	Tercih edilen yeni tedavi rejimi
Hepatotoksisite	1	DTG+TDF/FTC
Psikiyatrik yan etki	3	2 hasta DTG+TDF/FTC, bir hastanın tedavisi isteğiyle EVG/c/FTC/TAF(eski tedavisi)
Nörotoksisite	3	DTG+TDF/FTC
Dermatolojik yan etki	2	DTG+TDF/FTC
İlaç direnci	1	LPV/r+DTG
Gebelik	1	RAL+TDF/FTC
DTG+TDF/FTC değişim nedenleri	n:20	
Nefrotoksisite+osteopeni	2	B/FTC/TAF
Nefrotoksisite	3	2 hasta DTG/3TC, 1 hasta B/FTC/TAF
Metabolik kemik hastalığı	9	B/FTC/TAF
Hastanın tek tablet isteği	6	B/FTC/TAF
E/c/FTC/TAF değişim nedenleri	n:30	
Toksisiteyi azaltmak/genetik bariyeri yükseltmek	20	B/FTC/TAF
Nefrotoksisite	8	B/FTC/TAF
Nefrotoksisite+düşük düzey viremi	1	B/FTC/TAF
İlaç etkileşimi	1	B/FTC/TAF

PS-09 \ POSTER BİLDİRİ

Alman CARLOS kohortunda 2 ayda bir uzun etkili kabotegravir ve rilpivirin 12 aylık sonuçları: Etkililik, tedavi uyumu ve hasta tarafından bildirilen sonuçlar

Celia Jonsson Oldenbüttel¹, Sebastian Noe¹, Christoph Wyen², Jan Borch³, Kevin Ummard Berger⁴, Nils Postel⁵, Stefan Scholten⁶, Kathrin Dymek⁷, Bernd Westermayer⁸, Patricia De Los Rios⁹, Jenny Scherzer⁷, Feride Ceren Erdal¹⁰

¹MVZ München am Goetheplatz, Münih, Almanya

²Praxis am Ebertplatz, Köln, Almanya

³Praxis Goldstein, Berlin, Almanya

⁴UBN/Praxis, Berlin, Almanya

⁵Prinzmed, Practice for Infectious Diseases, Münih, Almanya

⁶Praxis Hohenstaufenring, Köln, Almanya

⁷ViiV Healthcare, Münih, Almanya

⁸GSK, Münih, Almanya

⁹ViiV Healthcare, Montreal, Quebec, Kanada

¹⁰GSK, İstanbul, Türkiye

Amaç: Enjekte edilebilir uzun etkili (UE) kabotegravir (KAB) artı rilpivirin (RPV), günlük oral antiretroviral tedaviye (ART) göre daha az sıklıkta dozlama ile alternatif bir ilaç uygulama şekli sunmaktadır. CARLOS, Almanya'da rutin klinik bakımda 2 ayda bir dozlanan KAB+RPV UE'ye geçen, günlük oral ART kullanan HIV-1 ile yaşayan kişileri (HYK) içeren, girişimsel olmayan, 3 yıllık, çok merkezli bir kohort çalışmasıdır. Burada, 12. Aydaki (A12) sonuçlar açıklanmaktadır.

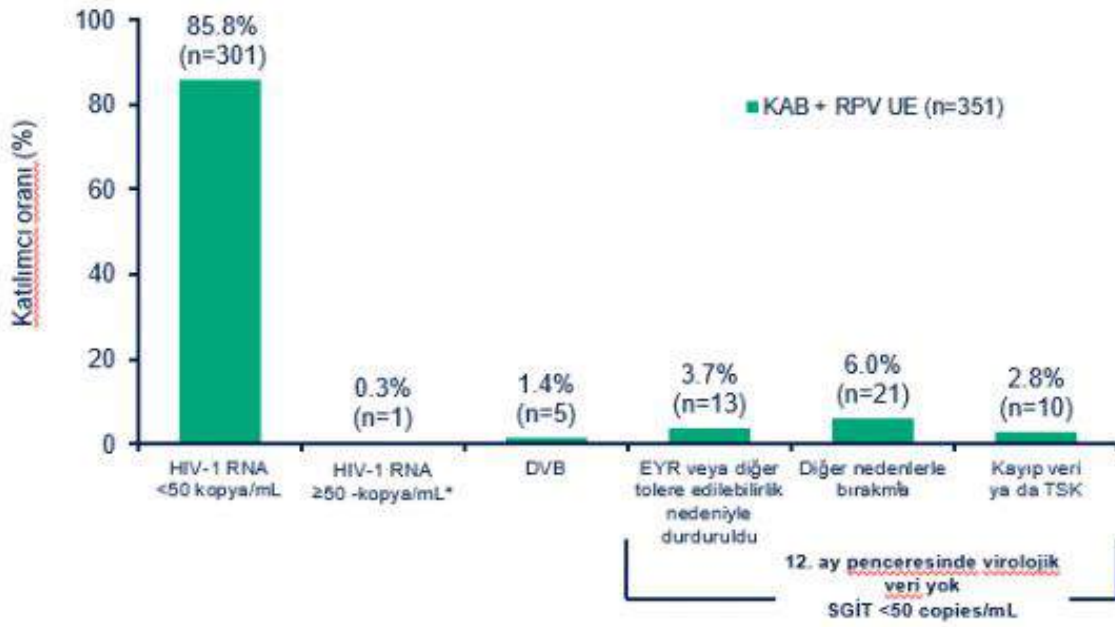
Gereç-Yöntem: A12 etkililik sonuçları virolojik baskılanma (HIV-1 RNA <50 kopya/mL), virolojik yanıtızsızlık (HIV-1 RNA \geq 50 kopya/mL) ve virolojik başarısızlığı (iki ardışık HIV-1 RNA \geq 200 kopya/mL veya tek bir HIV-1 RNA \geq 200 kopya/mL ve ardından tedavinin kesilmesi) içermektedir. Ek sonuçlar arasında enjeksiyon penceresine uyum ve HIV Tedavi Memnuniyet Anketi (HIVTSQs) skorundaki değişim yer almaktadır.

Bulgular: A12'de toplam 351 HYK analize dahil edilmiştir. Genel olarak, KAB+RPV UE enjeksiyonlarının %95,1'i (n=1847/1943) \pm 7 günlük enjeksiyon aralığından önce veya bu aralık içinde uygulanmış ve %4,9'u (n=96/1943) geç yapılmıştır. A12'de katılımcıların %85,8'i (n=301/351) virolojik baskılamayı sürdürmüş ve %9,7'si (n=34/351) tolere edilebilirlik (n=13/351 [%3,7]; n=10 enjeksiyonla ilgili nedenlerle) veya virolojik olmayan nedenlerle (n=21/351 [%6,0]) tedaviyi bırakmıştır. Beş katılımcıda virolojik başarısızlık gelişmiştir. (n=5/351 [%1,4]). Tam virolojik sonuçlar Şekil 1'de gösterilmiştir. HIVTSQ'ları hem başlangıçta (ortalama puan, 54,6/66) hem de A12'de (ortalama puan, 61,0/66) tamamlayan katılımcılar (n=251/351) için tedavi memnuniyetinde istatistiksel ve klinik olarak anlamlı bir iyileşme gözlenmiştir (ortalama değişim, +6,4; p<0,001).

Sonuç: Bu gerçek yaşam kohortunda, KAB+RPV UE, geçişten sonraki ilk 12 ayda az sayıda tedavi başarısızlığı ile yüksek virolojik baskılama oranlarını korumuştur. Enjeksiyon bölgesi reaksiyonları nedeniyle tedaviyi bırakma oranı düşük çıkmış ve enjeksiyonların çoğu \pm 7 günlük enjeksiyon penceresi içinde veya daha erken uygulanmıştır. Oral ART ile ilgili yüksek başlangıç puanlarına rağmen, A12'de CAB+RPV UE'de kalan katılımcılar için tedavi memnuniyetinde istatistiksel olarak anlamlı ve klinik olarak anlamlı bir iyileşme gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: kabotegravir, rilpivirin, uzun etkili, antiretroviral

12. Aydaki Virolojik Etkililik Sonuçları



*Katılımcıda 7. enjeksiyonda HIV-1 RNA <50 kopya/mL vardı ve 12. Ay penceresinin sonunda tek viral yük 73 kopya/mL idi (Tercih edilen oral ART, n=11; diğer sebep, n=7; rızanın geri çekilmesi, n=2; ölüm, n=1. DVB, doğrulanmış virolojik başarısızlık; EYR, enjeksiyon yeri reaksiyonu; SGİT, son gözlem ileriye taşınan; TSK, Takip sırasında kayıp)

PS-10 \ POSTER BİLDİRİ

Başlangıçta düşük CD4+ hücre sayısı veya yüksek viral yükü olan HIV-1'li tedavi naif kişilerde dolutegravir + lamivudin (DTG + 3TC) gerçek yaşamda etkililiği: sistematik literatür taraması

Emilio Letang¹, Tristan Barber², Clotilde Allavena³, Laurent Hocqueloux⁴, Jose Casado⁵, Simona Di Giambenedetto⁶, Alfonso Cabello Úbeda⁷, Antonella D'arminio Monforte⁸, Madhusudan Kabra⁹, Julie Priest¹⁰, Ana Milinkovic⁹, Bryn Jones⁹, Feride Ceren Erdal¹¹

¹ViiV Healthcare, Madrid, İspanya

²Ian Charleson Day Centre, Royal Free London NHS Foundation Trust, Londra, İngiltere

³CHU Hôtel-Dieu, Nantes, Fransa

⁴Centre Hospitalier Universitaire d'Orléans, Orléans, Fransa

⁵Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, İspanya

⁶Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS and Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, İtalya

⁷Fundación Jimenez Diaz University Hospital, Madrid, İspanya

⁸San Paolo' Hospital, University of Milan, Milano, İtalya

⁹ViiV Healthcare, Brentford, İngiltere

¹⁰ViiV Healthcare, Durham, Kuzey Karolina, Amerika Birleşik Devletleri

¹¹GSK, İstanbul, Türkiye

Amaç: Düşük CD4+ hücre sayısı veya yüksek viral yük (VY), HIV (+) naif kişilerde tedaviye başlarken önemli unsurlar olmaya devam etmektedir. Dolutegravir ve lamivudin (DTG+3TC) tedavisi, GEMINI-1/-2 ve STAT çalışmalarında bu popülasyonlarda virolojik baskılama sağlamada etkili olmuştur. Mevcut klinik çalışma verilerini tamamlamak ve tedavi kararlarını desteklemek için, düşük CD4+ hücre sayısına veya yüksek VL'ye sahip tedavi naif HIV ile yaşayan kişilerde DTG + 3TC etkililiğine ilişkin gerçek yaşam verilerinin özetlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: PRISMA kılavuzları kullanılarak sistematik bir literatür taraması yapılmıştır. Ocak 2013 ve Mart 2023 tarihleri arasında yayınlanan çalışmalar Ovid MEDLINE®, Embase®, PubMed, Cochrane kütüphanesi ve uluslararası konferans bildirilerinden alınmıştır.

Bulgular: 67 kohortta (N=36.313) 146 çalışmanın sonuçlarını bildiren 187 yayın tespit ettik. Birbiriyle örtüşmeyen on ve 14 çalışma, sırasıyla başlangıçta CD4+ hücre sayısı <200 hücre/mm³ (düşük CD4+ hücre sayısı; n=215) veya VL >=100.000 kopya/mL (yüksek VL; n=502) olan tedavi naif kişileri içermiştir. Altı ve 10 çalışma sırasıyla düşük CD4+ hücre sayısı (n=122) veya yüksek VL (n=315) olan kişiler için virolojik etkililik bildirmiştir. Düşük başlangıç CD4+ hücre sayısına sahip N >=10 kişi için sonuçları rapor eden 4 çalışmanın %88'i (45/51) 24. haftada, %94'ü (30/32 ve 16/17) 48. haftada ve %70'i (7/10) 96. haftada VL <50 kopya/mL'ye ulaşmıştır. Başlangıç VL >=100.000 kopya/mL olan kişiler için 24. Haftada %50 (5/10) ve %88 (37/42), 48. Haftada %100 (14/14) ve %100 (152/152) ve 96. Haftada %87 (39/45) VL <50 kopya/mL olmuştur. Başlangıç VL'si >=500.000 kopya/mL olan N >=10 kişilik 2 kohortta, 24. Haftada %59 (13/22) ve %89 (16/18) ve 48. Haftada %95 (21/22) supresyon elde edilmiştir.

Sonuç: GEMINI-1/-2 ve STAT ile tutarlı olarak, DTG + 3TC'ye başlayan tedavi naif HIV ile yaşayan kişilerden elde edilen ilk gerçek yaşam kanıtları, başlangıçtaki CD4+ hücre sayısı veya VY'den bağımsız olarak yüksek virolojik baskılama oranları göstermektedir. Devam etmekte olan bir klinik çalışma, bu alt popülasyonlarda ek DTG + 3TC etkililik verileri sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: dolutegravir, ikili tedavi rejimi, etkililik, tedavi naif

PS-11 \ POSTER BİLDİRİ

HIV ile yaşayan kişilerde ikili dolutegravir ve lamivudin (DTG/3TC) rejiminin gerçek yaşamdaki etkinliği ve tolere edilebilirliği: sistematik literatür derlemesi ve klinik uygulamadan metaanaliz

Jeremy Fraysse¹, Julie Priest², Matthew Turner³, Steffan Hill³, Bryn Jones⁴, Gustavo Verdier⁵, Emilio Letang⁶, Hakan Erkuş⁷

¹ViiV Healthcare, Amersfoort, Hollanda

²ViiV Healthcare, Durham, Kuzey Karolina, Amerika Birleşik Devletleri

³HEOR Ltd, Cardiff, İngiltere

⁴ViiV Healthcare, Brentford, İngiltere

⁵ViiV Healthcare, Montréal, Quebec, Kanada

⁶ViiV Healthcare, Madrid, İspanya

⁷GSK, İstanbul, Türkiye

Amaç: Klinik çalışmalar, dolutegravir (DTG) + lamivudin (3TC) hem tedavi naif hem de tedavi deneyimi olan HIV ile yaşayan kişiler için etkili, iyi tolere edilen ve sürdürülebilir bir rejim olduğunu göstermiştir. Bu sistematik literatür derlemesi (SLD) ve gerçek yaşam verilerinin meta-analizi, DTG+3TC'nin gerçek yaşam klinik ortamlarında HIV ile yaşayan çeşitli popülasyonlarda etkinliğini, dayanıklılığını ve tolere edilebilirliğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. **Gereç-Yöntem:** Ocak 2013 ve Mart 2023 tarihleri arasında PubMed, Embase ve 24 bölgesel ve uluslararası konferansta yapılan bir sistematik literatür taraması ile DTG+3TC çalışmaları belirlenmiştir. Veriler, rastgele etkiler modeliyle tek kollu meta-analizler kullanılarak bir araya getirilmiştir. Viral supresyon (VS) ulaşan, viral başarısızlık (VB) yaşayan ve 48. veya 96. haftalarda tedaviyi bırakan bireylerin oranları değerlendirilmiştir. Heterojenite I2 istatistikleri kullanılarak değerlendirilmiş ve yayın yanlılığı huni grafikleri ve Egger testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: SLD, 67 kohortta toplam 36.313 HIV ile yaşayan kişiyi kapsayan 146 çalışmanın sonuçlarını bildiren 187 yayın tespit etmiştir. Karşılaştırılabilir zaman noktalarında tutarlı bir şekilde tanımlanmış ilgili sonuçları rapor eden 30 çalışma (N: 7688; tedavi deneyimsiz: 1062; tedavi deneyimli: 6626) meta-analize dahil edilmiştir. Tedavi deneyimsiz kişiler arasında, 48. (0.975 [%95 güven aralığı (GA): 0.949-0.993]) ve 96. (0.890 [GA: 0.654-1.000]) haftalarda yüksek oranlarda VS elde edilmiştir. Buna karşılık, 48. (0.000 [GA: 0.000-0.003]) ve 96. (0.020 [GA: 0.000-0.114]) haftalarda düşük oranlarda VB görülmüştür. Herhangi bir nedenle ilacın kesilmesi 48. (0.072 [CI: 0.031-0.124]) ve 96. (0.144 [CI: 0.099-0.196]) haftalarda düşük olmuştur. Tedavi deneyimi olan kişiler için, 48. (0.963 [CI: 0.941-0.981]) ve 96. (0.977 [CI: 0.955-0.992]) haftalarda yüksek oranlarda VS elde edilmiştir. Düşük oranlarda 48. (0.007 [CI: 0.003-0.013]) ve 96. (0.015 [CI: 0.005-0.029]) haftalarda VB yaşanmıştır. Herhangi bir nedenle ilacın kesilmesi 48. (0.070 [CI: 0.048-0.095]) ve 96. (0.123 [CI: 0.080-0.174]) haftalarda düşük olup tedavi naif 1062 kişilerdeki VB'de tedavi kaynaklı direnç bildirmemiştir. Tedavi deneyimi olan 6626 kişide, 2 kişide tedavi sırasında M184V/I mutasyonları ve 1 kişide K103R+S147G mutasyonları bildirilmiştir (Tedaviyle ortaya çıkışı bilinmemektedir). **Sonuç:** Bu SLD ve metaanaliz, DTG+3TC'nin gerçek yaşamdaki klinik ortamlarda HIV pozitif kişiler arasında 96 hafta boyunca etkili, tolere edilebilir ve dayanıklı bir antiretroviral rejim olduğunu doğrulamaktadır. Tedaviye direnç gelişimi tedavi naif kişilerde bildirilmemiş ve tedavi deneyimi olan kişilerde nadiren bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: dolutegravir, ikili tedavi rejimi, etkinlik, gerçek yaşam, güvenilirlik

Tablo 1. TDF ve TAF kullanılan hastaların laboratuvar bulgularının karşılaştırma sonuçları.

		ART Rejimi		² p	³ p
		TDF (n=462)	TAF (n=383)		
VKi	Başlangıç	24,32±4,47	23,67±3,67	0,047	0,534
	24. ay	24,81±4,34	24,62±3,66	0,777	
	48. ay	24,32±4,47	23,67±3,67	0,427	
	¹ p-değeri	0,001 (n=180)	<0,001 (n=130)		
HIV RNA	Başlangıç	134145346,28±170 1499958,36	812026,56±219223 7,36	0,139	0,198
	12. ay	5051,03±60162,25	4325,08±55665,01	0,144	
	24. ay	14218,43±233947, 64	3247,15±55371,53	0,007	
	36. ay	13979,2±220910,4 9	184,99±1858,73	0,669	
	48. ay	4,94±34,44	1,94±9,37	0,794	
	¹ p-değeri	<0,001 (n=163)	<0,001 (n=87)		
CD4	Başlangıç	393,06±236,19	482,07±236,64	<0,001	0,013
	12. ay	549,21±235,04	577,1±217,79	0,171	
	24. ay	588,55±225,61	638,27±224,14	0,015	
	36. ay	626,06±228,1	650,64±208,35	0,339	
	48. ay	625,51±208,46	688,89±200,45	0,021	
	¹ p-değeri	0,001 (n=92)	<0,001 (n=47)		
Kreatinin	Başlangıç	0,85±0,16	0,87±0,2	0,328	0,856
	12. ay	0,91±0,18	0,92±0,26	0,746	
	24. ay	0,92±0,19	0,93±0,19	0,596	
	36. ay	0,94±0,22	0,93±0,19	0,519	
	48. ay	1±0,07	1,01±0,08	0,831	
	¹ p-değeri	<0,001 (n=185)	<0,001 (n=126)		
GFR	Başlangıç	101,48±19,32	103,9±20,97	0,018	0,711
	12. ay	98,17±17,2	98,9±18,66	0,211	
	24. ay	96,32±16,76	98,03±18,77	0,176	
	36. ay	93,38±18,12	95,73±17,39	0,074	
	48. ay	91,22±17,69	93,1±15,69	0,364	
	¹ p-değeri	<0,001 (n=155)	<0,001 (n=122)		
ALT	Başlangıç	32,2±36,7	25,35±17,67	0,018	0,026
	12. ay	27,11±23,16	23,72±15,51	0,029	
	24. ay	25,59±18,89	24,26±14,48	0,587	
	36. ay	26,55±21,37	25,5±17,91	0,322	
	48. ay	27,03±21,88	23,08±15,66	0,090	
	¹ p-değeri	0,480 (n=185)	0,758 (n=125)		
GGT	Başlangıç	37,56±47,13	30,39±38,08	0,041	0,338
	12. ay	31,03±33,65	28,3±29,58	0,641	
	24. ay	29,51±30,12	31,25±37	0,488	
	36. ay	31,94±32,34	30,57±26,11	0,425	
	48. ay	30,1±25,18	26,91±16,41	0,846	
	¹ p-değeri	0,124 (n=155)	0,068 (n=72)		
Fosfor	Başlangıç	3,98±11,8	3,99±12,03	0,284	0,403
	12. ay	3,28±0,59	3,31±0,54	0,449	
	24. ay	3,25±0,57	5,12±22,35	0,120	
	36. ay	3,34±1,54	4,1±12,83	0,945	

	48. ay	3,26±2,21	3,28±0,57	0,027	
	¹ p-değeri	0,006 (n=134)	0,987 (n=86)		
T.Kolesterol	Başlangıç	166,13±45,07	177,46±44,69	<0,001	0,008
	12. ay	170,52±42,73	193,27±45,95	<0,001	
	24. ay	174,54±41,36	191,76±43,87	<0,001	
	36. ay	179,67±46,1	195,39±42,34	<0,001	
	48. ay	182,06±42,86	189,89±43,7	0,082	
	¹ p-değeri	0,001 (n=111)	0,002 (n=88)		
HDL	Başlangıç	38,25±12,86	40,71±11,29	0,002	0,210
	12. ay	42,05±15,39	43,69±10,45	<0,001	
	24. ay	40,95±9,71	44,8±10,08	<0,001	
	36. ay	41,97±12,41	45,18±12,22	0,001	
	48. ay	43,41±17,83	44,58±10,54	0,033	
	¹ p-değeri	0,002 (n=113)	0,026 (n=86)		
T.Kolesterol/ HDL	Başlangıç	4,63±1,56	4,56±1,27	0,965	0,975
	12. ay	4,31±1,28	4,57±1,22	0,002	
	24. ay	4,45±1,35	4,43±1,17	0,487	
	36. ay	4,47±1,31	4,57±1,33	0,237	
	48. ay	4,49±1,43	4,44±1,32	0,981	
	¹ p-değeri	0,202 (n=112)	0,546 (n=86)		
Non-HDL Kolesterol	Başlangıç	127,88±42,36	136,94±41,18	0,002	0,018
	12. ay	128,87±40,4	149,57±44,01	<0,001	
	24. ay	133,7±39,68	146,95±42,84	<0,001	
	36. ay	137,68±42,64	150,2±43,41	<0,001	
	48. ay	138,27±44,9	145,27±42,3	0,148	
	¹ p-değeri	0,021 (n=111)	0,002 (n=86)		
LDL	Başlangıç	101,58±36,04	112,13±44,55	0,001	0,050
	12. ay	104,35±34,3	123,16±52,64	<0,001	
	24. ay	106,69±34,18	120,63±50,25	<0,001	
	36. ay	114,3±48,37	128,94±60,95	0,001	
	48. ay	113,12±45,21	116,62±35,34	0,095	
	¹ p-değeri	0,019 (n=104)	0,024 (n=79)		
Trigliserit	Başlangıç	143,5±79,61	151,54±89,92	0,562	0,330
	12. ay	139,65±86,91	169,1±104,83	<0,001	
	24. ay	145,93±90,77	161,22±92,11	0,004	
	36. ay	143,82±93,45	171,69±107,92	<0,001	
	48. ay	151,87±104,69	155,45±91,29	0,179	
	¹ p-değeri	0,259 (n=110)	0,042 (n=79)		
SpineDx	Başlangıç	0,26±1,32	-0,06±1,49	0,069	0,114
	24. ay	0,24±1,29	-0,26±1,36	0,071	
	¹ p-değeri	<0,001 (n=67)	0,710 (n=26)		
FemurDx	Başlangıç	0,35±1,07	0,16±1,25	0,281	0,813
	24. ay	0,31±0,98	-0,21±1,29	0,041	
	¹ p-değeri	<0,001 (n=67)	0,016 (n=28)		

Tablo 2. TDF ve TAF alt tipleri kullanılan hastaların laboratuvar bulgularının karşılaştırma sonuçları.

		ART Rejimi					² p-değeri	³ p-değeri
		TDF/FTC &RAL (n=37)	TDF/FTC/c /EVG (n=69)	TDF/FTC& DTG (n=293)	TAF/FTC/c /EVG (n=194)	TAF/FTC/B IC (n=139)		
VKİ	Başlangıç	25,85±3,89	24,03±3,94	24±4,08	23,83±3,67	23,28±3,74	0,003	0,949
	24. ay	25,4±3,77	24,17±3,51	24,69±4,2	24,65±3,89	24,59±3,36	0,781	
	48. ay	25,28±2,85	25,28±3,87	25,24±4,71	24,75±3,54	24,84±2,83	0,846	
	¹ p-değeri	0,009 (n=12)	<0,001 (n=42)	<0,001 (n=93)	<0,001 (n=64)	<0,001 (n=27)		
HIV RNA	Başlangıç	40252728,76±199948111,39	6055220,72±30479285,72	195084467,56±2082998467,86	907609,16±2392262,36	467308,62±1095397,84	0,042	0,228
	12. ay	1798,67±10639,7	176,9±1406,08	6176,94±71302,54	2041,79±15388,13	9147,38±90662,56	0,117	
	24. ay	15±54,83	27,91±191,31	23483,02±301035,67	7040,21±81990,16	92,05±729,31	0,051	
	36. ay	4,48±18,95	372,23±2589,25	23964,9±289794,46	336,2±2506,52	3,55±27,94	0,047	
	48. ay	0±0	4,09±15,11	6,93±43,06	3,13±11,77	0±0	0,318	
	¹ p-değeri	<0,001 (n=15)	<0,001 (n=27)	<0,001 (n=97)	<0,001 (n=41)	<0,001 (n=18)		
CD4	Başlangıç	417,26±247,35	479,35±211,21	376,48±234,61	543,27±226,27	435,8±242,43	<0,001	0,213
	12. ay	586,44±243,59	610,19±206,21	545,73±230,43	576,17±210,15	582,89±239,74	0,374	
	24. ay	631,04±211,81	642,69±189,34	591,38±230,68	633,61±235,08	611,66±239,04	0,582	
	36. ay	625,15±199,64	656,67±196,49	632,5±238,23	640,46±204,01	592,05±248,18	0,926	
	48. ay	646,47±181,77	623,41±207,33	634,62±212,24	684,86±217,71	742,17±123,8	0,335	
	¹ p-değeri	0,002 (n=10)	<0,001 (n=17)	<0,001 (n=49)	0,002 (n=30)	N/A (n=2)		
Kreatinin	Başlangıç	0,84±0,18	0,85±0,14	0,85±0,17	0,86±0,18	0,88±0,22	0,929	0,933
	12. ay	0,83±0,17	0,89±0,16	0,93±0,19	0,89±0,17	0,96±0,38	0,002	
	24. ay	0,84±0,18	0,87±0,16	0,93±0,19	0,91±0,2	0,93±0,17	0,002	
	36. ay	0,89±0,19	0,91±0,29	0,95±0,21	0,92±0,18	0,93±0,19	0,067	
	48. ay	1±0	1±0	1±0	1,01±0,1	1±0	0,715	

	¹ p-değeri	<0,001 (n=22)	<0,001 (n=31)	<0,001 (n=110)	<0,001 (n=79)	0,002 (n=20)		
GFR	Başlangıç	100,32±21,32	100,72±15,57	101,4±19,54	103,27±20,09	105,16±23,16	0,051	0,169
	12. ay	105,44±15,61	99,18±13,43	96,93±17,7	99,1±18,51	99,77±17,52	0,026	
	24. ay	101,79±15,98	100,16±16,18	94,84±16,98	98±20,25	99,06±17,1	0,034	
	36. ay	95,57±16,47	98,3±11,57	91,61±19,24	94,85±17,54	99,07±18,4	0,005	
	48. ay	91,21±18,1	96,17±14,28	90,49±17,19	91,85±16,2	97,77±15,68	0,101	
	¹ p-değeri	0,001 (n=17)	0,229 (n=28)	<0,001 (n=92)	<0,001 (n=75)	0,001 (n=20)		
ALT	Başlangıç	33,97±55,64	26,23±19,66	33,64±37,89	25,41±18,39	25,55±16,02	0,062	0,074
	12. ay	29,03±16,57	25,97±16,76	27,7±25,72	24±15,47	23,82±16,82	0,109	
	24. ay	26,83±16,93	24,02±12,93	25,66±20,42	24,81±14,53	23,96±14,91	0,776	
	36. ay	26,44±16,73	29,82±24,46	26,56±23,27	24,28±13,96	29,63±26,18	0,612	
	48. ay	33,96±38,82	24,77±14,07	28,22±20,95	21,69±11,29	24,08±13,02	0,071	
	¹ p-değeri	0,182 (n=22)	0,283 (n=31)	0,288 (n=110)	0,880 (n=78)	0,051 (n=20)		
GGT	Başlangıç	31±27,14	38,91±67,9	37,48±43,88	30,66±37,92	29,63±40,92	0,157	0,505
	12. ay	27,69±14,78	35,61±53,72	29,3±27,03	30,64±34,23	24,08±18,82	0,072	
	24. ay	25,76±16,99	30,24±24,99	29,3±31,87	32,27±36,28	27,07±29,65	0,018	
	36. ay	26,87±17,45	36,34±39,49	31,5±31,31	30,93±27,31	27,54±19,46	0,790	
	48. ay	24,82±12,25	31,69±22,49	31,25±27,65	27,07±16,77	26±14,28	0,840	
	¹ p-değeri	0,984 (n=20)	0,015 (n=29)	0,146 (n=102)	0,111 (n=64)	0,541 (n=8)		
Fosfor	Başlangıç	3,25±0,54	3,32±0,51	4,32±14,59	3,27±0,55	5,57±21,1	0,503	0,060
	12. ay	3,29±0,65	3,15±0,55	3,27±0,59	3,34±0,53	3,34±0,58	0,193	
	24. ay	3,25±0,61	3,15±0,64	3,23±0,57	4,45±13,26	7,15±35,46	0,094	
	36. ay	3,1±0,62	3,05±0,52	3,45±1,95	4,82±16,87	3,15±0,53	0,105	
	48. ay	2,88±0,74	2,91±0,82	3,44±2,73	3,31±0,55	3,35±0,61	0,015	
	¹ p-değeri	0,009 (n=14)	0,108 (n=25)	0,634 (n=75)	0,782(n=53)	0,314 (n=6)		

T.Kolestrol	Başlangıç	174,79±58,05	179,63±43,41	163,3±44,24	185,48±41,34	171,57±50,79	<0,001	0,014*
	12. ay	168,43±40,81	178,55±42,68	168,05±43,88	201,23±45,67	181,2±44,64	<0,001	
	24. ay	181,2±38,32	184,23±40,52	171,34±42,07	201,19±44,38	181,53±39,66	<0,001	
	36. ay	181,62±46,57	191,19±44,98	176,21±46,9	198,6±42,66	190,52±47,54	<0,001	
	48. ay	187,94±43,17	192,21±50,02	179,68±40,56	196,06±42,77	183,38±48,33	0,024	
	¹ p-değeri	0,612 (n=10)	0,008 (n=28)	<0,001 (n=67)	0,055 (n=72)	0,542 (n=9)		
HDL	Başlangıç	37,85±11,03	40,57±10,7	38,18±13,26	42,03±10,65	39,97±11,89	0,002	0,359
	12. ay	41,77±10,05	46,71±23,99	41,08±12,47	43,47±8,78	44,46±11,66	0,004	
	24. ay	40,92±11,94	42,69±8,9	40,53±9,69	44,96±9,47	44,98±11,23	<0,001	
	36. ay	45,65±24,57	43,44±9,9	40,97±10,71	45,37±12,77	44,15±8,39	0,014	
	48. ay	41,76±12,25	48,44±33,89	42,42±11,73	45,45±10,71	42,72±10,22	0,170	
	¹ p-değeri	0,434 (n=10)	0,309 (n=29)	0,002 (n=68)	0,473 (n=72)	0,036 (n=7)		
T.Kolesterol/ HDL	Başlangıç	4,92±1,98	4,68±1,48	4,53±1,27	4,59±1,19	4,52±1,44	0,614	0,421
	12. ay	4,17±1,14	4,24±1,37	4,31±1,28	4,72±1,06	4,28±1,41	<0,001	
	24. ay	4,62±1,23	4,47±1,19	4,42±1,39	4,61±1,14	4,21±1,17	0,017	
	36. ay	4,36±1,28	4,51±1,05	4,5±1,45	4,66±1,4	4,41±1,14	0,644	
	48. ay	5,02±1,44	4,45±1,17	4,4±1,53	4,44±1,4	4,24±1,22	0,408	
	¹ p-değeri	0,395 (n=10)	0,017 (n=29)	0,042 (n=67)	0,791 (n=72)	0,368 (n=7)		
Non-HDL Kolestrol	Başlangıç	136,94±53,86	139,06±43,28	125,13±41,64	143,55±39,23	131,84±46,04	<0,001	0,035*
	12. ay	126,67±38,71	131,83±41,24	127,53±41,74	157,7±42,8	136,76±43,8	<0,001	
	24. ay	140,28±34,12	141,69±39,32	130,76±40,37	156,23±43,49	136,55±38,77	<0,001	
	36. ay	135,96±37,4	147,74±41,04	135,23±44,48	153,23±44,71	146,35±45,79	<0,001	
	48. ay	146,18±37,58	143,42±68,09	137,26±38,74	150,61±42,2	140,5±45,23	0,049	
	¹ p-değeri	0,345 (n=10)	0,002 (n=28)	0,074 (n=67)	0,033 (n=72)	0,680 (n=7)		
LDL	Başlangıç	111,7±42,87	110,72±38,99	99,59±34,45	117,03±39,89	110,01±55,06	<0,001	0,096
	12. ay	102,7±39,96	105,41±35,56	103,59±32,96	133,01±51,05	110,35±55,41	<0,001	
	24. ay	109,76±26,69	113,63±37,53	104,73±32,9	130,55±54,33	106,94±34,43	<0,001	

	36. ay	121,36±67,28	125,22±54,05	108,83±37,36	131,75±59,58	115,53±37,54	0,001	
	48. ay	113,18±34,9	126,82±63,7	111,34±41,48	122,56±34,57	109,82±41,19	0,024	
	¹ p-değeri	0,631 (n=9)	0,011 (n=25)	0,024 (n=65)	0,088 (n=67)	0,172 (n=6)		
Triglis erit	Başlangıç	145,39±85,2	163,02±90,73	138,82±78,47	151,37±87,12	153,86±96,11	0,368	0,592
	12. ay	136,43±69,57	141±62,98	138,97±93,48	171,59±113,25	167,04±91,22	<0,001	
	24. ay	150,72±72,97	145,32±75,81	143,25±85,53	169,54±105,39	146,51±66,91	0,060	
	36. ay	155,92±96,25	138,57±70,71	144,28±100,38	172,39±115,42	172,34±95,23	0,019	
	48. ay	163,71±69,91	150,38±78,55	152,1±117,42	158,18±90,43	169,79±110,87	0,154	
	¹ p-değeri	0,155 (n=10)	0,365 (n=27)	0,653 (n=67)	0,080 (n=66)	0,137 (n=7)		
Spine Dx	Başlangıç	0,57±1,76	0,67±1,11	0,24±1,26	0,54±1,59	-0,31±1,4	0,004	0,041
	24. ay	0,6±0,57	-0,48±1,48	0,55±1,08	0,34±1,18	-0,39±1,44	0,013	
	¹ p-değeri	N/A (n=2)	0,027 (n=6)	<0,001 (n=59)	0,136(n=8)	0,756 (n=18)		
Femur Dx	Başlangıç	0,38±1,12	0,8±0,95	0,34±1,03	0,53±1,34	0,03±1,15	0,049	0,086
	24. ay	0,3±0,99	-0,17±1,07	0,51±0,87	-0,03±1,18	-0,28±1,46	0,103	
	¹ p-değeri	N/A (n=2)	0,043 (n=6)	<0,001 (n=59)	0,043 (n=8)	0,084 (n=20)		

PS-12 \ POSTER BİLDİRİ

HIV ile yaşayan bireylerde BIC/FTC/TAF, TDF/FTC/DTG ve 3TC/DTG kombinasyonlarının etkinliğinin değerlendirilmesi: Retrospektif, gerçek yaşam verisi

Ferit Kuşcu, Ongun Yeniçeri, Damla Ertürk, Süheyla Kömür, Ayşe Seza İnal, Aslıhan Candevir, Behice Kurtaran, Yeşim Taşova
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Adana

Giriş: HIV tedavisinde, etkili viral baskılama sağlayan antiretroviral tedavi(ART) seçeneklerinin sayısı giderek artmaktadır. Tedavi-naif HIV ile yaşayan bireyler(HIVYB) için güvenli, iyi tolere edilen ve uzun vadeli komplikasyonları en aza indiren rejimlerin seçilmesi önemlidir. HIV tedavisinde son yıllarda geliştirilen ART rejimleri, viral yükün baskılanmasında büyük başarılar elde etmiştir. Dolutegravir ve lamivudin kombinasyonu, bictegravir/emtricitabin/tenofovir alafenamid (BIC/FTC/TAF) ve TDF/FTC + dolutegravir (DTG) gibi modern rejimler, yüksek viral baskılama oranlarıyla dikkat çekmektedir ve direnç gelişimine karşı güçlü bir bariyer sunmaktadır. Klinik çalışmalar, bu rejimlerin %90'ın üzerinde viral baskılama sağladığını ve iyi tolere edildiğini göstermiştir. Bununla birlikte, bu tedavilerin uzun vadede lipid profili, böbrek fonksiyonları üzerindeki etkileri önemli araştırma konularından biridir. Bu makalede, bu üç rejimin etkinliği ile birlikte lipid profili ve böbrek sağlığı üzerindeki etkilerini araştırmak üzere hastalarımızdaki gerçek yaşam verilerini değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal Metod: Polikliniğimizde Ekim 2019- Aralık 2023 tarihleri arasında, yeni tanı konulmuş 18 yaş üzeri, naif HIVYB'ler çalışmaya dahil edildi. Veriler hastanemizin otomasyon sisteminden alındı. Retrospektif olarak değerlendirildi. Yaş, Cinsiyet, HIV RNA, Kreatinin, GFR, Lipid parametreleri değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 340 HIVYB'in yaş ortalaması 37,5±11,9 idi ve 308'i(%90,6) erkekti. HIVYB'lerin 194'üne(57,1%) BIC/FTC/TAF, 64'üne(%18,8) DTG+3TC, 82'sine(%24,1) DTG/FTC/TDF başlanmıştı. BIC/FTC/TAF alan hastaların 4'ü(%1,2), DTG+3TC alan hastaların 1'i(%0,3), DTG/FTC/TDF alan hastaların 3'ü(%0,9) takiplerinde exitus oldu. Tanı anında HIV RNA ortalaması BIC/FTC/TAF alan hastalarda 971354 cp/ml, DTG+3TC alan hastalarda 682486 cp/ml, DTG/FTC/TDF alan hastalarda 919643 cp/ml'di. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu(p=0.626). HIV RNA 1. ayda <50 kopya/ml olan hastalar değerlendirildiğinde BIC/FTC/TAF alanların 52'si(%32,9), DTG+3TC alanların 21'i(%41,2), DTG/FTC/TDF alanların 29'du(%43,9). Üç grup arasında anlamlı fark yoktu(p değeri 0,238). HIV RNA 12. ayda <50 kopya/ml olan hastalar değerlendirildiğinde BIC/FTC/TAF alanların 141'i(%88,1), DTG+3TC alanların 54'ü(%96,4), DTG/FTC/TDF alanların 56'sı(%86,2), Grupların karşılaştırılmasında yine anlamlı bir fark yoktu(p değeri 0,143). GFR, Lipid parametrelerinin istatistikleri tabloda belirtilmiştir.

Sonuç: BIC/FTC/TAF, DTG+3TC, DTG/FTC/TDF tedavilerinin etkinliğini değerlendirdiğimiz gerçek yaşam verilerinde HIV RNA 1. ayda <50 kopya/ml ve 12. ayda <50 kopya/ml olan hasta sayıları arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Tüm tedavi gruplarında GFR açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi. BIC/FTC/TAF alan hasta grubunda 12 aylık takiplerinde Total Kolesterol, HDL, LDL açısından istatistiksel olarak anlamlı bir yükseklik tespit edilirken, DTG+3TC ve DTG/FTC/TDF alan hasta grubunda anlamlı bir yükseklik tespit edilmedi.

Anahtar Kelimeler: Etkinlik, Tedavi, HIV

Üç Antiretroviral Tedavinin Böbrek ve Lipid Profili Üzerine Etkisi

	GFR (ml/dk/1,73m ²)			T.Kolesterol (mg/dl)			HDL (mg/dl)			LDL (mg/dl)			TRİGLİSERİT(mg/dl)		
	0.ay	12.ay	p	0.ay	12.ay	p	0.ay	12.ay	p	0.ay	12.ay	P	0.ay	12.ay	p
BIC/FTC/TAF	115±16,2	106±18,4	<0,001	154±36	173±39	<0,001	37±10,6	45±10,2	<0,001	91,3±28,5	103±29,1	<0,001	134±73	138±76	0,624
DTG+3TC	108±23,4	100±20,4	<0,001	177±38,2	184±38,7	0,229	39±9,5	42±9,5	0,053	109±32,3	147±221	0,293	152±87	159±110	0,513
DTG/FTC/TDF	116±16,5	105±17,9	<0,001	161,5±43,2	157,5±36,2	0,859	36,4±9,8	40±12	0,043	96±32,9	88±32,3	0,071	153±84	151±109	0,859

PS-14 \ POSTER BİLDİRİ

HIV ile yaşayan bireylerde integras inhibitörü ve emtrisitabin içeren tenofovir türevlerinin metabolik etkilerinin karşılaştırması: Çok merkezli retrospektif bir analiz

Oğuz Karabay¹, Aslı Vatan¹, İlknur Yılmaz¹, Nurselin Can Balta¹, Arzu Kantürk², Rıdvan Dumlu³, Yasemin Çağ⁴, Hülya Çaşkurlu⁴, Merve Tokgöz Şık⁴, Zahide Aşık Otman⁵, Umay Balcı⁵, Seniha Şenbayrak⁶, Sıla Akhan⁷, Müge Toygar Deniz⁷, Dilek Yekenkural⁸, Nevin İnce⁸, Bekir Tunca⁸, Tuba Damar Çakırca⁹, Aliye Baştuğ¹⁰, Abdullah Uçar¹¹, Ünal Erkorkmaz¹², Ertuğrul Güçlü¹

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sakarya
²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Prof.Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

³Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

⁴İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

⁵Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

⁶Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

⁷Kocaeli Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

⁸Düzce Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

⁹Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

¹⁰Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı,

¹¹Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

¹²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı

Amaç: Bu retrospektif, çok merkezli kohort çalışması, Türkiye'de HIV ile enfekte olan ve 9 farklı merkezde izlenen 845 hastayı kapsamaktadır. Çalışmanın amacı; HIV ile yaşayan bireylerde (HİYB); İntegraz İnhibitörü (INSTI) bazlı tenofovir disoproksil fumarat (TDF) kombinasyon rejimleri (TDF/emtristabin (FTC)/dolutegravir (DTG), TDF/FTC/raltegravir (RAL), TDF/FTC/cobicistat (C)/elvitegravir (EVG)) ile İntegraz İnhibitörü (INSTI) bazlı tenofovir alafenamid (TAF) kombinasyon rejimlerinin (TAF)/FTC/bictegravir (BIC), TAF/FTC/c/EVG)) kemik metabolizması, lipid profili ve böbrek fonksiyonları üzerindeki etkilerinin karşılaştırılmasıdır.

Gereç-Yöntem: Çalışmamıza en az 12 ay boyunca antiretroviral tedavi (ART) alan ve en az 24 ay boyunca takip edilen 18 yaş üstü hastalar alınmıştır. Hastalara ait demografik veriler, laboratuvar değerleri (HIV RNA, CD4+ T lenfosit sayısı, kreatinin, eGFR, ALT), lipid profilleri (total kolesterol, LDL kolesterol, HDL kolesterol, trigliseritler) ve DEXA sonuçları; HIV/AIDS hasta klinik kayıtlarından elde edilmiştir. Bu parametrelerin; 0. (başlangıç) 12., 24., 36. ve 48. aylardaki değişimi istatistiksel analiz ile TAF ve TDF kolunda karşılaştırıldı. İstatistiksel anlamlılık p-değerinin 0.05'ten küçük olması olarak tanımlanmıştır.

Bulgular: Türkiye'deki 9 merkezden 901 HİYB'in tedavi sonuçları değerlendirilmiş, dışlama kriterleri uygulandıktan sonra 845 bireyin verileri dahil edilmiştir. TDF içeren INSTI kombinasyon rejimi grubunda 462 (ortalama yaş 43.25±12.35) ve TAF içeren INSTI kombinasyon rejimi grubunda 383 (ortalama yaş 41.75±12.08) (p=0.082) hasta mevcuttu. Kadın hastaların oranı TDF grubunda %18,4 ve TAF grubunda %13,6'dır (p=0,058). TDF grubunun %77,2'si tedaviye naif iken, bu oran TAF grubunda %52,2'dir (p<0,001). 48. ayda HIV RNA düzeyleri TDF grubunda 4,94±34,44 IU/ml ve TAF grubunda 1,94±9,37 IU/ml idi (p=0,76). CD4 bazal seviyeleri TDF grubunda 393,06±236,19 ve TAF grubunda 482,07±236,64 olarak saptanmıştır ve bu fark anlamlıdır (p<0,001). CD4 düzeyleri başlangıçta TAF grubunda daha yüksek olmasına rağmen, 48 aylık takipte TDF kullananlarda TAF kullananlara kıyasla CD4 seviyelerinde daha belirgin bir artış gözlemlenmiştir (p<0,001). 48 ay sonunda eGFR; TDF grubunda 91,2, TAF grubunda 93,1 olup anlamlı farklılık yoktur (p=0,36). ALT normalizasyonu TDF kolunda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0,026). Yine TDF grubuna göre TAF grubunda 48 aylık takipte total kolesterol (p=0,008) ve non-HDL kolesterol (p=0,018) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Sonuç: HİYB' de TDF ve TAF içeren INSTI bazlı rejimler; lipid profilleri ve immün sistem fonksiyonu üzerinde farklı etkiler sergilemektedir. TAF'ın viral yük düşürmedeki erken dönem olumlu etkileri zaman ilerledikçe azalırken;



HIV/AIDS
Korunma
ve Eğitim
Derneği



HIV/AIDS KONGRESİ

2024

5 - 8 ARALIK 2024

Xanadu Resort Otel Belek Antalya

www.hivaidskongresi2024.com

TDF'nin CD4 sayıları, ALT düzeyleri ve HDL dışı kolesterol açısından uzun vadeli olumlu etkileri dikkat çekmektedir. Bu bulgular, ART rejimlerinin seçiminde bireyselleştirilmiş tedavinin gerekliliğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: HIV, integraz inhibitörleri, metabolik etkiler, tenofovir alafenamid, tenofovir disoproksil fumarat

PS-15 \ POSTER BİLDİRİ

Olgu sunumu: HIV ile enfekte hastada integraz inhibitörü direnci

Şule Kocabıçak¹, Tülin Demir², Serpil Erol¹, Nurgül Ceran¹, Asuman İnan¹

¹İstanbul SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

²Ankara Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Giriş: İnsan bağışıklık yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu, dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunudur. HIV enfeksiyonu tedavisinde günümüzde kullanılan çok sayıda antiviral ajan vardır. HIV virüsü genetik yapısı nedeniyle bu ilaçlara zaman içinde kolaylıkla direnç geliştirebilmektedir. Bu ilaçlara gelişen direnç tedavi başarısını tehlikeye atmaktadır. İntegraz inhibitörleri, son yıllarda HIV tedavisinde önemli bir role sahip olan direnç bariyeri yüksek ajanlardır. Bu bildiride çoklu integraz direnci saptanan bir olgu sunulmuştur.

Olgu:48 yaşındaki erkek hasta, 2000 yılında HIV enfeksiyonu tanısı almış olup, o tarihten bu yana ART almakta. Sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanım öyküsü mevcut. İleri derecede ART uyumsuzluğu olan, takiplerine düzenli gelmeyen olguda 2017 yılından sonra viral baskılanma sağlanamamış olup, hastanın aldığı tedaviler aşağıda sıralanmıştır. HIV RNA değerleri tablo 1’de gösterilmiştir.

2011-2013; TDF/FTC+Efavirenz

2013-2016; TDF/FTC+Lopinavir+Ritonavir

2016-2023; TDF/FTC+Dolutegravir

Viral baskılanma sağlanamaması nedeniyle ve tedaviye uyumu kolaylaştırmak için Ekim 2023’te TAF/FTC+Biktegravir tedavisine geçildi. Kasım 2023’te pnömöni nedeniyle, Nisan 2024’te CMV retinitisi nedeniyle, Haziran 2024’te lenfadenomegali tetkik nedeniyle hospitalize edildi. Biktarvy tedavisinin 7. ayında 7.200.000 kopya/ml olan RNA düzeyi, klinikteki yatışı sırasında, doğrudan gözetimli tedaviyle Haziran 2024’te 570.000’e gerileyerek, kısmi bir viral yanıt elde edildi. Yeterli viral baskılanma sağlanamayan hastadan integraz inhibitörleri dahil tüm ART’lere karşı direnç testi çalışılması için Halk Sağlığı Laboratuvarına örnek gönderildi.

Test sonucunda tüm integraz inhibitörlerine direnç raporlanan hastanın tedavisi 06.06.2024’te TDF/FTC + darunavir + ritonavir olarak değiştirildi. Hastanın direnç profili Şekil 1 ve 2’de, tedavi değişimi sonrası HIV RNA değerleri de Tablo 2’de gösterilmiştir.

Sonuç: HIV ile enfekte hastalarda integraz direnci, antiretroviral tedaviye yanıtı etkileyen önemli bir faktördür. İntegraz inhibitörleri dirence karşı genetik bariyeri en yüksek olan ajanlar olmasına rağmen, düzensiz kullanımı olan ve daha önce diğer sınıftan ART’lere direnci olan hastalarda integraz direnci ile karşılaşmak mümkündür. Bu nedenle birden fazla sınıftan ilaca direnci olan hastalarda integraz direnç testleri çalışılması önerilmektedir. Burada ART uyumunun hem tedavi başarısı için, hem de direnç gelişiminin önlenmesi için önemini bir kez daha vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Antiretrovirallere karşı direnç, integraz inhibitörü direnci, tedavi uyumsuzluğu

Şekil 1. Kasım 2022 tarihli HIV Antiviral Direnç Analizi

Şekil 1. Kasım 2022 tarihli HIV Antiviral Direnç Analizi

NRTI Mutations: **S68G • M184V • T215F**
NNRTI Mutations: **K103N • E138A • Y188L**
RT Other Mutations: K20R • V35M • T39A • V60I • A98S • S105T • V118I • D123E • I135T • V179I • Q197Q • T200A • E203ED • Q207E • F214L

Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors		Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors	
abacavir (ABC)	Low-Level Resistance	doravirine (DOR)	High-Level Resistance
zidovudine (AZT)	Intermediate Resistance	efavirenz (EFV)	High-Level Resistance
stavudine (D4T)	Intermediate Resistance	etravirine (ETR)	Low-Level Resistance
didanosine (DDI)	Low-Level Resistance	nevirapine (NVP)	High-Level Resistance
emtricitabine (FTC)	High-Level Resistance	rilpivirine (RPV)	High-Level Resistance
lamivudine (3TC)	High-Level Resistance		
tenofovir (TDF)	Susceptible		

PI Major Mutations: None
PI Accessory Mutations: None
PR Other Mutations: I62V • L63A

Protease Inhibitors	
atazanavir/r (ATV/r)	Susceptible
darunavir/r (DRV/r)	Susceptible
fosamprenavir/r (FPV/r)	Susceptible
indinavir/r (IDV/r)	Susceptible
lopinavir/r (LPV/r)	Susceptible
nelfinavir (NFV)	Susceptible
saquinavir/r (SQV/r)	Susceptible
tipranavir/r (TPV/r)	Susceptible

Kasım 2022 tarihli HIV Antiviral Direnç Analizi

Şekil 2. Haziran 2024 tarihli HIV Antiviral Direnç Analizi

Şekil 2. Haziran 2024 tarihli HIV Antiviral Direnç Analizi

INSTI Major Mutations: **G118R • Y133H**
INSTI Accessory Mutations: **L74M**
IN Other Mutations: **K14R • L63I • I72L • L101I • T112A • S123C • T124A • I135V • V151I • K156G • I203M • I208M • T218S • I220L • L234V • D253E • D275N • C280S**

Integrase Strand Transfer Inhibitors

bictegravir (BIC)	High-Level Resistance
cabotegravir (CAB)	High-Level Resistance
dolutegravir (DTG)	High-Level Resistance
elvitegravir (EVG)	High-Level Resistance
raltegravir (RAL)	High-Level Resistance

NRTI Mutations: **S68G • M184V • T215F • R215Q**
NNRTI Mutations: **K103N • F118A • Y188L**
RT Other Mutations: **K20R • V35M • T39E • V60I • A98S • S105T • V118I • D123E • I135T • V179I • Q197E • T200A • E203D • Q207E • F214L**

Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors

abacavir (ABC)	Intermediate Resistance
zidovudine (AZT)	High-Level Resistance
stavudine (D4T)	Intermediate Resistance
didanosine (DDI)	Intermediate Resistance
emtricitabine (FTC)	High-Level Resistance
lamivudine (3TC)	High-Level Resistance
tenofovir (TDF)	Susceptible

Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors

doravirine (DOR)	High-Level Resistance
efavirenz (EFV)	High-Level Resistance
etravirine (ETR)	Low-Level Resistance
nevirapine (NVP)	High-Level Resistance
rilpivirine (RPV)	High-Level Resistance

PI Major Mutations: **None**
PI Accessory Mutations: **None**
PR Other Mutations: **I62V • L63A**

Protease Inhibitors

atazanavir/r (ATV/r)	Susceptible
darunavir/r (DRV/r)	Susceptible
fosamprenavir/r (FPV/r)	Susceptible
indinavir/r (IDV/r)	Susceptible
lopinavir/r (LPV/r)	Susceptible
nelfinavir (NFV)	Susceptible
saquinavir/r (SQV/r)	Susceptible
tipranavir/r (TPV/r)	Susceptible

Haziran 2024 tarihli HIV Antiviral Direnç Analizi

Tablo 1: Hastanın 2017 sonrası HIV RNA ve CD4 + T lenfosit değerleri

	HIV RNA	CD4+ T Lenfosit
Aralık 2017	<100 kopya/ml	
Kasım 2018	10.000 kopya/ml	
Kasım 2022	950.000 kopya/ml	23 (%4.1)
Haziran 2023	2.200.000 kopya/ml	13 (%5.1)
Ekim 2023	3.240.000 kopya/ml	47 (%10.1)
Ocak 2024	2.320.000 kopya/ml	21 (%5.4)
Mart 2024	6.400.000 kopya/ml	
Nisan 2024	7.200.000 kopya/ml	17 (%8)

Hastanın 2017 sonrası HIV RNA ve CD4+ T lenfosit değerleri

Tablo 2: Tedavi değişimi sonrası HIV RNA ve CD4 + T lenfosit değerleri

	HIV RNA	CD4+ T Lenfosit
Temmuz 2024	2500 kopya/ml	17 (%7.8)
Ağustos 2024	800 kopya/ml	20 (%6.2)
Eylül 2024	680 kopya/ml	

Tedavi değişimi sonrası HIV RNA ve CD4+ T lenfosit değerleri

PS-16 \ POSTER BİLDİRİ

LAMGRAVİR: HIV ile yaşayan kişilerde, dolutegravir ve lamivudin tedavisinin etkinliği ve güvenliği

Emine Dinç, Derya Seyman, Ayşegül Seremet Keskin

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

Amaç: HIV tedavisinin temel prensibini 2NRTI içeren omurga tedavisinin yanına INSTI/NNRTI/PI gruplarından birinin eklenmesini içeren üçlü ART rejimi oluşturmaktadır. Günümüzde HIV RNA düzeyi 500.000 kopya/ml'nin altında olan HIV ile yaşayan bireylerde (HYB) dolutegravir (DTG)+ lamivudin (3TC) içeren ikili ART rejimi de önerilmektedir. Bu çalışmada HYB'de DTG+ 3TC'nin etkinliği ve güvenliği değerlendirilmiştir.

Gereç-Yöntem: Retrospektif, gözlemsel, gerçek yaşam çalışması olarak planlanan çalışmaya 2015-2023 tarihleri arasında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği tarafından DTG, 3TC tedavisi başlanan HYB dahil edildi.

Bulgular: Çalışmaya 79 hasta dahil edildi. Hastaların %88.6 (n:70) erkekti, ortalama yaş 40.1 (min 19-max 79), ortalama başlangıç CD4+ sayısı 557.8 hücre/mm³ (min30-max1500), ortalama başlangıç HIV RNA 159.766 kopya/mL (min 40- max 2.446.245), 5 hastanın başlangıç HIV RNA düzeyi >500.000 kopya/ml'nin üzerindediydi ve tedavi öncesi direnç testi hastaların %79.7 (n:63)'sinden gönderildi, %72.1 (n:57)'i tedavi naif iken %27.8 (n:22)'i ART yan etkileri nedeniyle DTG+3TC'ye geçilen HYB idi. 30 hasta henüz 48. takip haftasına ulaşmamıştı, 3 hasta ise başka merkeze nakil oldu. 4., 12., 24. ve 48. haftalarda sırasıyla HIV RNA baskılanma (<50 kopya/mL) oranı %57.1, %81.5, %65.21 ve %92 olarak saptandı. Başlangıç HIV RNA düzeyi >500.000 kopya/ml üzerinde olan 5 hastanın 3'ünde 12. haftada HIV RNA düzeyi baskılandı. Diğer 2 hastanın başlangıç HIV RNA düzeyi >2.000.000 kopya/ml olup 36. haftada baskılanma sağlandı. Hastaların %27.8 (n:22)'inde sifiliz, sadece 1 hastada Hepatit C enfeksiyonu vardı. İlacın kesilmesini gerektirecek ciddi ilaca bağlı yan etki gözlenmedi.

Sonuç: 1NRTI+INSTI 2019 öncesi alternatif tedavi rejimleri arasındayken günümüzde DTG+3TC primer tedavi rejimi olarak önerilmektedir. Devam etmekte olan çalışmamızın ilk sonuçları, DTG+ 3TC ikili ART rejiminin >500.000 kopya/ml üstü hastalarda dahi birinci basamak tedavi olarak etkili ve tolere edilebilir olabileceğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: HIV, Dolutegravir, Lamivudin

Hastaların Demografik Özellikleri ve HIV RNA Düzeyleri

Değişkenler	Toplam % (N:79)
Sigara kullanma durumu	59.5 (47)
Alkol kullanma durumu	50.6 (40)
Diyabetes mellitus	11.4 (9)
Hipertansiyon	19.0 (15)
Kronik Hepatit C	1.3 (1)
Sifiliz	27.8 (22)
Direnç testi gönderilme durumu	79.7 (63)
ART deneyimli DTG+3TC geçilen HYB	29.1 (23)
HIV RNA (4. Hafta) (<50 kopya/mL)	57.1 (24/42)
HIV RNA (12. Hafta) (<50 kopya/mL)	81.5 (15/38)
HIV RNA (24. Hafta) (<50 kopya/mL)	65.21 (15/23)
HIV RNA (48. Hafta) (<50 kopya/mL)	92.0 (23/25)
HIV RNA (4. Hafta) (<200 kopya/mL)	76.1 (32/42)
HIV RNA (12. Hafta) (<200kopya/mL)	97.3 (37/38)
HIV RNA (24. Hafta) (<200kopya/mL)	91.30 (21/23)
HIV RNA (48. Hafta) (<200 kopya/mL)	96.0 (24/25)



HIV/AIDS
Korunma
ve Eğitim
Derneği



HIV/AIDS KONGRESİ
2024

5 - 8 ARALIK 2024

Xanadu Resort Otel Belek Antalya

www.hivaidskongresi2024.com

- HIV enfeksiyonunda izlem -

PS-17 \ POSTER BİLDİRİ

Tedavi altındaki HIV hastalarında İzole Anti-HBc IgG pozitifliğinin ve HBV reaktivasyonunun geriye dönük değerlendirilmesi

Leyla Akgül, Banu Karaca, Alper Şener

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: HIV enfeksiyonu, hücresel bağışıklığın ciddi şekilde etkilendiği bir hastalıktır. Hücresel bağışıklığı baskılayan ilaç kullanımında, HBV hastalarında profilaktik ilaç kullanımı, gündelik pratiğimiz bir parçasıdır. Bu çalışmada izole Anti-HBc IgG pozitifliği olan antiretroviral tedavi (ART) alan HIV hastalarında, HBV reaktivasyonunun gelişip gelişmediğini geriye dönük olarak incelemek hedeflenmiştir. Çalışmada, HIV pozitif bireylerde HBV enfeksiyonunu erken dönemde saptamak, karaciğer fonksiyon testlerindeki değişiklikleri, HBsAg reaktivasyonu ve HBV-DNA pozitifleşme oranları değerlendirilmiştir. Ayrıca hastaların tedavi rejimleri ve bu rejimlerin hepatit B reaktivasyonu üzerindeki etkileri de incelenmiştir.

Gereç-Yöntem: 2010-2023 yılları arasında hastanemizde takip edilen, rastgele örneklem ile seçilen ve düzenli kontrole gelen (yılda en az iki kez) 218 HIV pozitif hastanın verileri geriye dönük incelenmiştir. Çalışma grubu izole Anti-HBc IgG pozitifliği olanlardır. Hastaların demografik özellikleri, tedavi rejimleri, HBV reaktivasyonu olup olmadığı (AST/ALT \geq 2.5 kat artış, HBV-DNA pozitifliği), hepatit b aşılama zamanı değerlendirilmiştir.

Bulgular: Örneklem grubundaki 218 hastanın 12'sinde izole Anti-HBc IgG pozitifliği saptanmıştır (%5.5). Çalışma grubunda (12 HIV pozitif izole Anti-HBc IgG pozitif hasta) yaş ortalaması 58.8 ± 13.7 yıl olup, hastalar arasında en genç yaş 34, en ileri yaş 80 olarak tespit edilmiştir. Hastaların %66'sı erkek, %33'ü kadındır. Tedavi rejimlerine göre; 2 hastada (%16.7) lamivudin (LAM), 1 hastada (%8.3) tenofovir disoproksil fumarat (TDF), 9 hastada (%75) tenofovir alafenamid fumarat (TAF) içeren rejimler kullanılmıştır. İzlem süresi ortalama 5 ± 2 yıl, aşılama zamanı HIV tanısından sonra 3 ± 1 yıl olarak bulunmuştur. Çalışma grubunda hiçbir hastada HBV reaktivasyonu gözlenmemiştir. Hastaların %75'ine (9 hasta) hepatit B aşısı yapılmış olup, bu hastalarda aşıya karşı tam bağışıklık (anti-HBs >10 IU/L) geliştiği görülmüştür. Aşı yapılan hastalarda, ortalama antikor yanıtı 1 yıl içinde gelişmiştir. Çalışma grubundaki hastaların %25'ine (3 hasta) ise aşılama yapılmamıştır.

Sonuç: Türkiye, kronik HBV için orta endemik, HIV açısından ise düşük endemik bir ülkedir. HBV aşılama oranları ve kapsayıcılığı azalmaktadır. İzole Anti-HBc IgG pozitifliği olan HIV pozitif hastalarda hepatit B aşılması önerilmektedir. HIV tedavisinde ART rejiminin seçilmesinde Anti-HBc IgG paterninin dikkate alınması önemlidir. Takip edilen çalışma grubunda HBV reaktivasyon görülmemiş olması, hepatit B açısından potent antivirallerin (TDF, TAF) ART rejiminde yer almış olmasına bağlıdır. LAM içeren rejimlerle tedavi edilen hastaların aşılama zamanlamasının bu grup için koruyucu olduğunu düşünmekteyiz. Özellikle ART rejiminde LAM kullanılan izole Anti-HBc IgG pozitif HIV hastalarının HBV aşılmasının yakın takip edilmesi kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: İzole Anti-HBc IgG, HIV/HBV Ko-Enfeksiyon, HBV reaktivasyon, Antiretroviral Tedavi (ART)

PS-18 \ POSTER BİLDİRİ

Geç başvuran HIV enfekte bireylerde antiretroviral tedaviye yanıtın diğer erişkin HIV enfekte bireyler ile karşılaştırılması

Nermin Huseynova, Figen Kaptan Aydoğmuş

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Amaç: Bu çalışmada, HIV enfeksiyonunun geç evresinde başvuran HIV ile enfekte bireylerin ART'ye virolojik ve immünolojik yanıtının erken başvuran HIV ile enfekte bireyler (kontrol grubu) ile karşılaştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** WHO ve Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi, 2009'da HIV ile enfekte bireyleri ilk başvuruda CD4 T lenfosit sayısının 350 hücre/mm³'ün altında olması veya CD4 T lenfosit sayısından bağımsız olarak AIDS tanımlayıcı hastalık olmasını geç başvuru olarak tanımlamıştır. İleri evre HIV enfeksiyonu ise CD4 T lenfosit sayısının 200 hücre/mm³'ün altında olması veya CD4 T lenfosit sayısından bağımsız olarak AIDS tanımlayıcı bulgu olması olarak tanımlanmıştır. Çalışmamızda, bu tanımlamalar esas alınmış ve CD4 T lenfosit sayısı 350 hücre/mm³ üzerinde olan, AIDS tanımlayıcı hastalığı bulunmayan olgular kontrol grubu olarak tanımlandı. Bu çalışma için 01.01.2010 ile 31.12.2022 tarihleri arasında başvuran 18 yaş ve üzeri olan, en az bir yıl takip edilen ve verilerine ulaşılabilen 255 olgu çalışmaya dahil edildi. Hastaların sosyodemografik verileri, tanı tarihi, HIV testi yaptırma nedenleri, cinsel eğilim, olası bulaşma yolu, eşlik eden hastalıklar, fırsatçı enfeksiyon veya AIDS ilişkili durum varlığı, HBV veya HCV koenfeksiyonu, ilk başvuruda ve izlem süresinde bakılan plazma HIV-1 RNA düzeyi, CD4 T lenfosit sayısı ve oranı, CD4/CD8 T lenfosit oranı, ART rejimleri kaydedildi.

Bulgular: Olguların %91 (232 kişi)'i erkek, ortalama yaş 44,6 (yaş dağılımı 20-92) yıl idi. Olguların yaklaşık yarısı (125 olgu, %49) başka bir hastalık nedeniyle tetkik edilirken HIV tanısı almıştı. Olguların 133 (%52,2)'ü kontrol grubunda ve 122 (%47,8)'si geç başvuran olgu grubunda yer almaktaydı. Yetmiş iki (%59) bireyin ileri evre HIV enfeksiyonu grubunda yer aldığı görüldü. Geç başvuru grubunda kontrol grubu ile karşılaştırıldığında yaş ortalaması, evli ve dul, kendisini heteroseksüel olarak tanımlayan birey ve hastalık nedeniyle tetkik sırasında HIV testi yaptırma oranı daha yüksek saptandı (p<0,05). ART'ye tanıdan sonra ortalama 71 gün içinde başladığı görüldü. İlk başvuruda plazma HIV-1 RNA düzeyi kontrol grubunda ortalama 39.000 kopya/ml, geç başvuran olgu grubunda ise 150.000 kopya/ml saptanmış olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ART ile kontrol grubunda virolojik baskılanma 6. ayda %86,5, 12 ayda %87,7 ve son kontrolde %89,4 saptanırken, geç başvuran olgu grubunda virolojik baskılanma oranlarının her üç dönemde de daha düşük olduğu (sırasıyla %72,2, %80,3 ve %89,2) görüldü.

İlk başvuruda ortalama CD4 T lenfosit sayısının kontrol grubunda 603,1 hücre/mm³ ve geç başvuran olgu grubunda ise 195,7 hücre/mm³ olduğu görüldü. Geç başvuran olgular ileri evre olan ve ileri evre olmayan olgular olarak ayrıldığında ilk başvuruda ortalama CD4 T lenfosit sayısı ileri evre olgularda daha düşük idi (142,7 hücre/mm³ vs 271,9 hücre/mm³).

Sonuç: Geç başvuran HIV ile enfekte bireylerde ART'ye virolojik ve immünolojik yanıtın geç başvurmamayan bireylerden daha düşük olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Antiretroviral tedavi, Human immunodeficiency virus, CD4 T lenfosit

Tablo 1. HIV ile enfekte 255 olguda ART rejimlerinin ve tedaviye virolojik ve immünolojik yanıtın geç başvuran grup (CD4 T lenfosit sayısı 350 hücre/mm³ altında olan veya AIDS tanımlayan hastalığı olan) ile kontrol grubu arasında karşılaştırılması

Değişkenler	Kontrol grubu (n:133)	Geç başvuru grubu (n:122)	p
Başlangıç ART rejimi 2 NRTI + PI 2 NRTI + INSTI 2 NRTI + NNRTI Diğer ¹	24 %18 100 %75,2 4 %3 5 %3,8	27 %22,1 85 %69,7 4 %3,3 6 %4,9	
Son ART rejimi 2 NRTI+PI 2 NRTI+INSTI İkili ART DTG + 3TC Diğer ²	2 %1,5 107 %80,5 22 %16,5 2 %1,5	4 %3,3 99 %81,1 16 %13,1 3 %2,5	
HIV RNA (kopya/ml) Ortalama ± SS Medyan /IQR Aralık	260000 ± 700000 39000 / 14000-140000 212-4900000	820000 ± 3500000 150000 / 32000-300000 220-37000000	0,0001
Plazma HIV-1 RNA, Kopya/mL ART 6. ayı <50 kopya/mL n, % >50 kopya/mL n, %	109 86,5 17 13,5	83 72,2 32 27,8	0,0058
Plazma HIV-1 RNA, Kopya/mL ART 12. ayı <50 kopya/mL n, % >50 kopya/mL n, %	114 87,7 16 12,3	94 80,3 23 19,7	0,1137
Plazma HIV-1 RNA, Kopya/mL Son kontrol <50 kopya/mL n, % >50 kopya/mL n, %	118 89,4 14 10,6	107 89,2 13 10,8	0,9535
CD4 T Lenfosit Sayısı, Hücre/mL Tanı sırasında Ortalama ± SS IQR Aralık	603,1 ± 250,6 437-678 360-1945	195,7 ± 121,6 93,1-277 4,6-603	0,0001
CD4 T Lenfosit Sayısı, Hücre/mL ART 6. ayı Ortalama ± SS IQR Aralık	786,8 ± 264,4 609-927,3 260-1730	387,7 ± 212,8 222,6-463 2,2-1116	0,0001

CD4 T Lenfosit Sayısı, Hücre/mL ART 12. ayı Ortalama ± SS IQR Aralık	862,3 ± 295,4 657,7-1024,5 337-1896	452,5 ± 225,5 282-581 5,8-1119	0,0001
CD4 T Lenfosit Sayısı, Hücre/mL Son kontrol Ortalama ± SS IQR Aralık	1018,2 ± 367,5 750,8-1252,5 214-2391	583,6 ± 272,4 378-764 11-1270	0,001

1. Diğer rejimler: DTG+DRV/r (n=1), DTG+3TC (n=8), RAL+DRV/r (n=2) 2. Diğer rejimler: DTG+DRVr (n=4) ve TDF/FTC+RAL+DRV/r (n=1)

PS-19 \ POSTER BİLDİRİ

Yeni tanı alan HIV pozitif bireylerde COVID-19 Pandemisinin HIV bakımında kalma üzerindeki etkileri

Ayşegül İnci Sezen¹, Yusuf Emre Özdemir¹, Deniz Borcak¹, Esra Canbolat Ünlü¹, Sevtap Şenoğlu¹, Zuhale Yeşilbağ², Hayat Kumbasar Karaosmanoğlu²

¹Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

²Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

Amaç: HIV'in yönetimi; tanı alma, takibe başlama, takipte kalma ve viral baskılanmanın sürdürülmesinin sağlanmasını içeren HIV bakımında kalma sürekliliğine bağlıdır. COVID-19 salgını, HIV bakımının sürekliliği konusunda çeşitli engelleri ve zorlukları getirmiştir. Bu çalışma, yeni tanı konulan kişilerin takip ve tedavilerindeki sürekliliğin, COVID-19 salgınında kesintiye uğrayıp uğramadığını anlamak amacıyla planlandı.

Gereç-Yöntem: Tek merkezli, retrospektif yürütülen bu çalışmaya hastanemizde 2018 yılında (pandemi öncesi/grup A) yeni tanı konulan HIV ile yaşayan kişiler ile 2020 yılında (pandemi dönemi/grup B) yeni tanı konulan HIV ile yaşayan kişiler dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, laboratuvar parametreleri ve tedavi sonrası 1 yıllık dönemdeki poliklinik ziyaretleri ve tedavi uyumu karşılaştırıldı.

Bulgular: 2018 yılında 27438 test yapılmış ve 192 kişi (%91,1 erkek) kliniğimize başvurmuşken, 2020 yılında 22835 test yapılmış ve 118 kişi (%91,3 erkek) kliniğimize başvurmuştu. Hasta gruplarının demografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (Tablo 1). Başvuru anındaki CD4 sayısı (ortanca) (405 vs. 437, p=0,491) ve HIV RNA (ortanca) (123.119 vs. 113.053, p=0,196) değerleri de iki grup arasında benzerdi. VDRL pozitifliği ise pandemi döneminde istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksekti (%1,3 vs. %11,3, p<0,001). Pandemi öncesi antiviral tedavi başlanan hastaların 1.ay (%90,6 vs. %33,9, p<0,001), 3.ay (%90,1 vs. %41,5, p<0,001), 6.ay (%83,9 vs. %55,9, p<0,001), 9.ay (%82,8 vs. %29,7, p<0,001) ve 12.ay (%82,3 vs. %41,5, p<0,001) takiplerine gelme oranı pandemi dönemine göre oldukça yüksekti. Bununla beraber, 1.ay (p>0,05), 3.ay (p>0,05), 6.ay (p>0,05), 9.ay (p>0,05) ve 12.ay (p>0,05) CD4 ve HIV RNA değerleri arasında anlamlı fark yoktu. Pandemi öncesi(grup A) (%79,7) ve pandemi döneminde(grup B) (%73,7) yeni tanı alan HIV ile yaşayan kişilerin antiretroviral tedaviye uyumları ise benzerdi (n=153, %79,7 vs. n=87, %73,7, p=0,223)

Sonuç: COVID-19, HIV bakım sürekliliğini sürdürmede engellere ve zorluklara neden olmuştur. Pandemi döneminde hastaların düzenli olarak poliklinik ziyaretlerine gelmelerinde kesintiler izlenmiştir. Bununla beraber, pandemi sırasında alınan önlemler sayesinde hastaların raporlu ilaçlarına daha rahat ulaşabilmeleri tedavi uyumlarının oluşabilecek aksaklıkların önüne geçmiştir. Pandeminin PLWH'lerin sağlığı üzerindeki uzun vadeli etkilerini bilmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19 salgını, HIV ile yaşayan bireyler, Bakımda kalma

Tablo 1

Değişkenler		Grup A (n:192)	Grup B (n:118)	p değeri
Cinsiyet	Kadın (n) (%)	17 (8.9%)	10 (8.5%)	0.908
	Erkek (n) (%)	175 (91.1%)	108 (91.5%)	
Yaş (Median) (Yıl)		33	34	0.208
Hipertansiyon (n) (%)		4 (2.1%)	5(4.2%)	0.309
Diabetes Mellitus (n) (%)		2(1%)	3(2,5%)	0.373
Koroner Arter Hastalığı (n) (%)		3(1.6%)	4(3.4%)	0.433
Tam anında Zona hastalığı (n) (%)		3(1.6%)	1(0.8%)	1.000
Astım / Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (n) (%)		4(2.1%)	5(4.2%)	0.309
HbsAg (Hepatit B yüzey antijen) pozitif		7(3.6%)	5(4.2%)	0.771
Anti HCV antikor pozitif		2(1%)	2(1.7%)	0.637
Tam anında iş sahibi olmak		146(76%)	90(76.3%)	0.963
CD4 (Median) (hücre/mm ³) (ilk geliş)		405	437	0.491
HIV RNA (kopya/ml) (ilk geliş) (Median)		123119	113053	0.196
HIV RNA (kopya/ml) (12. ay) (Median)		negatif	negatif	0.418
Seksüel Oryantasyon			0.384	
Biseksüel		31(16.1%)	26(22%)	
Homoseksüel		75(39.1%)	40(33.9%)	
Heteroseksüel		86(44.8%)	52(44.1%)	
Grup A: 2018 yılı (Pandemi Öncesi) 1 yıl içinde tanı alan hastalar				
Grup B: 2020 yılı (Pandemi Sürecinde) 1 yıl içinde tanı alan hastalar				

Grupların demografik özellikleri, tanı anındaki ek hastalıkları ve CD4/HIV RNA sayıları

Tablo 2

Tablo 2: Tanıdan sonra poliklinik takibine gelen/takibi kaçırılan hasta sayısı			
Hasta sayısı (n)	Grup A (n:%) n:192	Grup B (n:%) n:118	p-değeri
1.Ay			
Kaçırılan/iptal edilen randevular	18 (%9.4)	78 (%66.1)	P<0.001
Gelinen randevular	174 (%90.6)	40 (%33.9)	
3.Ay			
Kaçırılan/iptal edilen randevular	19 (%9.9)	69 (%58.5)	P<0.001
Gelinen randevular	173 (%90.1)	49 (%41.5)	
6.Ay			
Kaçırılan/iptal edilen randevular	31 (%16.1)	52 (%44.1)	P<0.001
Gelinen randevular	161 (%83.9)	66 (%55.9)	
9.Ay			
Kaçırılan/iptal edilen randevular	33 (%17.2)	83 (%70.3)	P<0.001
Gelinen randevular	159 (%82.8)	35 (%29.7)	
12.Ay			
Kaçırılan/iptal edilen randevular	34 (%17.7)	69 (%58.5)	P<0.001
Gelinen randevular	158 (%82.3)	49 (%41.5)	
Grup A: 2018 yılı (Pandemi Öncesi) 1 yıl içinde tanı alan hastalar			
Grup B: 2020 yılı (Pandemi Sürecinde) 1 yıl içinde tanı alan hastalar			

Tanıdan sonra poliklinik takibine gelen/takibi kaçırılan hasta sayısı

PS-21 \ POSTER BİLDİRİ

HIV ile yaşayan bireylerde tedavi değişikliklerinin mutlak CD4+ T lenfosit sayısı ve CD4+/CD8+ oranı üzerine etkisi

Gürsel Ersan, Esra Duru Öz, Emel Eroğul, İlker Ödemiş, Sabri Atalay

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Amaç: Etkin antiretroviral tedavi(ART) alan hastalarda kemik böbrek metabolizması yan etkileri,dislipidemiler veya tedavi basitleştirmek gibi nedenlerle tedavi değişikliği gerekebilmektedir. Bu çalışmada tedavi değişikliklerinin CD4+ T lenfosit sayısı ve CD4+/CD8+ oranına etkisi araştırılmıştır.

Gereç-Yöntem: Retrospektif,tek merkezli olarak planlanan çalışmamıza HIV enfeksiyonu tanısı alan ve ART başlanan ve 6 ay içinde HIV viral yükü baskılanmış hastalar dahil edildi.Hasta kohortumuzda bu kriterlere uygun 59 olgu saptandı. Olguların tedavilerinde yer alan rejimler tablo 1 de gösterilmiştir.Olgular üç gruba ayrıldı;Birinci grupta BIC/F/TAF'a geçen 27 olgu, ikinci grupta biktegravir dışı rejimlerden biktegravir dışı rejimlere geçen 24 olgu,üçüncü grupta ise BIC/F/TAF'dan biktegravir dışı rejimlere geçen 8 olgu yer aldı.Olguların tedavi başlangıcında, ilk kullanılan ART'nin kesildiği tarihte ve değişim sonrası son saptanan CD4+ sayısı ve CD4+/CD8+ oranı incelendi. Olguların demografik verileri, komorbidite varlığı,sigara/alkol/madde kullanımı gruplar arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: Yaş ortalaması değerlendirildiğinde tüm hastaların yaş ortalaması 41,08±11,95 yıl olup gruplar arası yaş ortalamaları anlamlı olarak farklılık göstermedi (p=0,06).Olgularımızın cinsiyet dağılımı,sigara alkol madde kullanımı ve komorbiditeleri yönünden gruplar arasında anlamlı farklılık göstermedi.HIV RNA düzeyi istatistiksel olarak farklılık göstermedi(p=0,80).

CD4+ sayıları tüm tedavi gruplarında ilk tedavi sonunda ve ikinci tedavi sonunda anlamlı olarak artmış saptandı. CD4+/CD8+ oranı tüm gruplarda ilk seçilen tedavi rejimleri ile anlamlı artmış bulundu. İkinci tedavi rejimi olarak biktegravir dışı rejimlerden BIC/F/TAF rejimine geçilen olgularda CD4+/CD8+ oranındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, diğer gruplarda ikinci tedavi rejimlerinde istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı(Tablo 2)

Sonuç: HIV ile yaşayan kişilerin antiretroviral tedaviyle beklenen yaşam süreleri artmaktadır. HIV ile yaşayan kişilerde CD4+/CD8+ oranının immün aktivasyonun ve rezidüel inflamasyonun belirteci olarak kabul edilmesiyle klinik önemi artmıştır. Düşük CD4+/CD8+ oranı AIDS dışı olaylar ile ilişkilidir.

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı tek merkezli ve retrospektif olmasıdır.Ayrıca olgu sayısı da azdır. Karşılaştırılan gruplar heterojendir.

Çalışmamızda tüm gruplarda mutlak CD4+ T lenfosit sayılarında hem ilk, hem de ikinci tedavi rejimleri ile anlamlı olarak artış saptanmıştır.CD4+/CD8+ oran artışı ilk tedavi rejimleri ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İkinci tedavilerde sadece biktegravir dışı rejimlerden BIC/F/TAF'a geçen grupta oran artışı anlamlı bulunurken, BIC/F/TAF dışı rejimler arası ve BIC/F/TAF dan BIC/F/TAF dışı rejimlere dönülmesinde oran artışı görülmesine rağmen istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır. Bu bulgunun daha geniş popülasyonlu bir çalışma ile validasyonuna ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: cd4/cd8 oranı, hiv, kronik inflamasyon

Tablo 1: Birinci ve ikinci tedavilerde yer alan rejimlerin dağılımı

	1. tedavi	2.tedavi
(DTG+FTC/TDF)	24	5
(BIC/F/TAF)	8	27
(DTG+3TC)	-	12
(DTG/ABC/3TC)	9	13
(EVG/c/TAF/FTC)	12	-
(RAL+FTC/TDF)	6	2
TOPLAM	59	59

Tablo 2: Tedavi değişikliği yapılan olgularda mutlak CD4+ sayısı ve CD4+/CD8+ oranları değişikliği

	Mutlak CD4+ sayısı (ortalama±SD)			P değeri	CD4+/CD8+ oranı (ortalama±SD)			P değeri
	Başlangıç	1.ted sonu	2.ted sonu		Başlangıç	1.ted sonu	2.ted sonu	
BIC dışı - BIC/F/TAF	355,14±248,02	610,59±278,98*	770±279,66#	* 0,000 # 0,003	0,43±0,34	0,78±0,36*	0,93±0,47#	* 0,000 # 0,018
BIC dışı - BIC dışı	390,75±242,39	665,95±359,40*	788,87±305,49#	* 0,000 # 0,047	0,57±0,38	0,95±0,59*	1,03±0,55#	* 0,000 # 0,129
BIC/F/TAF - BIC dışı	318,00±142,74	530,50±197,20*	719,12±342,37#	* 0,002 # 0,039	0,25±0,10	0,56±0,36*	0,62±0,24#	* 0,019 # 0,48

*Başlangıç ve birinci tedavi sonu, # Birinci tedavi sonu ve ikinci tedavi sonu

PS-22 \ POSTER BİLDİRİ

Tedavi alan AIDS hastalarında CD4/CD8 T hücre oranını negatif yönde etkileyen faktörler

Hülya Özkan Özdemir, Selin Özdemir, Emine İlay Duman, Zuşer Can Özkan, Alpay Arı
SBÜ Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon hastalıkları, İzmir

Amaç: HIV pozitif kişilerin başvuru anındaki immünolojik ve virolojik durumları hastalığın seyrinde büyük önem taşır. Son yıllarda mortalite ve morbidite göstergesi olarak CD4/CD8 T lenfosit oranı öne çıkmaktadır. Çalışmamızda AIDS dönemindeki hastaların başvuru anındaki CD4/CD8 T lenfosit oranları ile antiretroviral (ART) tedavinin birinci yılındaki oranları karşılaştırılarak, bu oranın yükselmesini engelleyen faktörlerin ortaya konulması amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Kliniğimizde takip edilen, tanı anında CD4 T hücre sayısı <200 mm³ veya oranı <%14 olan AIDS dönemi olguları retrospektif olarak tarandı. Akut retroviral sendrom ve primer HIV tanılı hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Düzenli takip edilen, ART alan ve birinci yılında viral süpresyonda olan 165 hastanın laboratuvar ve demografik verileri taranarak excel dosyasına kayıt edildi. SSPI ile analiz edilerek raporlandı.

Bulgular: Çalışmamıza dahil edilen 165 HIV'le enfekte bireyin yaş ortalaması (ort±S.D.); 37,7±12,1 olarak görüldü. Cinsiyet dağılımı; %85,5 erkek, %9,7 kadın ve %4,8 transseksüel bireydi. Olguların %55,8'i cinsel yönelimini MSM idi. Sigara kullanımı %60, yasadışı madde kullanımı %30,3 oranında görüldü. Vücut kitle indeksi (VKİ) ortalaması (ort±S.D.); 20,8±3,6 saptandı. Katılımcıların; %44'ünde HIV enfeksiyonu dışında en az bir kronik hastalık, %34'ünde en az bir AIDS tanımlayıcı hastalık mevcuttu. AIDS tanımlayıcı hastalıklar içerisinde; HIV tükenmişlik sendromu ve Kaposi sarkomu en çok görülen klinik durumları. Koenfeksiyonlardan ise en sık HPV ve sifiliz eşlik etmekte idi. Olguların ART öncesi HIV RNA düzeyi 241.866 kopya/mL (490-100.000.000), CD4 sayısı 222 hücre/mm³ (3-368), CD4 yüzdesi %13 (1-22) CD8 yüzdesi %62,5 (34-89), CD4/CD8 oranı 0,21 (0,01-1,11) görüldü. ART'nin birinci yılında ise CD4 sayısı 463 hücre/mm³ (85-850) CD4 yüzdesi %25 (5-47), CD8 yüzdesi %47 (15-79), CD4/CD8 oranı 0,51 (0,09-2,93) görüldü. (Tablo 1)

Tedavinin birinci yılında olguların CD4/CD8 T hücre oranını etkileyen faktörlerin istatistik incelemesinde; VKİ düşük olanlarda (<18.5kg/m²), AIDS tanımlayıcı hastalığı bulunanlarda ve yasadışı madde kullananlarda CD4/CD8 T hücre oranının diğer hastalara oranla daha az yükseldiği tespit edildi. (Tablo 2) Regresyon analizinde ise AIDS tanımlayıcı hastalığa sahip olunması (<0.001) tek başına anlamlı idi.

Sonuç: Yapılan çalışmalarda başvuru zamanına (erken, geç, ileri evre) bakılmaksızın tüm hasta gruplarında CD4/CD8 T lenfosit oranı HIV hastalığının takibi açısından hem AIDS ile ilişkili hastalıkları hem de AIDS dışı ciddi olayları ve dolayısıyla mortaliteyi öngörmeye yol gösterici olarak bulunmuştur. Çalışmamızda etkin tedaviye ve viral süpresyona rağmen CD4/CD8 T lenfosit oranı yükselmeyen hastaların vücut kitle indeksinin düşük olduğu, AIDS tanımlayıcı hastalığa ve yasadışı madde kullanımı hikayesine sahip olduğu dikkat çekmiş olup bu özellikteki hastaların takibinde daha dikkatli olunması gerektiği vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: CD4/CD8 oranı, AIDS, HIV, ART

Tablo 1. Laboratuvar sonuçlarının medyan (minimum-maksimum) değerleri

	ART öncesi	ART birinci yılı
HIV RNA (kopya/mL)	241.866 (490-100.000.000)	Tüm olgular supresyonda
CD4 sayısı (hücre/mm ³)	222 (3-368)	463 (85-850)
CD4 %	%13 (1-22)	%25 (5-47)
CD8 %	%62,5 (34-89)	%47 (15-79)
CD4/CD8	0,21 (0,01-1,11)	0,51 (0,09-2,93)

Tablo 2. ART'nin birinci yılında hastaların CD4/CD8 T hücre oranına etki edebilecek demografik ve laboratuvar verilerinin analizi

	Ortalama ± S.D.	p*
Cinsiyet Erkek (n=141) Kadın (n=16) Transseksüel (n=8)	0,57±0,36 0,66±0,38 0,63±0,40	0,547
Cinsel yönelim Heteroseksüel (n=73) MSM (n=92)	0,57±0,33 0,60±0,39	0,727
Vücut Kitle İndeksi (VKİ)	22,9 ± 3,6	0,009
Sigara kullanımı (+) (n=99) Sigara kullanımı (-) (n=66)	0,56±0,32 0,61±0,43	0,722
Madde kullanımı (+) (n=50) Madde kullanımı (-) (n=115)	0,48±0,24 0,63±0,41	0,004
AIDS tanımlayıcı hastalık (+) (n=42) AIDS tanımlayıcı hastalık (-) (n=123)	0,33±0,21 0,68±0,37	<0,001
Kronik hastalık (+) (n=51) Kronik hastalık (-) (n=114)	0,54±0,36 0,61±0,37	0,228
Koenfeksiyon (+) (n=51) Koenfeksiyon (-) (n=114)	0,58±0,45 0,58±0,32	0,955
ART öncesi HIV RNA düzeyi (kopya/ml) <=100.000 (n=59) >100.000 (n=106)	0,62±0,30 0,56±0,40	0,049
		*p < 0.01

PS-23 \ POSTER BİLDİRİ

HIV ile yaşayan bireylerde tedavi sonrası inflamatuvar parametrelerindeki değişimler

Ahmet Şahin¹, Tuba Damar Çakırca², Gülcan Kaplan³, Mehmet Çelik⁴, Büşra Demir³

¹Gaziantep İslam Bilim ve Teknoloji Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı; Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gaziantep

²Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Şanlıurfa

³Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Gaziantep

⁴Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa

Amaç: İnsan bağışıklık yetmezliği virüsü (HIV) enfeksiyonunun hastada kronik inflamasyona yol açtığı bilinmektedir. Antiretroviral tedavilerle (ART) hem HIV RNA düzeyinin baskılanması hem de CD4 T lenfosit sayılarının artırılması hedeflenmektedir. Bu çalışmada HIV nedeni ile ART alan hastalarda tedavi sonrası bazı immünolojik ve inflamatuvar parametrelerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem: HIV ile yaşayan bireylere ART başlandığı andaki HIV RNA, nötrofil sayısı, lenfosit sayısı, monosit sayısı, C-reaktif protein (CRP) değeri, nötrofil-lenfosit oranı (NLR), trombosit-lenfosit oranı (PLR), monosit-lenfosit oranı (MLR), CD4 T lenfosit yüzdesi ve CD4/CD8 oranı, tedavinin 6. ayındaki verilerle retrospektif olarak karşılaştırıldı. Tanımlayıcı istatistikler, dağılımı normal olan değişkenler için ortalama \pm standart sapma, dağılımı normal olmayan değişkenler için ortanca (minimum-maksimum), nominal değişkenler için ise kişi sayısı (n) ve (%) olarak gösterildi. İstatistiksel analiz için bağımlı örneklem T testi kullanıldı, $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya 141 HIV ile yaşayan, 18 yaş üstü, başka akut veya kronik hastalık öyküsü olmayan kişi dahil edildi. Katılımcıların 82'si (%58.2) kadın idi. Yaş ortalaması 36.2 ± 11.5 yıl idi. 59 hasta TDF/FTC/DTG, 66 hasta TAF/FTC/BIC, 14 hasta 3TC/DTG, 1'er hastada sırası ile ABC/3TC/DTG ve TAF/FTC/EVG/COBİ içeren tedavi rejimlerini almaktaydı. 6 ay sonunda 117 (%82.9) hastada viral yük saptanmadı, %17.1 hastada ise viral yük azalmış olsa da HIV RNA düzeyleri pozitif idi. Başlangıç HIV RNA düzeyi $59250 (556 - 94200000)$ IU/mL, lenfosit sayısı $2142 \pm 895 /\text{mm}^3$, CRP düzeyi $1.62 (0.1 - 56.1)$ mg/L, NLR 2.2 ± 2.5 , PLR 141.7 ± 157.3 , MLR 0.31 ± 0.35 , CD4 yüzdesi 23.5 ± 13.6 , CD4/CD8 oranı 0.46 ± 0.43 saptandı. Tedavinin 6. ayındaki verileri ise HIV RNA $0 (0 - 2026)$ IU/mL, lenfosit sayısı $2334 \pm 770 /\text{mm}^3$, CRP düzeyi $1.3 (0.1 - 33)$ mg/L, NLR 1.83 ± 1.26 , 122.5 ± 50.4 , MLR 0.26 ± 0.13 , CD4 yüzdesi 32.8 ± 11.9 , CD4/CD8 oranı 0.46 ± 0.43 saptandı. İstatistiksel olarak lenfosit sayısı, CRP, CD4 yüzdesi ve CD4/CD8 oranında anlamlı değişiklikler saptandı (sırası ile $p=0.01$, $p=0.011$, $p=0.000$ ve $p=0.000$). NLR, PLR ve MLR değerlerinde ise anlamlı ilişki saptanmadı (Tablo 1). Altı aylık oral antiviral tedavi sonrasında ortalama total lenfosit sayısında 191 artış, CRP düzeyinde 2 mg/L azalma, CD4 yüzdesinde %9.2'lik artış ve CD4/CD8 oranında 0.23 artış saptandı.

Sonuç: ART almayan hastalarda HIV enfeksiyonunun meydana getirdiği inflamasyon tablosunun kronik hastalıklara ve immün yaşlanmaya neden olduğu bilinmektedir. Hızlı ART başlanması ile inflamasyonun azaltılabileceğine dair literatürde çalışmalar bulunmaktadır. Bizim çalışmamızda da ART sonrası immünolojik ve inflamatuvar belirteçlerden lenfosit sayısı, CRP, CD4 yüzdesi ve CD4/CD8 oranında anlamlı değişiklikler saptandı.

Anahtar Kelimeler: HIV, inflamasyon, antiretroviral

Tablo 1. HIV ile yaşayan bireylerde tedavi öncesi ve sonrasındaki laboratuvar parametrelerinin karşılaştırılması.

	Tedavi öncesi, ortalama \pm SD veya min-mak	Tedavinin 6. ayı, ortalama \pm SD veya min-mak	p değeri
HIV RNA, IU/mL	59250 (556-942000000)	0 (0-2026)	0.262
Lenfosit, /mm ³	2142 \pm 895	2334 \pm 770	0.01
CRP, mg/L	1.62 (0.1-56.1)	1.3 (0.1-33)	0.011
NLR	2.2 \pm 2.5	1.83 \pm 1.26	0.085
PLR	141.7 \pm 157.3	122.5 \pm 50.4	0.143
MLR	0.31 \pm 0.35	0.26 \pm 0.13	0.115
CD4 yüzdesi	23.5 \pm 13.6	32.8 \pm 11.9	0.000
CD4/CD8	0.46 \pm 0.43	0.7 \pm 0.43	0.000

NLR: nötrofil-lenfosit oranı, PLR: trombosit-lenfosit oranı, MLR: monosit-lenfosit oranı

PS-24 \ POSTER BİLDİRİ

HIV ile yaşayan bireylerde kemik mineral yoğunluğu ölçümü ile kemik sağlığı takibinin araştırılması

Elif Nur Yılmaztürk, Buket Ertürk Şengel
Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Mevcut tedavilerle HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) ile yaşayan bireylerin yaşam süresi giderek artmaktadır. Bu durum beraberinde, yaşlanmayla birlikte görülen komplikasyonların ve HIV tedavisinde kullanılan ilaçların uzun dönemde oluşan yan etkilerinin görülmesine neden olmaktadır. Yaş ilerledikçe kemik mineral yoğunluğu (KMY) azalmakta ve HIV ile yaşayan bireylerde hem virüsün kendisi hem de kullanılan ilaçların yan etkisi nedeni ile HIV ile enfekte olmayan popülasyona göre daha fazla kemik mineral kaybı görülmektedir. Bu çalışma ile tenofovir disoproksil fumarat (TDF) ve tenofovir alafenamid fumarat (TAF) içeren antiretroviral tedavi (ART) rejimlerinin kemik sağlığı üzerine etkisinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

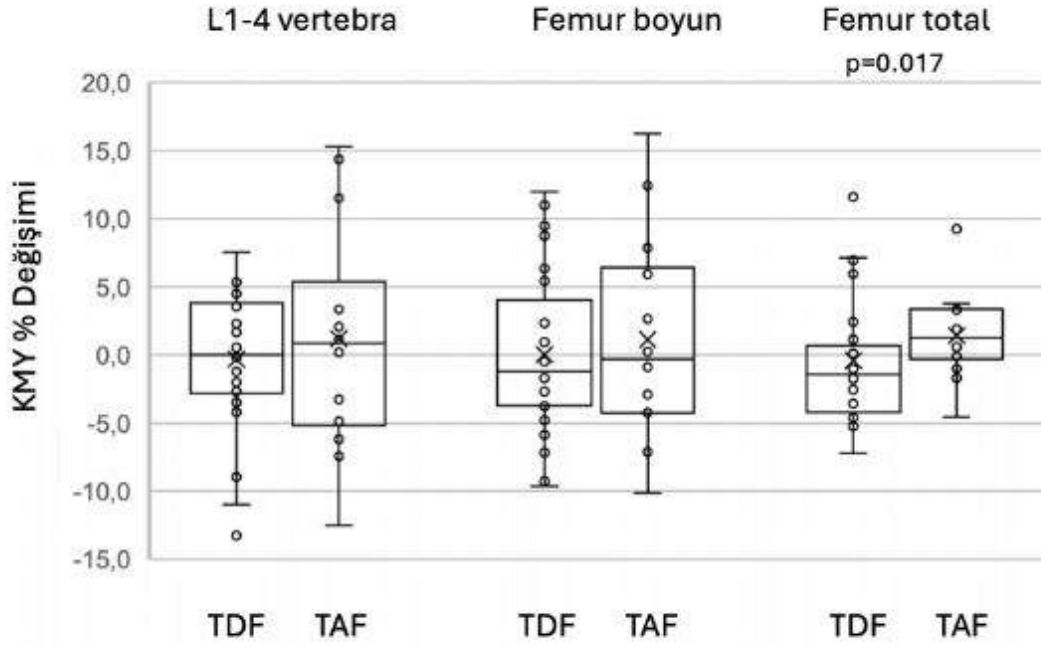
Gereç-Yöntem: Ocak 2013-Mayıs 2024 tarihleri arasında kliniğimizde takipli HIV ile enfekte hastalar TDF veya TAF içeren rejim almalarına göre gruplandırılarak L1-4 vertebra, femur boyun, femur total bölgelerinde, KMY değerleri ve T skorlarındaki değişim incelendi. Ayrıca TDF'den TAF'a geçilen hastalarda TDF sonrası değerler ile TAF sonrası değerler karşılaştırıldı. KMY değerlerini karşılaştırmak için Wilcoxon Sign Rank testi kullanıldı.

Bulgular: TDF kullanan grupta 29 hasta, TAF kullanan grupta 14 hasta bulunmaktaydı. Hastaların 40'ı erkek, 9'u kadındı. TDF veya TAF kullanımı ile L1-4 vertebra, femur boyun, femur total bölgelerinde KMY değerlerinin ve T skorlarının değişiminde istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. TDF ve TAF alan gruplar KMY değişim yüzdesi açısından karşılaştırıldığında, femur total bölgesindeki KMY değişim yüzdesinin TAF alan grupta, TDF alan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla arttığı bulundu ($p=0.017$). TDF içeren rejimden TAF içeren rejime geçilen 16 hastada L1-4 vertebra ($p=0.017$), femur boyun ($p=0.003$), femur total ($p=0.004$) bölgelerinde TAF öncesi ve sonrası KMY değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı.

Sonuç: HIV ile yaşayan bireylerde hem HIV'in hem de ART'lerin KMY üzerine olumsuz etkisi çok iyi bilinmekle beraber kliniğimizde yapılan araştırma ile TDF içeren rejimlerin TAF içeren rejimlere göre KMY üzerine olumsuz etkisi destekleyen sonuçlar ve TAF içeren rejim kullanan hastalarda KMY'de artış gösterilmiştir. Ayrıca TDF içeren rejimden TAF içeren rejime geçilen hastalarda KMY değerlerinde iyileşme olduğu gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: HIV, Kemik mineral yoğunluğu, osteoporoz, tenofovir disoproksil fumarat, tenofovir alafenamid fumarat

TDF ve TAF alan gruplarda KMY değişim yüzdesinin kutu grafiği.



TDF'den TAF'a geçen hastalarda TDF sonrası ve TAF sonrası KMY değerleri.

n:16	TDF sonrası	TAF sonrası	p
L1-4 vertebra	1,124±0,221	1,178±0,246	0.017
Femur boyun	0,965±0,157	1,011±0,170	0.003
Femur total	1,015±0,154	1,052±0,179	0.004

KMY ortalama±standart sapma değerleri (g/cm²)

PS-25 \ POSTER BİLDİRİ

HIV ile yaşayan gebede lamivudin/dolutegravir tedavi deneyimi: Olgu sunumu

Merve AYTEKİN, Habibe Tülin Elmaslar Mert, Hüsnüye Figen KULOĞLU

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Edirne

Amaç: Dünya çapında, HIV ile yaşayan tahmini 1,3 milyon kadın her yıl hamile kalmaktadır. Herhangi bir müdahale yapılmadığında, HIV ile yaşayan annelerden doğan çocukların yaklaşık %15-45'ine doğum öncesi, doğum sırasında ve doğum sonrası dönemlerde HIV bulaşmaktadır. HIV pozitif tüm kadınlara, elit kontrol sağlayanlar da dâhil olmak üzere perinatal bulaşı engellemek için en erken sürede antiretroviral tedavi (ART) başlanmalıdır. Bizim elit kontrolör gebe olgumuzda planlı olmayan gebelik nedeniyle, kılavuz önerilerinde olmayan lamivudin/dolutegravir (3TC/DTG) tedavisi kullanıldı ve bebeğe HIV geçişi olmadığı gösterildi. Bu sebeple olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen hastalık öyküsü olmayan 25 yaşında kadın hastanın evlilik öncesi bakılan tarama testlerinde Anti-HIV pozitif sonuçlanmış. O dönem eş adayının da Anti-HIV tetkiki benzer sonuçlanmış. Sonrasında bakılan HIV doğrulama testleri de pozitifmiş. Fakat tetkik ve takip açısından herhangi bir merkeze başvuruları olmamış. İki yıl sonra hasta ve eşi tarafımıza başvurdu ve takibe alındı. Aktif bir yakınma tariflemiyordu. Fizik muayenesi olağandı. Laboratuvar tetkiklerinde CD4 T lenfosit sayısı 621 (%32) ve HIV RNA saptanabilir düzeyin altındaydı. Elit kontrolör olguda eşlik eden fırsatçı enfeksiyon ve koenfeksiyon saptanmadı. İlk başvurusunda yapılan tetkiklerde antiretroviral ilaç direnci olmadığı görüldü. Hastaya lamivudin ve dolutegravir tedavisi başlandı. Hastanın üç aylık periyotlarla düzenli takibi yapıldı. Tedavinin birinci yılında planlanmayan beş haftalık gebelikle tarafımıza başvurdu. Karar sürecine hasta da dahil edilerek mevcut tedaviye devam edildi. Gebelik süresince virolojik tetkiklerle yakın takip edildi. Doğum öncesi yapılan tetkiklerde CD4 T lenfosit sayısı 785 (%42) ve HIV RNA saptanabilir düzeyin altındaydı. Doğum 38. haftada ve sezaryen ile gerçekleşti. Anneye doğum sırasında intravenöz zidovudin verilmedi. Bebeğe altı hafta oral zidovudin verildi ve anne bebeği hiç emzirmede. Son takibinde 24 aylık olan bebeğin HIV açısından belli aralıklarla bakılan virolojik testleri negatifti. İkili ART rejimi olan 3TC/DTG tedavisi altında anneden bebeğe HIV geçişi olmadığı görüldü.

Sonuç: Gebelikte ART olarak nükleozid revers transkriptaz inhibitörü olan iki ilaç ve başka bir sınıftan üçüncü bir ilaç önerilmektedir. Gebelikte önerilen tedavi seçenekleri arasında 3TC/DTG rejimi yoktur. Ancak, gebelikten önce 3TC/DTG kullanmakta olan ve virolojik baskılanması başarılı bir şekilde devam eden olgumuzda, bileşen ilaçların gebelikte kullanılması önerildiğinden tedaviye devam edildi ve başarılı bir sonuç elde edildi. HIV ile yaşayan gebelerde antiretroviral tedavideki birincil amaç viral yükü saptanamaz seviyeye indirerek bebeğe gebelikte, doğumda ve doğum sonrasında HIV geçişini engellemektir. Doğru hasta seçimiyle ikili 3TC/DTG tedavisiyle de HIV ile yaşayan gebeler HIV negatif bebek sahibi olabilirler.

Anahtar Kelimeler: HIV, Gebelik, Antiretroviral tedavi

PS-26 \ POSTER BİLDİRİ

Düşük düzey viremi olan HIV ile yaşayan hastaların retrospektif olarak değerlendirilmesi

Uğur Önal¹, Egemen Özdemir¹, Kübra Aycan¹, Esra Kazak¹, Yasemin Heper¹, Harun Ağca², Emel Yılmaz¹, Halis Akalın¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

²Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji AD

Amaç: HIV tedavisinde hedef, plazmadaki HIV RNA düzeyini ölçülemeyen sınırlara kadar baskılamaktır. Ancak bazı hastalarda tedaviye rağmen bu hedefe ulaşamamaktadır. Bu çalışmada, Uludağ Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'nda düşük düzey viremiye sahip HIV ile yaşayan hastaların virolojik ve immünolojik özellikleri retrospektif olarak değerlendirildi.

Gereç-Yöntem: Mart 2019'dan itibaren merkezimizde virolojik ve immünolojik takibi yapılan erişkin (≥ 18 yaş) hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastaların ilk tanı tarihleri Temmuz 2012'den itibaren kayıt edildi. Düşük düzey viremi, HIV RNA düzeyinin aralıklı veya persistan olarak 200 kopya/ml'nin altında seyretmesi olarak tanımlandı. HIV-1 RNA düzeyi polimeraz zincir reaksiyonu ile Abbott m2000rt cihazı (Abbott, ABD) kullanılarak saptandı. HIV-1 RNA tetkik sonuçları IU/ml olarak raporlanması nedeniyle sonuçlar kopya/ml birimine 0.58 katsayısı ile çarpılarak çevrildi (1 IU=0.58 kopya). Cihazın alt sınır saptama değeri 40 kopya/ml (70 IU/ml) olması nedeniyle HIV-1 RNA pozitif saptanan ancak saptama değeri altında tespit edilen olgular <40 kopya/ml olarak belirtildi. HIV-1 RNA saptanmamış olan olguların sonuçları ise negatif olarak kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 12 hasta dahil edildi. Olguların tamamı erkekti. Toplam üç hasta dışında diğer hastalar heteroseksüel cinsel yönelime sahipti. Ortalama yaş 48.09 ± 3.99 yıl olarak saptandı. Olguların hepsinde integras inhibitörü içeren antiretroviral tedavi (ART) öyküsü bulunmaktaydı. ART tedavi deneyimli olan toplam beş hasta ilaç değişikliği öncesinde de integras inhibitörlü rejim kullanmaktaydı. Hastaların ART başlangıcında ortalama HIV-RNA düzeyleri 2181052 ± 949832 kopya/ml, ortalama CD4 hücre (mm^3) sayıları 196.22 ± 46.44 ve ortanca CD4/CD8 oranı ise 0.2 (0.1025 - 0.2750) olarak kaydedildi. Fırsatçı enfeksiyon ve yandaş hastalık öykülerinde ise toplam üç hastada sifiliz, üç hastada serebral toksoplazmoz, iki hastada tüberküloz (bir hastada tüberküloz menenjit), iki hastada CMV retinit ve bir hastada Kaposi sarkomu mevcuttu (Tablo 1). İlaç değişimi öncesi sadece bir hasta dışında tüm hastalar ilaçlarını düzenli olarak aksatmadan kullandıklarını belirtmekteydi. Son olarak proteaz inhibitörlü (DRV/r) kombinasyon ile devam edilen iki olgu dışında diğer olgularda integras inhibitörlü rejimler ile tedavi süreçlerine devam edildiği görüldü. Hastaların son kontrollerinde ortanca CD4/CD8 oranı 0.6 (0.4 -0.7750), ortalama CD4 hücre (mm^3) sayıları ise 611.08 ± 77.61 olarak bulundu.

Sonuç: Antiretroviral tedavi başlanmadan önce yüksek HIV RNA düzeyi ve düşük CD4 sayısı ile düşük düzey viremi arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Bu hastalarda ART değişikliği önerilmemekte olup, üç ayda bir HIV viral yük takibi yapılması, yönetim stratejilerinin bireyselleştirilmesi, tedaviye uyum ve potansiyel ilaç-ilaç etkileşimlerinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Düşük düzey viremi, CD4 sayısı, CD4/CD8 oranı

Tablo 1. Düşük düzey viremi olan hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri

Olgu No	Yaş	Cinsiyet ve cinsel yönelim	HIV tanı tarihi (ay.yıl)	ART öyküsü	ART başlangıç ve bitiş tarihleri (ay.yıl)	Virolojik ve immünolojik takip tarihi (ay.yıl)	CD4 hücre sayısı (mm ³)	CD4/CD8 oranı	HIV viral yük (kopya/ml)	Fırsatçı enfeksiyon ve yandaş hastalık öyküsü	Tedavi uyumu, direnç testi ve mortalite
1	51	Erkek (Heteroseksüel)	11.2021	BIC/FTC/TA F (Tedavi naif)	12.2021-devam etmekte	11.2021 02.2022 09.2022 02.2023 09.2023 03.2024 08.2024	360 585 1087 1213 707 821 784	0.2 0.4 0.6 0.7 0.7 0.6 0.7	745069 99 Negatif 53 Negatif 55 50	-	İlaçlarını düzenli kullanmakta, sağ
2*	45	Erkek (Heteroseksüel)	01.2023	TDF/FTC + DTG (Tedavi naif)	01.2023-devam etmekte	05.2023 11.2023 06.2024	236 399 350	0.7 0.8 0.6	240 43 68	Tüberküloz menenjitisi	İlaçlarını düzenli kullanmakta, sağ
3	37	Erkek (ESE)	10.2023	BIC/FTC/TA F (Tedavi naif)	11.2023-devam etmekte	10.2023 01.2024 05.2024 08.2024	230 427 395 472	0.2 0.2 0.3 0.3	142718 62 81 <40	Sifiliz + ITP	İlaçlarını düzenli kullanmakta, sağ
4	36	Erkek (ESE)	06.2020	BIC/FTC/TA F (Tedavi naif)	05.2022-devam etmekte	03.2022 07.2022 11.2022 03.2023 05.2024 08.2024	177 363 422 472 569 -	0.2 0.3 0.4 0.5 0.6 -	121692 <40 Negatif Negatif 58 <40	Sifiliz	İlaçlarını düzenli kullanmakta, sağ
5	40	Erkek (Heteroseksüel)	06.2020	TAF/FTC/EV G/c	06.2020-11.2022	06.2020 09.2020 11.2020 02.2021	388 941 680 842	0.8 1.2 1.2 1.3	1368 Negatif Negatif <40	-	İlaçlarını düzenli kullanmakta, sağ
				BIC/FTC/TA F (Tedavi deneyimli)	11.2022-devam etmekte	05.2021 08.2022 11.2023 06.2024	879 475 1512 1327	1.3 1.7 1.7 1.8	Negatif Negatif <40 60		
6	38	Erkek (Heteroseksüel)	06.2014	BIC/FTC/TA F (Tedavi naif)	10.2022-devam etmekte	10.2022 11.2022 06.2023 09.2023 12.2023 03.2024 06.2024 09.2024	90 168 272 395 389 321 334 454	0.2 0.2 0.3 0.3 0.3 0.3 0.4 0.4	5269008 993 230 160 224** 109 42 91	Serebral toksoplazmoz	İlaçlarını düzenli kullanmakta, **12.2023'de ilaç direnci testi gönderildi ve integras inhibitörleri de dahil olmak üzere ilaç direnci tespit edilmedi, lomber ponksiyon yapılmasını kabul etmedi, literatürde belirtilmiş olan bir etkileşim görülmesi de 03.2023'de

												propolis tüketen hasta olası yan etkiler açısından bilgilendirildi, sağ
7	38	Erkek (Heteroseksüel)	03.2019	TAF/FTC/EV G/c	04.2019-12.2020	03.2019 05.2019 11.2019 08.2020 12.2020	117 55 109 167 198	0.07 0.07 0.3 0.1 0.2	1384981 1176 72 1081 1299	Serebral toksoplazmoz + CMV retinitisi	Tedavi değişikliği öncesinde ilaçlarını aksatabildiğini belirtmekte, 10.2020'de ilaç direnç testi gönderildi ancak düşük viral yük nedeniyle çalışılmadı, sağ	
				TDF/FTC + DRV/r (Tedavi deneyimli)	12.2020-devam etmekte	03.2021 08.2021 12.2021 03.2022 07.2022 01.2023 07.2023 03.2024 09.2024	263 351 216 230 318 285 288 356 584	0.2 0.2 0.2 0.3 0.4 0.4 0.4 0.4 0.5	273 <40 <40 <40 <40 104 Negatif 126 <40			
8	71	Erkek (Heteroseksüel)	03.2016	TAF/FTC/EV G/c	04.2016-06.2019	03.2016 08.2016 08.2017 07.2018	- - - -	- - - -	1271095 Negatif 190 130	HT		
				TDF/FTC + DRV/r (Tedavi deneyimli)	06.2019-devam etmekte	06.2019 09.2019 06.2020 05.2021 04.2022 05.2023 11.2023 05.2024	- 500 369 931 585 593 800 689	- 0.9 0.7 1 1 1 1.1 0.8	111 99 59 41 108 73 109 130		İlaçlarını düzenli kullanmakta, 07.2018'de ilaç direnç testi gönderildi ve sadece proteaz inhibitörleri açısından test çalışılabilen hastada ilaç direnci saptanmadı, 06.2019'da haftada 2-3 kez, günde 6-7 diş sarımsak tüketen hasta literatürde belirtildiği üzere *** ilaç etkileşimi açısından uyarıldı, sağ	
9	49	Erkek (Heteroseksüel)	07.2012	TAF/FTC/EV G/c	01.2019-12.2022	12.2018 05.2019 03.2020 11.2022	- 232 332 368	- 0.2 0.4 0.5	62409 <40 Negatif <40	Sifiliz	İlaçlarını düzenli kullanmakta, sağ	

				BIC/FTC/TA F (Tedavi deneyimli)	12.2022- devam etmekte	09.2023 03.2024 09.2024	495 468 706	0.5 0.4 0.6	<40 <40 63		
10	74	Erkek (ESE)	10.202 0	BIC/FTC/TA F (Tedavi naif)	11.2022- devam etmekte	10.2020 04.2021 08.2021 05.2022 10.2022 11.2023 05.2024 08.2024	336 723 976 1104 898 802 658 -	0.3 0.4 0.5 0.6 0.6 0.5 0.6 -	4281210 <40 73 <40 Negatif Negatif 58 <40	KOAH + KAH + Psöriazis	ilaçlarını düzenli kullanmakta, sağ
11	50	Erkek (Heteroseksüel)	04.202 1	TDF/FTC + RAL	04.2021- 10.2021	04.2021	49	-	667000	Miliyer tüberkülo z + Kaposi sarkomu + Kandida özefajiti + Serebral toksoplaz moz	ilaçlarını düzenli kullanmakta, sağ
				BIC/FTC/TA F *	10.2021- 12.2021	-	-	-	-		
				TDF/FTC + DTG (Tedavi deneyimli)	12.2021- devam etmekte	03.2022 07.2022 02.2023 11.2023 05.2024 08.2024	99 87 66 238 273 322	0.2 0.2 0.2 0.2 0.3 0.3	Negatif 73 50 67 115 52		
12	38	Erkek (Heteroseksüel)	12.202 2	BIC/FTC/TA F (Tedavi naif)	12.2022- devam etmekte	12.2022 01.2023 06.2023 11.2023 05.2024	19 144 414 315 418	0.06 0.4 0.4 0.3 0.4	1004503 1 4688 1391 172 108	invazif pulmoner aspergillo z + CMV retiniti	ilaçlarını düzenli kullanmakta, sağ

*Tanı ve ART başlangıcı dış merkezde olması nedeniyle tedavi başlangıcındaki viral yük ve CD4 sayısına ulaşamadı

** Üç ayda bir viral yük takibi ile birlikte tam olmayan virolojik yanıt açısından yakın takip planlandı *** Bordes C, Leguelinel-Blache G, Lavigne JP ve arkadaşları. Interactions between antiretroviral therapy and complementary and alternative medicine: a narrative review. Clin Microbiol Infect. 2020 Sep;26(9):1161-1170. doi: 10.1016/j.cmi.2020.04.019. ART: Antiretroviral tedavi, ESE: Erkekle seks yapan erkek, TDF: Tenofovir disoproksil fumarat, TAF: Tenofovir afeenamid, FTC: Emtrisitabin, DTG: Dolutegravir, RAL: Raltegravir, BIC: Biktegravir, DRV/r: Darunavir/ritonavir, EVG/c: Elvitegravir/kobisistat, ITP: İdiyopatik trombositopenik purpura, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, HT: Hipertansiyon, KAH: Koroner arter hastalığı, CMV: Sitomegalovirus



HIV/AIDS
Korunma
ve Eğitim
Derneği



HIV/AIDS KONGRESİ
2024

5 - 8 ARALIK 2024

Xanadu Resort Otel Belek Antalya

www.hivaidskongresi2024.com

- HIV enfeksiyonundan korunma -

PS-27 \ POSTER BİLDİRİ

Sağlık çalışanlarında HIV bulaşması açısından riskli yaralanma sonrası yaklaşım: Cerrahpaşa deneyimi

Beyhan Budak, Sibel Yıldız Kaya, Hacer Tekin, Furkan Kurt, Rıdvan Karaali, Bilgöl Mete, Fehmi Tabak
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD.

Amaç: Kan ve vücut sıvılarıyla olan riskli temaslar sağlık çalışanları için önemli bir sorundur, sıklıkla kontamine delici kesici aletlerle yaralanma (DKAY) veya hasta kanı/vücut sıvılarıyla mukozaya ve bütünlüğü bozulmuş derinin direkt teması ile oluşur. HIV, HBV, HCV gibi etkenlerin bulaşmasına neden olabileceği için titizlikle yönetilmelidir. HIV bulaşma riski DKAY sonrası %0,3, bütünlüğü bozulmuş derinin ve mukozal yüzeylerin direkt kan/vücut sıvılarıyla temasıyla ise %0,09 olarak bildirilmiştir. Ancak bu risk yaralanmanın türü ve kaynağın yüksek viral yükü gibi faktörlere bağlı değişebilir. Yaralanma sonrası yaralanan bölge hızlıca su ve sabunla yıkanmalı, mukozaya ve göz yaralanmalarında ise serum fizyolojik ile irrigasyon yapılmalıdır. Endike olan kişilerde 3'lü antiretroviral ajan ile temas sonrası profilaksi (TSP) başlanmalıdır. TSP tercihen ilk 2 saatte başlanmalı, 72 saati ise geçmemelidir. Bu çalışma, HIV riskli temasların raporlanma sıklığını, hangi şartlarda meydana geldiklerini ve sonrasında uygulanan müdahale yöntemlerini analiz etmeyi amaçlamaktadır.

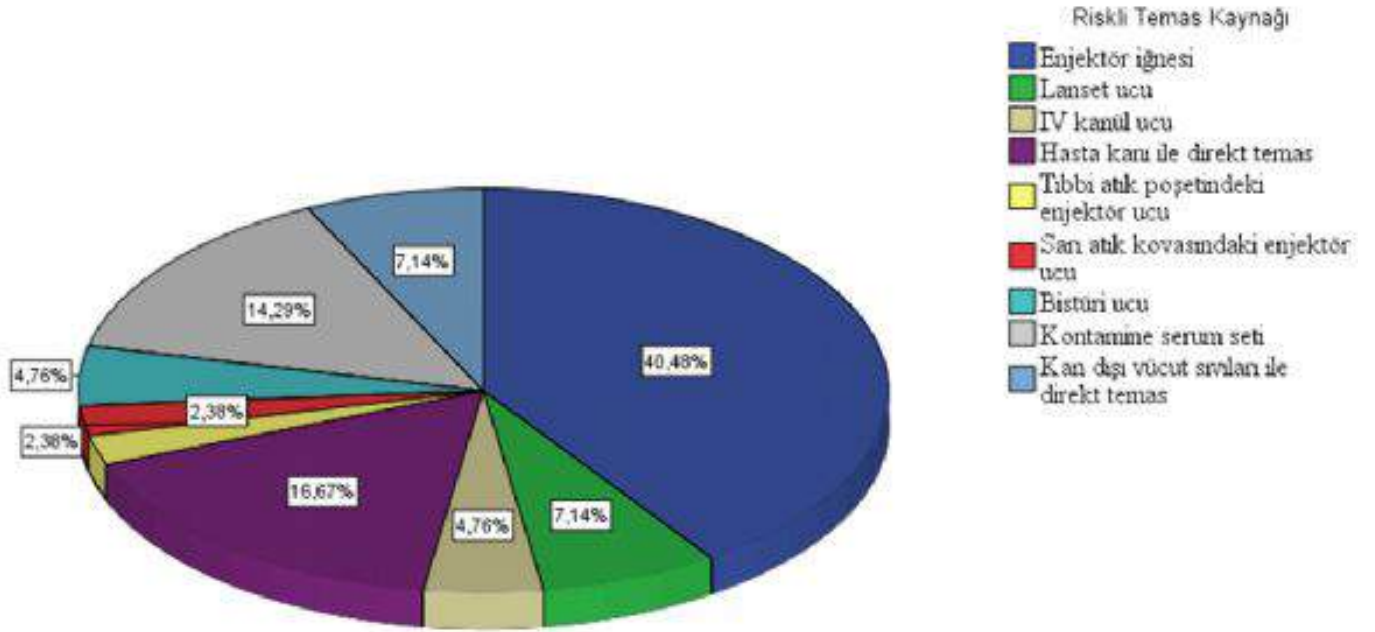
Gereç-Yöntem: Çalışmaya Ocak 2016 – Eylül 2024 tarihleri arasındaki sağlık çalışanlarında HIV bulaşması açısından riskli yaralanmalar dahil edildi.

Bulgular: Temaslı 42 çalışanın 27'si kadındı ve yaş ortancası 27 (21-52 yaş aralığında) idi. En sık yaralanma Enfeksiyon Hastalıkları (12 vaka) ve İç Hastalıkları (9 vaka) kliniklerinde kaydedildi. En fazla etkilenen meslek grubu ise hemşirelerdi (%43). Çalışanların %64,3'ü 21-30 yaş aralığındaydı. Temasların %55'i saat 10:00 – 16:00 arasında kaydedildi ve en sık enjektör iğnesi ile perkütan temas (%40,48) ve hasta kanı ile direkt temas (%16,67) şeklinde görüldü. 25 vakada kaynağın HIV ile enfekte olduğu biliniyorken, 17 vakada kaynak tespit edilemedi. Çalışanların temas sonrası ilk müdahale ile ilgili anket sonuçları ise tabloda verilmiştir.

Tüm riskli temaslılara tenofovir disoproksil fumarat + emtristabin + dolutegravir ile TSP başlandı. Ancak 2 kişide dolutegravir tolere edilemediği için ilk 7 gün içinde kesildi. Bir kişi ise ciddi gastrointestinal yan etkiler nedeniyle 10. gün profilaksiyi kendi isteği ile sonlandırdı. TSP temaslıların %89'unda ilk 24 saat içinde, tamamında ise 48 saat içinde başlandı. 3 aylık takip sonrası kimsede bulaş saptanmadı.

Sonuç: Sağlık çalışanlarında HIV riskli yaralanma sonrasında ilk müdahale ve TSP bulaşma riskini en aza indirmede oldukça etkilidir. Maruziyet sonrası TSP mümkün olan en kısa sürede başlanmalı ve çalışanların düzenli takibi yapılmalıdır. Sağlık kuruluşlarında kan ve vücut sıvılarıyla riskli temasların izlenmesi, kayıt altına alınması ve sorunların belirlenerek enfeksiyon kontrol önlemlerinin uygulanması ve kurum içi eğitimlerin verilmesi, sağlık çalışanlarının maruziyet risklerini azaltırken, aynı zamanda iş gücü ve sağlık harcamalarının daha verimli kullanılmasını sağlar.

Anahtar Kelimeler: HIV, mesleki temas, temas sonrası profilaksi

Şekil*Riskli temas kaynağına maruziyet oranları***Tablo**

Yaralanmadan sonra;	EVET	HAYIR
Sabunlu su ile yarayı yıkamış	22	20
Yarayı iyotlu antiseptik ile silmiş	8	34
Yarayı alkollü el dezenfektanı ile ovalamış	2	40
Yarayı sıkarak kanatmış	1	41
Pansuman yaptırmış	0	42
Saf alkol ile temizlemiş	2	40
Peçeteyle silmiş	2	40
Gözünü serum fizyolojik ile yıkamış	10	0

Sağlık çalışanının başvuru öncesi yaptığı ilk müdahale ile ilgili anket sonuçları:

PS-28 \ POSTER BİLDİRİ

Tıp ve hemşirelik fakültesi öğrencileri HIV enfeksiyonunun ne kadar farkındalar?

Ceylan Avcı¹, Kazım Burak Kazımoğlu², Cemre Su Yıldırım², İlkyay Karaca², Ege Kırte², Pelinsu Yağcı², Arzu Nazlı³

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi 3. sınıf

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Amaç: Tıp ve hemşirelik fakültesi öğrencileri yaşlarından dolayı HIV enfeksiyonu açısından risk grubundadır. Bu çalışmada öğrencilerinin HIV enfeksiyonu ile ilgili bilgi düzeylerinin ve cinsel davranışlarının ve öz bildirimde buldukları cinsel yolla bulaşan hastalıkların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Kesitsel tipteki araştırmaya, 1., 4. ve 5. sınıflarda okuyan tıp fakültesi öğrencileri ile 1. ve 4. sınıflarda okuyan hemşirelik fakültesi öğrencileri dahil edildi. Katılımcılara, sınıf ortamında Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Bilgi Ölçeği' (CYBHB-Ö) ve 'Cinsellik ve Cinsel Davranış Formu' uygulandı.

Bulgular: Araştırmaya, 280 öğrenci (tıp fakültesi: 213, hemşirelik fakültesi: 67) olmak katıldı. Öğrencilerin yaş ortalaması 20± 1,9 yıl olup %43,9'u kadın, %56,1'i erkekti. Öğrencilerin %43,6'sı cinsel birlikteliğinin olduğunu, %35,7'si oral seks, %13,6'sı anal seks deneyimi olduğunu, %30,7'si aktif bir partneri olduğunu, partneri olanların %52,3'ü kondom kullandığını belirtti. Öz bildirimle kadınların %22'si (27/123) servisit, erkeklerin %7'si (11/157) uretrit semptomları gösterdiğini belirtti. Katılımcıların %1,8'i (5/280) sigil, %1,1'i (3/280) genital uçuk tanısı aldıklarını bildirdi. Ölçekteki HIV enfeksiyonu ile ilgili maddelere vermiş oldukları cevaplar Tablo 1'de verilmiştir.

Sonuç: Öğrencilerin cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından riskli grupta olduğu, ancak kondom kullanımının düşük olduğu, HIV ile ilgili farkındalıklarının düşük olduğu görülmüştür. Tıp ve hemşirelik fakültesi öğrencilerinin hem kişisel olarak kendilerini korumaları hem de mesleki anlamda yeterli olmaları için erken dönemde ve etkili eğitim faaliyetlerinin gerekli olduğu düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: HIV/AIDS, cinsel yolla bulaşan hastalıklar bilgi ölçeği, cinsel davranışlar formu, tıp öğrencileri, hemşirelik öğrencileri

Tablo 1. HIV enfeksiyonu ile ilgili maddelere verilen doğru ve yanlış cevap oranları

Madde	Doğru cevap verenler n,%	Yanlış cevap verenler n,%
Prezervatif (kondom) kullanmak, bir kişiyi HIV bulaşmasına karşı koruyabilir.	215, %76,8	65, %23
İnsan papilloma virüs (HPV) sebebi HIV'i (AIDS) meydana getiren virüs ile aynıdır.	168, %60	112, %40
Genital uçüğün sebebi HIV'i (AIDS) meydana getiren virüs ile aynıdır.	146, %52,1	134, %48
Eğer bir kişinin HIV testi pozitif ise o test aynı zamanda kişinin ne derecede hasta olduğunu da gösterebilir.	144, %51,4	136, %48,6
Bir kişinin cinsel yolla bulaşan herhangi bir hastalığı varsa HIV'e (AIDS) yakalanması daha kolaydır.	128, %45,7	152, %54,3
İnsan papilloma virüs (HPV) HIV'e (AIDS) neden olabilir.	121, %43,2	159, %56,8
HIV (AIDS) enfeksiyonundan kısa süre sonra bireylerin cinsel organlarında (penis ya da vajina) açık yaralar meydana gelir.	113, %40,4	167, %59,6

PS-29 \ POSTER BİLDİRİ

HIV farkındalığını artırma projesi sonuçlarının değerlendirilmesi

Çiğdem Şimşek¹, İlkay Akbulut², İlker Ödemiş², Hilal Abakay², Ceren Özkahya Işık², Sabri Atalay²

¹Pozitif-İz Derneği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü (HIV) ve diğer Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların (CYBE) insidansı global olarak artış göstermektedir. HIV ve CYBE'ler genellikle asemptomatik seyrederek. Bu nedenle tanısı, tedavisi ve kontrol altına alınması zor enfeksiyonlar olabilmektedir. Gençlerde eğitim eksikliği ve korunma yöntemleri konusunda bilgi düzeyinin düşük olması, HIV ve CYBE'lerin sık görülmesinin ana sebeplerindendir. Gelişmiş ülkelerde cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitimi bu enfeksiyonlardan korunma açısından etkili olurken, ülkemizde bu eğitimin bulunmaması, genç nüfusta tüm CYBE'ler konusunda eğitim eksikliğine ve bulaşın yaygın olmasına neden olmaktadır. Bu enfeksiyonlarda görülebilecek semptomların bilinmesi, böyle durumlarda gerekli testler için poliklinik başvurularının erken sağlanmasına neden olabileceği bilinmektedir. Projemizde HIV ile ilişkili semptomlar ve damgalanmalar konusunda paneller düzenlenerek bilgi düzeyinin artırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Projemizde pilot okullar olarak seçilen İzmir Yüksek Teknoloji Üniversitesi, İzmir Yaşar Üniversitesi ve İzmir Ekonomi Üniversitesi'nde eğitim gören öğrencilere, HIV ve CYBE'ler hakkında güncel bilgilerin edinilmesi, enfeksiyonlardan korunma yolları hakkında bilgi düzeylerinin artırılması, düzenli olarak HIV testi yaptırma alışkanlıklarının kazandırılması, HIV ile yaşayan kişilerin damgalayıcı davranışlara maruz kalmadan sahip oldukları hakları daha etkin kullanabilmeleri amacıyla paneller düzenlendi. Panel öncesi ve sonrasında, HIV ve diğer CYBE'ler hakkında bilgi düzeyini, demografik bilgileri içeren, damgalayıcı davranışları, sosyal mesafeyi ve davranış değişikliğini ölçen 10 sorudan oluşan ön ve son test anket çalışması yürütüldü. Çoktan seçmeli sorulara doğru yanıt oranları kaydedildi.

Bulgular: Panellere toplam katılan öğrenci sayısı 130 iken; ön teste bu öğrencilerin 104'ü, son teste ise 74'ü katıldı. Üniversitelerde yapılan oturum öncesi testlerde doğru yanıt verenlerin oranı %48,9 iken, bu oran oturum sonrasında %75'e yükseldi. Ön test ve son test arasında doğru yanıt oranları karşılaştırıldığında en büyük artışın, 'ilaç kullanan HIV pozitiflerin cinsel yolla bulaştırıcılığı yoktur' önermesine verilen yanıtta olduğu saptandı (ön test: %29, son test: %79). Doğru seçenek olan 'ilaç kullanan HIV pozitiflerin cinsel yolla bulaştırıcılığı yoktur' bilgisiyle ilgili farkındalığın arttığı görüldü. Ön test ve son testte sorulan sorular ve doğru yanıt oranları Tablo 1' de verildi.

Sonuç: HIV popülasyonunun yoğun görüldüğü üniversite öğrencilerine uygulanan eğitimlerle HIV ve diğer CYBE'ler hakkında doğru bilgi yaygınlaşacağı, test yaptırma oranlarında artış gözlemleneceği, HIV pozitif kişilerin psikolojik olarak yıpranmasına ve sosyal yönden damgalanmalarına ve ayrımcılığa uğramalarını engellemeye yönelik farkındalığın artacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: CYBE, Damgalanma, HIV

Tablo 1

	Sorular ve doğru cevaplar	Oturum Öncesi	Oturum Sonrası
S-1	HIV'in bulaş sonrası klinik seyri ile ilgili hangisi doğrudur?		
C-1	İlaç kullandıkları müddetçe herkes gibi sağlıklı yaşarlar	%50 (52 kişi)	%85 (63 kişi)
S-2	HIV pozitif bir arkadaşınız var, aşağıdakilerden hangisi doğrudur?		
C-2	HIV pozitif biri ile rahatlıkla arkadaş olabilirim	%53 (58 kişi)	%91 (67 kişi)
S-3	Uzun zamandır ilaçlarını kullanan HIV ile yaşayan bireyler için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?		
C-3	İlaç kullanan HIV pozitiflerin cinsel yolla bulaştırıcılığı yoktur	%29 (30 kişi)	%72 (53 kişi)
S-4	Aşağıdakilerden hangisi HIV ve AIDS hakkında doğrudur?		
C-4	HIV ve AIDS birbirinden çok farklıdır	%40 (42 kişi)	%54 (40 kişi)
S-5	Hangisi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların yayılmasını önlemek için en etkili bir yöntemdir?		
C-5	Korunmalı cinsel ilişki	%25 (26 kişi)	%56 (41 kişi)
S-6	Cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyonun belirtilerini fark eden bir kişi, ne yapmalıdır?		
C-6	Partnerine hastalık hakkında bilgi vermelidir ve test yaptırmalarını önermelidir	%71 (75 kişi)	74 (55 kişi)
S-7	CYBE'lerin yayılmasını önlemek için alınabilecek en iyi önlem aşağıdakilerden hangisidir?		
C-7	Korunmalı cinsel ilişki	%49 (51 kişi)	%77 (57 kişi)
S-8	B=B Nedir? Ne anlama gelir?		
C-8	Belirlenemeyen=Bulaştırmayan demektir	%56 (59 kişi)	%85 (62 kişi)
S-9	Cinsel yolla HIV bulaşından korunmak için en etkili yol hangisidir?		
C-9	Kondomun doğru kullanımıyla	%35 (37 kişi)	%65 (48 kişi)
S-10	HIV ile ilgili hangisi yanlıştır?		
C-10	HIV Pozitif bireylerin umumi tuvaletler, halk otobüsleri, çatal/bıçak kullanılan kafeler gibi ortak kullanımdaki alanlara girmesi yasaktır.	%45 (47 kişi)	%47 (35 kişi)

Ön test ve son test anket yorumlamaları



HIV/AIDS
Korunma
ve Eğitim
Derneği



HIV/AIDS KONGRESİ
2024

5 - 8 ARALIK 2024

Xanadu Resort Otel Belek Antalya

www.hivaidskongresi2024.com

- HIV enfeksiyonu ve eşlik eden hastalıklar -

PS-30 \ POSTER BİLDİRİ

HIV insidansı artıyor, görmezden gelme !

Sümeyra İstek, Ayşe Merve Parmaksızoğlu Aydın, Beyza Süllü, Dilara Yaman, Furkan Barış Arıkan, Kübra Bağır, Deniz Gökengin

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Ülkemizde yeni tanı alan HIV ile yaşayan kişi sayısı artmaktadır. Ancak erken tanı alma açısından verilen hizmetlerin son derece yetersiz olduğu görülmektedir. Erken tanı, ölüm oranlarını azaltmakta, yaşam beklentisini uzatmakta ve toplum içinde bulaşma oranlarını düşürmektedir. Bu çalışmanın amacı, HIV tanısında gösterge niteliği taşıyan durumların ulusal kılavuzlarda ve/veya uzlaşma raporlarında yer alıp almadığını tespit etmek ve varsa bu durumlarda HIV testi önerilip önerilmediğini incelemektir.

Gereç-Yöntem: HIV tanısında gösterge niteliği taşıyan durumlar* için ulusal kılavuz ve/veya uzlaşma raporları tarandı. Kılavuz ve raporlarda gösterge durumların HIV ile ilişkisinin belirtilip belirtilmediği ve bu durumların varlığında HIV testi önerilip önerilmediği incelendi.

*Gösterge durumlar

- AIDS tanımlayıcı durumlar,
- Tanısı konulmamış HIV prevalansı \geq %0,1 olan ve HIV prevalansının olasılıkla \geq %0,1 olarak öngörüldüğü durumlar
- HIV tanısının konulmamasının bireyin klinik yönetimini ciddi oranda zorlaştıracığı öngörülen durumlar

Bulgular: HIV ile enfekte kişilerde görülen AIDS tanımlayıcı durumların ulusal kılavuz ve/veya uzlaşma raporu önerileri Tablo 1’de sunulmaktadır.

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar için, Türk Androloji Derneği, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Kılavuzu 2016’da; Hepatit B ve C için, Türkiye Hepatit B ve C Tanı ve Tedavi Kılavuzu’nda; gebelik için, T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi 2019’da; şiddetli veya atipik psoriasis için, Türkiye Psoriasis Tedavi Kılavuzu 2016’da; subkortikal demans için, Türk Nöroloji Derneği Yayını, MS Benzeri Hastalıklar, MS Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2018’de, transplantasyon için, T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Kadavra Donör Değerlendirme Formu’nda; immünosüpresif tedavi uygulanan otoimmün hastalıklar için, Otoantikörlerin Laboratuvar Tanısı Rehberi 2020’de HIV testi önerildiği görülmüştür.

Sonuç: Bu çalışmada AIDS tanımlayan durumlar ve HIV enfeksiyonu açısından gösterge niteliği taşıyan durumların çoğu için ulusal kılavuz ve/veya uzlaşma raporu bulunmadığı, bulunanların birçoğunda ise HIV tarama önerisi olmadığı görüldü. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji hekimleri tarafından yayımlanan HIV/AIDS Tanı İzlem ve Tedavi El Kitabı’nda tüm gösterge durumlar için HIV tarama önerisi bulunmaktadır. İlgili bilim dalları, bu hastalıklarda HIV taranması açısından bilgilendirilmeli ve bu konuda eğitim çalışmaları devam etmelidir.

Anahtar Kelimeler: HIV, Gösterge Hastalıklar, Kılavuz

HIV ile enfekte kişilerde görülen AIDS tanımlayıcı durumların ulusal kılavuz ve/veya uzlaşma raporu önerileri

AIDS Tanımlayıcı Durumlar	Kılavuz	Kılavuzun Adı	Gösterge Durumun HIV ile ilişkisi	HIV Testi Önerisi	Öneri	Uzlaşma Raporu	Uzlaşma Raporunun Adı	Gösterge Durumun HIV ile ilişkisi	HIV Testi Önerisi	Öneri	HIV/AIDS Tanı İzlem ve Tedavi El Kitabı 3.0'da HIV Testi Önerisi
Servikal Kanser	Var	Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği, Jinekolojik Kanserlerin Yönetimi Kılavuzu, 2019	Belirtilmemiş	Yok		Yok					Test önerilir
Non-Hodgkin Lenfoma	Var	Lenfoma Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2020	Belirtilmiş	Var	Tedavi öncesi değerlendirmeler de viral serolojik inceleme kapsamında HIV testi önerilir.	Yok					Test önerilir
Kaposi Sarkomu	Var	Türk Dermatoloji Derneği A'dan Z'ye Kaposi Sarkomu Kılavuzu	Belirtilmiş	Var	Tedavi öncesinde tüm sistemik ilaçlar sorgulanmalı ve mutlaka HIV serolojisi bakılmalıdır.	Yok					Test önerilir
Mycobacterium Tuberculosis (Pulmoner veya Ekstrapulmoner)	Var	Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi, 2019	Belirtilmiş	Var	Son iki ayda doğrulanmış bir negatif testi olmayan, tüberkülozu olan ya da tüberküloz olduğundan şüphelenilen her hastaya HIV testi ve danışmanlığı önerilmelidir.	Yok					Test önerilir
Mycobacterium Avium Kompleksi (MAC) veya Mycobacterium Kansasii, Dissemine veya Ekstrapulmoner	Var	Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi, 2019	Belirtilmemiş	Yok		Yok					Test önerilir

Pnömoni (Yineleyen, Yılda En Az 12 Atak)	Var	TTD Hastanede Gelişen Pnömoni Rehberi (2018)	Belirtilmemiş	Yok	Yok	Var	TTD Erişkinlerde Toplumda Gelişen Pnömoniler Tanı ve Tedavi Uzlaşısı Raporu (2021), Bağışıklığı Baskılanmış Kişilerde Gelişen Pnömoni Uzlaşısı Raporu, 2024	Belirtilmiş	Yok	Test önerilir
Salmonelloz	Yok					Yok				Test önerilir
CMV Retiniti ve Diğer CMV Enfeksiyonları	Yok					Var	CMV Tanı, Tedavi Uzlaşısı Raporu (EKMUD-2020)	Belirtilmiş	Yok	Test önerilir
Herpes Simpleks, 1 Aydan Uzun Süren Ülserler/Bronşit/Pnömoni	Yok					Yok				Test önerilir
Progresif Multifokal Lökoansalopati	Yok					Yok				Test önerilir
Serebral Toksoplazmoz	Yok					Var	Toksoplazmoz Tanı ve Tedavi Uzlaşısı Raporu (EKMUD-2022)	Belirtilmiş	Yok	Test önerilir
Kriptosporidiyoz Diyaresi, 1> Ay-- Gastroenteritler	Yok					Yok				Test önerilir
İzosporiyoz, 1> Ay	Yok					Yok				Test önerilir

Atipik Dissemine Layşmanyoz	Yok					Yok					Test önerilir
Amerikan Tripanozomi yazınının Reaktivasyonu	Yok					Yok					Test önerilir
Pneumocystis Jirovecii Pnömonisi	Yok					Var	TTD Bağışıklığı Baskılanmış Bireylerde Pnömoni Uzlaşısı Raporu	Belirtilmiş	Yok		Test önerilir
Özofagiyal Kandidoz	Yok					Yok					Test önerilir
Pulmoner Kandidoz	Yok					Var	TTD Bağışıklığı Baskılanmış Bireylerde Pnömoni Uzlaşısı Raporu	Belirtilmiş	Yok		Test önerilir
Penisilyoz (Talaromikoz)	Yok					Yok					Test önerilir
Kriptokokkoz	Yok					Var	TTD Bağışıklığı Baskılanmış Bireylerde Pnömoni Uzlaşısı Raporu	Belirtilmiş	Yok		Test önerilir
Histoplazmoz	Yok					Var	TTD Bağışıklığı Baskılanmış Bireylerde Pnömoni Uzlaşısı Raporu	Belirtilmiş	Yok		Test önerilir
Koksidiyoid omikoz	Yok					Yok					Test önerilir

İçerisinde HIV testi ile ilgili öneri bulunan kılavuz ve uzlaşısı raporları koyu renk ile belirtilmiştir. CMV, Sitomegalovirüs; EKMUD, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği; TTD, Türk Toraks Derneği

PS-31 \ POSTER BİLDİRİ

Malignite tanısı alan HIV hastalarının değerlendirilmesi

Refika Nur Kahraman, Zehra Karacaer, Aysun Yalçı, Sevgi Sökülmez Yıldırım, Mine Filiz, Ertuğrul Yazıcı, Gülden Yılmaz Tehli

Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Hiv ile takipli bireylerde genel popülasyonla karşılaştırıldığında birçok yaygın kanser daha sık görülmektedir. AIDS ilişkili kanserler Non Hodgkin Lenfoma(NHL), Kaposi sarkomu ve İnvaziv servikal kanserdir. HIV tedavisindeki ART kullanımında iyileşmeler AIDS gelişim riskinde azalma, immun sistem fonksiyonunda artış, AIDS ilişkili malignite görülme sıklığında azalma sağlamıştır. Başarılı ART ile AIDS ilişkili maligniteler zaman içinde azalarak, AIDS ilişkili olmayan maligniteler ön plana çıkmaya başlamıştır.

Bu çalışmada merkezimizde takipli 171 HIV hastasından malignite tanısı alan hastalar değerlendirilmiştir

Gereç-Yöntem: 01.01.2017-01.05.2024 tarihleri arasında Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji kliniğinde takipli immun yetmezlik virüsü tanılı hastalarda görülen maligniteler değerlendirildi. Çalışmaya 171 hasta dahil edildi, retrospektif tanımlayıcı çalışma olarak tasarlandı

Bulgular: Takip edilen 171 HIV hastasından 10 hastanın malignite tanısı aldığı görülmüştür. 2 hastada Diffüz büyük hücreli lenfoma, 2 hastada Nodüler sklerozan Hodgkin lenfoma, 3 hastada Kaposi sarkomu, 1 hastada yassı hücreli akciğer kanseri, 1 hastada testis kanseri, 1 hastada zigomada nodüler tip bazal hücreli kanser görülmüştür. Takipli hastalardan malignite tanısı alan hastalar dışında 15 hastada kortikal kalınlaşma olan lenf nodu tespit edilmiş, biyopsi yapılan 7 hastada benign bulgular görülmüş, 7 hastada biyopsi yapılmadan hasta takip edilmekte, 1 hastada biyopsi yaptırmayı kabul etmemiştir.

HIV ile takipli 2 hastada Hematoloji önerisiyle Multiple myelom şüphesi ile PET görüntüleme yapılmış, patoloji saptanmamıştır

Hastaların malignite tanısı anındaki CD4 sayılarına bakıldığında Hodgkin Lenfoma tanısı alan 2 hastada tanı anında CD4 sayısının >200, Diffüz büyük B hücreli lenfoma tanısı alan 2 hastada tanı anında CD4 sayısı <200, Kaposi sarkomu tanısı alan 2 hastada CD4 sayısı <100, Kaposi sarkomu tanısı alan 1 hastada CD4 sayısı >200, zigoma bazal hücreli kanseri tanısı alan hastada CD4 sayısı >200, yassı hücreli akciğer kanseri tanısı alan hastada CD4 sayısı >200 olduğu görülmüştür

Sonuç: HIV ile takipli hastalarda düşük CD4 sayısı, immun yanıt fonksiyonunda azalmaya bağlı olarak malignite gelişimi ile net ilişki belirlenememiş olsa da hastalar belli aralıklarla malignite açısından değerlendirilmelidir

Anahtar Kelimeler: AIDS, CD4, HIV, immunsupresyon, malignite

PS-32 \ POSTER BİLDİRİ

Komorbiditeleri nedeniyle yönetimi zor bir olgu; Rehberler ve gerçekler

Merve Nur Atar, Esra Duru Öz, Emel Eroğul, Didem Çelik, İlkay Akbulut, Sabri Atalay
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İzmir

Amaç: Güncel antiretroviral tedavi (ART) kullanımı ile beraber HIV ile yaşayan bireylerin yaşam ömrünün uzaması ve komorbiditelerinin artması mevcut tedavilerinin bireyselleştirilmesinde zorluklara neden olmaktadır. (1)

Albüminürisi bulunan ve glomerüler filtrasyon hızı (GFR) <30 mL/dk olan HIV'li bireylerde olmayanlara göre mortalite daha yüksek olup, kardiyovasküler olay riski 6 kat daha fazladır. (2) Komorbiditeleri ve laboratuvar parametrelerinde bozulma nedeniyle tedavi yönetimi zor olan HIV'le yaşayan bir olgu paylaşılmıştır.

Olgu: Sağ ayak beşinci parmakta bir haftadır olan akıntılı enfektif yara ve ateş şikayetlerinin olması üzerine acil servise başvuran 46 yaşında erkek hasta diyabetik ayak enfeksiyonu ön tanısı ile yatırıldı. Hastanın özgeçmişinde diyabetes mellitus (DM), hipertansiyon, kalp yetmezliği ve 12 yıldır HIV ile yaşadığı ve biktgravir/emtristabin+tenofovir aleanamid (B/F/TAF) tedavisi aldığı öğrenildi. Geliş vitalleri stabildi. Yapılan fizik muayenesinde sağ ayak 5.parmakta nekroze akıntılı yara ve sağ ayak bileğine kadar uzamış selülit bulgusu dışında ek patoloji saptanmadı. Hasta bir yıl önce yutma güçlüğü nedeniyle tetkik edildiği sırada kreatinin yüksekliği ve 24 saatlik idrarda 3 g/gün proteinüri olması üzerine nefrolojiye danışıldı ve mevcut durumu HIV ilişkili Fokal Segmental Glomerüloskleroz olarak değerlendirildi. DM tedavisi için insülin, proteinüriyi azaltması ve tansiyon kontrolü amacıyla anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü, proteinürinin yaratacağı koagülopatiyi önlemek için aspirin tedavileri başlandı. Laboratuvar değerleri Tablo 1'de gösterildi. Bir yıldır takipsiz izlemde olan hastanın bazal kreatininde 1,8 mg/dL'den 3,6 mg/dL'ye artış ve 24 saatlik idrarda 7 g/gün proteinüri saptandı. Kreatinin yüksek olduğu için kanama riskinden dolayı böbrek biyopsisi yapılamadı, GFR<30 mL/dk olan hastada ART rejim değişikliği planlandı ancak doz ayarında zorluk yaşanacağı için lamuvidin ve kardiyak risk nedeniyle abakavir içeren rejimler tercih edilmedi. Mevcut tedavi rejimi B/F/TAF olarak yakın kreatinin takibi ile devam edilmesine karar verildi. Hemodiyaliz ihtiyacı gelişebileceği için hasta nefroloji servisine devredildi. Yeterli diürezisi olması üzerine hemodiyaliz planlanmadan taburcu edildi.

Sonuç: B/F/TAF kullanımı son dönem böbrek hastalığı olan rutin hemodiyaliz programında olan hastalarda bir seçenek olarak kullanılmakla beraber hemodiyaliz programında olmayan GFR<30 altında olan hastalarda henüz yeterli veri bulunmamaktadır. (3) Hemodiyalize girmediği halde kollateral faktörlerden dolayı B/F/TAF devam edilmesi karar verilen olguda viral supresyon sağlandığı gösterilmiştir. Ancak düşük GFR'de ART tercihleri için daha fazla çalışma gerekmektedir. Güncel ART'ler sayesinde yaşam süresi uzayan HIV ile yaşayan bireylerde; rehberlerde önerilen standart tedavi yaklaşımlarına rağmen, eşlik eden komorbiditeler ve diğer zorlayıcı faktörler klinisyenin ART seçimlerini bireyselleştirmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: antiretroviral tedavi, hiv, nefrotik sendrom

Tablo 1. Olgunun takipteki laboratuvar değerleri

	01/06/2024	25/06/2024	19/07/2024
Lökosit ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	10350	6390	6850
Potasyum (mmol/L)	4,21	6,2	4,43
GFR (mL/dk)	19	15	20
Kreatinin (mg/dL)	3,6	6,35	3,46
C-reaktif protein (mg/L)	299	2,9	5
Prokalsitonin ($\mu\text{g/L}$)	10,54	0,18	0,07
Albümin (g/dL)	1,6	2,5	2,7
CD4 + T lenfosit (Yüzde/Mutlak)	3,2 (27)	6,3 (72)	6,5 (108)
HIV RNA (cp/mL)	74.100	358	negatif

Not: GFR (glomerüler filtrasyon hızı)

PS-33 \ POSTER BİLDİRİ

HIV/HBV koenfeksiyonu ve lenfoma tanılı olguda tedavi altında akut alevlenme

İrem Kasapoğlu Üren, Esra Erdem Kıvrak, Deniz Özer, Şebnem Şenol Akar, Çiğdem Banu Çetin
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Amaç: Ortak bulaş yolları nedeniyle HIV/HBV koenfeksiyonlarına sık rastlanmaktadır. Olgumuz, HIV/HBV koenfeksiyonu olan ve lenfoma nedeniyle hematoloji tarafından takip edilen bir hastadır. Tenofovir içeren rejim almasına rağmen akut alevlenme gelişen hastada malignite ve enfektif sürecin birlikte yönetimine, komorbiditeleri olan bireylerde multidisipliner yaklaşımın sağkalım açısından önemine dikkat çekmeyi amaçladık.

Olgu: Diabetes mellitus tanılı 42 yaş kadın hastanın Kasım 2020'de kan bağıışı sırasındaki tetkiklerinde Anti-HIV, HbsAg ve HIV doğrulama testi pozitif sonuçlanmış. Hasta sonrasında hiçbir merkeze başvurmamış. Mart 2021'de ateş, halsizlik, sağ aksillar bölgede ağrısız kitle ile polikliniğimize başvurdu. Başvurusunda HIV RNA: 2×10^5 IU/ml, HBV DNA: 10^8 IU/ml, CD4 T lenfosit: 198, Anti Hbc IgG: +, HbsAG: +, Anti HBs: - saptandı. Yüzeysel doku usg'de sağ aksillada 68 mm düzensiz konturlu kitle mevcuttu. Hasta takibe alındı. Kronik HBV enfeksiyonu da göz önünde bulundurularak elvitegravir/kobisistat/emtrisitabin/TAF başlandı. Aksiller lap biyopsisi diffüz büyük hücreli lenfoma olarak sonuçlandı. Hematoloji tarafından R-CHOP tedavisi planlandı, kobistat ile ilaç etkileşimi olduğundan ART başlangıcından 3 hafta sonra emtrisitabin/TAF/biktegravir'e geçildi. ART'nin 1. ay kontrolünde HIV RNA: 200 IU/ml, HBV DNA: 1000000 IU/ml; 2. ayında HIV RNA: negatif, HBV DNA: 400000 IU/ml saptandı. Hematoloji tarafından hastaya 3 kür R-CHOP verildi ve PET'te kitlede regresyon görüldü. HIV RNA: negatif, HBV DNA'da regresyon izlenerek takip edilen hasta 5 kür kt'den sonra 1 yıl polikliniğimize ve hematolojiye başvurmadı. Bu süreçte düzenli ART aldığını belirten fakat lenfoma için tedavi almayan hastanın Ekim 2022'de tekrar gelişinde AST: 29 U/L, ALT: 26 U/L, HBV DNA: 600 IU/ml, HIV RNA: negatifti. Hematoloji kontrol PET planladı, Aralık 2022 tarihli PET'te LAP boyutlarında progresyon saptandı, servikal lap'tan tekrar biyopsi yapıldı ve B hücreli lenfomayla uyumluuydu. Ocak 2023'te KCFT yüksekliği nedeniyle gastroenterolojiye başvuran hastanın KCFT yüksekliği nsaii kullanımına bağlı olarak düşünüldü ve N-asetil sistein başlandı. Şubat 2023'te PET sonucuyla tekrar kt planlanan hastanın Anti Hbc IGM: + saptanması üzerine eş zamanlı tetkikleri istendi. AST: 67 U/L, ALT: 111 U/L, HBV DNA: 70 IU/ml, PLT: 68000 μ L, INR: 0.98, Anti HDV: -, delta antijeni: negatif olarak sonuçlandı. Akut alevlenme olarak değerlendirildi ve acil kt verilme planı da olduğundan tedavisine entekavir eklendi. Entekavir eklenmesinin 1. ayında Anti Hbc IGM: + fakat titresi azalmış görüldü, HBV DNA: negatif, KCFT olağandı. Hasta 3 kür daha R-CHOP aldı. 8 kür kt sonunda Mayıs 2024 PET'te malignite saptanmadı. Son kt sonrası en erken 1. yılda entekavir kesilmesi planlandı.

Sonuç: HIV'le yaşayan bireyler HBV koenfeksiyonu açısından ilk başvuruda ve yıllık taranmalıdır. HIV/HBV koenfeksiyonunun eşlik ettiği immunsupresif hastaların akut alevlenme açısından yakın takibi hayati önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Akut alevlenme, HIV/HBV koenfeksiyonu, Lenfoma

PS-34 \ POSTER BİLDİRİ

Lenfoma tanısı almış HIV ile yaşayan bireyler: Dört olgu sunumu

Şebnem Çalık¹, Yeliz Özdemir², Oktay Bilgir³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

²İzmir Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği, İzmir

Amaç: HIV ile yaşayan bireylerde kanser görülme riski artmış olup, Kaposi sarkomu, non-Hodgkin lenfoma (NHL) ve servikal kanserler AIDS tanımlayıcı malignitelerdir. HIV ile yaşayan bireylerde NHL' nin görülme riski 7-23 kat daha fazladır. Diffüz büyük B hücreli lenfoma (DBBHL) en sık görülen histolojik tiptir. Bu posterde takip ettiğimiz HIV ile yaşayan 4 NHL olgusu sunulmaktadır.

OLGU 1: 51 yaşında erkek olgunun, üç aydır devam eden ateş, kilo kaybı, gece terlemesi şikayetleri nedeniyle yapılan tetkiklerinde HIV RNA: 8820000 kopya/ml, CD4 T lenfosit: 216 hücre/mm³ (%19) saptandı. Eş zamanlı DBBHL tanısı konuldu. Dolutegravir (DTG) ve tenofovir disoproksil fumarat/emtrisitabin (TDF/FTC) başlandı. İki kür Rituksimab, siklofosfamid, doksorubisin, vinkristin, prednizon (R-CHOP) kemoterapi (KT) aldı, tedaviye yanıt alındı, HIV RNA negatifleşti. İzlemi devam ediyor.

OLGU 2: İki aydır ateş, ishal, öksürük şikayeti olan 22 yaşındaki erkek olguya çekilen PET-CT' de abdominal ve aksiller lenf nodları (LN) saptandı. Olgunun axiller LN biyopsisi DBBHL olarak raporlandı. HIV RNA: 1000000 kopya/ml, CD4 T lenfosit 143 hücre/mm³ (%23) idi. Eş zamanlı Rituksimab, etoposide, prednizon, onkivin, siklofosfamid, hidrokortison (R-EPOCH KT) ile DTG ve TDF/FTC başlandı. Birinci ay sonunda HIV RNA: 287 kopya/ml saptandı. Olgunun HIV ve lenfoma tedavisi devam ediyor.

OLGU 3: Beş yıldır HIV enfeksiyonu olan ve bir yıldır DTG ve TDF/FTC alan 39 yaşında erkek olgu dış merkezde ince barsakta DBBHL nedeniyle 2 kür R-CHOP almıştı. İnce barsak perforasyonu ile opere oldu. Beş kür R-CHOP KT aldı, yanıtız olunca rituksimab, etoposid, metilprednizon, sitarabin, sisplatin (R-ESHAP) KT başlandı. HIV RNA negatifleşti. CD4 T lenfosit: 232 hücre/mm³ olan olgunun HIV ve lenfoma tedavisi devam etmektedir.

OLGU 4: Dış merkezde ileri evre HIV enfeksiyonu ve DBBHL tanısı ile 1 kür R-EPOCH KT alan 44 yaşındaki erkek olgu pnömoni tanısı ile yoğun bakıma yatırıldı. Akciğer grafisinde bilateral interstisyel tutulum olan olguya trimetoprim sülfametoksazol tedavisi başlandı. Tetkiklerinde HIV RNA: 728000 kopya/ml, CD4 T lenfosit sayısı 64 hücre/mm³ (%3) saptandı. Hastaya tenofovir alafenamid fumarat/emtrisitabin/biktegravir (TAF/FTC/BIC) başlanmıştı. Genel durumu düzelen, ekstübe edilen hasta 3 kür R-EPOCH KT aldı, kemoterapiye yanıt alındı. Takipte KT ve antiretroviral tedaviyi reddeden hasta lenfomanın kranial metastazı ile kaybedildi.

Sonuç: Lenfomalar HIV ile yaşayan bireylerde önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olmaya devam etmektedir. Kemoterapi ile eş zamanlı ART başlanması sağ kalımı artırmaktadır. HIV ve lenfoma birlikteliği sık görülmesine rağmen, başvuru kliniklerde anti-HIV testi yapılmaması durumunda olgular atlanabilmekte, bu durum tanı ve tedavinin gecikmesine neden olabilmektedir. AIDS tanımlayıcı maligniteler ve diğer hastalıklarla ilgili branşların farkındalığının artırılması, yandaş hastalıklarla ilişkili morbidite ve mortalite mücadelesinde önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: HIV, non-Hodgkin lenfoma, diffüz büyük B hücreli lenfoma

PS-35 \ POSTER BİLDİRİ

HIV ile enfekte bireyde yaygın serebral venöz sinüs trombozu olgusu

Yıldız Olçar¹, Merve Çelik Aydoğdu¹, Fatma Yılmaz Karadağ¹, Serkan Demir², Derya Öztürk Engin¹

¹Sancaktepe Şehit Prof Dr İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul

²Sancaktepe Şehit Prof Dr İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: HIV ile yaşayan bireylerde kardiyovasküler hastalık olarak üçüncü sırada venöz tromboembolizmin olduğu bildirilmektedir. Geleneksel risk faktörleri, davranışsal faktörler, uzun süreli HIV viremi ve/veya antiretroviral tedavi (ART), tedavisinde gecikme, düşük CD4 sayısı (<350 hücre/mm³), koenfeksiyonlar ve komorbiditeler HIV enfekte bireylerde venöz tromboz için risk faktörleridir. Atipik nörolojik bulgularla gelen bireylerde HIV enfeksiyonunun araştırılması gerekliliği vurgulamak amacıyla, yaygın serebral venöz sinüs trombozu olan HIV enfekte bir hastanın sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Migren ve iki yıl önce derin ven trombozu (DVT) geçirme öyküsü bulunan 40 yaşında erkek hasta acil servise üç gündür devam eden baş dönmesi, mide bulantısı ve baş ağrısı şikayeti ile başvurmuş. Hastanın başvuru sabahı her iki kol ve bacağının kasıldığı, başlangıcı belirsiz nöbet geçirdiği ve bilinç kaybı olduğu tarif edilmekteymiş. Nörolojik muayenesinde bilinci uykuya meyilli, konfüze, sağ kolda kuvvet kaybı saptanmış. Lökosit sayısı 10290/μL, C reaktif protein (CRP) 21 mg/dL saptanmış. Kranial BT'de superior sagittal sinus ven trombozu ve sol hemisferik yaygın ödem izlenen hastaya dijital anjiyografi (DSA) yapılmış, yaygın serebral sinüs trombozu (her iki transvers sinüs, sigmoid sinüs, sol juguler sinüs, superior sagittal, inferior sagittal sinüs tromboze) izlenmiş (şekil 1). Hasta nöroloji kliniğine yatırılarak levetirasetam, mannitol ve DMAH tedavileri başlanmıştır. Takiplerinde varfarin tedavisine geçilmiştir. Beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde lökosit:15 mm³, glukoz 58 mg/dL (eş zamanlı kan şekeri 87), protein 68 mg/dL görülmüştür. Süpüratif intrakraniyal tromboflebit düşünülen hastaya tarafımızca seftriakson, vankomisin ve metronidazol tedavileri önerildi. Anti-HIV testi pozitif saptanan hasta, kliniğimize nakil alındı. HIV RNA 110.000 kopya/mL ve CD4+ T lenfosit sayısı: 396 hücre/mm³ olarak sonuçlandı. Tenofovir disoproksil fumarat+emtrisitabin+dolutegravir tedavileri başlandı. Ekokardiyografisinde özellik saptanmadı. Tromboz etyolojisine yönelik protein C %33 (70-140), protein S %21 (70-150) saptandı. Hematoloji protein C ve S düşüklüğünün varfarin kullanımına bağlı olabileceğini belirtti. Romatolojik tetkikler normal saptandı. Hastanemizde yapılamayan genetik testlerinin poliklinikten istenmesi planlandı. Antibiyotik tedavisi dört haftaya tamamlanan hasta poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi. Hastanın halen kliniğimizde takibi devam etmektedir. **Sonuç:** HIV virüsünün kendisi ve yaptığı endotel hasarı, venöz ve arteriyel tromboembolizme yatkınlık oluşturan protrombotik bir durum oluşturmaktadır. Hastamızda tromboza yol açabilecek genetik nedenler henüz tamamlanmamış olup, testlerinin tamamlanması için kontrolleri ve takibi devam etmektedir. Hastanın daha önce de DVT geçirmiş olması, tromboza eğilimi olduğunu göstermekte, HIV enfeksiyonunun da yeni trombozu tetiklemiş olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: HIV, tromboembolizm, serebral venöz sinüs trombozu

PS-36 \ POSTER BİLDİRİ

Dekompanse siroz ile seyreden HIV/HBV koenfeksiyonu olgusu

Elifsu Demir, Şerife Altun Demircan, Serhat Basut, Salih Cesur, Sami Kınıklı
SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: İnsan immün yetmezlik virüsü(HIV) ile yaşayan bireylerde hepatit B virüsü(HBV) ile koenfeksiyon siroz ve hepatosellüler karsinomun artmasına neden olmaktadır. HIV/HBV koenfeksiyonu ile takipli, antiretroviral tedavisini(ART) düzenli kullanmamış ve dekompanse sirozla başvuran bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Bilinen HBV taşıyıcılığı olan ancak takipsiz 47 yaşındaki erkek hasta Mart 2015 tarihinde acil servise 15 gündür olan karında şişlik şikayeti ile başvurdu. Acil serviste HbsAg ve Anti-HIV testi pozitif saptanması üzerine hasta tarafımıza yönlendirildi, ileri tetkik amacı ile yatırıldı. Yaygın asiti olan hastanın tetkiklerinde trombositopeni, karaciğer fonksiyon testlerinde(KCFT) artma, uzamış protrombin zamanı olması nedeniyle siroz düşünülerek gastroenteroloji'ye danışıldı. Yapılan endoskopide özefagus varisleri görülmedi. Alfa fetoproteini(AFP) 22 mg/L olup çekilen dinamik karaciğer manyetik rezonansda karaciğer boyutları artmış olan hastadan üç ay sonra ultrasonografi(USG) kontrolü istendi. HIV-RNA $8,98 \times 10^5$ IU/L, CD4 T hücre sayısı $110 / \text{mm}^3$, HBV-DNA: $2,5 \times 10^8$ IU/L olan hastaya tenofovir disoproksil fumarat-emtricitabin ve efavirenz(TDF/FTC/EFV) tedavisi ve trimetoprim/sulfametoksazol(TMP-SXT) profilaksisi başlandı. ART'nin dördüncü ayında HIV-RNA negatif, HBV-DNA: $6,39 \times 10^3$ IU/ml ve CD4 407 idi. Aralık 2015'te HIV-RNA $1,5 \times 10^5$ IU/L, HBV-DNA: $5,6 \times 10^8$ IU/L ve CD4 sayısı $166 / \text{mm}^3$ saptanması ve ilaçlarını düzensiz kullanması üzerine tetkik amaçlı yeniden yatırıldı. Hastaya yeniden TDF/FTC/EFV ve TMP-SXT profilaksisi başlandı. Child-Pugh skoru A olarak hesaplanan, takiplerinde sıkıntı olmayan hasta taburcu edildi. Aralık 2021 yılına kadar poliklinik takiplerine gelen ve ilaçlarını düzenli kullanan hastanın KCFT ve bilirubin normal, HBV-DNA ve HIV-RNA sonuçları negatifti. İlaçlarını 2021 yılından sonra kullanmayı bırakan hasta Eylül 2024 tarihinde sarılık ve karın şişliği ile polikliniğimize başvurdu. İkteri ve yaygın asiti olan hastanın KCFT ve bilirubinleri artmış olup servise yatırıldı. Biktegravir/emtricitabine/tenofovir alafenamide(BIC/FTC/TAF) ve TMP-SXT profilaksisi başlandı. Dekompanse siroz tanısıyla batın USG, parasentez ve endoskopi planlandı. Hasta endoskopiye tolere edemedi, batın USG sonucu kronik karaciğer hastalığı/siroz açısından anlamlı bulundu. Hastaya boşaltıcı parasentez yapıldı. Gastroenteroloji önerisi ile spironolakton, furosemid, propranolol başlandı, takibinde INR 2'nin üstüne çıktığı için K vitamini verildi. Hasta yatışının dokuzuncu gününde yatışı reddederek servisten ayrıldı. Başvurusunda istenen HIV-RNA $1,9 \times 10^5$ IU/L, HBV DNA $2,1 \times 10^7$ IU/L, CD4 yetersiz hücre olarak saptandı. Hastaya ilaçlarını düzenli kullanması ve poliklinik kontrolü önerildi.

Sonuç: HIV/HBV koenfeksiyonu HBV replikasyonunu kolaylaştırır ve hepatit B'nin doğal seyrini olumsuz etkiler. HIV ile yaşayan bireylerde HBV enfeksiyonu taranmalı ve karaciğer ilişkili komplikasyonları azaltmak amacı ile HBV'ye de etkili ART başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: antiretroviral tedavi, dekompanse siroz, HIV/HBV koenfeksiyonu

Laboratuvar Parametrelerinin Takibi

TARİH	Mart 2015	Temmuz 2015	Aralık 2015	Ağustos 2016	Ocak 2017	Aralık 2021	Nisan 2024	10 Eylül 2024	12 Eylül 2024	25 Eylül 2024
Beyaz küre (10 ⁹ /L)	3.4	5.6	3.8	5.7	6.5	6.3	3.7	4.0	3.6	5.2
Hemoglobin (g/dl)	12.3	13.6	15.1	13.9	16	15.1	14.6	12.8	11	11.6
Lenfosit(10 ⁹ /L)	0.8	2.2	1.6	2.0	2.5	2.1	1.2	1.1	1.06	1.5
Platelet(10 ⁹ /L)	51	117	88	167	113	253	153	68	70	41
AST (U/L)	148	93	97	57	26	20	463	935	600	375
ALT (U/L)	104	46	84	30	19	17	500	629	400	265
Total Bil./Direkt Bil.(mg/dl)	0.86/0.69	1.57/0.93	0.75/0.24	0.9/0.59	0.3/0.2	0.2/0.1	0.9/0.3	7.3/6.6	6.2/5.7	6.5/5.1
Kreatinin (mg/dl)	0.9	0.8	0.7	0.7	0.6	0.6	0.6	0.6	0.7	0.9
GFR (ml/dk/1.73m ²)	112	101	106	106	115	113	108	106	100	92
Albumin (g/L)	1.6	2.5	2.9	2.79	4.09	4.6	3.5	2.2	2.8	2.6
INR	1.6	1.2	1.4	1.19	1.09	-	1.2	1.7	2.1	1.5
AFP(mg/L)	22	-	3.09	8.06	2.6	-	2.1	10.6	-	11.3
HBV-DNA (IU/ml)	2.5x10 ⁸	6.39x10 ³	5.63x10 ⁸	Negatif	Negatif	-	1.2x10 ⁸	2.1x10 ⁷	-	-
HIV-RNA (IU/ml)	8.98x10 ⁵	<100	1.5x10 ⁵	<100	Negatif	Negatif	1.5x10 ⁵	1.9x10 ⁵	-	515
CD-4 Yüzdesi/ Sayısı mm ³	%13,8 110	%18,5 407	%10,4 166	%16,5 330	%19 475	%18 378	%13 156	Yetersiz hücre	-	-
HbeAg	Pozitif	-	-	Pozitif	Negatif	-	Negatif	-	-	-
AntiHbe	Negatif	-	-	Pozitif	Pozitif	-	Pozitif	-	-	-

PS-37 \ POSTER BİLDİRİ

Tenofovir alafenamid tedavisi alan HIV'li bireylerin değerlendirilmesi: İzmir'den gerçek yaşam deneyimi

Esra Duru Öz, Emel Eroğul, Esra Uğur Atıcı, Sabri Atalay
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Tenofovir alafenamid (TAF) HIV ve hepatit B enfeksiyonu tedavisinde kullanılan bir ön ilaçtır. Tenofovir disoproksil fumarata (TDF) kıyasla daha düşük böbrek ve kemik yan etkisi olduğu bildirilmektedir. Bununla beraber son yıllarda yapılan çalışmalarda TAF tedavisi ile kan lipid düzeylerinde değişiklik, kardiyovasküler risk artışı bildiren yayınlar mevcuttur. Bu çalışmada TAF temelli rejim kullanan HIV'li bireylerin klinik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Bu retrospektif çalışma SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniğinde takipli ve 2018-2023 tarihlerinde yeni TAF temelli tedavi başlanan veya TDF temelli bir rejimden geçiş yapılan HIV'li bireyler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Başka bir rejimden geçiş yapılan olgular çalışmaya alınmamıştır.

Hastaların sosyo-demografik verileri ile bazal ve 48. haftalardaki HIV RNA, CD4 + T lenfosit sayısı, biyokimyasal parametreleri, HbA1c, glomerüler filtrasyon hızı (eGFR), ASCVD kardiyak risk skoru, NAFLD skoru, kilo ve vücut kitle indeksi incelenmiştir. Bunun yanında HT, DM, dislipidemi için yeni tedavi başlanma durumu da incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya tedavi deneyimsiz 183 ve TDF temelli rejimden geçiş yapılan 53 hasta olmak üzere toplam 236 hasta alınmıştır. Hastaların 213'ü (%90.2) erkek, yaş ortalaması 39.5 (min:18; max:76) yıldır. Hastaların CD4 sayıları değerlendirildiğinde, bazal CD4 sayısı 383 hücre/mm³, 48. haftada ise 741 hücre/mm³ olarak bulunmuştur. CD4+T lenfosit sayılarındaki artış tedavi deneyimli ve deneyimsiz grupta sırasıyla; 179 ve 358 olarak bulunmuştur. HIV RNA düzeyi hastaların %91'inde <200 kopya/mL, %80'inde <50 kopya/mL saptanmıştır.

Hastaların kan lipid düzeyleri değerlendirildiğinde, TDF'den geçiş yapılan hastalarda total kolesterol, LDL, trigliserit düzeylerinde azalma görülürken, tedavi deneyimsiz hastalarda artış saptanmıştır. Her iki tedavi grubunda da başlangıca göre HDL düzeylerinde artış ve ortalama %5 oranında kilo artışı saptanmıştır. Hastaların metabolik parametrelerindeki geçiş Tablo-1'de sunulmuştur. Her iki hasta grubunda da eGFR değerinde %7'lik azalma saptanmıştır. ASCVD skorunda 48 haftanın sonunda tedavi deneyimsiz grupta artış saptanmazken, deneyimli hasta grubunda ASCVD skoru %10' ten %20' ye yükselmiştir. NAFLD skorunda her iki hasta grubunda da benzer oranlarda düşüş saptanmıştır. Risk skorlarındaki geçiş Tablo-2'de sunulmuştur. Tedavi geçişini yapılan ve deneyimsiz hasta grubunda sırayla hipertansiyon tedavisi başlanan olgu sayısı 5 ve 1; hiperlipidemi tedavisi 5 ve 5; diyabet tedavisi başlanan 2 ve 5 olarak saptandı.

Sonuç: TAF temelli rejim kullanan olgularımızda 48 haftalık tedavi sonunda; yüksek immünolojik ve virolojik etkinlik elde edilmiştir. Sınırlı oranda kilo artışı saptanırken, HDL dışında lipid artışı saptanmamıştır. eGFR ve NAFLDP skorunda azalma saptanırken, ASCVD skorunda belirgin artış saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: HIV, Metabolik etkiler, TAF

Metabolik risk skorlarındaki değişimi

Skor	TDF'den TAF'a geçiş yapılanlar Bazal	TDF'den TAF'a geçiş yapılanlar 48. Hafta	Tedavi deneyimsiz Bazal	Tedavi deneyimsiz 48. Hafta
eGFR mL/dk	102	95	103	95
ASCVD (%)	10	20	10	10
NAFLD (<-1,455 - >0,675)	-2,72	-2,9	-2,75	-2,95

: 48 hafta sonunda kan lipitleri ve kilo değişimi

Parametreler	TDF'den TAF'a geçiş yapılanlar Bazal	TDF'den TAF'a geçiş yapılanlar 48. Hafta	Tedavi deneyimsiz Bazal	Tedavi deneyimsiz 48. Hafta
Total Kolesterol	237 mg/dL	226 mg/dL	172 mg/dL	193 mg/dL
LDL	137 mg/dL	127 mg/dL	105 mg/dL	118 mg/dL
Trigliserit	230 mg/dL	212 mg/dL	140 mg/dL	145 mg/dL
HDL	52 mg/dL	56 mg/dL	40 mg/dL	46 mg/dL
Total Kolesterol/HDL	4,42	4,28	4,45	4,25
Ağırlık	72,4 Kg	76,7 Kg	72,1 Kg	76,5 Kg

PS-38 \ POSTER BİLDİRİ

Merkezimizde takipli HIV ile enfekte hastalarda lenfoma birlikteliğinin değerlendirilmesi

Fatma İlgi Tolu, Damla Ertürk, Süheyla Kömür, Ferit Kuşçu, Ayşe Seza İnal, Aslıhan Candevir, Behice Kurtaran, Yeşim Taşova

Çukurova Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Adana

Amaç: İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV) enfeksiyonu hücrel bağışıklığın bozulmasına neden olarak hastaları fırsatçı enfeksiyon ve malignite oluşumuna yatkın hale getirmektedir. HIV ile yaşayan bireylerde malign hastalık insidansının diğer bireylere göre yüksek olduğu ve bu hasta grubunda mortaliteyi artırdığı bilinmektedir. HIV enfeksiyonu olan kişilerde kronik antijenik stimülasyon, inflamasyon ve sitokin disregülasyonu vardır ve bunlar lenfoma ve diğer kanserlerin gelişimine neden olur. AIDS tanımlayıcı durumlar HIV'den ciddi şekilde etkilenen kişiler arasında ortaya çıkar ve düşük CD4 sayısı ve yüksek viral yükün göstergesidir. AIDS tanımı netleştikçe, Kaposi sarkomu, agresif B hücreli lenfomalar ve invaziv servikal kanser, HIV enfeksiyonu olan hastalarda geliştiğinde AIDS tanımlayıcı kanserler olarak kabul edilmiştir. Çalışmamızda HIV ile enfekte bireylerde lenfoma tanısı konan 15 olgunun epidemiyolojik özelliklerinin irdelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: 1 Ocak 2000- 20 Eylül 2024 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji kliniğine başvuran ve HIV enfeksiyonu veya AIDS nedeniyle izlenen 1600 hastaya ait tıbbi kayıtlar retrospektif olarak incelenmiş olup etik kurul onayı alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 15 hastanın hepsi erkekti. Hastaların yaş ortalaması 43(min:29 max:71), tanı anında ortalama CD4 sayısı 224 HS/ μ L (min:14HS/ μ L, max: 564HS/ μ L) şeklinde bulundu. Tanı anındaki HIV RNA düzeyi ortalama 951.621 cp/ml idi (max:2794000 cp/ml, min:279 cp/ml). Hastaların ortalama antiretroviral tedavi(ART) kullanma süresi 31 ay(min:2, max:108) olarak bulundu. HIV ve lenfoma tanısı eş zamanlı konulan hastalar %26,7, önce HIV tanısı konulan hastalar %46,7 önce lenfoma tanısı konulan hastalar %26,7 olarak hesaplandı. Hastaların 2'si Hodgkin lenfoma, 13'ü Nonhodgkin lenfomaydı(NHL). NHL alt tiplendirmesinde 3 tanesi Diffüz Büyük B hücreli lenfoma(DBBHL) 4 tanesi Burkitt lenfoma(BL) olarak saptandı. Hastaların 12 tanesinde en az 1 tane eşlik eden AIDS tanımlayıcı hastalık bulunmaktaydı ve hastaların %33,3 exitus olmuştu, %46,7 şifa olarak kabul edildi, %13,3'ünün takip ve tedavisine devam edilmektedir. Tüm hastaların EBV IGG antikoru pozitif. Lenfoma tanısı sonrası ortalama yaşam süresi 25 ay olarak bulundu.

Sonuç: HIV enfeksiyonu tanısı ve lenfoma hastalık tanısı esnasında konabildiği gibi, HIV ile enfekte olguların yaklaşık yarısında ART almaktayken lenfoma gelişmektedir. ART kullanılmaya başlanması, performans durumunu ve bağışıklık fonksiyonunu iyileştirerek; fırsatçı enfeksiyonların ve AIDS tanımlayıcı malignitelerin insidansını azaltarak HIV ile enfekte hastalarda beklenen yaşam süresini artırmıştır. Bununla birlikte, NHL hala AIDS ile ilişkili ölümlerin önde gelen nedenini oluşturmaktadır. Bunlar arasında DBBHL ve BL en sık görülen tiplerdir. Sistematik tarama yöntemleri ve farkındalık, HIV ile enfekte bireylerde erken tanı ve sağ kalım oranlarını artırabilir.

Anahtar Kelimeler: AIDS Tanımlayıcı Hastalık, HIV Enfeksiyonu, Lenfoma, Malignite

PS-39 \ POSTER BİLDİRİ

Kliniğimizde takip edilen HIV ile yaşayan bireylerin dermatolojik bulgularının retrospektif olarak incelenmesi

Sena Buse Beydilli Topcu¹, Ayşe İnci¹, Zuhale Erçin², Burak Sarıkaya¹, Derya Özyiğitoğlu¹, Ayça Aydın¹, Emine Parlak¹, Levent Görenek¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan 2.Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan 2.Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Dünya genelinde 2023 verilerine göre 39,9 milyon HIV ile enfekte birey yaşamaktadır. Etkin ve ulaşılabilir antiretroviral tedavinin yaygınlaşmasıyla birlikte HIV ile enfekte bireylerde yaşam süresi uzamış ve toplam hasta sayısı artmıştır; dolayısıyla bu bireylerde görülen ek hastalıkların yönetimi önem kazanmıştır. Yapılan çalışmalarda HIV ile enfekte bireylerde cilt bulgularının daha yaygın hale geldiği ve yaklaşık %90-95'inde görüldüğü belirtilmiştir. Çalışmamızın amacı kliniğimizde takipli olan HIV ile yaşayan bireylerde dermatolojik bulguların saptanması ve CD4+T lenfosit sayısı ile ilişkisinin incelenmesidir.

Gereç-Yöntem: 1 Ocak 2022 ve 1 Ağustos 2024 arasında kliniğimizde takip edilen 402 HIV ile yaşayan birey çalışmamıza dahil edilmiştir. Bu hastaların anamnez, konsültasyon ve tetkik sonuç bilgileri hastane bilgisayar kayıtları üzerinden retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza dahil edilen 402 hastanın 204'ünde (%50,7) takipleri boyunca en az bir dermatolojik bulgu saptanmıştır. Dermatolojik bulgu saptanan hastaların cinsiyet dağılımına baktığımızda 20'sinin (%9,8) kadın, 184'ünün (%90,2) erkek olduğu görülmüştür.

Dermatolojik bulgu saptanan toplam 204 hastanın 19'unun (%9,3), bu dermatolojik şikayeti için başvurduğu poliklinik muayenesinde yapılan tarama ile HIV tanısı aldığı görülmüştür.

Dermatolojik incelemede en sık saptanan bulgular sırasıyla dermatofitoz (%13,1), verrü (%9,2), kaşıntı (%5,7), skabiyez (%4,9), seboreik dermatit (%4,7) olarak bulunmuştur. Oral kandidiyaz, sifilitik lezyonlar, herpes simpleks enfeksiyonu, Kaposi sarkomu, herpes zoster diğer dikkat çeken bulgulardır. Saptanan 37 farklı bulguya ait veriler Tablo 1'de özetlenmiştir.

Dermatolojik bulguların CD4+ T lenfosit sayısı ile ilişkisi incelendiğinde CD4 sayısının oral kandidiyazlı hastalarda ortalama 81±104/mm³ ve Kaposi sarkomlu hastalarda ortalama 44±51/mm³ olduğu dikkat çekmiştir.

Sonuç: HIV ile yaşayan bireylerde dermatolojik bulgu görülme sıklığının arttığı bilinmektedir. Çalışmamızda en sık saptanan bulgular sırasıyla dermatofitoz, verrü, kaşıntı, skabiyez, seboreik dermatit olarak bulunmuştur.

Saptanan bulgulardan bir kısmı cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan (CYBE) olup HIV dışındaki CYBE açısından korunmasız cinsel ilişkiden kaçınılmasının tavsiye edilebileceğini düşünmekteyiz. Ayrıca verrü ve herpes zoster sık görülebilmekte olup bu bulguların human papilloma virüsü ve varisella zoster virüsü aşılı ile önlenilebileceğini düşünmekteyiz.

İmmünyüpresyon ile ilişkili görülebilecek deri bulguları, HIV/AIDS'te daha sık görülebilen deri bulguları veya bazı deri bulgularının atipik seyri ile karşılaşıldığında hastanın HIV ile enfekte olma durumunun akılda tutulması gerektiği ve buna yönelik tarama yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

HIV ile yaşayan bireylerin takibinde; deri bulgularının daha şiddetli olabilmesi, tedaviye dirençli olabilmesi ve nükslerin yaşanabilmesi açısından dermatoloji anabilim dalı ile birlikte çalışmanın faydalı olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: CD4+T lenfosit, Dermatolojik bulgu, HIV ile yaşayan birey

Tablo 1. Olgularımızın dermatolojik bulguları ve CD4+T lenfosit ortalama değerleri

Dermatolojik Bulgu	Hasta Sayısı	Hasta Yüzdesi	CD4+ T Lenfosit Sayısı Ortalaması
Dermatofitoz	53	%13,1	553 ± 366
Verrü	37	%9,2	473± 354
Kaşıntı	23	%5,7	567 ± 348
Skabiyez	20	%4,9	732 ± 338
Seboreik dermatit	19	%4,7	476 ± 473
Follikülit	19	%4,7	633 ± 340
Oral kandidiyaz	17	%4,2	81 ± 104
Sifiliz – primer şankr	14	%3,4	438 ± 402
Herpes simpleks enfeksiyonu	12	%2,9	378 ± 306
İlaca bağlı döküntü	10	%2,4	378 ± 502
Kaposi sarkomu	9	%2,2	44 ± 51
Alopesi	9	%2,2	819 ± 356
Sifiliz – sekonder dönem deri lezyonu	9	%2,2	490 ± 362
Herpes zoster	7	%1,7	392 ± 249
Selülit	7	%1,7	253 ± 342
İrritan /allerjen kontakt dermatit	7	%1,7	514 ± 397
Kserozis	7	%1,7	422 ± 466
Fronkül	6	%1,4	573 ± 524
Akne vulgaris	6	%1,4	998 ± 84
Aftöz stomatit	5	%1,2	395± 243
Hidradenitis suppurativa	4	%0,9	338 ± 132
Psoriasis	4	%0,9	528 ± 153
Karbonkül	3	%0,7	541 ± 731
Ürtiker	3	%0,7	355 ± 92
Diyabetik ayak enfeksiyonu	2	%0,4	24
Liken planus	2	%0,4	506
Atopik dermatit / Egzama	2	%0,4	938
Epidermal kist	2	%0,4	473 ± 632
Bazal hücreli karsinom (BCC)	1	%0,2	558

Sebase hiperplazi	1	%0,2	854
Lobüler kapiller hemanjiom	1	%0,2	19
Foliküler müsinöz	1	%0,2	493
Molluskum contagiozum	1	%0,2	392
El ayak ağız hastalđı	1	%0,2	968
Staz dermatiti	1	%0,2	81
Dekübit ülseri	1	%0,2	16
Keloid skar	1	%0,2	976

PS-40 \ POSTER BİLDİRİ

Merkezimizde takip edilen HIV ile yaşayan bireylerde gelişen komorbiditelerin CD4 T Lenfosit sayısı ve CD4/CD8 T Lenfosit oranı ile olan ilişkisinin değerlendirilmesi

Ömer Faruk Yardımcı, Ferit Kuşcu, Damla Ertürk, Ayşe Seza İnal, Süheyla Kömür, Aslıhan Candevir, Behice Kurtaran, Yeşim Taşova

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Adana

Amaç: Genel nüfusla karşılaştırıldığında HIV ile yaşayan kişilerde, uzamış yaşam süresi, risk faktörlerine daha fazla maruz kalma, belirli antiretroviral tedaviler ile ilişkili yan etkiler ve HIV ile ilgili faktörler nedeniyle komorbidite gelişme olasılığı daha yüksektir. HIV ile yaşayan kişilerin uzun vadeli sağlık yönetimini iyileştirmek amacıyla olası bir komorbidite gelişiminin ilişkili olabileceği parametreleri değerlendirmek istedik. Merkezimizde takip edilmeye başlanan tedavi naif HIV enfeksiyonu bulunan bireylerin, takiplerinde gelişen komorbidite varlığının başlangıç CD4 T lenfosit sayısı ve başlangıç CD4/CD8 T lenfosit oranı ile olan ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

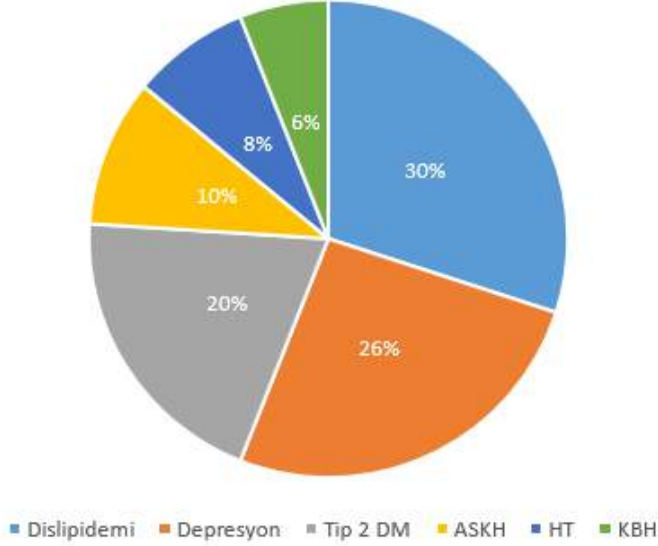
Gereç-Yöntem: Polikliniğimizde Ocak 2014-Aralık 2015 yılları arasında yeni tanı konulmuş, tedavi naif, 18 yaş ve üzeri HIV ile yaşayan bireyler çalışmaya dahil edilmiştir. Veriler, hastanemizin otomasyon sistemi olan Mergentech HBYS üzerinden alınmış olup retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Yaş, cinsiyet, tanı anındaki CD4 T lenfosit sayıları, CD4/CD8 T lenfosit oranı, takip sırasında gelişen komorbidite varlığı değerlendirilmiştir. Çalışmaya alınan kişilerin tümü takip sürecine hastanemizde devam etmiş olup halen merkezimizde takip edilmektedir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 83 kişinin yaş ortalaması $38,3 \pm 13,4$ idi ve 66'sı (%79,5) erkekti. Takip sırasında 44 (%53) kişide komorbidite gelişmişti. Bu kişilerin 15'inde (%34,1) dislipidemi, 13'ünde (%29,5) depresyon, 10'unda (%22,7) tip 2 diabetes mellitus, 5'inde (%11,4) aterosklerotik kalp hastalığı, 4'ünde (%9,1) hipertansiyon, 3'ünde (%6,8) kronik böbrek hastalığı gelişmişti (Şekil-1). Komorbidite gelişen 44 kişinin tanı anındaki ortalama CD4 T lenfosit sayısı 338 HS/ μ l iken, komorbidite gelişmeyen 38 kişinin tanı anındaki ortalama CD4 T lenfosit sayısı 458 HS/ μ l idi ($p=0.048$) (Şekil-2). Komorbidite gelişen grubun tanı anındaki CD4/CD8 T lenfosit oranı 0,459 iken, gelişmeyen grubun CD4/CD8 T lenfosit oranı 0,476 idi ($p=0.431$). Takibinde komorbidite gelişen kişilerin 15'inde (%34,1) başlangıç CD4 T lenfosit sayısı <200 HS/ μ l, 20'sinde (%45,4) 200-500 HS/ μ l, 9'unda (%20,4) >500 HS/ μ l idi. **Sonuç:** Merkezimizde yeni tanı alan tedavi naif 83 HIV ile yaşayan birey ile yapılan bu çalışmada başlangıç CD4 T lenfosit sayısı takip sürecinde komorbidite gelişenlerde gelişmeyenlere göre daha düşük bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Başlangıç CD4/CD8 T lenfosit oranı komorbidite gelişenlerde gelişmeyenlere göre daha düşük bulunmuş olup bu analiz istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır. HIV ile yaşayan bireylerin ortalama yaşam süresinin arttığı günümüzde, gelişecek olası komorbidite ve polifarmasi bu kişilerin izleminde her zaman göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: CD4 T lenfosit, HIV, komorbidite

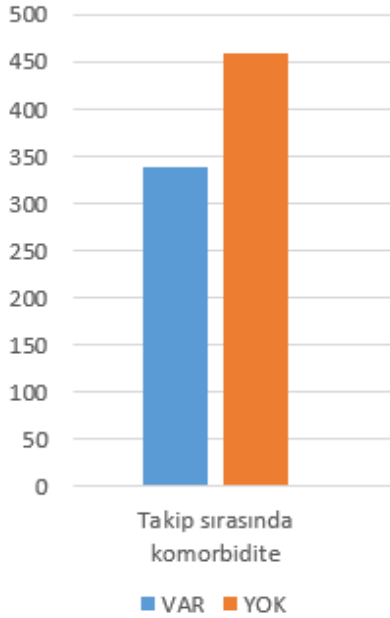
Şekil-1

Takipte gelişen komorbidite



Şekil-2

Ortalama CD4 sayısı



PS-41 \ POSTER BİLDİRİ

Kutanöz nodüler lezyonlarla başvuran yeni tanı HIV olgusunda ölümcül seyreden diffüz büyük B hücreli lenfoma

Güliz Uyar Güleç, Şerife Barçın Öztürk, Serkan Öncü

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Aydın

Amaç: HIV, çeşitli mekanizmalarla kanserojen ve lenfomagenik etkiler göstermektedir. Diffüz büyük B hücreli lenfoma (DBBHL), HIV ile yaşayan bireylerde en sık görülen Non-Hodgkin lenfoma alt tipidir ve önde gelen bir morbidite ve mortalite nedeni olmaya devam etmektedir. Köken aldığı hücreye veya mutasyon profiline göre heterojen bir hastalık olan DBBHL genellikle büyümüş lenf düğümleri veya hızla büyüyen kitle ile birlikte hastaların %30'unda ateş, gece terlemesi ve kilo kaybını içeren B semptomları ile ortaya çıkar. Hastaların yaklaşık %50'sinde ekstrasnodal tutulum vardır. Mide veya gastrointestinal sistem tutulumunu cilt tutulumu takip eder. Çeşitli paraneoplastik sendromlar da görülebilir. Antiretroviral tedavi (ART) öncesi dönemde, standart doz kemoterapinin yüksek oranda toksisitesi ile sonuçlar kötü iken ART'nin kullanıma girmesi ve enfeksiyon profilaksisinin dahil edilmesi, geleneksel yoğun kemoterapi rejimlerinin kullanılmasına izin vermiştir. Bu çalışmada HIV antikör pozitifliği saptandığı halde ileri inceleme yapılmayan, yaygın kutanöz nodüllerden lenfoma tanısı alan bir olgu sunulacaktır.

Olgu: Yaklaşık 2 ay önce barsak perforasyonu nedeni ile dış merkezde opere edilen 49 yaşında erkek hastaya, o dönemde HIV testinin pozitif olduğu söylenmiş. Tarafımıza son 1 aydır umbilikal bölgeden başlayıp tüm vücuda yayılan hafif ağrılı, hareketli, elastik kıvamda nodüler lezyonlar ile başvurdu. Yakınmalarına kilo kaybı, iştahsızlık, yorgunluk da eşlik ediyordu, ateşi olmamıştı. Genel durumu orta, halsiz, vital bulguları stabildi. Tetkiklerinde HIV antikoru pozitif, HIV-1 RNA:271000 kopya/ml CD4:411 hücre/ μ L, CD4/CD8 oranı 0.34 saptandı. ART olarak tenofovir disoproksil fumarat/emtrisitabin ve dolutegravir başlandı. Nodüler lezyonların ikisine eksizyonel biyopsi yapıldı. Alınan örnekte asidorezistan boyama negatifti, tüberküloz kültüründe üreme olmadı. Patoloji sonucunda hastaya DBBHL tanısı kondu. Lenfoma tedavisi planlandı. Hastanın seyrinde dirençli hipoglisemileri olması üzerine dekstroz desteği sağlandı. Endokrinoloji tarafından da değerlendirilen hastada adrenal yetmezlik düşünülmüdü. Yatışının 13. gününde hipoglisemi ile birlikte bilinç bulanıklığı gelişen, kan şekeri düzenlenmesine rağmen bilinç bozukluğu devam eden hasta yoğun bakıma alındı. Bilinç letarjik, kooperasyon ve oryantasyon olmayan, BT'de patoloji saptanmayan hastada bulgular hiponatremiye (Na:125 mmol/L) bağlandı. Genel durumu kötüleşen, metabolik asidoz gelişen hasta entübe edildi. Aynı gün içinde asistoli gelişen hasta eksitus oldu. Sağlık güvencesi olmayan hastanın buna yönelik işlemleri devam ederken lenfoma kemoterapisini alamadı.

Sonuç: HIV ile yaşayan bireylerde DBBHL klasik olarak agresif özellikler gösterir. ART ile eş zamanlı kemoterapinin faydalı olduğu gösterilmiştir. HIV ile birlikte ölümcül seyreden enfeksiyonlar ve kanserler gibi diğer hastalıkların erken tanı ve tedavisinin sağlanması için sağlık politikalarının bu açıdan gözden geçirilmesi yerinde olacaktır.

Anahtar Kelimeler: antiretroviral tedavi, diffüz büyük B hücreli lenfoma, HIV, prognoz

Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma, kutanöz nodüler lezyonlar



Yeni tanı hiv olgusunda tüm vücutta yaygın kutanöz nodüler lezyonlar

PS-42 \ POSTER BİLDİRİ

HIV ile yaşayan bireylerde Hepatit B aşısının etkinliği

Sümevra Demir, Ferit Kuşçu, Ayşe Seza İnal, Damla Ertürk, Süheyla Kömür, Behice Kurtaran, Yeşim Taşova, Aslıhan Candevir

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Adana

Amaç: Amacımız HIV ile yaşayan hastanemize başvuru sırasında hepatit B açısından bağışıklama ihtiyacı olan hastaların araştırılması ve aşıya cevabının tespit edilmesidir.

Gereç-Yöntem: 2018 ile 2020 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniğine başvuran HIV ile yaşayan bireylerin sistemdeki verileri ve aşılanma bilgileri tarandı. Hasta verileri Excell veri tabanına kayıt edildi. Jamovi istatistik programı ile deskriptif analizleri yapıldı.

Bulgular: Toplam 347 hasta verisi tarandı ve hastaların % 75,5'inin bağışık olduğu saptandı. Anti HBs negatif ve daha önce aşılanmamış hastaların 4'ünün takip sırasında aşılanmadığı (2'si ex) 81'ine ise aşı uygulandığı tespit edildi. Bu kişilerin % 90,1'i (n=73) erkek idi, yaş ortancası 35 (18-63) olarak tespit edildi. Hastaların hiçbirinde hepatit C ko-enfeksiyonu yoktu. Tüm hastalara ART başlanmış idi. Hastaların % 46,9'u (n=38) 0,1,6. Aylarda çift doz hepatit B aşısı, 19 kişiye (% 23,5) farklı şemalarda 3 doz aşı yapılmış. 24 hasta (% 29,6) ise 2 veya daha az doz hepatit B aşısı almıştır.

Aşı yanıtı %80,2 (n= 65) olarak tespit edilmiştir. Aşı yanıtı olmayan 11 hasta tekrar aşılanma şemasına alınmıştır. 3 kişi aşı yanıtı olduğu halde antikor seviyesinin düşmesi üzerine tekrar aşılanmıştır. Toplam aşı cevabı %93,8 (n=76) olarak tespit edilmiştir. Hastaların HIV RNA ve CD4 lenfosit sayılarının tanı anında, aşı yapılmadan önce ve ART tedavilerinin 1. Ay ve 1 yılındaki değerleri tablo 1'de gösterilmiştir.

Sonuç: Sonuç olarak takip ettiğimiz HIV ile yaşayan bireylerde hepatit B aşılması etkili bulunmuştur. Literatür ile karşılaştığımızda tek doz yapılan aşıya göre çift doz aşıların daha etkili olduğu izlenmiş ve çalışmamızdaki yüksek etkililik oranı yapılan çift doz aşılamaya bağlanmıştır. İlk aşılanma programında antikor gelişmeyen hastaların tekrar aşılanması ile antikor geliştirdikleri dikkati çekmiştir. İlk aşılamaya cevap vermeyen hastaların tekrar aşılanma programına alınması önerilir ancak daha fazla sayıda hasta ile çalışmaya ihtiyaç vardır.

Not: 1.Yıldaki yüksek HIV RNA ortalaması antiretroviral tedaviye uyumsuz olduğu düşünülen hastalara bağlanmıştır

Anahtar Kelimeler: Aşı, Hepatit, HIV, Yanıt

Hastaların HIV RNA ve CD4 lenfosit sayılarının tanı anında, aşı yapılmadan önce ve ART tedavilerinin 1. Ay ve 1 yılındaki değerleri.

	Tanı CD4	Aşı CD4	1.ay CD4	1.yıl CD4	Tanı HIV RNA	Aşı HIV RNA	1.ay HIV RNA	1.yıl HIV RNA
N	81	81	64	71	81	81	59	72
Ortalama	395	449	558	687	368937	1341188	702	1994
Standart sapma	190	189	221	256	118000000	359363	3575	15800
Ortanca	360	421	585	704	66000	40100	69	0.00
IQR	290	274	324	390	252100	92251	166	29.8
Range	776	778	950	1154	10000000	3010000	27300	134000
En alt değer	78	112	34	172	0	0	0	0
En üst değer	854	890	984	1326	10000000	3010000	27300	134000
Shapiro-Wilk W	0.965	0.974	0.977	0.984	0.287	0.350	0.177	0.106
Shapiro-Wilk p	0.028	0.099	0.269	0.484	<.001	<.001	<.001	<.001

PS-43 \ POSTER BİLDİRİ

Hastanemizde 2022-2024 yılları arasında sifiliz tanısı alan hastalarda HIV birlikteliğinin araştırılması

Şebnem Şenol Akar¹, Tuğçe Ergül¹, Esra Erdem Kıvrak¹, Deniz Özer¹, Çiğdem Banu Çetin¹, Sinem Akçalı²

¹Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilimdalı, Manisa

²Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilimdalı, Manisa

Amaç: Sifiliz; *Treponema pallidum*'un neden olduğu, doğru tedavi edilmediği takdirde ciddi komplikasyonlara yol açabilen cinsel yolla bulaşan (CYB) bir enfeksiyondur. Bulaş yollarının ortak olması sifiliz tanısı alan hastalarda HIV enfeksiyonu görülme olasılığını artırmıştır. Bu çalışmada sifiliz tanısı alan bireylerde saptanan yeni tanı HIV vaka sıklığının araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Ocak 2022-Ağustos 2024 tarihleri arasında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde sifiliz tanısı alan hastalar retrospektif olarak taranmıştır. Çalışmaya 18 yaş ve üzeri, nontreponemal (VDRL) ve treponemal (TPHA) test sonuçları pozitif saptanan ve/veya sifiliz ile tedavi öyküsü varlığında önceki VDRL titresine göre anlamlı yükselme izlenen hastalar dahil edilmiştir. Hastaların yaş, cinsiyet, ilk başvurusunda bakılan Anti-HIV seroloji sonucu, hastanın ilk başvurusunda hangi sifiliz evresinde olduğu hastane sistemi taranarak kayıt edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 1 Ocak 2022-1 Ağustos 2024 yılları arasında poliklinik başvurusu olan 47 hasta dahil edildi. Hastalar arasında hastanemiz dermatoloji kliniği başta olmak üzere diğer polikliniklerden ve dış merkezlerde yapılan tarama testlerinde treponemal veya non-treponemal testlerde pozitiflik saptanması nedeniyle yönlendirilen hastalar da mevcuttu. 1 hasta tanı anında bakılmış Anti HIV serolojisi olmadığı için çalışma dışı bırakıldı. Dahil edilen 46 hastanın 35(%76)' i erkekti, yaş ortalaması 40±11 olarak hesaplandı. Hastaların 11(%24) tanesinin Anti HIV sonucunun reaktif olarak sonuçlanması nedeniyle yollanan doğrulama testleri pozitifti. Yedi hasta primer, 13 hasta sekonder, 26 hasta ise latent sifiliz enfeksiyonu evresindeydi. Diğer veriler tabloda gösterilmiştir.

Sonuç: Sifiliz çok farklı klinik tablolara yol açabilen multisistemik bir hastalıktır. Çalışmamızda da çeşitli semptomlar ile farklı branşlara başvuran hastalara yapılan muayene ve laboratuvar testleri sonuçlarına göre hastalarda farklı evrelerde sifiliz enfeksiyonuna rastlanmıştır. Hastaların öykülerinde korunmasız cinsel ilişki öyküsü ve çoklu cinsel partnerlerinin olduğu görüldü. Yaklaşık dört sifiliz hastasının birinde HIV pozitifliği saptamış olmamız literatür ile uyumlu olarak gözlenmiştir. Klinik veya serolojik olarak sifiliz düşünülen hastalarda HIV başta olmak üzere diğer CYB hastalıklar açısından da tarama yapılmasının önemi çalışmamız ile tekrar vurgulanmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: HIV, koenfeksiyon, sifiliz

Çalışma sonucunda elde edilen verilen özet tablo

	HIV ile koenfekte(n=11)	HIV ile koenfekte olmayan(n=35)
Cinsiyet		
Kadın	-	11
Erkek	11	24
Yaş		
18-45	9	25
45-65	2	8
>65	-	2
Sifiliz Evresi		
Primer	2	5
Sekonder	4	9
Latent	5	21
Cinsel Tercih		
Heteroseksüel	2	13
MSM*/Biseksüel	9	22

*MSM: 'Men who had sex with men'

PS-44 \ POSTER BİLDİRİ

HIV ile yaşayan ve AIDS dışı komorbidite yükü yüksek olan ileri yaştaki kişilerden oluşan gerçek yaşam kohortunda B/F/TAF'a geçiş

C. Miralles¹, B. Van Welzen², S. Mcconkey³, B. Trottier⁴, D. Elbirt⁵, S. Scholten⁶, F. Bonnet⁷, A. Uriel⁸, Y. Tasova⁹, R. Harrison¹⁰, A. Marongiu¹⁰, B. Gandhi Patel¹¹, L. Sarmati¹²

¹İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Álvaro Cunqueiro Hospital, Vigo, İspanya

²Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, University Medical Centre Utrecht, Utrecht, Hollanda

³RCSI University of Medicine and Health Sciences, Dublin, İrlanda

⁴Clinique de Médecine Urbaine du Quartier Latin, Montreal, Kanada

⁵Kaplan Medical Center and Faculty of Medicine, Hebrew University of Jerusalem, Kudüs, İsrail

⁶Praxis Hohenstaufenring, Köln, Almanya

⁷Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, Bordo, Fransa

⁸Enfeksiyon Hastalıkları ve Tropikal Hastalıklar Anabilim Dalı, North Manchester General Hospital

⁹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri, Enfeksiyon Hastalıkları, Türkiye

¹⁰Gilead Sciences, Stockley Park, Birleşik Krallık

¹¹Gilead Sciences, Inc., Foster City, Kaliforniya, ABD

¹²Klinik Enfeksiyon Hastalıkları, Sistem Tıbbi Bölümü, Tor Vergata University, Roma, İtalya

Genel Bilgiler: HIV ile yaşayan ileri yaştaki kişilerde yaş ile ilişkili komorbiditelerin prevalansı yüksektir. 50 yaş ve üzeri, komorbidite ve eşzamanlı ilaç yükü yüksek olan HIV ile yaşayan kişilerde (HİYK),

biktegravir/emtrisitabin/tenofovir alafenamid (B/F/TAF) tedavisine geçmenin etkisini değerlendirdik.

Bulgular: B/F/TAF tedavisine geçen 50 yaş ve üzeri 401 HİYK çalışmaya dahil edildi; medyan yaş 56 idi; katılımcıların %86'sı erkek, %81'i Beyaz; %18'i 65 yaş ve üzerindeydi. Hastaların sırasıyla %65'i/%21'i/%14'ü INSTI-/NNRTI-

/güçlendirilmiş PI temelli rejimlerden geçiş yaptı. Başlangıçta görülen komorbiditeler arasında kardiyovasküler (%48), nöropsikiyatrik (%34) ve kas-iskelet sistemi (%28) hastalıkları yer alıyordu; katılımcıların %22'si ≥ 5

eşzamanlı ilaç kullandığını bildirdi. 24. ayda, katılımcıların %96'sında (315/328) viral yük < 50 k/mL idi; viral baskılama oranları farklı yaş, cinsiyet, ırk gruplarında ve tedavi değişikliği sırasında en az 2 komorbiditesi/en az 5

komedikasyonu olan gruplarda benzerdi. B/F/TAF tedavisine karşı direnç gelişimi olmadı. Katılımcıların %13'ünde (54/401) ilaç ilişkili advers olay (İİAO), %0.2'sinde (1/401) ciddi İİAO görüldü. Tedavinin bırakılmasına yol açan İİAO oranı %7 idi (27/401). Laboratuvar bulguları stabil kalırken lipid, renal veya karaciğer parametrelerinde kötüleşme

olmadı (Tablo). 24. ayda medyan (Q1, Q3) kilo değişimi +1.0 kg (-1.3, 3.2) idi. Bu kohorttaki katılımcılara yaygın şekilde reçete edilen komedikasyonlar ve B/F/TAF arasında klinik açıdan anlamlı herhangi bir ilaç-ilac etkileşimi

olması beklenmedi. 24. ayda B/F/TAF ile tedavi devamlılığı oranı %90 idi (359/401). Tedavi memnuniyeti başlangıçta yüksekti ve 12 ay süreyle artmaya devam etti (medyan [Q1, Q3] HIVTSQc: +24.5 [13.0, 29.0]; n=290).

Sonuç: Komorbidite prevalansının yüksek olduğu, HIV ile yaşayan, 50 yaş ve üzeri kişilerden oluşan bu kohortta, B/F/TAF tedavisine geçiş çok etkili olmuştur ve genel olarak iyi tolere edilmiştir. 24 aylık dönemde kardiyometabolik ve renal parametreler stabil kalmıştır ve tedavi devamlılığı oranları yüksek seyretmiştir. Bu veriler, HIV ile yaşayan

ileri yaştaki kişilerde B/F/TAF'a geçişin güvenli olduğunu desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: HIV, Komorbidite, İleri yaş

Tablo. 24. Ayda Laboratuvar Parametrelerinde Değişimler

Parametre, medyan (Q1, Q3)	Başlangıç	24. Ayda Değişim
eGFR, mL/dk/1.73 m ² [n=204]	84.7 (74.1, 102.3)	-5.0 (-13.7, 1.8)
ALT, U/L [n=263]	24.0 (19.0, 32.0)	+1.0 (-4.0, 7.4)
AST, U/L [n=220]	25.0 (20.9, 31.0)	+1.0 (-4.0, 5.0)
Total kolesterol, mg/dL [n=197]	181.7 (150.8, 214.3)	-1.9 (-26.3, 21.3)
Total kolesterol: HDL oranı [n=173]	4.1 (3.1, 4.7)	-0.1 (-0.6, 0.5)

PS-45 \ POSTER BİLDİRİ

Antiretroviral tedavi altında HIV RNA negatif bir hastada gelişen Non-Hodgkin Lenfoma olgusu

Bahar Kandemir, Rukiyye Bulut, İbrahim Erayman, Rümeyza Çağan Kabak

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Konya

Amaç: İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV) enfeksiyonu, hücrel bağışıklığın bozulmasına neden olarak kanserlerin gelişimine yatkınlık oluşturur. Kaposi sarkomu, non-Hodgkin lenfoma (NHL) ve invaziv servikal karsinom AIDS tanımlayıcı maligniteler olarak belirlenmiştir. NHL, antiretroviral tedaviye (ART) zayıf uyum ve düşük viral baskılanma ile ilişkilendirilmiştir. HIV ile yaşayan bireylerde, ART ile NHL insidansı belirgin şekilde azalsa da hala bu bireylerde görülen kanserlerin %21'ini oluşturmakta ve mortaliteye neden olmaktadır. Bu vaka bildiriminde, ART almakta ve HIV RNA'sı negatif iken NHL tanısı alan ve hematolojik kür sağlanan HIV ile yaşayan bir birey sunulmuştur.

Olgu: HIV enfeksiyonu tanısıyla 5 yıldır düzenli ART almakta olan 54 yaşında erkek hasta en son kontrolünden 1 ay sonra kusma şikayetiyle başvurduğu dış merkezde çekilen batın tomografisinde nekrotizan lenfadenopati odakları görülmesi üzerine başvurdu. Hasta sorgulandığında kilo kaybı, ateş ve gece terlemesi şikayetlerinin de olduğu öğrenildi. Genel durumu iyi, bilinci açık olan hastada epigastrik hassasiyet ve bilateral eser miktarda pretibial ödem haricinde patolojik fizik muayene bulgusu yoktu. Hastanın batın tomografisinde paraaortik alanda yer yer konglomere karakterde yuvarlak şekilli çok sayıda lenfadenopati görülmesi üzerine hasta hematolojiye yönlendirildi. Tetkiklerinde HIV RNA negatif, CD4 T lenfosit sayısı $438/\text{mm}^3$ (%22) idi. Genel cerrahi tarafından paraaortik alandan eksizyonel lenf nodu biyopsisi yapıldı. Histopatoloji sonucu AIDS ilişkili bir lenfoma tipi olan CD 30 pozitif EBV ilişkili large B cell lenfoma olarak raporlandı. Kemik iliği incelemelerinde lenfoma infiltrasyonu görülmedi. Hastaya hematoloji tarafından NHL protokolünde kemoterapi başlandı. Kemoterapi başladıktan sonra bulantı-kusma nedeniyle ART'sini düzenli kullanmadığını ifade eden hastanın HIV RNA düzeyi 102.000 kopya/ml'ye yükseldi, CD4 T lenfosit sayısı $59/\text{mm}^3$ (%8) idi. Elvitegravir/kobisistat/emtrisitabin/tenofovir disoproksil fumarat kullanmakta olan hastanın antiretroviral tedavisi tenofovir alafenamid/emtrisitabin/biktegravir olarak değiştirildi ve trimetoprim/sulfametoksazol profilaksisi başlandı. Tenofovir alafenamid/emtrisitabin/biktegravir tedavisinin 6. ayında HIV RNA negatifleşti. Kemoterapi protokolü tamamlanan hastaya hematoloji, NHL açısından tedavisiz izlem planladı. Hematolojik açıdan 3 yıldır tedavisiz izlemde olan hastanın tarafımızca ART ile takibi devam etmekte olup güncel tetkiklerinde HIV RNA negatif, CD4 T lenfosit sayısı $>200/\text{mm}^3$ dir.

Sonuç: HIV ile yaşayan bireylerde NHL riski artış gösterebilmektedir. Hastaya ART tedavisi altında multidisipliner bir yaklaşımla kemoterapi ve/veya cerrahi tedavilerin uygulanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: HIV, non-Hodgkin lenfoma, tedavi

Anahtar Kelimeler: HIV, NON HODGKİN LENFOMA, TEDAVİ



HIV/AIDS
Korunma
ve Eğitim
Derneği



HIV/AIDS KONGRESİ
2024

5 - 8 ARALIK 2024

Xanadu Resort Otel Belek Antalya

www.hivaidskongresi2024.com

- HIV enfeksiyonu ve eşlik eden enfeksiyonlar -

PS-46 \ POSTER BİLDİRİ

HIV ve Koefeksiyon: Demografik ve klinik verilerin değerlendirilmesi

Firdevs Aksoy, Hanife Nur Karakoç Parlayan, Dilek Çoşkuner Yılmaz, Gürdal Yılmaz
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Trabzon

Amaç: HIV enfeksiyonu, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve diğer bulaşıcı hastalıklarla birlikte görülebilir. HIV ile yaşayan kişilerde (HİYK) koefeksiyon varlığı önemli bir klinik sorun teşkil etmektedir. Bu çalışmada, merkezimizde takip edilen HIV pozitif yetişkinlerde sifiliz ve diğer koefeksiyonların birlikteliği incelenmiştir.

Yöntem: Bu retrospektif çalışma, Ocak 2022 - Eylül 2024 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran, 18 yaş üstü HIV ile yaşayan bireyleri kapsamaktadır. Yaş, başlangıç ve son CD4 değerleri, başlangıç ve son HIV RNA seviyeleri, sifiliz, hepatit B (HBV), hepatit C (HCV), tüberküloz birlikteliği ve komorbiditeler değerlendirilmiş ve cinsiyet açısından farklılıklar istatistiksel olarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 99 hasta dahil edilmiştir. Bu hastaların 73'ü (%73.7) erkek, 26'sı (%26.3) kadındı. Ortalama yaş 49.1 ± 13.2 yıl olarak saptanmıştır. Erkeklerin yaş ortalaması 49 ± 12.7 yıl, kadınların yaş ortalaması ise 49.2 ± 14.9 yıl olarak bulunmuş ve cinsiyetler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p = 0.935$).

Hastaların 29'unda (%29.3) eşlik eden komorbiditeler mevcuttu. En sık görülen komorbiditeler diabetes mellitus (%9.1) ve hipertansiyon (%8.1) idi. Ayrıca, 31 hastada (%31.3) koefeksiyon saptanmıştır. En sık rastlanan koefeksiyon sifiliz olup, 19 hastada (%19.2) görülmüştür. Bunu viral hepatitler (%9.1) ve tüberküloz (%2) izlemiştir. Koefeksiyon birlikteliği açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Son takiplerde, 6 hasta (1 kadın, 5 erkek) dışında tüm bireylerde HIV RNA negatifliği sağlanmış olup, CD4 sayıları 200'ün üzerinde bulunmuştur.

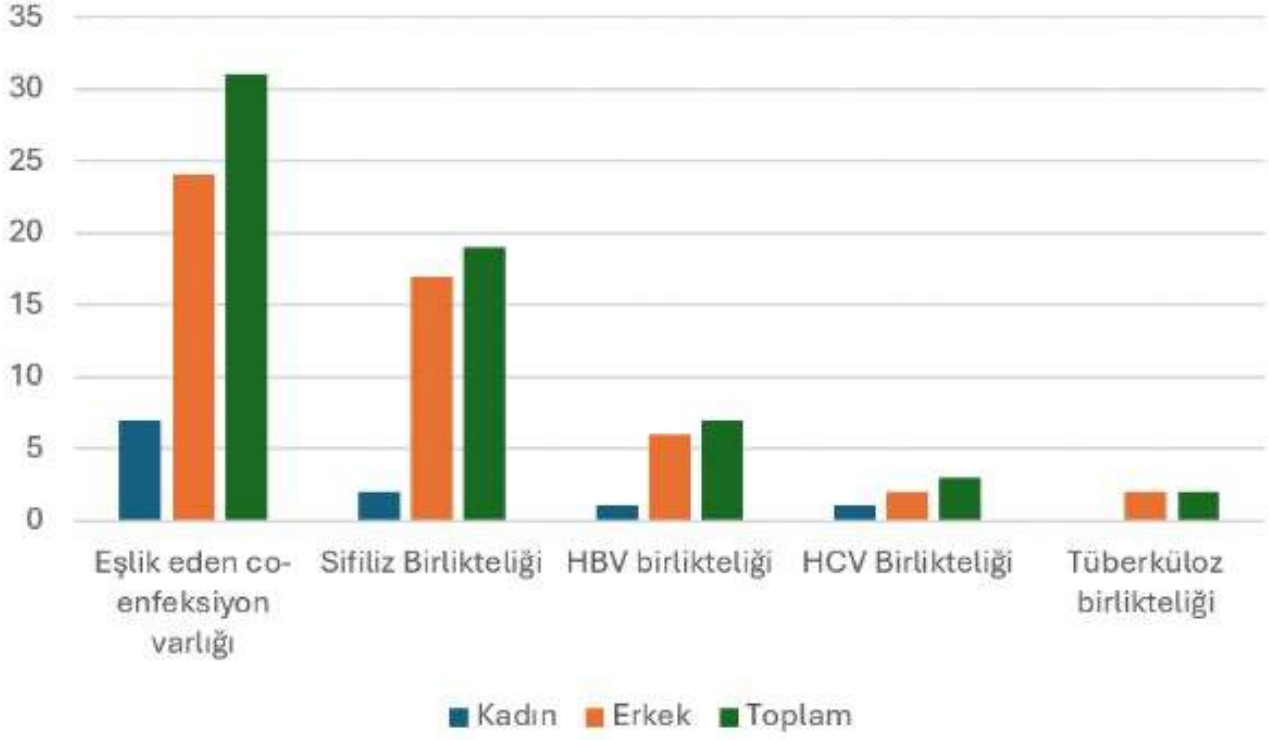
Sonuç: HIV ile yaşayan bireylerde koefeksiyonlar, hastalığın klinik yönetimini zorlaştırabilir ve morbiditeyi artırabilir. Bu çalışmada, sifiliz en sık görülen koefeksiyon olarak saptanmıştır. Cinsiyet farkı açısından anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir. HIV tedavisinin etkili olduğu ve büyük çoğunlukta viral baskılanmanın sağlandığı gözlemlenmiştir. HIV pozitif bireylerde düzenli tarama ve takip, koefeksiyonların erken teşhisi ve yönetimi açısından kritik önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: HIV, Koefeksiyon, sifiliz

Demografik ve Klinik Özellikler ile Koefeksiyon Durumları

	Kadın (n:26)	Erkek (n:73)	Toplam (n:99)	p değeri
Yaş (ortalama (ss))	49.19 (14.88)	48.95 (12.68)	49.01 (13.21)	0.935
Başlangıç CD 4 değeri (ortanca (min-max))	431.95 (38-952)	365.51 (9.3-960)	381.7 (9.3 - 960)	0.771
Başlangıç HIV RNA değeri (ortanca (min-max)) /ortalama	773073.16 (320-5x10 ⁶)	2565261.49 (10435400.79)	2149998.3 (320 - 81)	0.058
Son CD4 değeri (ortalama (sd))	856.04 (394.06)	724.06 (378.65)	758.1 (31 - 1720)	0.143
Son HIV RNA değeri (ortanca (min-max)) or ortalama (: 0(0-1019)		15439.39 (120484.64)	11470.7 (0 - 102100)	0.567
Eşlik eden komorbidite varlığı	4 (15.4)	25 (34.2)	29 (29.3)	0.083
Eşlik eden co-enfeksiyon varlığı	7 (26.9)	24 (32.9)	31 (31.3)	0.631
Sifiliz Birlikteliği	2 (7.7)	17 (23.3)	19 (19.2)	0.144

Eşlik eden Koenfeksiyonlar



PS-47 \ POSTER BİLDİRİ

2023-2024 yıllarında HIV tanısı alan bireylerde Hepatit A, Hepatit B, Hepatit C, Kızamık, Kabakulak, Su Çiçeği Virüsleri ve TORCH Grubu mikroorganizma serolojilerinin incelenmesi

Beyzanur Karahan, Semanur Kuzi, Dilek Bulut, Nesibe Korkmaz, Sevinç Kaya Andıç, Gönül Çiçek Şentürk
Etlik Şehir Hastanesi

Giriş: İnsan İmmün Yetmezlik Virus (HIV), Hepatit B Virüs (HBV) ve Hepatit C Virüs (HCV) benzer şekilde cinsel yol, parenteral yol ve perinatal olarak bulaşabilmektedir. HIV ile enfekte kişilerde HBV ve HCV koenfeksiyonları görülebilmektedir. Toksoplazma gondii, Rubella, Sitomegalovirüs (CMV) ve Herpes simples (HSV) virüsleri (TORCH grubu) benzer klinik belirtilere neden olabilen ve HIV ile enfekte kişilerde enfeksiyonlara ve nökslere yol açabilen mikroorganizmalardır. HIV pozitif bireylerde bağışıklama ve hastalık yönetiminde Hepatit virüsler (HAV, HBV, HCV), Kızamık, kabakulak, su çiçeği virüsleri ve TORCH grubu mikroorganizmaların serolojik profillerinin belirlenmesi önemlidir ve çalışmamızda son bir yılda yeni tanı alan HIV ile enfekte bireylerde bu mikroorganizmaların serolojik profillerinin irdelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Şubat 2023- Eylül 2024 tarihleri arasında Etlik Şehir Hastanesi'nde Anti-HIV testi reaktif saptanan ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Referans Laboratuvarı'nda doğrulama testi ile HIV tanısı alan hastalar retrospektif olarak incelendi. Takiplerine hastanemizde devam eden hastaların tedavi öncesi tetkiklerinde istenmiş olan HAV, HBV, HCV, Kızamık, kabakulak, suçiçeği virüsleri ve TORCH grubu mikroorganizmalara ait serolojik testler geriye dönük değerlendirildi. Veriler hastane bilgi sistemi üzerinden elde edildi.

Bulgular: Şubat 2023- Eylül 2024 tarihleri arasında ilk defa HIV tanısı alan ve takiplerine hastanemizde devam eden 170 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 147'si (%86,5) erkekti. Median yaş 41 (min-max 18-81)'di. Hastaların 13'ünde (%7,6) HBV koenfeksiyonu ve birinde (%0,5) HCV koenfeksiyonu görüldü. Tüm serolojik sonuçlar Tablo 1'de gösterildi.

Sonuç: HIV ile enfekte bireylerde HBV ve HCV koenfeksiyonların araştırılması, aşı ile önlenemeyen viral enfeksiyonlar veya fırsatçı enfeksiyonlara yol açabilen mikroorganizmaların serolojilerinin bilinmesi tedavi sürecinde önem arz etmektedir. Günümüzde artan HIV sıklığı göz önüne alındığında, bireylerin tedavi ve takip süreçlerinde serolojik testlerin yapılması ve bağışıklık sistemi baskılanmış bu hasta grubunda mevcut serolojik durumlarının değerlendirilerek kişilere bu konuda bilgi verilmesi önemlidir. Mikroorganizma türüne göre kişilere bulaş yolları ve koruyucu tedbirler anlatılmalı; gerekli hallerde aşılama yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İnsan immün yetmezlik virüsü, koenfeksiyon, hepatit

Tablo 1. HIV ile enfekte bireylere ait serolojik tetkiklerin sonuçları

	Pozitif n (%)	Ara değer n (%)	Negatif n (%)	Toplam n (%)
HBsAg	13 (7,6)	-	157 (92,4)	170 (100)
Anti-HBs	81 (47,6)	-	89 (52,4)	170 (100)
Anti-HBc IgG	44 (26,2)	-	124 (73,8)	168 (100)
Anti HCV	1 (0,5)	-	169 (99,5)	170 (100)
Anti HAV IgG	130 (76,5)	-	40 (23,5)	170 (100)
Anti Toxoplasma IgG	58 (34,5)	-	110 (65,5)	168 (100)
Anti CMV IgG	168 (98,8)	1 (0,5)	1 (0,5)	170 (100)
Anti Rubeola IgG	111 (80,4)	13 (9,4)	14 (10,1)	138 (100)
Anti Rubella IgG	145 (87,3)	-	21 (12,7)	166 (100)
Anti Mumps IgG	97 (82,9)	5 (4,3)	15 (12,8)	117 (100)
Anti VZV IgG	142 (89,8)	6 (3,8)	10 (6,3)	158 (100)
Anti HSV Tip 1 IgG	115 (83,9)	1 (0,7)	21 (15,3)	137 (100)
Anti HSV Tip 2 IgG	55 (42,9)	3 (2,3)	70 (54,7)	128 (100)

PS-48 \ POSTER BİLDİRİ

HIV/HBV koenfeksiyonu olan hastada HBsAg serokonversiyonu ile sonuçlanan IRIS

Deniz Yüce Yıldırım

Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İzmir

Amaç: HIV/HBV koenfeksiyonunda HIV, hepatit B'nin seyrini genelde olumsuz yönde etkiler. Burada HIV/HBV koenfekte olup antiretroviral tedavi başlandıktan sonra IRIS'e bağlı HBV reaktivasyonu gelişen ve HBsAg serokonversiyonu olan olgu sunulmuştur.

Olgu: 42 yaşında bilinen hastalığı olmayan erkek hasta inguinal bölgede yara şikayetiyle başvurusu sonrası erken sifiliz ve EİYS tanısı aldı. Tetkiklerinde HIV RNA:24100 cp/mL, CD4:%18, CD4 sayısı:255/mm³, Hbsag:pozitif, Anti-HBC IGM:negatif, Anti-HBC IGG:negatif, Anti-Hbs:negatif, HbeAg:pozitif, Anti-Hbe:negatif, HBV DNA:5250000 IU/mL, KCFT normal saptandı. Hastaya TDF/FTC+DTG tedavisi başlandı. Tedavinin 4. haftasında hasta karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Tetkiklerinde AST:728 IU/L ALT:774 IU/L total bilirubin:0,75 mg/dL direk bilirubin:0,43 mg/dL, Batın USG:Akut kolesistit ile uyumlu bulundu. Hasta genel cerrahi servisine yatırıldı. Medikal tedavi ile izlenip taburcu edildi. Taburculukta ciprofloksasin po reçete edildi. 1 hafta sonra kontrole gelen hastanın karın ağrısı yoktu, vücutta hafif kaşıntı şikayeti vardı. Tetkiklerinde AST:946 IU/L ALT:1433 IU/L ALP:219 IU/L GGT:243 IU/L total bilirubin:2.04 mg/dL direk bilirubin:1,59 mg/dL PT- APTT- INR:normal saptandı. HIV RNA:186 cp/mL, Anti-HBC IGM:pozitif, Delta antikoru:negatif, HbeAg:pozitif, Anti-Hbe:negatif saptandı. Hasta ileri tetkik amaçlı yatırıldı. Diğer tetkiklerinde Anti-HAV IGM:negatif, Anti-HCV:negatif, otoimmün hepatit antikoru negatif saptandı. HBV DNA:678000 IU/mL bulundu. Az miktar alkol kullanımı dışında toksik madde öyküsü yoktu. Koledokolityazis şüphesi ile MRCP çekildi. MRCP ön raporunda koledokta taş olması nedeniyle hasta ERCP yapılabilecek merkeze sevk edildi. Bu sırada hastanemizde çekilen MRCP kati raporu: 'Safra kesesinde 1-1.5cm boyutlu taşlar mevcut. İntra-ekstrahepatik safra yolları, hepatik kanal, ana pankreatik kanal, koledok normal' şeklinde raporlandı. Dış merkezde mevcut tedavisine entekavir eklendiği öğrenildi. KCFT değerlerinin gerilemesi üzerine hasta ERCP yapılmadan taburcu edildi. Diğer sebeplerin ekarte edilmesi ile hastadaki hepatik alevlenmenin IRIS'e bağlı HBV aktivasyonu olduğu düşünüldü. Gastroenteroloji önerisi ile 1 ay boyunca TDF/FTC+DTG+entekavir kullandı. ART başlanmasından 4 ay sonraki kontrolünde; HBeAg serokonversiyonu olduğu, ART başlanmasından 7 ay sonraki kontrolünde; HBsAg serokonversiyonu olduğu görüldü. Sonraki takiplerinde HIV RNA negatifleşti. Halen polikliniğimizde; HIV RNA negatif, HBV DNA negatif, Hbsag:negatif, HbeAg:negatif, Anti-Hbe:pozitif, Anti-Hbc IGG:pozitif, Anti-Hbs:pozitif şekilde takip ve tedavisine devam edilmektedir.

Sonuç: HIV'in hepatit B enfeksiyonunun hızlı ilerlemesine yol açması ve siroz riskini artırması nedeniyle HIV/HBV koenfeksiyonunda tedaviye erken başlanmalıdır. Bu hastalar tedaviye başlandıktan sonra IRIS'e bağlı HBV reaktivasyonu açısından dikkatli izlenmelidir. İmmün sistemin bozuk olması nedeniyle bu hastalarda HBsAg kaybı ve anti-HBs oluşumu güç olmakla birlikte nadiren görülebilir.

Anahtar Kelimeler: HIV/HBV koenfeksiyonu, HBsAg serokonversiyonu, IRIS

PS-49 \ POSTER BİLDİRİ

Akut Hepatit B, Sifiliz ve HIV enfeksiyonu olgusu

Duygu Çerçioğlu Özdemir, Ayşin Kılınç Toker, Zehra Beştepe Dursun, Ayşe Turunç Özdemir, Tuğba Tok Kayseri Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kayseri

Amaç: HIV enfeksiyonu HBV, HCV, sifiliz gibi diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ile birlikte saptanabilmektedir. Koenfeksiyonlar morbidite ve mortaliteyi artırabilmekte ve tedavi kararını değiştirebilmektedir.

Olgu: 34 yaşında erkek hasta; iştahsızlık, bulantı ve karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurmuş. Kronik gastrit dışında bilinen hastalığı ve kullandığı ilacı bulunmayan hastanın vital bulguları normal iken, fizik muayenesinde skleralar ve vücudunda ikterik görünüm dışında belirgin bir patoloji saptanmamış. Tetkiklerinde ALT:1521 U/L, AST:1302 U/L, GGT.500 U/L, ALP:98 U/L, total bilirubin/direkt bilirubin:9,5/8,4 mg/dL saptanması üzerine hasta akut hepatit tanısı ile gastroenteroloji servisine yatırılmış. Etiyolojiye yönelik istenen ayrıntılı tetkiklerinde HBsAg, HBeAg, Anti HBeAg, Anti HBc IgM, Anti HBc IgG, Anti HIV ve VDRL tetkiklerinin pozitif saptanması üzerine hasta enfeksiyon hastalıkları servisine devir alındı.

Hasta sorgulandığında sigara kullanımının mevcut olduğu, iki ay kadar önce kadın partner ile korunmasız cinsel ilişki öyküsü olduğu öğrenildi. Hastanın dört yıl önce bakılan ayrıntılı hepatit ve HIV serolojisinin ve 10 ay önce bakılan HBsAg'nin negatif olduğu görüldü. Hastanın HIV doğrulama sonucu pozitif saptandı. WBC: 5,07 103/µL, lenfosit:1,5 103/µL, CD4 lenfosit:397(%26,5), CD8 lenfosit:657(%43,8), TPHA pozitif bulundu. Abdomen ultrasonografide hepatosplenomegali, peripankreatit ve periportal alanda büyüğü 26x18 mm boyutlu olan birkaç adet lenfadenopati izlendi. Tomografi ve ultrasonografide kronik hepatit bulgusu görülmedi.

Hastaya bictegravir 50 mg/emtricitabin 200 mg/tenofovir alafenamid 25 mg ve penisilin G 6x4 milyon IU tedavileri başlandı. HIV-RNA:55861 IU/mL, HBV-DNA:57440 IU/mL olarak sonuçlandı. Nörosifilizi ekarte etmek amacıyla hastaya lomber ponksiyon yapıldı; BOS lökosit, glukoz ve proteini normal, BOS'ta VDRL negatif bulundu. Fırsatçı enfeksiyonlar açısından tarandı. Diğer patojenlerden (HAV, HDV, EBV, CMV, Toksoplazma, Kızamık, Rubella, Varicella, HSV 1-2, Parvovirus) akut enfeksiyon düşündürülen seroloji saptanmadı; otoimmün hepatit tetkikleri negatif sonuçlandı.

Hastanın takibinde karaciğer enzimleri geriledi. Penisilin G tedavisi tamamlandı. Haftalık Benzatin penisilin G 2,4 milyon IU yaptırması planlanarak hasta taburcu edildi. Tedavinin birinci ay kontrolünde karaciğer enzimlerinin normal, HIV-RNA'nın 164 IU/mL'ye gerilediği görüldü.

Sonuç: Bu olguda akut hepatit B, sifiliz ve yeni tanı HIV enfeksiyonu birlikteliği olan bir hasta sunulmuştur. Hastanın riskli cinsel temas öyküsünün bulunması, eski hepatit ve HIV serolojisinin negatif olması, görüntüleme yöntemlerinde kronisiteye ait bulgu saptanmaması sebebiyle akut enfeksiyon düşünülmüştür. Akut hepatit tablosu ile başvuran veya riskli cinsel temas öyküsü bulunan hastalarda, cinsel yolla bulaşan tüm hastalıkların taranması; koenfeksiyonların erken tanı ve tedavi olanağı ve bulaş zincirinin kırılması açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: akut hepatit B, HIV, koenfeksiyon, sifiliz

PS-50 \ POSTER BİLDİRİ

Edinsel immünyetmezliği olan olguda görülen otosifiliz

Ongay Külirkin Kara, Sedat Köse, Şule Mertel, Aslı Haykır Solay, Dilek Bulut, Nesibe Korkmaz, Semanur Kuzi, Gönül Çiçek Şentürk
ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

Amaç: Sifiliz her sistemi tutabilen, farklı belirti ve bulgularla tanı alabilen bir enfeksiyon hastalığıdır. HIV ile yaşayan bireylerde daha sıktır ve otosifiliz gibi az görülen formlara daha sık rastlanmaktadır. Otosifiliz, sifilizin her döneminde ortaya çıkabilir. Tanı vestibülokohear semptomları olan ve başka olası nedeni olmayan hastalarda genellikle serolojiler konulur. Burada yaygın döküntüyle gelen, eş zamanlı HIV ve sifiliz tanısı alan, muayenede işitme kaybı saptanan otosifiliz hastası tartışılacaktır.

Olgu: Vücudundaki kızarıklıklar nedeniyle polikliniğe başvuran 54 yaşında erkek hastanın muayenesinde gövdede ve avuç içinde pigmente maküler döküntüleri ve işitmesinde azalma mevcuttu. Hastanın üç yıl önce korunmasız cinsel temasının olduğu öğrenildi. Tetkiklerde TPHA ve VDRL (1/8 titrede) pozitif, anti-HIV reaktif saptandı. HIV doğrulama pozitifliği görülünce ileri tetkik ve tedavi için servise yatırıldı. Kontrastlı beyin manyetik rezonans görüntüleme patoloji saptanmadı. Odyometride; bilateral hafif dereceli sensorinöral işitme kaybı saptandı. Otosifiliz ön tanısıyla lomber ponksiyon yapıldı. BOS'ta (beyin omurilik sıvısı) 30 eritrosit, 10 lökosit görüldü. BOS proteini 530mg/dL (150-450 mg/dL), glukozu 49mg/dL (eş zamanlı kan şekeri 118 mg/dL) ve BOS VDRL ile TPHA sonucu negatif olarak saptandı. Döküntüler sifiliz 2. dönem lezyonları olarak değerlendirildi. Tetkikleriyle hastaya otosifiliz tanısı konularak 24 milyon IU penisilin G ve 60 mg/gün metilprednizolon başlandı. Takibinde HIV RNA 627 000 IU/ml, CD4 57 hücre/ μ L gelen hastaya antiretroviral tedavi başlandı. İki hafta tedavi sonrası kontrol odyometrik değerlendirmede hastanın işitme kaybı geriledi. Toplamda 14 gün tedavi sonrası şifa ile taburcu edildi. HIV enfeksiyonu açısından polikliniğimizde kontrolleri devam etmektedir.

Sonuç: Sifiliz *T. pallidum*'un neden olduğu cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyon hastalığıdır. Prevalansı HIV pozitif nüfusta yüksektir. Bu grupta nörosifiliz ve otosifilizin daha hızlı ilerlediğine dair raporlar bulunmaktadır.

Otosifiliz frenginin az tanınan bir komplikasyonudur. Geri dönüşümsüz sensorinöral işitme kaybına (SNHL) yol açabilir. Olgumuzda hastanın işitme kaybı geri dönüşlü olmuştur.

Oküler veya vestibulokohlear tutulum hastalığın her aşamasında ortaya çıkabilir ancak en sık erken evrelerde tanımlanır. Olgumuz sifilizin sekonder evresinde tanı almıştır.

Tedaviden sonra hastaların işitmede iyileşme gösterebileceği ancak bazılarının bazal seviyeye dönmeyeceği belirtilmektedir. 85 vakanın incelendiği bir çalışmada, otosifiliz nedeniyle tedavi alan erkeklerin %93.4'ü ve kadınların %83.3'ünde odyometrik düzelme veya stabil kalma görülmüştür. Olgumuzda da hastanın işitmesi tedavi sonrasında iyileşmiştir.

Otosifiliz, potansiyel olarak tedavi edilebilen az sayıdaki işitme kaybı nedeninden biridir. Bu nedenle vestibülokohear semptomları olan vakalar (özellikle HIV pozitif bireyler) bu yönden de değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: otosifiliz, sifiliz, HIV, enfeksiyon

Hastanın avuç içindeki döküntü



Hastanın avuç içindeki döküntü

Hastanın vücudundaki döküntüler



Hastanın vücudundaki döküntüler

PS-51 \ POSTER BİLDİRİ

Viral supresyon altında tinea corporis'in şaşırtıcı seyri

Semiha Sema Nur Duman, Esra Zerdali, İnci Yılmaz Nakir

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Tinea corporis, dermatofitler olarak adlandırılan mantarların neden olduğu yüzeysel bir cilt enfeksiyonudur. Genellikle vücudun herhangi bir bölgesinde kırmızı, dışa doğru yayılan papüller olarak görülür. Sonunda çıplak ciltte pullu papüllere ve plaklara birleşir. Lezyonlar ilerledikçe, hedef benzeri bir görünüme sahip hipopigmente bir merkezi alan bırakabilir. Bağışıklık sistemi normal olan bireylerde bu enfeksiyon sınırlı bir alanda görülür ve genellikle kolay tedavi edilebilir. Ancak HIV ile yaşayan bireylerde (HIYB) tinea corporis enfeksiyonu daha yaygın, tedaviye dirençli ve şiddetli bir seyir izleyebilir.

Olgu: 67 yaşında erkek hasta kilo kaybı nedeniyle dış merkezde tetkik edilirken Anti-HIV testinin şüpheli pozitif saptanması üzerine polikliniğimize başvurdu. Tetkiklerinde HIV RNA PCR:2594315 U/ml, CD4 sayısı 111 mm³ saptanan hastaya tenofovir alafenamid/emtrisitabin/elvitegravir/kobisistat başlandı. Antiretroviral tedavi (ART) altında düzenli kontrollere gelen hasta tedavisinin 4. yılında gluteal bölgede kaşıntı şikayeti ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede gluteal bölgede ve gövdede birkaç adet anüler şekilli, kenar aktivasyonu gösteren kaşıntılı plak lezyonlar saptandı (resim 1). Güncel tetkiklerinde HIV RNA PCR <20 U/ml, CD4 sayısı 695 mm³ saptandı. Hastanın ART'nin 6. ayından itibaren CD4 sayısı > 350 mm³ olduğu ve viral suprese izlendiği görüldü. İleri tetkikleri planlanarak dermatoloji kliniğine konsülte edildi. Sifiliz antikoruna negatif saptanan hastada ön planda tinea corporis düşünülerek dermatoloji tarafından lokal antifungal tedavi başlandı. Yaklaşık 9 ay süreyle çeşitli lokal antifungal tedaviler alan hastada klinik yanıt alınamaması ve lezyonlarının progresse olması nedeniyle dermatoloji tarafından sağ kol ve sol uyluk iç yüzünden mikozis fungoides, tinea corporis ön tanılarıyla biyopsi alındı. Alınan biyopsi örneğinin raporunda Periyodik asit-Schiff (PAS) ve Giemsa boyama ile seyrek mantar sporu ve hif izlendi, tinea corporis yönünden değerlendirme önerildi. Dermatoloji tarafından lokal ve sistemik antifungal tedavi başlanan hastada semptomlarının başlangıcından 1.5 yıl sonra klinik yanıt alındı. (resim 2)

Sonuç: HIV ile yaşayan bireylerde (HIYB) normalde nadir görülen dermatozların sıklığı artarken aynı zamanda sık görülen dermatozlar da atipik klinik tablolarla karşımıza gelir. Atipik ve tedaviye dirençli dermatozlar genellikle ART'ye başladıktan sonraki ilk altı ay içinde ortaya çıkar veya alevlenir. Bu olgu sunumunda ise tedavisinin 4. yılında ve viral supresyon altında atipik seyirli bir tinea corporis vakasından bahsedilmiştir.

Anahtar Kelimeler: dermatoz, HIV, Tinea corporis

Resim 1



Resim 2



PS-52 \ POSTER BİLDİRİ

HIV Pozitif hastalarda Hepatit A virüsü seroprevalansı

Sevgi Sökülmez Yıldırım, Zehra Karacaer, Aysun Yalçı, Gülden Yılmaz Tehli, Ertuğrul Yazıcı, Mine Filiz
Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Hepatit A virüsü (HAV), kişiden kişiye direkt temas veya enfekte su ve gıda alımıyla fekal-oral yoldan bulaşan, akut viral hepatitlerin etkenlerinden biridir. Oral-anal seks ile de geçiş olmaktadır. Çalışmamızda takibimiz altındaki Human Immunodeficiency Virüs (HIV) ile enfekte bireylerde HAV seroprevalansı ve aşı gerekliliği incelendi.

Gereç-Yöntem: Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği'nde Ocak 2017- Eylül 2024 tarihleri arasında takip edilen 182 HIV ile enfekte birey çalışma kapsamına alınmıştır. Hastaların ilk başvurusundaki HAV serolojileri değerlendirilmeye alınmıştır. HAV seropozitif olan hastalar sorgulandığında aşılınmaya bağlı anti-HAV IgG pozitifliği olan hasta saptanmamıştır.

Bulgular: Enfeksiyon Hastalıkları polikliniğine başvuran, HIV ile enfekte 182 erişkin hastanın 33'ü (%18,1) kadın, 149'u (%81,9) erkek idi. Hastalar doğum tarihlerine göre onar yıllık zaman dilimlerinde değerlendirildi. 1945-1949 yılları arasında doğan 3 hastanın, 1950-1959 yılları arasında doğan 13 hastanın, 1960-1969 yılları arasında doğan 29 hastanın tamamında anti-HAV IgG pozitifliği. 1970-1979 yılları arasında doğan 24 hastanın 23'ünde (%95,8) anti-HAV IgG pozitif iken 1'inde (%4,2) negatifliği. 1980-1989 yılları arasında doğan 55 hastanın 48'inde (%87,3) anti-HAV IgG pozitif iken 7'sinde (%12,7) negatifliği. 1990-1999 yılları arasında doğan 51 hastanın 21'inde (%41,2) anti-HAV IgG pozitif iken 30'unda (%58,8) negatifliği. 2000-2003 yılları arasında doğan 7 hastanın 3'ünde (%42,9) anti-HAV IgG pozitif iken 4'ünde (%57,1) negatifliği.

Sonuç: 1970 öncesi doğan hastaların hepsinde anti-HAV IgG pozitif iken, 1970 sonrası doğanlarda seronegatiflik görülmeye başlanmıştır. Anti-HAV IgG pozitiflik yüzdesi, hasta yaşı küçüldükçe azalmaktadır. 2000 yılı sonrası doğan HIV pozitif bireylerde, hepatit A seropozitifliği %40'lara düşmektedir. Hepatit A aşısı 2012 yılında çocukluk dönemi aşı takvimine girmiştir. Tüm HIV pozitif bireylerde, özellikle 1990-2012 yılları arası doğanlarda anti-HAV IgG bakılarak, seronegatif saptananlara Hepatit A aşısı önerilmelidir. Aşı ile önlenebilen enfeksiyonlarda erişkin aşılmasının önemi vurgulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HIV, HAV, aşı

PS-53 \ POSTER BİLDİRİ

Hiv ile yaşayan kişide testis tümörü ile karışan klamidy enfeksiyonu: Olgu sunumu

Gamze Çolak¹, Osman Gerçek¹, Kemal Ulusoy¹, Kemal Kösemehmetoğlu², Barış Manavlı¹, Petek Şarлак Konya¹
¹Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Afyonkarahisar

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

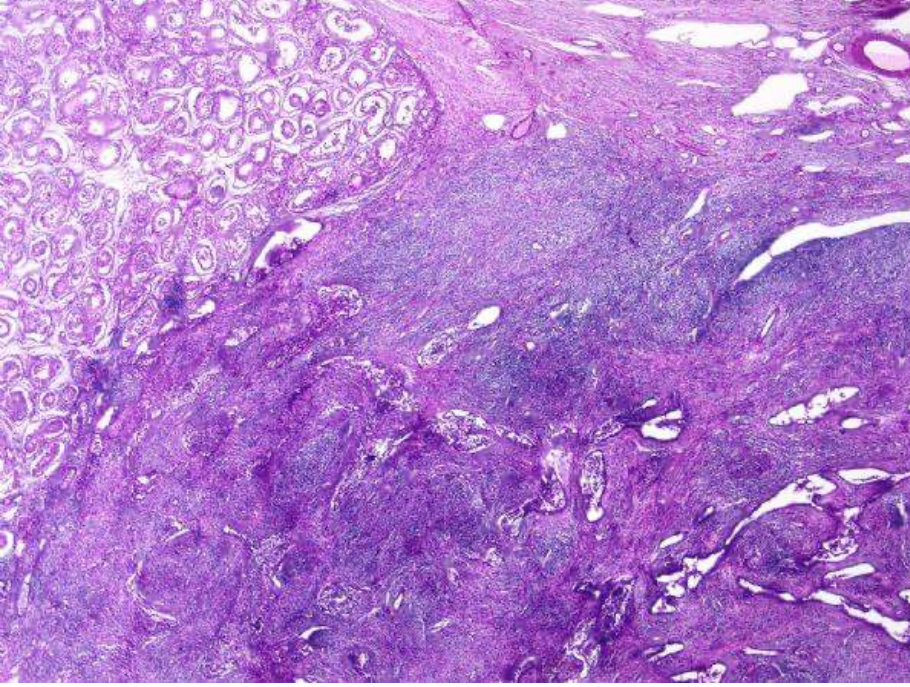
Amaç: HIV ile yaşayan kişilerde maligniteler ve fırsatçı enfeksiyonlar sık görülmekte olup çalışmamızda testiste kitle ile gelen HIV(+) takipli hastada malignite ile karışan Klamidy olgusunu sunduk.

Olgu: 31 yaşında bilinen kronik hastalığı olmayan erkek hasta Anti HIV+, CD4 T lenfosit sayısı 325, HIV RNA 31900 kopya/ml, Anti HCV(-), HBsAg(-), VDRL(-), Anti CMV IgM(-), CMV-DNA(-), Anti Toxoplazma IgM(-) saptandı. Hasta Evre 2 HIV Enfeksiyonu lamivudin + dolutegravir tedavisi başlandı. Tedavinin 2. ayında testiste ağrı, sol inguinal şişlik şikayetiyle başvuran hastada ultrasonda sol testis üst polde yaklaşık 17x11x11 mm boyutlarında, hafif silik ve düzensiz sınırlı, dopplerde minimal vaskülarite içeren, heterojen, hipoekoik nodüler yer kaplayıcı lezyon izlendi. Hastada Brucella Rose bengal testi negatifti. Üroloji tarafından testiste malign kitle ön tanısı ile hastaya sol radikal inguinal orşiektomi yapıldı. Operasyonda gönderilen histopatolojik örnekleme sonucu 'aktif kronik inflamasyon ve rete testis hiperplazisi, inflamasyon belirgin olarak rete testis ve afferent duktusta izlenmektedir, epididim fokal olarak tutulmuştur (klamidy?). Lenfositler CD3 ve CD20 ile karma paternde boyanmıştır. WT1 rete hiperplazisi alanlarında pozitifdir ' şeklindeydi. Patoloji sonucu Klamidy? olan hastanın üretral akıntısı yoktu. Chlamydia trachomatis IgG negatif, IgM pozitif saptanmıştır.

Sonuç: C. trachomatis erkeklerde sıklıkla üretrit, epididimit, prostatite yol açabilir. Skrotal kitle şeklinde prezente olan ve malignite ile karışan C. trachomatis olguları literatürde son derece nadir görülür. Literatürde bununla ilgili çalışmalar olgu sunumları ile sınırlı olup genellikle genç adölesan erkeklerde tanımlanmıştır. Hastamız literatürden farklı olarak 34 yaşındadır. Hastamızda olduğu gibi, literatürdeki olguların bir çoğunda da tanı radikal orşiektomi sonrası patoloji ile konulmuştur. Lokalize Klamidy enfeksiyonlarını tespit etmek için kültür, antijen testleri ve nükleik asit testleri kullanılır. İndirekt yöntemler, kronik/invaziv enfeksiyonun ve postenfeksiyöz komplikasyonların tanısı için uygulanabilecek C. trachomatis'e karşı antikorların saptanmasına bağlıdır. Nükleik asit amplifikasyon testleri en hassas tahlillerdir ve Klamidy tespiti için tercih edilen yöntemlerdir. Antikor birkaç haftalık bir gecikmeyle tespit edilebilir ve antikor titreleri düşük olabileceğinden alt genital sistemin lokal enfeksiyonlarını teşhis etmek için ilk tercih değildir. Literatürde testiküler kitle ile prezente olan C. Trachomatis olgularında tanı için idrarda PCR bakılmış olup merkezimizde bu testin yapılamaması olgumuzun kısıtlı yönüdür. Olgumuzda tanı patolojik olarak konulmuş olup tanıyı desteklemek için gönderilen serolojide Chlamydia trachomatis IgG negatif, IgM pozitif saptanmıştır. Doksisisiklin 2x100 mg po tedavi verilmiştir. Sonuç olarak, HIV enfeksiyonu ile takip ettiğimiz genç erkek hastalarda, C. Trachomatis olgularının değişik prezentasyonlarda karşımıza gelebileceği akılda tutulmalıdır.

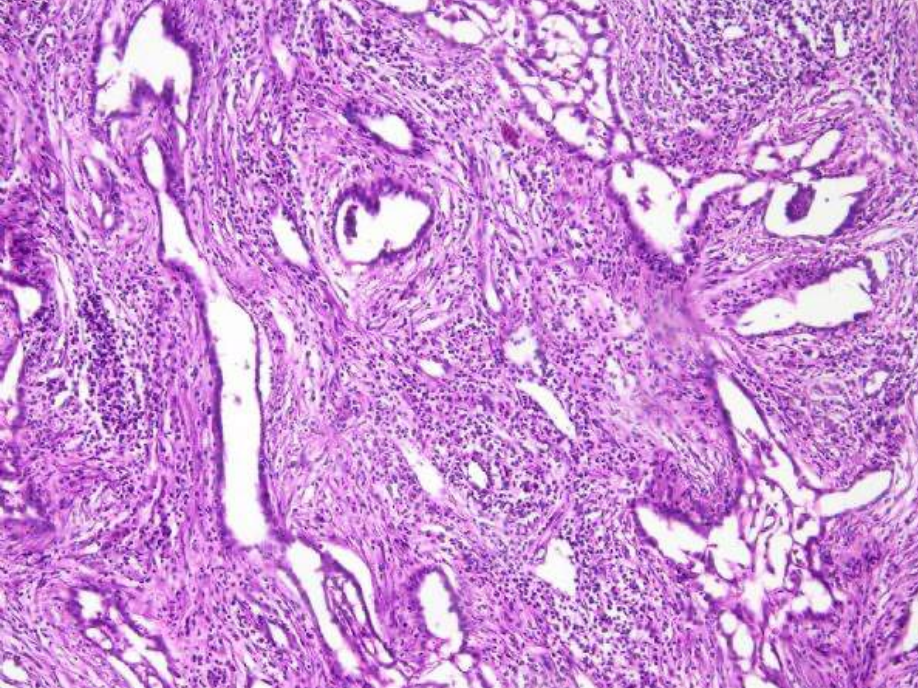
Anahtar Kelimeler: HIV, klamidy enfeksiyonu, testis tümörü

İnguinal orşiektomi operasyonu sırasında alınan materyalin patolojik görüntüleri



Rete testiste yoğun kronik inflamasyon ve hiperplazi

İnguinal orşiektomi operasyonu sırasında alınan materyalin patolojik görüntüleri



Rete testiste yoğun kronik inflamasyon ve hiperplazi (sağ alt) izlenirken testis parankimi (sol üst) korunmuş

PS-54 \ POSTER BİLDİRİ

Maligen sifilis ile tanı alan HIV olgusu

Arzu Nazlı¹, Ceylan Avcı²

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri Ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

Olgu: 32 yaş kadın hasta, Aralık 2022’de, 20 gün önce yüzde başlayan giderek yayılmakta olan akıntılı yaraları olması nedeniyle acil servise başvuruyor. Daha önce de bu şekilde yaralarının çıktığını zaman içinde gerilediğini ifade ediyor. Fizik bakışında; kaşektik görünümde (38kg), öz bakımı kötü, vitalleri stabil, bilinç açık, oryante, koopere, meninks iritasyon bulgusu yok, boyunda bilateral servikal zincirde ağırlı lenfadenopatiler +, aksillar ve inguinal lenfadenopati yok, dinlemekle solunum sesleri olağan ral, ronkus yok, kalp sesleri olağan, üfürüm yok, batın rahat defans rebound yok, karaciğer kot altı 2cm ele geliyor, traube kapalı saptanıyor. Hastanın tüm vücutta (yüz, kollar, bacaklar, karın, sırt) yaygın anüler karakterde eritemli bazıları akıntılı, ülser ve krustalı lezyonlar saptanıyor (Resim 1,2). Hasta, ileri tetkik ve sağaltım amacıyla dermatoloji kliniğine yatırılıyor.

Özgeçmişinde, bilinen ek hastalığı olmadığı, metamfetamin (kristal) inhaler, esrar ve pregabalin kullandığı, madde bağımlısı olduğu, alkol kullanmadığı, günde 1 paket sigara kullandığı (15 paket/yıl sigara), başka ilaç kullanmadığı öğreniliyor. Bir buçuk yıldır cinsel ilişkisi olmadığını söylüyor. 1,5 yıl önce eşinden boşanmış, bekar, 1,5 yaşında oğlu, annesi, babası ve kız kardeşiyle yaşıyor.

Piyoderma gangrenozum ön tanısıyla istenen tetkiklerinde hemogramında lökosit:4800/mm³ %72 nötrofil, %21 lenfosit (1008 hücre/mm³), hemogloblin: 6,5 g/dl, HTC: %21, trombosit: 247.000/mm³, biyokimya testlerinde; üre:8,7 mg/dl, kreatinin:0,58 mg/dl, CRP: 74 mg/dl, INR: 1,1, APTT:31,7 s, saptanıyor. Anemi için yapılan periferik ayaymasında atipik hücre görülüyor. Serolojik tetkiklerinde, HbsAg negatif, AntiHbctotal negatif, antiHbs negatif, anti HCV negatif, Anti-T.pallidum IGM, IGG pozitif, RPR: pozitif (1/64) ve HIV Ag/Ab pozitif, saptanıyor.

Deri biyopsi sonucu: “epidermal ülserasyon, fibrin birikimleri ve ülser sekonder nonspesifik reaktif değişiklikler” olarak sonuçlanıyor.

Maligen sifilis ve HIV enfeksiyonu tanısı konan hastaya lomber ponksiyon planlanıyor ancak hasta kabul etmiyor. Kontrastlı Beyin MRG normal saptanıyor. Göz bakışında özellik saptanmıyor. Boyun ultrasonunda reaktif lenfadenopatiler saptanıyor. Toraks BT’sinde özellik saptanmıyor, Batın BT’sinde karaciğer homojen 21cm ve dalak homojen 15 cm saptanıyor. Tüberkülin deri testi anejrik saptanıyor. CD4+ T hücre sayısı: %33,5 (268 hücre/mm³) saptanıyor. Hastaya 6x4 milyon ünite kristalize pensilin G intravenöz ve dolutegravir+tenofivir disoproksil fumarat/emtricitabin ART rejimi ve CD4+T hücre sayısı <200 hücre olması nedeniyle trimetoprim sülfametoksazol profilaksisi başlanıyor. Tedavinin beşinci gününde kendi isteği ile taburcu oluyor. Takiplerine gelmeyen hastanın, cezaevinde olduğu, antiretroviral tedaviyi düzenli kullanmadığı, başka bir merkezde Temmuz 2024 tarihindeki tetkiklerinde CD4+ T hücre sayısının %25 (222 hücre/mm³) ve viral yükünün: 7510 kopya/ml olduğu öğreniliyor.

Anahtar Kelimeler: Maligen Sifilis, HIV, Piyoderma gangrenozum

Resim 1



Resim 2



PS-55 \ POSTER BİLDİRİ

Oküler sifiliz ile tanı alan HIV olgusu

Büşra Akmaz, Tuna Demirdal

Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Sifiliz, *Treponema pallidum*'un oluşturduğu deri, mukoza ve iç organları tutan zamanında tedavi edilmediğinde kronikleşen bildirimi zorunlu bir hastalıktır. Enfeksiyonun herhangi bir aşamasında gözü etkileyebilir. Oküler sifilizin HIV ile yaşayan kişilerde daha sık olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada oküler sifilize ait bir reaktivasyon olgusu sunulmuştur.

Olgu: 23 yaş erkek hasta dış merkezden sağ gözde intermediyer üveit ile hastanemize yönlendirilmiş. Sağ panüveit ve sol optik disk tutulumuna eşlik eden sırtta döküntüler görülerek sifiliz şüphesi ile dermatoloji polikliniğine yönlendirilmiş. İstenen ELISA tetkikinde sifiliz antikor pozitif saptanmış, 3 hafta süre ile haftada 1 kez uygulanacak şekilde 3 doz 2.400.000 IU benzatin benzilpenisilin reçete edilerek Anti-HIV pozitifliği ile polikliniğimize yönlendirilmişti. Doğrulama testi pozitifliği sonrasında HIV-RNA: 1899 kopya/mL, CD4:%15, 393 hücre/mm³, Venereal Diseases Research Laboratory (VDRL): 1/8 titrede pozitif saptandı. Fizik muayene doğaldı. Hemogram, biyokimya parametreleri olağan sonuçlandı. Hastaya biktegravir sodyum, emtrisitabin ve tenofovir alafenamid fumarat başlandı, nörosifiliz açısından hastanın takibi ve intravenöz tedavi amacıyla hastaya yatış önerildi. Yatışı kabul etmemesi nedeni ile sifilize yönelik seftriakson 2gr/gün intramusküler (IM) 2 hafta süre ile reçete edildi. Antiretroviral tedavinin 4. ayında viral yük negatif saptanan hastanın sifiliz için aldığı tedavinin 3. ayında istenen VDRL: 1/8 titrede pozitif görüldü. Yeniden göz muayenesine yönlendirilen hastaya fundus fluoresein anjiyografisi (FFA) planlanmış. Bilateral optik diskte hiperfloresans, sağ kistoid makula ödemi ve 360 derece yoğun vasküler kaçak görüldü. İşlem planlanmadı ve takip önerildi. Sonraki rutin göz muayenesinde oküler sifilize ait bulguların progresyonu görüldü. Bilinci açık oryante koopere olan ense sertliği, ateş gibi bulguları olmayan ve nörolojik muayenesi normal olan hastaya lomber ponksiyon planlanmadı. Viral yükü baskılı CD4 sayısı %28 ve 697 hücre/mm³ olan hastaya 2 hafta süre ile kullanılmak üzere 2.400.000 IU benzatin benzilpenisilin/gün IM reçete edildi. Tedavinin 6. ayında göz hastalıkları kliniği tarafından değerlendirilen hastada fundus muayenesinde sağ altta ve retinada inflamatuvar birikintilerin azaldığı, bilateral vaskülit görüldüğü ve sol gözde retinit alanlarının normale döndüğü görüldü. İstenen VDRL 1/4 titrede sonuçlandı. Son tedavisinin 1. yılında VDRL 1/2 titrede pozitif saptandı, oküler muayenesinde sifilize ait tutulum gözlenmedi.

Sonuç: Oküler sifiliz, merkezi sinir sistemi (MSS) tutulumu ile görülebileceği gibi MSS tutulumu olmadan da ortaya çıkabilir. Oküler sifilizli tüm hastalar, nörosifilizli hastalarla aynı şekilde tedavi edilmelidir. Özellikle tedavi ve takip uyumu zor olan immünsüprese hasta gruplarında oküler sifilizin tedaviye rağmen progrese olabileceği akılda tutulmalı süreç göz hastalıkları hekimi ile birlikte yönetilmelidir.

Anahtar Kelimeler: HIV, seftriakson, oküler sifiliz



HIV/AIDS
Korunma
ve Eğitim
Derneği



HIV/AIDS KONGRESİ
2024

5 - 8 ARALIK 2024

Xanadu Resort Otel Belek Antalya

www.hivaidskongresi2024.com

- HIV enfeksiyonu ve fırsatçı enfeksiyonlar -

PS-56 \ POSTER BİLDİRİ

CMV retiniti saptanan tedavi uyumsuz ileri evre HIV olgusu

Eren Gülmüş, Esra Uğur, Hale Turan Özden
S.B.Ü. İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç: Sitomegalovirüs (CMV) ciddi immün supresyonu olan HIV ile enfekte hastalarda yaygın veya lokal organ tutulumu yapabilen bir DNA virüsüdür. Klinik; genellikle daha önce CMV ile enfekte olmuş seropozitif bireylerde görülür ve bu durum çoğu kez latent enfeksiyonun reaktivasyonu şeklindedir. CMV özellikle immün supresyonlu kişilerde hepatit, kolit, retinit, özofajit, ensefalit ve pnömöni gibi tablolara yol açabilmektedir. Bu bildiri de tedavi uyumsuz ileri evre HIV enfeksiyonu nedeniyle takip ettiğimiz, CMV retiniti olan bir olgunun tanı ve tedavi açısından irdelenmesi amaçlanmıştır.

Olgu: 32 yaşında erkek hasta bir aydır devam eden yutma güçlüğü, ağız içi beyaz plaklar, öksürük, balgam şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde bir yıl önce edinsel immün yetmezlik(AIDS) tanısı aldığı ve antiretroviral tedavisini (tenofovir disoproksil-emtrisitabin-dolutegravir) düzenli kullanmadığı öğrenildi. Daha önce hastane yatış öyküsü olan hastanın yapılan endoskopik biyopsi patoloji sonucuna göre CMV özofajiti tanısı aldığı ve gansiklovir tedavisi başlandığı ancak hastanın tedaviyi tamamlamadan kendi isteğiyle hastaneden ayrıldığı öğrenildi. Fizik muayenesinde ateş 36,6 °C, nabız 110 atım/dakika, oksijen saturasyonu %96, kan basıncı 102/66 mmHg saptandı. Hastanın bilinci açık, oryantasyon-kooperasyon tam, ense sertliği yoktu. Ağız içinde yaygın beyaz plaklar ve akciğer seslerinde bazallerde bilateral raller mevcuttu. Diğer sistem muayene bulguları normaldi. Laboratuvar testlerinde beyaz küre 4140 hücre/mm³, CRP 54 mg/L, Prokalsitonin 0.01 µg/L, Hemoglobin 8,6 gr/dL, AST:16 U/L, ALT:4 U/L olarak saptandı. CD4 % 3,72 ve mutlak CD4+T lenfosit sayısı 13/mm³ ve HIV RNA: 82300 cp/mL, saptanan hastanın CMV DNA:3910 IU/mL olarak saptandı. Pneumocystis jirovecii pnömöni profilaksisi amacıyla trimetoprim-sulfametaksazol (TMP-SMX), 800/160 mg dozundan başlandı. Takip sürecinde yüksek ateşi olan hastada kontrol CMV DNA:44600 IU/mL'ye yükseldiği görüldü. Göz tutulumu açısından göz hastalıkları konsültasyonu istenen hastada CMV retiniti ile uyumlu "atılmış pamuk manzarası" görüldü. 600mg/gün Gansiklovir başlandı. Ek organ tutulumu saptanmayan hastada haftalık göz hastalıkları konsültasyonu istendi. Tedavinin 2. haftasından sonra retinit bulguları gerileyen ve Gansiklovir tedavisi 21 güne tamamlanan hasta Valgansiklovir(2*900 mg) idame tedavisi ile taburcu edildi.

Sonuç: HIV enfeksiyonunda CD4+ T lenfosit sayısının düşmesiyle birlikte hastalığın özellikle geç dönemlerinde fırsatçı enfeksiyonlar ortaya çıkmakta ve morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. CMV retiniti, AIDS'li bireylerde en ciddi göz komplikasyonlarından biridir. Körlüğe ilerleyebilir. Özellikle CD4+ T lenfosit sayısı 50'nin altında olmak üzere yeni tanı alan veya ilaç uyumu olmayan hastalarda CMV retiniti, asemptomatik seyri nedeniyle akılda tutulmalı ve düzenli aralıklarla oftalmik kontroller yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: cmv, hiv, retinit

PS-57 \ POSTER BİLDİRİ

Birden çok fırsatçı enfeksiyonla kaybedilen geç dönem AIDS olgusu

Hande Hazır Konya, Meltem Gacar, Güliz Uyar Güleç, Şerife Barçın Öztürk
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi

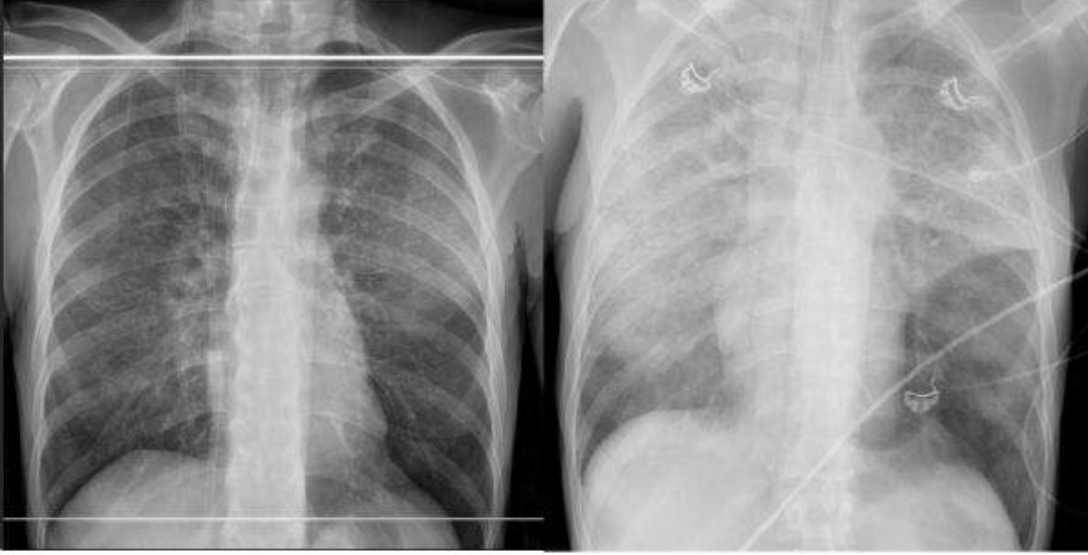
Amaç: Geç tanı alan ve edinsel immün yetmezlik sendromu (AIDS) tablosunda yatırılan hastalarda P. jirovecii pnömonisi (PJP) ve sitomegalovirus (CMV) hastalığı gibi birden çok fırsatçı enfeksiyonun aynı anda olabileceğine, tedavi yanıtı alınmadığında diğer enfeksiyonların da akla getirilmesi gerektiğine, girişimsel yöntemlerle kesin tanı koymak ve tedavi başlamak konusunda hızlı davranmanın önemine dikkat çekmek.

Olgu: 43 yaşında kadın hasta, 1 aydır ateş yüksekliği, öksürük, solunum sıkıntısı, gece terlemesi, beyaz renkli balgam, 10 kilo kaybı, ağızda yara yakınmaları ile başvurduğu dış merkezde, Anti HIV (+) saptanarak üniversitemize sevk edilmişti. Bilinen hastalığı yoktu ve 3 yıldır partneri yoktu. Solunum sesleri bilateral azalmış, ağız içi beyaz plaklarla çevrili, görünümü kaşektikti. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvarında lökosit: 10100/mm³, lenfosit: 900/mm³, Hb:11.8 gr/dl, trombosit:198000/mm³, crp:153 mg/dl, CD4: 84/mm³ (%9.02) idi. HIV-RNA: 1160000 IU/ml bulundu. Dış merkez Toraks BT'de geç dönem PJP ile uyumlu bilateral interlobüler septal kalınlaşmalar ve kistik lezyonların eşlik ettiği "crazy paving" görüntüsü mevcuttu. Hastaya TMP-SXT ve kortikosteroidin yanısıra flukonazol, seftriakson ve klaritromisin tedavileri başlandı. PJP-PCR pozitif saptandı. Solunum yolu paneli ve COVID-PCR negatif saptandı. IGRA belirsizdi ancak balgam ARB 5 kez negatif bulduktan sonra antiretroviral tedavi (TDF/FTC + DTG) başlandı. Kan CMV-PCR:101600 kopya/ml saptandı. İzlemin 12. gününde ateşi olan, oksijen ihtiyacında azalma olmayan ve kontrol toraks BT bulguları benzer şekilde devam eden hasta, izlemin 14. gününde hipotansif, taşikardik, hipoksik olması üzerine yoğun bakıma alındı. Bakılan kan CMV-PCR:3626000 kopya/ml bulundu. Bronkoskopiye tolere edememesi nedeniyle tedavisine ampirik gansiklovir eklendi. Buna rağmen hasta PJP tedavisinin 21, antiviral tedavilerinin 7. gününde exitus oldu.

Sonuç: AIDS hastalarında PJP ve CMV pnömonisi birlikte veya ardışık olarak görülebilir. Bu iki klinik tablonun radyolojik bulguları birbirine benzerdir. PJP'de tanı için balgamda PCR yol gösterici olurken, CMV'nin organ tutulumunu kanıtlamak için en uygun zamanda bronkoskopik örneklem ve/veya biyopsi şarttır. CMV pnömonisinin örneklem ile kanıtlanamadığı durumlarda ise tedaviyi geciktirmemek adına ampirik gansiklovir başlanabilir.

Anahtar Kelimeler: AIDS, P. jirovecii, PJP, CMV, tüberküloz

İlk gün ve son gün PA akciğer graflerinin yan yana görüntüsü

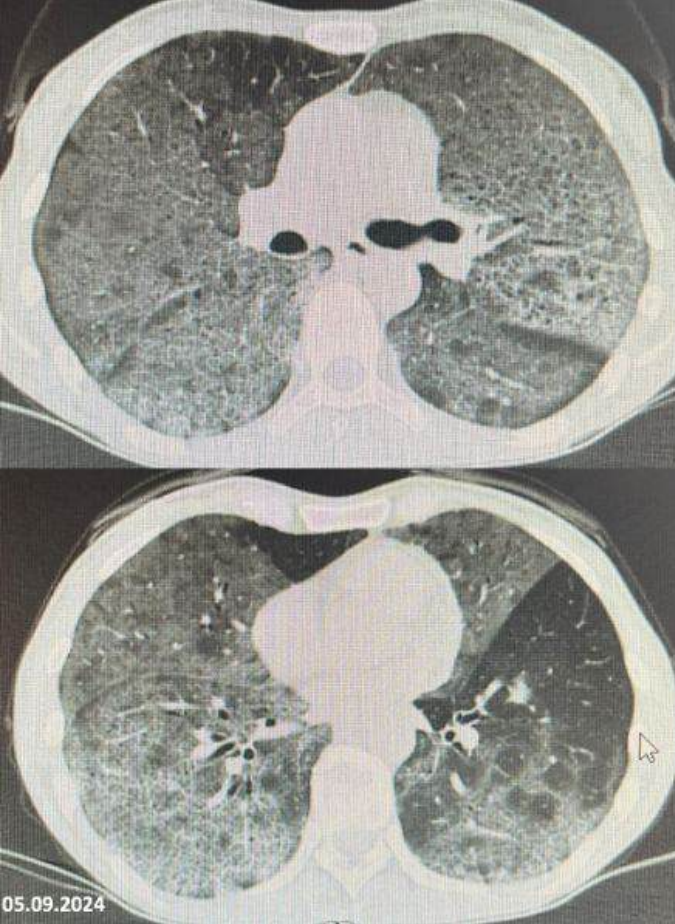


26.08.2024

İnterstisyel pnömoni bulguları

12.09.2024

Toraks BT bulguları



05.09.2024

Toraks BT'de üst ve alt zonlarda, kistik lezyonların eşlik ettiği yaygın buzlu cam dansiteleri ve intelobüler septal kalınlaşmalar

PS-58 \ POSTER BİLDİRİ

PJP ve CMV pnömonisi ile izlenen yeni tanı edinsel immun yetmezlik sendromu hastası

Hande Hazır Konya, Nazlı Deniz Doğan, Serkan Öncü, Şerife Barçın Öztürk
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi

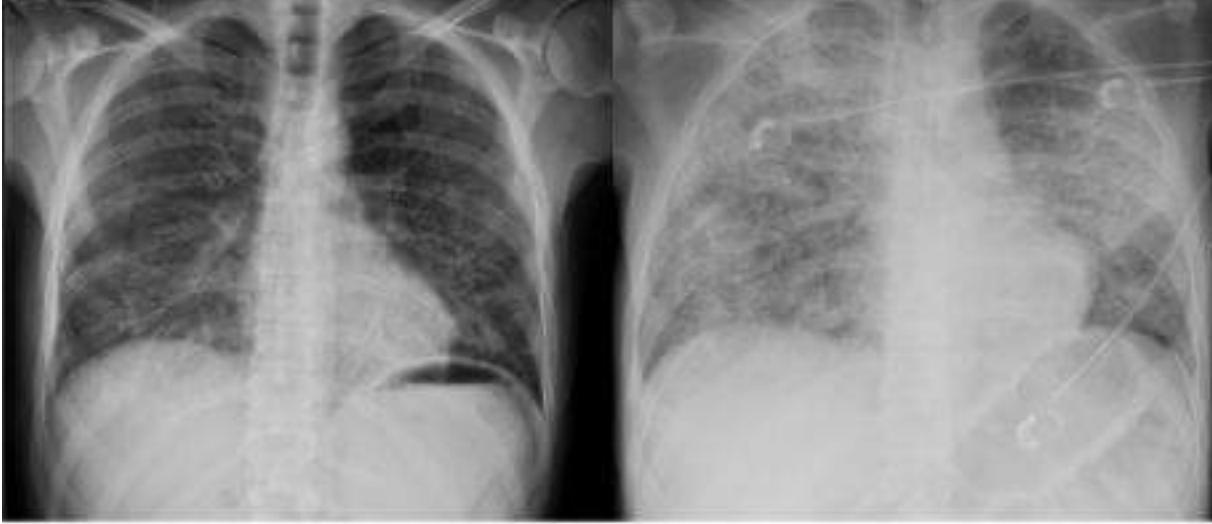
Amaç: Eş zamanlı P. jirovecii pnömonisi (PJP) ve sitomegalovirus (CMV) pnömonisi saptanan yeni tanı edinsel immun yetmezlik sendromu (AIDS) hastamız ile geç tanının sonuçlarına ve aynı anda birden çok fırsatçı enfeksiyon bulunabileceğine dikkat çekmek. Uygun zamanda girişim ve örneklem yapmanın tedaviye ve prognoza katkısını gözler önüne sermek.

Olgu: 34 yaşında, bilinen ek hastalığı olmayan erkek hasta, son 1 haftadır olan dispne, öksürük, balgam şikayetleri ile dış merkeze başvurmuş. Pnömoni nedeniyle 3 gün yatırılıp, oral antibiyoterapi ile taburcu edilmiş. Hasta yakınmalarının devam etmesi üzerine üniversitemiz göğüs hastalıkları polikliniğine başvurmuş. Fizik muayenede solunum sesleri azalmış, ağız ve boğazı normal, görünümü kaşektik olan hastanın yatışı yapılmış, atipik pnömoni düşünülerek seftriakson + klaritromisin başlanmıştır. Yapılan ilk tetkiklerinde lenfopenik (lenfosit: 900/mm³) saptanan hastanın toraks BT'sinde yaygın buzlu cam görülmesi nedeniyle, PJP ön tanısı ile TMP-SXT tedavisi düzenlenmiştir. Orada bakılan Anti-HIV testi (+) saptanan hasta kliniğimize devir alındı. CD4:28/mm³(%4.81), HIV-RNA:1872000IU/ml bulundu. Balgamda PJP-PCR pozitif saptandı, ARB negatif bulundu. Tedavisine metilprednisolon eklendi. Servis takiplerinde desature olması nedeniyle yoğun bakıma alındı. Antiretroviral tedavi (TDF/FTC + DTG) başlandı. Ateş yüksekliği olan, 15L/dk oksijen desteği altında hipoksik, hipokarbik seyreden ve BPAP başlanan hastanın crp:81mg/dL lökosit:15000/mm³ olması ve klinik yanıt alınamaması üzerine ampirik meropenem + tigesiklin tedavileri başlandı. Yeniden toraks BT çekilerek bronkoskopi planlandı. Başlangıç kan CMV-PCR: 1624 kopya/ml olup 62120kopya/ml' ye progrese olan hastaya bronkoskopik örnekleme sonrasında gansiklovir ve kandida mukoziti görülmesi nedeniyle kaspofungin başlandı. Bronkoskopik örneklemede ARB ve mikobakteri PCR negatif, galaktomannan negatif, CMV-PCR: 507.400 kopya/ml olarak sonuçlandı. Hasta 2 hafta sonra 8 L/dk oksijen ile servise alındı. TMP-SXT profilaksi dozunda devam edildi. Meropenem ve tigesiklin kesildi, gansiklovir ve kaspofungin tedavisininin 17. gününde, takibine devam edilmekte.

Sonuç: Radyolojik olarak PJP ve CMV pnömonisi birbirini taklit edebilir, iç içe bulgu verebilir. AIDS hastalarında fırsatçı enfeksiyonlara kesin tanı konularak hızla tedaviye başlanması için en uygun zamanlama ile örneklem yapılması prognoz ve takip açısından çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: AIDS, P. jirovecii, PJP, CMV, tüberküloz

İlk başvuruda ve sonrasında çekilen PAAC graflerinin seyri



28.08.2024

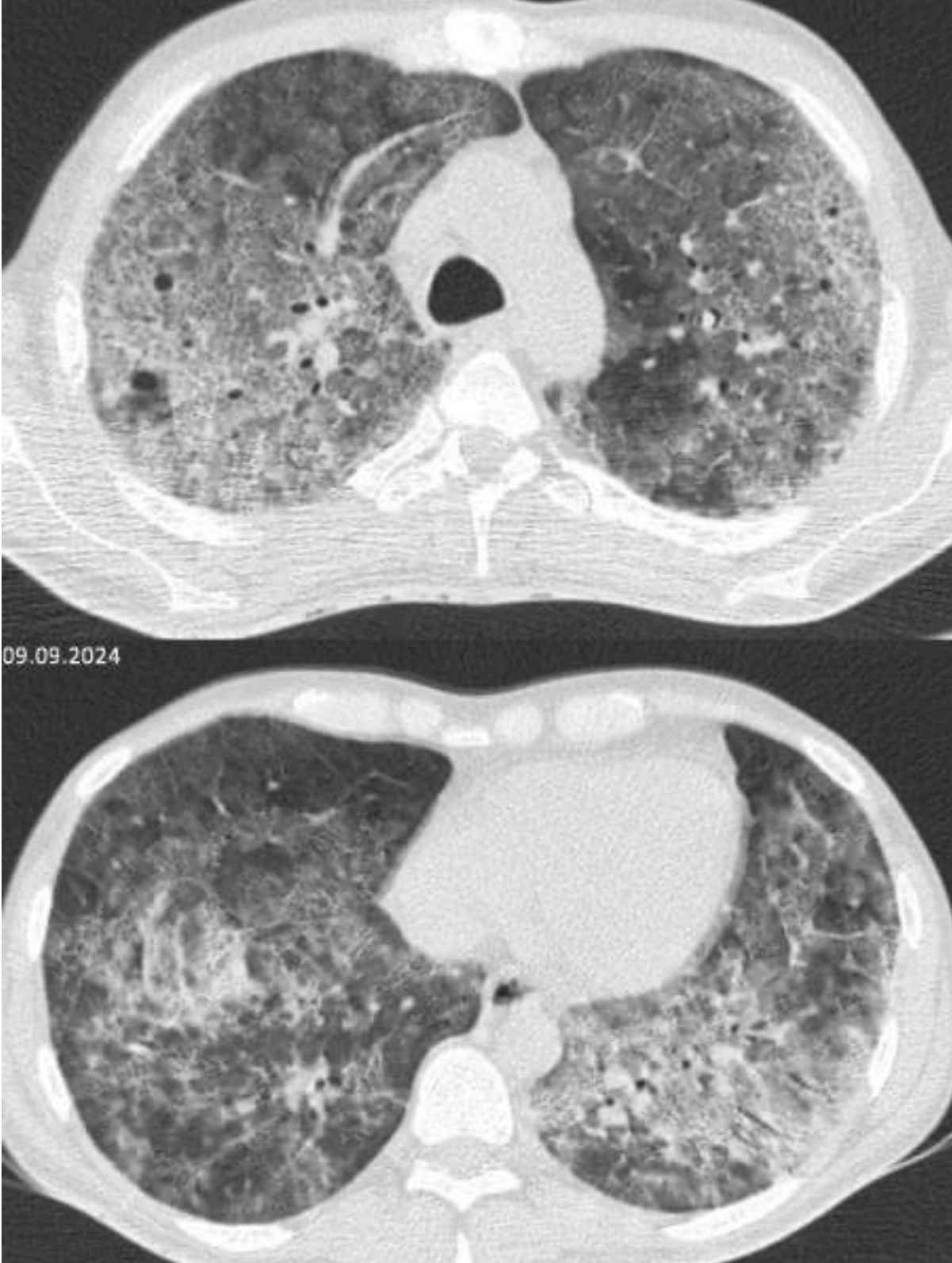
19.09.2024



27.09.2024

İnterstisyel işaretlerde belirginleşmeden bilateral yaygın infiltrasyona ve iyileşmeye seyir

Toraks BT kesitleri



Bilateral akciğer parankiminde yaygın yamasal nodüler buzlu cam opasiteleri, intralobüler ve interlobüler septal kalınlaşmalar (kaldırım taşı manzarası) PJP, aspergilloz ve atipik viral pnömoniler açısından şüphelidir.

PS-59 \ POSTER BİLDİRİ

Serebral toksoplazmoz ile başvuran HIV olgusu: trimetoprim- sülfametoksazol alerjisinde desensitizasyon ve tedavi yönetimi

Marisa Marku, Uluhan Sili

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

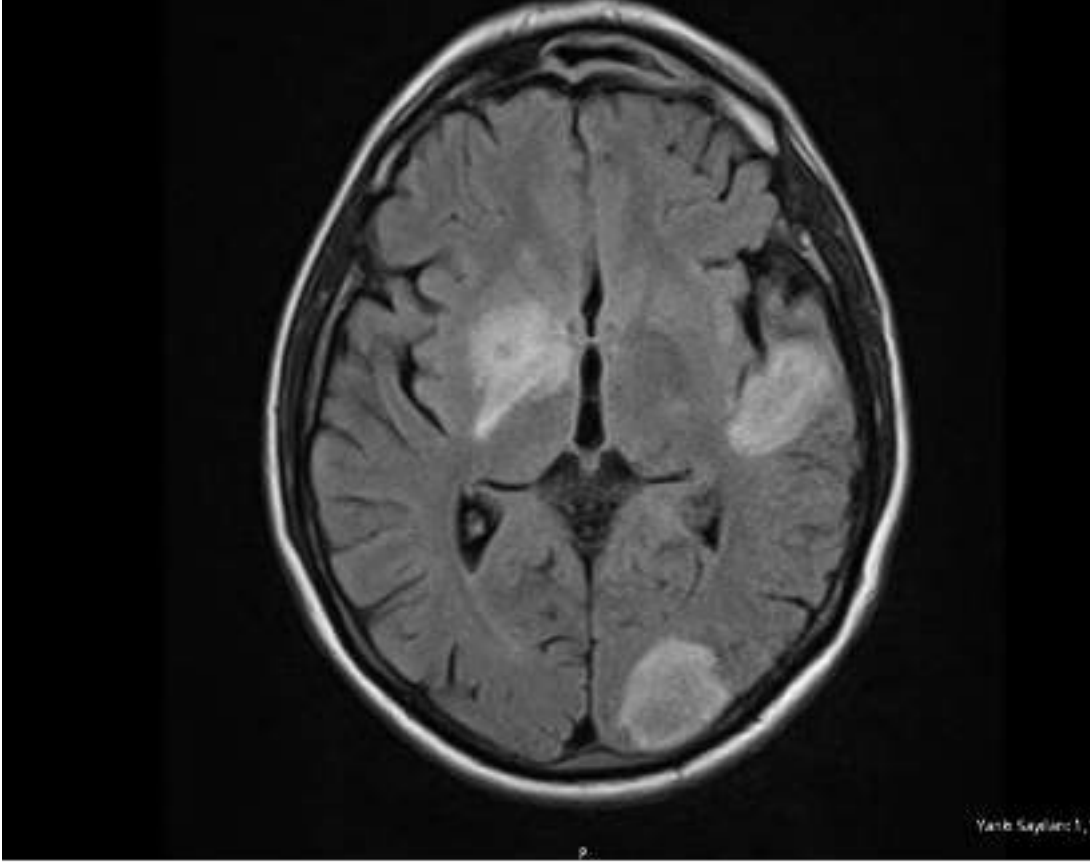
Amaç: İnsan bağışıklık yetmezlik virüsü (HIV), hastaların fırsatçı enfeksiyonlara karşı savunmasız kalmasına neden olur. HIV ile yaşayan ve CD4+T hücre sayısının 100 hücre/mm³ altında olan bireylerde en sık görülen fırsatçı enfeksiyonlardan biri Toxoplasma gondii tarafından oluşturulan ensefalittir. Trimetoprim/sülfametoksazol (TMP/SMX) toksoplazmoz profilaksisinde ve tedavisinde sık kullanılan bir ilaç olmasına rağmen alerji durumunda tedavi zorlaşır. Bu olguda TMP/SMX'ye karşı gelişen alerji sonrası desensitizasyon uygulandı ve başarılı bir şekilde bu ilaçla tedavi edildi.

Olgu: Kırk yaşında erkek hasta 10 gündür olan baş ağrısı ve dönmesi şikayetleriyle dış merkeze başvurmuş. Kraniyal manyetik rezonanst(MR) beyinde saptanan lezyonlar ön planda beyin apsesi veya toksoplazmoz ensefaliti düşündürmüştü(Resim 1). Fizik muayenede kafa içi basınç artış sendromu(KİBAS) bulguları saptanmış ve lomber ponksiyon(LP) yapılamamış. Anti HIV antikoru pozitif, anti toksoplazma IgG pozitif saptanıp 3. günde seftriakson, metronidazol, TMP/SMX tedavisi başlanmış. Antibiyoterapi sonrası makülopapüler döküntü gelişmesi üzerine TMP/SMX kesilmiş. Takip ve tedavi amacıyla 5. günde Marmara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları servisine yatırıldı. Fizik muayenede bilinç açık olup meningeal irritasyon ve KİBAS bulguları saptanmadı. Cilt muayenesinde yaygın, birleşmeye meyilli makülopapüler döküntüler görüldü. KİBAS olmayan hastaya 6. günde LP yapıldı. Beyin-omurilik sıvısında(BOS) hücre 0, protein 48,5 mg/dL, glukoz 42 mg/dL, mikobakter pcr negatif, menenjit ensefalit paneli negatif, aside-dirençli bakteri negatif olarak sonuçlandı. BOS piyojen ve mantar kültüründe üreme olmadı. PCR ile BOS'ta 183000 kopya/mL toksoplazma DNA'sı saptandı. Dermatoloji tarafından hastanın döküntüsü olasılıkla TMP/SMX kullanımına bağlandı. Primetamin temin edilemediğinden 9. günde literatüre uygun TMP/SMX desensitizasyon protokolüne başlandı(Tablo 1). Hasta TMP/SMX desensitizasyonu tamamlayıp ve alerjik reaksiyonu gelişmemesi nedeniyle 12. günde TMP/SMX tedavisi 2*5 mg/kg parantral güncellendi. Tedavinin 14.gününde çekilen kraniyal MR'da lezyonların gerilediği belirtildi. HIV RNA 2176604 kopya/mL ve CD4 % 4 olan hastaya tenofovir disoproksil fumarat/emtrisitabin ve dolutegravir başlandı. Genel durumu iyileşen hasta, TMP/SMX başlanmasının 40.gününde taburcu oldu. Ayaktan TMP/SMX tedavisine devam edilen hastanın MR'da lezyonların tamamına yakın gerilemesi nedeniyle 3.ayda sekonder profilaksiye geçildi.

Sonuç: Toxoplasma gondii HIV hastalarında sık görülen fırsatçı patojenlerden biridir ve tedaviye erken başlanması hayatidir. TMP/SMX toksoplazmoz tedavisinde birincil ilaçlardan biri olmasına rağmen alerjik reaksiyonlar tedavi yönetimini zorlaştırır. Bu olguda TMP/SMX alerjisi gelişmene rağmen desensitizasyon başarılı bir şekilde uygulanmıştır. Alerjik reaksiyonlar kritik tedavilere engel oluştursa da belli koşullarda desensitizasyon uygulanarak tedaviye devam edilebilir.

Anahtar Kelimeler: desensitizasyon, HIV, toksoplazmoz, trimetoprim-sülfametoksazol

Serebral toksoplazmoz



Oral TMP/SMX desensitizasyon protokolü

	TMP dozu (mg)	SMX dozu (mg)	Hacim ve Formülasyon
1. Gün			
09:00	0,8	4	1 mL 1:10 seyreltme
11:00	1,6	8	2 mL 1:10 seyreltme
13:00	4	20	5 mL 1:10 seyreltme
17:00	8	40	10 ml 1:10 seyreltme
2.Gün			
09:00	16	80	2 mL seyreltilmemiş süspansiyon
15:00	32	160	4 mL seyreltilmemiş süspansiyon
21:00	40	200	5 mL seyreltilmemiş süspansiyon
3.Gün			
09:00	80	400	Bir adet TMP-SMX tek dozluk tablet

1. günde kullanılan solüsyon, 5 mL'sinde 40 mg trimetoprim ve 200 mg sulfametoksazol içeren oral süspansiyondan, 2 mL süspansiyon ve 18 mL suyu birleştirerek hazırlanabilir.

PS-60 \ POSTER BİLDİRİ

İnsan immün yetmezlik virüsü ile enfekte bir hastada ciddi pneumocystis jirovecii pnömonisi tedavisinde kombine kaspofungin ve trimetoprim-sulfametoksazol deneyimi

Ezgi Gizem Şibar, Nesibe Korkmaz, Rabia Çakar, Göknur Yapar Toros, Beyzanur Karahan, Semanur Kuzi, Dilek Bulut, Gönül Çiçek Şentürk

Etlük Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Ankara

Amaç: Pneumocystis pnömonisi (PCP), HIV ile yaşayan kişilerde, yaygın bir fırsatçı enfeksiyondur ve bu popülasyonda önde gelen bir ölüm nedenidir. Antiretroviral tedaviler (ART) sonrası PCP'ye bağlı ölüm oranları %10-12'lere düşmüş olsa da, tedavi almayan hastalarda ciddi PCP enfeksiyonlarında ölüm oranları %84'lere çıkabilmektedir. Trimetoprim-sulfametoksazol (TMP-SXT), yüksek etkinliği, oral ve parenteral tedavi seçenekleri nedeniyle PCP enfeksiyonlarının tedavisinde ilk seçenektir. Fakat ciddi hastalığı olanlarda bu etkinlik %70-80'lere düşmektedir. Ayrıca etkinliğinin geç başlaması kritik olan hastalarda tedavi yanıtını olumsuz etkilemekte ve yeni tedavi arayışlarına neden olmaktadır. Burada yeni tanı HIV, ciddi PCP pnömonisi olan ve TMP-SXT ile kaspofungin kombinasyon tedavisi kullanılan bir olgu rapor edilmiştir.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı olmayan 27 yaşında, erkek, mahkum hasta; kilo kaybı, nefes darlığı ile yatırıldı. Hastanın beş yıl önce şüpheli cinsel teması olduğu ve son 1 aydır 12 kilo kaybı ve nefes darlığı geliştiği öğrenildi. Fizik muayene bulgularında 3lt/dk 'dan nazal oksijen desteğine ihtiyacı vardı, her iki akciğerde dinlemekle raller duyuldu, diğer sistem muayenesi normaldi. Yapılan tetkiklerde anti HIV testi pozitif geldi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT), her iki akciğerin tama yakınını tutan yaygın buzlu cam tutulumu gözlemlendi. Hastaya PCP pnömonisi ön tanısıyla ampirik TMP-SXT ve 80 mg prednol tedavisi başlandı. Yapılan tetkiklerde HIV RNA'sı 2.010.000 IU/ml, CD4 40 hücre/ul, bronkoalveolar lavajdan gönderilen PCP PCR pozitif, tüberküloz PCR ve ARB negatif, CMV PCR 574 iu/ml, serum CMV PCR 1470 iu/ml olarak saptandı. Yatışının ve PCP tedavisinin 6.gününde biktegravir/emtrisitabin/tenofovir alafenamid (BIC/F/TAF) tedavisi mevcut tedavisine eklendi. Hastanın TMP-SXT tedavisinin 13. gününde ateş yüksekliğinde düşme olmaması ve oksijen ihtiyacında da giderek artış olması üzerine, yoğun bakıma nakledildi. Çekilen kontrol Toraks BT 'de progresyon saptandı. Hastanın TMP-SXT tedavisine ek olarak ampirik piperasilin tazobaktam, gansiklovir tedavisi başlandı, steroid tedavisine devam edildi. Hastanın kliniğinde progresyonun devam etmesi sebebiyle kaspofungin tedaviye eklendi ve kaspofungin tedavisinden bir gün sonra entübe edilen hasta tedavinin 3.gününde ekstübe edildi. Oksijen ihtiyacında belirgin azalma oldu, takiplerinde ateşi olmadı. Yoğun bakım ihtiyacı kalkması sebebiyle hasta enfeksiyon hastalıkları servisine tekrardan devir alındı. Kaspofungin tedavisi 21 gün, TMP-SXT tedavisi 42 güne tamamlanıp hasta ayaktan takip edilmek üzere taburcu edildi. Hastaya ait klinik seyir ve tedaviler Tablo 1'de özetlenmiştir.

Sonuç: Ciddi PCP pnömonisinde mortalite oranları yüksektir. Kaspofungin ve TMP-SXT kombine kullanımı ile ilgili çalışmalar yapılmış olsa da halen HIV ile enfekte hastalarda klinik veriler sınırlıdır. Kombinasyon tedavisinin kritik hastalarda kurtarma tedavisi olarak akılda tutulması gerektiği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Pneumocystis Jirovecii Pnömonisi, Kaspofungin, Fırsatçı enfeksiyon

Resim 1



Hastanın PA Akciğer Grafileri A. Kaspofungin Tedavisi Öncesi, B. Tedavinin 7.Günü, C. Tedavinin 21.Günü

Tablo 1

TARİH	Destek	FiO2	Akım (L/dk)	Spo2	En yüksek ölçülen ateş	TEDAVİ
05/03/2024	nazal		2	94	38	TMP-SXT, Prednol 80mg/gün başlandı.
11/03/2024	nazal		4	93	37.8	B/FTC/TAF antiretroviral tedavisi başlandı.
18/03/2024	nazal		8	68	38	Piperasilin tazobaktam ve gansiklovir eklendi.
18/03/2024	HFNO	80	50	90	38	Yoğun bakım ünitesine nakil edildi.
24/03/2024	HFNO	80	50	90	37.9	Piperasilin tazobaktam stop Meropenem linezolid başlandı.
28/03/2024	HFNO	100	60	90	38	Kaspofungin tedavisi başlandı.
29/03/2024	HFNO	100	60	80	37	Entübe edildi.
02/04/2024	HFNO	80	50	90	37	Extübe edildi.
07/04/2024	nazal		8	95	36.7	Tedavi devam
16/04/2024	nazal		4	92	36.5	Enfeksiyon hastalıkları servisine devir edildi.
19/04/2024	nazal		2	92	37	40mg prednol/gün
27.04/2024	-			90	37	TABURCU

Hastaya ait klinik seyir ve tedaviler

PS-61 \ POSTER BİLDİRİ

Yeni tanı almış edinsel immün yetmezlikli olguda bilateral pnömotoraks ile seyreden pneumocystis jirovecii pnömonisi ve klinik seyri

Aygül Ordu, Emel Eroğul, Gürsel Ersan

sağlık bilimleri üniversitesi tepecik eğitim ve araştırma hastanesi

Amaç: Pneumocystis jirovecii pnömonisi (PJP), edinilmiş immün yetmezlik sendromu (AIDS) olan bireylerde sık görülen fırsatçı bir solunum yolu enfeksiyonudur. Genellikle antiretroviral tedavi (ART) almayan ve CD4 T-lenfosit hücre sayısı <200 hücre/mikroL olan HIV pozitif hastalarda görülür. Bu olguda HIV pozitif bir hastada PJP'nin klinik seyri sunulmaktadır.

Olgu: 42 yaşında erkek hasta, acil servisine son bir aydır artan nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Hipersensitivite pnömonisi ön tanısı ile göğüs hastalıkları servisine yatırılan hastanın Anti-HIV testi reaktif gelmesi üzerine enfeksiyon hastalıkları servisimize tetkik ve tedavi devamı için devir alındı. Hastanın ateş, kuru öksürük, nefes darlığı şikayetlerine; kilo kaybı, miyalji ve halsizlik şikayetlerinin de eşlik ettiği öğrenildi. Özgeçmişinde ek hastalık öyküsü olmayan olgunun fizik muayenesinde vücut ısısı 36.8°C, nabız 90 atım/dakika, oksijen saturasyonu 4 litre/dakikadan oksijen desteği altında %95, kan basıncı 95/65mmHg saptandı. Akciğer oskültasyonunda bilateral raller duyuldu. Sağ temporal bölgede yaklaşık 2*2 cm çaplı mor renkli maküler lezyon görüldü. Laboratuvar testlerinde; beyaz küre 4000 hücre/mm³, kreatinin 0,8 mg/dl, CRP 47 mg/l, HIV RNA 519000cp/ml, CD4 düzeyi %5.6(total CD4 T-lenfosit 100) saptandı. Dış merkezde çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde(BT) bilateral santralden başlayan periferik uzanım gösteren buzlu cam alanları görüldü. Bronkoalveolar lavajda histopatolojik olarak Pneumocystis jirovecii ile uyumlu etken tespit edilen hastaya PJP tanısıyla Trimetoprim/Sülfametoksazol (TMP/SMX) 15-20 mg/kg dozunda başlandı. Solunum sıkıntısı olan hastaya metilpredizolon tedavisi eklendi. ART olarak TDF/FTC+DTG başlandı. İzlem sırasında yeni başlayan göğüs ağrısı tarif eden hastanın göğüs grafisinde pnömotoraks belirlendi. Hastaya tüp torakostomi uygulandı. Takibinde sağ hemitoraksta da pnömotoraks gelişti; hasta bilateral tüp torakostomi ile takip edildi. Bu sırada fizik muayenesinde temporal bölgede saptanan mor renkli maküler lezyondan biyopsi yapıldı ve patoloji raporu Kaposi sarkomu olarak raporlandı. Hastanın PJP tedavisi 21 güne tamamlandı, takibinde her iki hemitoraks ekspansiyon olan hastanın bilateral tüp torakostomileri sonlandırıldı. Oksijen ihtiyacı kalmayan hasta taburcu edildi. Kaposi sarkomu olarak sonuçlanan lezyon, 9 ay süresince takip edildi ve belirgin gerileme gözlemlendi. **Sonuç:** ART almayan ve CD4 hücre sayısı 200 hücre/mikroL'den az olan HIV pozitif hastalarda semptom varlığında PJP tanısı için şüphe duyulmalıdır. HIV pozitif hastalarda pnömoni ve pnömotoraks birlikteliği, PJP olasılığının diğer tanımlara göre daha yüksek olduğuna işaret etmektedir; çünkü pnömotoraks, PJP için patognomik olmamakla birlikte anlamlı bir bulgudur. Ayrıca, HIV pozitif hastalarda fırsatçı enfeksiyonlar ve maligniteler açısından gerekli tetkiklerin yapılması önemlidir; aynı hastada birden fazla hiv endikatör hastalık saptanabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: HIV, Kaposi Sarkomu, PJP

PS-62 \ POSTER BİLDİRİ

CMV özefajiti ile prezente olan tedaviye uyumsuz bir HIV/AIDS olgusu

Doğukan Ahmet Bayrak, Nazife Duygu Demirbaş, Ceren Atasoy Tahtasakal, Okan Derin, Dilek Yıldız Sevgi
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Sitomegalovirüs (CMV), HIV/AIDS tanısı olan kişilerde görülebilen fırsatçı enfeksiyon etkenlerinden biridir. CMV enfeksiyonları, genellikle CD4+ T lenfosit sayısı 50'nin altındayken latent enfeksiyonun reaktivasyonu şeklinde ortaya çıkar. En sık görülen klinik tutulum retinittir; ancak kolit, özefajit, hepatit, pnömoni ve meningoensefalit gibi sistemik hastalık tabloları ile de karşımıza çıkabilir. CMV gastrointestinal tutulumu immunsuprese hastalarda özefajit, gastrit, enterit, kolit şeklinde prezente olabilmektedir.

Bu olgu sunumunda tedaviye uyumsuz bir hastada gelişen CMV özefajiti ele alınmıştır.

Olgu: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile yaşayan 43 yaşında, erkek hasta; yaklaşık iki hafta önce başlayan yemek yedikten sonra gelişen retrosternal bölgede ağrı, yanma şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde patolojik bir bulgu saptanmadı. Öyküsünde aynı şikayetlerle gastroenteroloji polikliniğine başvuran hastaya 02.11.2023 tarihinde uygulanan gastroskopide; özellikle kardiyoözofagal bileşkede olmak üzere özefagusta çok sayıda ülserin görüldüğü öğrenildi. Bu bölgelerden alınan biyopsi patoloji raporunda fokal alanda hematoksilin ve eozinle CMV lehine boyanma görüldü. Serum CMV PCR tetkiki 1255 IU/ml olarak sonuçlandı. Hasta CMV özefajiti tanısıyla interne edilerek Gansiklovir 2x350 mg intravenöz tedavisi başlandı. CD4+ T lenfosit sayısı 36/mm³ olarak saptanan hastaya TMP-SMX profilaksisi başlandı. Balgam ve idrardan gönderilen mikobakteri örneklerinde EZN boyamada ARB görülmedi. HIV RNA sonucu 121.000 kopya/ml olarak sonuçlanan hastaya Tenofovir Disoproksil Fumarat/Emtrisitabin 1x1 tablet ve Dolutegravir 1x1 tablet tedavisi başlandı. Takiplerinde yutma güçlüğü, retrosternal ağrı şikayetleri gerileyen hastaya gastroenteroloji tarafından mide ve özefagusta olan ülserlerin elektif şartlarda ve remisyon döneminde kontrolü önerildi. Oral ardışık tedaviyi tolere edebilen, şikayeti gerileyen hasta; Gansiklovir tedavisinin 18.gününde taburcu edildi. Taburculukta hastaya sekonder profilaksi olarak Valgansiklovir 1x900 mg tablet başlandı. CD4+ T lenfosit sayısı ve klinik takiplerine göre tedavi süresi planlandı. 1. ay kontrolünde HIV RNA sonucu 204 kopya/ml, CD4+ T lenfosit sayısı 201 olarak sonuçlandı. 4. ayda görülen kontrol CMV PCR tetkiki negatif olarak sonuçlandı. Hastanın HIV ve sekonder CMV profilaksisi ilişkili takiplerine devam edilmektedir. **Sonuç:** CMV'nin gastrointestinal tutulumu, HIV ile yaşayan kişilerde nadir görülen ancak ciddi bir HIV komplikasyonudur. İleri düzeyde immünsüpresyonu olan hastalarda mutlaka ayırıcı tanılarda yer almalıdır. Özellikle gastrointestinal yakınmaları olan, disfaji ve retrosternal yangı tarifleyen hastalarda ayırıcı tanılarda CMV özefajiti de düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: CMV, fırsatçı enfeksiyon, özefajit, HIV

PS-63 \ POSTER BİLDİRİ

HIV yönetiminde trimetoprim-sulfametoksazol: Yan etkilerinin değerlendirilmesi ve klinik zorluklar

Merve Yumrutaş, Esra Zerdali, İnci Yılmaz Nakir, Filiz Pehlivanoğlu
İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Pneumocystis pnömonisi (PCP), bağışıklık sistemi zayıflamış bireylerde görülen, potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir fırsatçı enfeksiyondur. İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) ve düşük CD4 sayısı olan hastalar PCP açısından en yüksek riske sahiptir. Bu nedenle CD4 sayısı <200 olan hastalarda PCP açısından trimetoprim-sulfametoksazol(TMP-SMX) profilaksisi başlanması önerilmektedir.

Materyal ve Yöntem

Trimetoprim-Sulfametoksazol profilaksisi altında yan etki gelişen bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Kilo kaybı şikayetiyle başvuran ve tetkiklerinde Anti-HIV pozitif sonuçlanan hastada Western Blot pozitif saptandı. Solunum sıkıntısı olan hasta ileri tetkik amacıyla yatırıldı. HIV-RNA: 300000 CD4: 3 saptandı. PCP ön tanısıyla tedavi dozundan TMP-SMX ve biktgravir içeren rejim başlandı. 14 gün tedavi dozundan TMP-SMX aldı. Tedaviye yanıt alınan hasta profilaksi dozuyla taburcu edildi. Taburculuktan 5 gün sonra bulantı, kusma ve oral alımda azalma şikayeti ile acil servise başvurdu. Tetkiklerinde sodyum(Na): 118 mmol/L ve potasyum(K): 8 mmol/L saptanan hasta dahiliye tarafından acil diyalize alındı. Diyaliz sonrası hiponatremi ve hiperkalemi düzelen hasta servisimize devralındı. Elektrolitleri normal seyretmesi üzerine yatışının 15. gününde hastaya tekrar TMP-SMX profilaksi dozundan başlandı. Tedavinin 3. Gününde bulantı-kusması olan hastaya bakılan Na değeri 117 mmol/L ve K değeri ise 6.5 mmol/L olarak sonuçlandı. Etiyoloji açısından Endokrinoloji ve Nefroloji tarafından değerlendirilen hasta Uygunsuz ADH Sendromu, adrenal yetmezlik, tiroid ve hipofiz patolojileri açısından araştırıldı. Yapılan incelemelerde patoloji saptanmadı ve elektrolit bozukluğu TMP-SMX ile ilişkilendirildi. TMP-SMX profilaksisi sonlandırılarak alternatif profilaksiler açısından değerlendirildi ancak ülkemizde bulunmadığı için yakın takibine karar verildi. Hastanın takiplerinde 1 hafta içerisinde hiponatremisi ve hiperkalemi düzeldi, yapılan kontrollerde normal seyretti. Hasta polikliniğimizde yakın takip altında antiretroviral tedavisine devam edilmektedir.

Sonuç: Edinsel immün yetmezlikli hastaların enfeksiyon takibi sırasında metabolik sorunlar göz ardı edilmemelidir. TMP-SMX tedavisinin hiperkalemi, hiponatremi ve hipoglisemi gibi ciddi yan etkilere yol açabileceği her zaman akılda tutulmalıdır. Ayrıca, diğer antiretroviral tedavilerle birlikte profilaksi amacıyla kullanılan ilaçların potansiyel yan etkilerinin dikkatle izlenmesi ve multidisipliner yaklaşımla yönetilmesi büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: TMP-SMX, hiponatremi, hiperkalemi

PS-64 \ POSTER BİLDİRİ

HIV ile yaşayan bireylerde tüberkülozun klinik özellikleri

Recep Balık¹, Zehra Karacaer², Veysel Akca³, Bülent Kaya⁴, İlkey Akbulut⁵, Esra Duru Öz⁵, Semanur Kuzi⁶, Fatma Eser⁷, Alper Tahmaz⁸, Süheyla Kömür⁹, Ayşe Seza İnal⁹, İlkey Karaoğlan¹⁰, Ayşe Özlem Mete¹⁰, Seniha Şenbayrak¹¹, Özgür Günal¹², Şeyma Topal¹², Tuba Damar Çakırca¹³, Ayhan Akbulut¹⁴, Türkkhan Öztürk Kaygusuz¹⁴, Özlem Aydın¹, Pınar Ergen¹, Hülya Caşkurlu¹, Nazan Tuna¹⁵, Mehmet Çabalak¹⁶, Behice Kurtaran⁹

¹Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

²Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

³Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Muğla

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik EAH Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

⁶Etilik Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

⁷Bilkent Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

⁸Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Antalya

⁹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Adana

¹⁰Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Gaziantep

¹¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune SUAM, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

¹²Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun

¹³Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Şanlıurfa

¹⁴Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Elazığ

¹⁵Namık Kemal Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Tekirdağ

¹⁶Hatay MKÜ Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Hatay

Amaç: Tüberküloz (TB), HIV enfeksiyonu olan bireylerde en sık görülen fırsatçı enfeksiyonlardan biridir. HIV, bağışıklık sistemini baskılayarak TB'nin klinik seyrini ve tedavi yanıtını olumsuz etkileyebilir. EKMUD-HIV çalışma grubu tarafından yürütülen bu çok merkezli çalışmada, HIV ile yaşayan bireylerde TB klinik özelliklerini ve prognozunu incelemeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Bu retrospektif çalışmada, 2010-2024 yılları arasında takipli edilen 9.720 HIV ile yaşayan birey arasından TB tanısı konulan 124 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, klinik bulguları ve uygulanan tedaviler kaydedilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda TB oranı %1,28 olarak bulundu. Olguların medyan yaşı 43 olup, hastaların büyük çoğunluğu erkekti (%85,5). Olguların %12'sinde en az bir komorbidite mevcut olup, en sık diyabetes mellitus (%6,5) saptandı. Hastaların %50,8'i sigara, %29,8'i alkol ve %12,9'u uyuşturucu kullanıyordu. Hastaların %10,3'ünü göçmen veya mülteci iken, %5'i ortak yaşam alanlarında yaşıyordu. Hastaların %65,3'ünde TB, HIV enfeksiyonu ile eşzamanlı olarak teşhis edildi. Diğer hastalarda, HIV tanısından sonra TB tanısına kadar olan medyan süre 12 aydı. Pulmoner TB (%69,4) en sık saptanan form olup, bunu miliyer TB (%13,7) ve TB lenfadeniti (%9,7) izledi. Olguların %80,4'üne BCG aşısı yapılmıştı ve %8,9'unda TB temas öyküsü vardı. TDT olguların %44,6'sında >10 mm idi ve IGRA testi yapılan 38 hastanın %42,1'inde sonuç pozitif. Hastaların %80,2'sinde TB PCR ve %53'ünde ARB pozitifliği görüldü. Olguların %67,6'sının kültüründe M. tuberculosis üremesi oldu. Medyan CD4+ T hücre sayısı 152 hücre/µl ve medyan HIV RNA düzeyi 291.500 kopya/µl idi. En sık saptanan semptomlar kilo kaybı (%82,6), öksürük (%81,8) ve ateş (%71,8) saptandı. Radyolojik bulgular Tablo 1'de, kullanılan TB tedavileri ve direnç sonuçları ise Tablo 2'de özetlenmiştir. En sık kullanılan ART rejimi Tenofovir Disoproksil Fumarat artı Emtrisitabin ve Dolutegravir (%65) idi. TB tanısından sonra, ilaç etkileşimleri nedeniyle hastaların %16,9'unda ART değişikliği yapıldı. Olguların %15,4'ünde ilaç yan etkisi olarak hepatotoksisite gözlemlendi. Yan etkiler nedeniyle 12 hastanın tedavisi kesildi, ancak 11 hastada 15 gün sonra ve bir hastada iki ay sonra tedaviye devam edildi. Hastaların büyük çoğunluğu (%79,8) TB tedavisini başarıyla tamamlarken, 14 (%11,3) hasta tedaviyi tamamlayamadan yaşamını yitirdi. Yedi hastanın tedavisi devam

ederken, ülkesine dönen iki yabancı uyruklu hastanın takibi sürdürülemedi ve bir hastada nüks görüldü. Sonuç: Bu çalışma, HIV ve TB'nin sıklıkla eşzamanlı olarak teşhis edildiğini ve TB'nin bu hasta grubunda önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olduğunu göstermektedir. ART kullanımı ile birlikte TB tedavisinin başarı oranı yüksek olmasına rağmen, TB ve HIV yönetiminde erken tanı ve multidisipliner yaklaşım hasta sonuçlarını iyileştirebilir.

Anahtar Kelimeler: HIV, Tüberküloz, ART

Tablo 1

PAAG	Kraniyel MRG	Toraks BT
Normal: 32 (36.8%)	Normal: 36 (70.6%)	Konsolidasyon: 32 (%31,1)
Non-spesifik infiltrasyon: 23 (26.4%)	Serebral Toksoplazmozis: 4 (%7,8)	Miliyer Tutulum: 21 (%20,4)
Kaviter Lezyon: 12 (13.8%)	Hiperintens Lezyon: 3 (%5,9)	Normal: 16 (%15,5)
Miliyer tutulum: 11 (12.6%)	Tüberkülom: 2 (%3,9)	Kaviter Lezyon: 12 (%11,7)
Nodüler Lezyon: 7 (8.0%)	Serebral Atrofi: 2 (%3,9)	Nodüler Lezyon: 9 (%8,7)
Plevral Effüzyon: 2 (2.3%)	İskemik Değişiklikler: 2 (%3,9)	Lenfadenopati: 6 (%5,8)
	Venöz Anjiyom: 1 (%2,0)	Buzlu Cam Görünümü: 4 (%3,9)
	Hidrocefali: 1 (%2,0)	Plevral Efüzyon: 3 (%2,9)

Radyolojik Bulgular

Tablo 2

TB Tedavi Rejimleri	TB İlaç Direnci	ART Rejimleri
İzoniazid + Rifampisin + Pirazinamid + Etambutol: 107 (%87,0)	Direnç Yok: 89 (%93,7)	TDF/FTC/DTG: 76 (%65,0)
İzoniazid + Rifabutin + Pirazinamid + Etambutol: 9 (%7,3)	İzoniazid: 2 (%2,1)	ABC/3TC/DTG: 8 (%6,8)
İzoniazid + Rifampisin + Etambutol + Moksifloksasin: 2 (%1,6)	Pirazinamid: 2 (%2,1)	TDF/FTC/EFV: 7 (%6,0)
İzoniazid + Rifampisin + Pirazinamid + Etambutol + Moksifloksasin: 2 (%1,6)	Rifampisin: 1 (%1,1)	TAF/FTC/BIC: 7 (%6,0)
İzoniazid + Etambutol + Moksifloksasin + Sikloserin: 1 (%0,8)	Streptomisin: 1 (%1,1)	TDF/FTC/RAL: 6 (%5,1)
İzoniazid + Rifampisin + Etambutol + Streptomisin: 1 (%0,8)		TDF/FTC/EVG/c: 4 (%3,4)
İzoniazid + Rifabutin + Etambutol + Moksifloksasin: 1 (%0,8)		3TC/DTG: 3 (%2,6)
		TDF/FTC/LPV/r: 3 (%2,6)
		TAF/FTC/EVG/c: 2 (%1,7)
		3TC/ZDV/RAL: 1 (%0,9)

Tedavi Rejimleri

PS-65 \ POSTER BİLDİRİ

HIV ile yaşayan bireyde IRIS ile seyreden meningoensefalit

Ozan Yorulmaz, Gülden Ersöz, Tuğçe Şimşek Bozok, Ali Kaya, Gülsüm Bozlağan Başar, Fatma Turan Uyduran, Alev Bihan Aygül

Mersin üniversitesi tıp fakültesi, Enfeksiyon hastalıkları ve Klinik mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Mersin

Amaç: Kriptokokkal meningoensefalit çoğunlukla tedavi edilmemiş AIDS'li ve CD4 T lenfosit <100 mikro/L olan hastalarda gözlenen ciddi bir fırsatçı enfeksiyondur. Kriptokokozla ilişkili immün yeniden yapılanma inflamatuvar sendrom (C-IRIS) kriptokokkal meningoensefalit tanısı olan ve antiretroviral tedavinin (ART) başlatılmasından sonra genellikle ilk üç ayda ortaya çıkan ateş, baş ağrısı ve klinik kötüleşme ile seyredabilen yaygın bir komplikasyondur. Burada HIV ile yaşayan ve kriptokokkal meningoensefalit kliniği olan bir hastada gelişen IRIS olgusu sunulmuştur.

Olgu: HIV ile yaşayan 41 yaşında erkek hasta baş ağrısı, senkop ve bilinç bulanıklığı nedeni başvurduğu dış merkezde yapılan lomber ponksiyon sonucu bos multipleks panelde cryptococcus neoformans gözlenmesi üzerine kriptokok meningoensefalit tanısı ile interne edilmiş. Hastanın yapılan incelemesinde HIV RNA:6.010.000 kopya/mL CD4 T lenfosit:96 mikro/L olarak sonuçlanmış. Hastaya 23 gün lipozomal amfoterisin-B 1x300 mg iv ve flukonazol 1x800 mg iv indüksiyon tedavisi verilmiş sonrasında flukonazol 1x800 mg ile konsolidasyon tedavisine geçilmiş. Konsolidasyon tedavisini 17 gün daha alan hastaya ART olarak Emtrisitabin+ Tenofovir Disoproksil ve Dolutegravir rejimi başlanmış ve tedavinin ikinci gününde taburcu edilmiş. Hasta 1 ay sonra kliniğimize baş ağrısı, halsizlik ve senkop şikayeti ile başvurdu ve nöks hastalık/IRIS şüphesi nedeni interne edildi. Hastaya yapılan lomber ponksiyonda BOS'ta lökosit 80/mm³ eritrosit yok glukoz 27mg/dL total protein 1430mg/L bulundu. Yapılan mikroskopik incelemede mikroorganizma gözlenmedi az sayıda lenfosit mevcuttu. Hastanın CD4 T lenfosit:319 mikro/L HIV RNA:739 kopya/mL saptandı. Hastanın flukonazol 1x800mg iv konsolidasyon tedavisine devam edildi ve 2 hafta daha verildi. Takiplerde baş ağrısı artan bilinç bulanıklığı gelişen ve nöbet geçiren hastaya yeniden lipozomal amfoterisin-B tedavisi 1x300 mg iv başlandı. Bos kültürü ve mantar kültüründe üreme olmayan hastada ön planda IRIS kliniği düşünüldü ve kortikosteroid tedavisi başlandı. ART ve antifungal tedavisine devam edildi. Hastadan 1 ay arayla alınan kontrol takiplerinde HIV RNA:0 kopya/mL CD4 T lenfosit:340 mikro/L saptandı. Klinik tablosu gerileyen ve aktif semptomu olmayan hastanın lipozomal amfoterisin-b tedavisi üçüncü haftada kesildi ve hasta flukonazol 1x200 mg tablet ile bir yıllık idame tedaviye geçilerek taburcu edildi.

Sonuç: HIV (+) ve CD4 T lenfosit<100 mikro/L olan ve merkezi sinir sistemi semptomları gösteren hastalarda kriptokok meningoensefaliti mutlaka düşünülmelidir. Yeni tanı alan ve CD4 T lenfosit <200 mikro/L olan asemptomatik HIV(+) bireylerin maskelenmiş veya yeni gelişen bir kriptokok enfeksiyonu açısından taranması gerekir. IRIS çekincesi nedeniyle ART, antifungal tedavi başlandıktan 2 ile 10 hafta sonra başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: FIRSATÇI ENFEKSİYON, HIV, IRIS, KRİPTOKOKKAL MENİNGOENSEFALİT

PS-66 \ POSTER BİLDİRİ

Nadir görülen bir peritonit etkeni: HIV ile enfekte bireyde *Schaalia turicensis*

Melis Demirci

İzmir Şehir Hastanesi

Amaç: *Schaalia turicensis*; değişken bir hücre morfolojiye sahip spor oluşturmeyen, fakültatif anaerob gram pozitif bir bakteridir, *Actinomyces turicensis* olarak da bilinmektedir. Vücut florasında bulunan bu bakteriler mukozal bariyerde bozulma olması halinde derin dokulara ulaşarak hastalık oluşturabilirler. Bu olgu sunumunda hastanemizde edinsel immün yetmezlik ve serviks karsinomu nedeni ile takip edilen bir peritonit olgusunun tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu: 42 yaşında kadın hasta karın ağrısı ve ateş yakınması ile acil servisimize başvurdu. Öyküsünde 1 yıl önce serviks karsinomu tanısı ile opere olan hastanın operasyon öncesi bakılan tetkiklerinde anti-HIV testi pozitif saptanmış ve dış merkezde TDF/FTC ve DTG tedavisi başlanmış. Hastanın acil serviste yapılan ultrasonunda batın içi yaygın sıvı saptanması üzerine ileri tetkik ve tedavi amacı ile kadın ve doğum hastalıkları kliniğine yatırıldı.

Fizik muayene:

Hastanın bilinci açık, koopere-oryente idi; ense sertliği ve meninks irritasyon bulgusu saptanmadı. Akciğer sesleri doğal, batında defans mevcuttu.

Laboratuvar: Üre 22 mg/dL, kreatinin 1.23 mg/dL, CRP 141 mg/L, lökosit sayısı 7470/mm³ Hb 7.8 g/dl, lenfosit sayısı 410, HIV RNA 127 k/ml, CD-4 T hücre sayısı ise 110/mm³ (%27.30), CD-8 T lenfosit sayısı ise 122/mm³ (%29.8) olarak saptandı.

Görüntüleme:

Acil serviste çekilen tomografisi 'Batın içerisinde yaygın serbest sıvı, peritoneal kalınlaşmalar ve omentumda belirgin heterojen görünüm olması peritonit ile uyumlu' olarak raporlandı.

Hastanın tanısasal amaçlı laparotomisi planlandı. Pürülan görülen periton mayiden peri-operatif kültür gönderildi. Operasyon sonrası izlemde CRP 12 mg/L, prokalsitonin ise 15.1 saptandı. Ateş yüksekliği olan hastaya ampirik meropenem ve teikoplanin tedavisi başlandı. Yoğun bakımda takibine devam edilen olgunun alınan örneklerinde bol lökosit görüldü ve *Schaalia turicensis* üremesi oldu. Overden alınan biyopside aktif inflamasyon ve eksuda saptandı, fibrotik bağ doku izlendiği rapor edildi. Hastanın mevcut tedavisine devam edildi. Servise alınarak antibiyoterapisi 14 güne tamamlandı.

Sonuç: Aktinomiçes, çeşitli memelilerde normal flora elemanı olarak bulunan nadir bir enfeksiyon etkenidir. Diyabet, immüsupresyon, malnütrisyon, doku hasarı veya enflamasyonu predispozan faktörleri arasında sayılabilir. Oroservikofasiyal bölge en yaygın enfeksiyon bölgesi olmakla birlikte abdominopelvik ya da torakal tutulum da görülebilir. Tanı, klinik bulguların yanında mikrobiyolojik ve histopatolojik inceleme aracılığı ile konulmaktadır. Aktinomiçesler penisiline duyarlıdır bu nedenle tedavide penisilin ilk tercihtir. Olgumuzdaki gibi ateş yüksekliği ve karın ağrısı semptomu ile gelen hastalarda, özellikle yatkınlaştırıcı faktörler varlığında, abse ve granülomatöz hastalıkların ayırıcı tanısında aktinomikoz mutlaka akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: HIV, peritonit, schaalialia, aktinomikoz

PS-67 \ POSTER BİLDİRİ

Tüberküloz dışı mikobakteri enfeksiyonu (*Mycobacterium avium*) nedeni ile takip edilen HIV ile yaşayan bir olgu

Uğur Önal, Hatice Yaman, Esra Kazak, Halis Akalın

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

Amaç: Bu olgu sunumunun amacı, HIV ile yaşayan bir hastada tedaviye geç başlanmasının ve antiretroviral ilaçların yanı sıra eşlik eden enfeksiyonların yönetiminin önemini vurgulamaktır.

Olgu: Otuz dokuz yaşında erkek hasta, 2015 yılında evlilik öncesi yapılan test sonucunda HIV enfeksiyonu tanısı aldı, ancak tedavi kullanmayı kabul etmediği için tedavisiz takip edildi. Ağustos 2023'te tekrar başvuran hastanın tetkiklerinde HIV RNA düzeyi 307653 IU/ml ve CD4 sayısı 11 hücre/mm³ olarak saptandı. Tedavi kullanmayı kabul etmesi üzerine Biktegravir (BIC) / Tenofovir Alefenamid (TAF) / Emtrisitabin (FTC) tedavisi ile birlikte trimetoprim/sülfametoksazol profilaksisi başlandı.

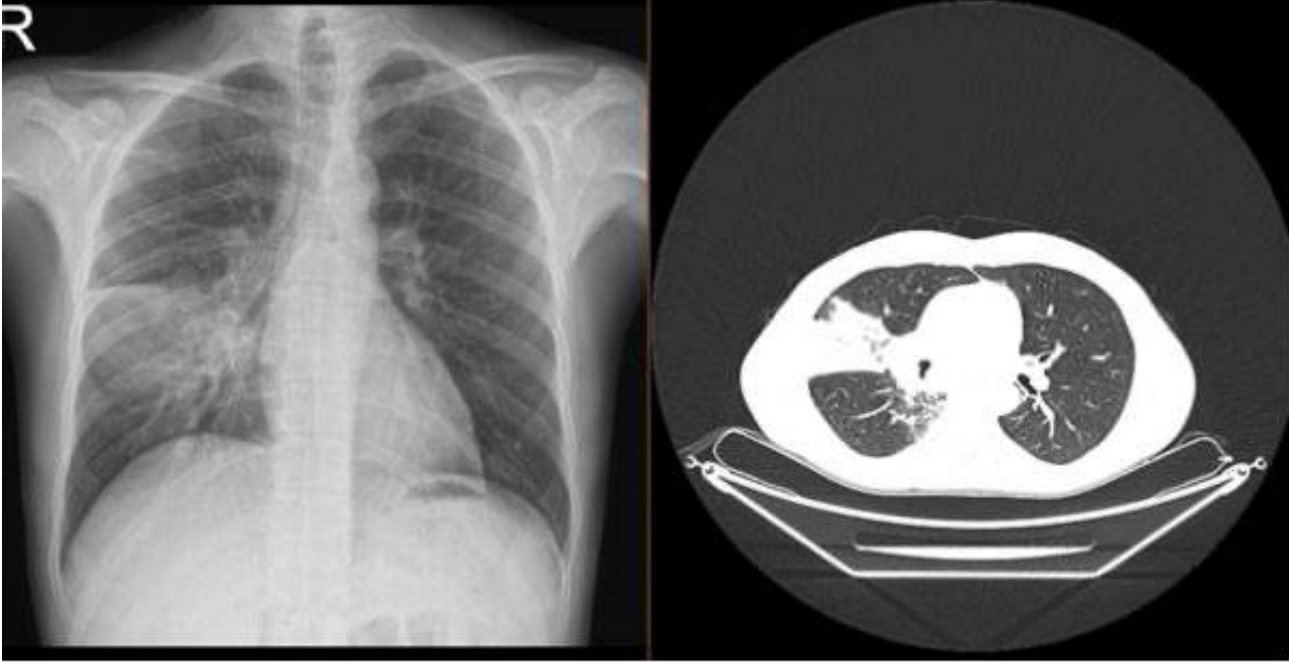
Hasta, 29 Kasım 2023'te beş gündür 39°C'yi aşan ateş, öksürük ve balgam şikayetleri ile tekrar başvurdu. Yaklaşık bir aydır gece terlemeleri ve 4 kg kilo kaybı tarif etti. Akciğer grafisi ve bilgisayarlı tomografi (BT) incelemelerinde sağ akciğer orta lobda traksiyon bronşiektazilerinin eşlik ettiği, konsolidasyon-atelektazi ayrımı yapılamayan dansite artışı ve sağ parahiler alanda 30x22 mm boyutlarında yumuşak doku dansitesi (patolojik lenf nodu, kitle ya da konsolidasyon?) saptandı (Resim 1). Bu bulgular üzerine hastaya seftriakson 2x1 gr IV ve klaritromisin 2x500 mg PO tedavisi başlandı ve kliniğe yatırıldı.

Balgam ve bronkoalveolar lavaj (BAL) örneklerinde asidorezistan bakteri (ARB) görülmesi üzerine hastaya dörtlü standart tüberküloz tedavisi başlandı. Antiretroviral tedavi ilaç etkileşimleri nedeniyle, BIC/TAF/FTC tedavisi Tenofovir disoproksil fumarat (TDF) / FTC ve Raltegravir ile değiştirildi. BAL mikobakteri kültürlerinde tüberküloz dışı mikobakteri üremesi tespit edilmesi üzerine, tiplendirme sonucu beklenirken tedavisi etambutol 1x1500 mg PO, rifampisin 1x600 mg PO, azitromisin 1x500 mg PO ve moksifloksasin 1x400 mg PO olarak düzenlendi. Üreme saptanan örnekler tiplendirme için Ulusal Tüberküloz Referans Laboratuvarı'na gönderildi. Akciğer biyopsi sonucu granülomatöz inflamasyon lehine raporlanan hastada, düzenlenen tüberküloz tedavisinin 21. gününde klinik düzelme sağlanarak taburculuk gerçekleştirildi. Ulusal Tüberküloz Referans Laboratuvarı'na gönderilen kültürlerde *Mycobacterium avium* üremesi tespit edildi. Duyarlılık testlerinde, amikasin, moksifloksasin, linezolid ve klaritromisine duyarlı olduğu öğrenilen hastanın taburculuk sonrası tedavisi, dış merkezde linezolid, etambutol, rifampisin ve klaritromisin ile devam etmektedir.

Sonuç: Tüberküloz dışı mikobakteri enfeksiyonları, özellikle HIV ile yaşayan bireylerde bağışıklık sisteminin ileri derecede baskılanması sonucu sık görülmektedir. Bu vakalarda, ilaç etkileşimleri ve enfeksiyon tedavisinin dikkatle düzenlenmesi kritik öneme sahiptir. Bu olgu, HIV ile yaşayan bireylerde antiretroviral tedaviye erken başlanmasının ve eşlik eden enfeksiyonların hızla tanınıp tedavi edilmesinin gerekliliğini bir kez daha vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: *Mycobacterium avium*, Tüberküloz dışı mikobakteri enfeksiyonu, AIDS

Resim 1



Akciğer Grafisi ve Bilgisayarlı Tomografi Görüntüleri

PS-68 \ POSTER BİLDİRİ

Kriptokok ve CMV'e bağlı satral sinir sistemi tutulumu ile gelen ve tedaviyi reddeden bir AIDS hastası

Tuğba Karakuzu, Şebnem Şenol Akar, Esra Erdem Kıvrak, Deniz Özer, Çiğdem Banu Çetin

Manisa celal bayar üniversitesi tıp fakültesi, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji ana bilim dalı,manisa

Giriş ve Amaç: İmmun sistemi baskılanmış kişilerde fırsatçı patojenlere bağlı santral sinir sistemi enfeksiyonları mortalite açısından büyük risk taşımaktadır. CMV ve kriptokok bu etkenler arasında sık görülenlerdendir. Bu vaka ile HIV ile enfekte bireylerde hayatı tehdit eden fırsatçı enfeksiyon durumlarında, hastanın fırsatçı etkene yönelik tedavi uyumsuzluğu halinde sadece ART ile sağkalımı ve hastanın tedaviyi reddetmesi durumundaki yasal sorumluluklarımızı tartışmayı amaçladık.

Yöntem: 28 yaşında erkek hasta bilinç bulanıklığı ile acil servise getirildi. Hastanın fizik muayenesinde ense sertliği şüpheli olan hastaya lomber ponksiyon yapıldı. Meningoensefalit şüphesiyle nöroloji yoğunbakıma interne edildi. BOS biyokimya glukoz 110, klor 95, protein 608, menenjit PCR panelinde CMV ve direkt bakıda maya hücresi saptandı. Hastaya ampirik olarak vankomisin ve asiklovir başlandı. Bir gün sonra tekrarlanan LP sonrası BOS menenjit PCR panelinde *Cryptococcus neoformans/gattii* saptanmasıyla mevcut tedaviye lipozomal amfoterisin B 1x5 mg/kg'dan iv eklendi. Antibiyoterapinin 3.gününde pansitopeni olması nedeniyle vankomisin ve asiklovir kesilip, gansiklovir ile linezolidle geçildi. Ateşlerinin devam etmesi ve AFR progresyonu nedeniyle meropenem ile fosfomisin eklendi. Kanıtlı gram+ üremesi olmadığı için linezolid kesildi. Ateş yüksekliği ve semptomlarının devam etmesi üzerine flukonazol 1x800 mg iv eklendi. Hastanın tedavisi devam ederken yatışında gönderilen HIV RNA:1.000.000 IU/ml, CD4 T lenfositleri 173 olarak sonuçlandı. Hasta toplamda 20 gün lipozomal amfoterisin B, 7 gün gansiklovir, 4 gün flukonazol almıştır. Kriptokok menenjiti için yeterli tedavi almadan tetkik/televi red vererek hastaneden ayrılmıştır. Hastanın kendi isteği ile taburculuğu sonrası ciddi nörolojik semptomlarla tekrarlayan acil servis başvuruları mevcuttur. Bu başvurularında da hastaya yatış önerilmesine rağmen tetkik/televi red vererek hastaneyi terketmiştir. Bir ay sonra enfeksiyon polikliniğine antiretroviral tedavi (ART) planlanması için başvurdu. Hastaya izoniazid, kotrimaksazol profilaksileriyle birlikte flukonazol ile tenofovir alafenamid/embtrisitabin/bictegravir başlandı. Kontrollerinde hastanın sadece ART aldığı, diğer tedavileri kullanmadığı öğrenildi. ART'nin 1. ayında HIV RNA 600 IU/ml, 4. ayında HIV RNA 20 IU/ml, 7. ayında HIV RNA negatif olan hastanın bilinç açık, oryante-koopere, ense sertliği negatif olup, polikliniğe rutin kontrollerine gelmeye devam etmektedir.

Sonuç: AIDS tablosuyla başvuran ve ölümlle sonuçlanabilen fırsatçı enfeksiyonu olan hastanın, bu enfeksiyonlar açısından kendi isteği ile tedavisinin tamamlanamamasına rağmen sağkalımının düzenli kullandığı ART'ye bağlı olduğu düşünülmüştür. Tedavi uyumsuzluğu ya da reddi hekimleri zor durumda bırakmaktadır. Bu konuda yasal olarak hekimleri koruyan ortak bir yaklaşım planı olması gerektiği düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: AIDS, ART, Kriptokok menenjiti, CMV, Tedavi uyumsuzluğu

PS-69 \ POSTER BİLDİRİ

Yeni tanı HIV enfeksiyonunda fırsatçı enfeksiyonlar, malignite ve IRIS birlikteliği

Alev Bihan Aygül, Tuğçe Şimşek Bozok, Ali Kaya, Gülden Ersöz, Fatma Özlem Kandemir, Elif Şahin Horasan
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Mersin

Amaç: Fırsatçı enfeksiyonlar, malignite ve IRIS tablosu HIV ile yaşayan bireylerde önemli morbidite ve mortalite nedenleridir. Olgumuzda yeni tanı HIV enfeksiyonu olan ve fırsatçı enfeksiyon, malignite ve IRIS tablosu gelişen bir hastanın klinik süreci irdelenmiştir.

Olgu: Dış merkeze iki aydır ateş, kilo kaybı, boyunda ve koltuk altında şişlik şikayetleri ile başvuran 25 yaşındaki erkek olgu anti-HIV testi pozitif gelmesi üzerine kliniğimize başvurdu. Genel durumu orta, kaşektik olan hastanın kollarında ve gövdesinde ağrısız kırmızı mor renkli nodüler lezyonları mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin 9.3 g/dL, lökosit 5720 mm³, sedimantasyon 66 mm/saat, CRP 22 mg/L, CD4 düzeyi 161/mm³, HIV RNA: 258.000 kopya/mL, VDRL negatif, TPHA pozitif, Toksoplasma IgM ve IgG negatif, CMV IgG pozitif CMV PCR 41 IU/mL olarak bulundu. Toraks ve batin tomografisinde mediastende birleşme eğilimi gösteren multipl sayıda lenf nodları, sağ hemitoraksta 13 mm plevral effüzyon ve hepatomegali izlendi. Hastaya mevcut bulgularla TMP/SMX 1x800 mg profilaksisi ve meropenem 3x1 gr başlandı. Deri döküntüleri ön planda Kaposi sarkomu olarak değerlendirilen hastadan dermatoloji tarafından biyopsi alındı. Biyopsi sonucu intermedier vasküler neoplazm, kaposi sarkomu ile uyumlu olarak raporlandı. Yumuşak doku USG'de; bilateral servikal, aksiller ve inguinal bölgelerde hilusları baskılanmış ileri derecede kalın korteksli parankimde retiküler patern izlenen malign lenf nodları saptandı. Hasta lenfoma ön tanısıyla biyopsi alınması amaçlı kbb kliniğine danışıldı. Trombositopenisi olması ve genel durumu bozulması nedeniyle hastada biyopsi yapılamadı. Balgam örneği veremeyen hastadan gaitada mikobakteri PCR istendi. Test sonucu pozitif gelen hastaya gastrointestinal tüberküloz tanısıyla INH 300 mg/gün, RIF 600 mg/gün, PZA 1,5 g/gün, EMB 1 g/gün başlandı. Takiplerinde orofaringeal kandidiyazis gelişen hastanın tedavisine flukonazol 1x400 mg IV eklendi. Kültürlerde üremesi olmayan hastada meropenem 15.günde kesildi. Antibiyoterapi kesilmesi sonrasında ateşleri olan, kandidal plakları ve yutma güçlüğü devam eden hastanın tedavisine moksifloksasin 1x400 mg IV eklendi, flukonazol kesilerek amphoteresin B 1x150 mg IV başlandı. Antitüberküloz tedavinin 16.gününde hastaya DTG 2x1 tb + FTC/TDF 1x1 tablet başlandı. ART tedavinin 3.gününde taşikardik seyreden ve ani desatüre olan hasta yoğun bakıma devredildi. Kontrol toraks BT'de buzlu cam alanları izlendi. Hastada IRIS düşünülerek metilprednisolon 1x70 mg başlandı. Solunum arresti gelişen hasta exitus kabul edildi. **Sonuç:** CD4 düzeyi düşük olan, HIV ile yaşayan bireylerde fırsatçı enfeksiyonlar ve maligniteler birlikte görülebilmekte ve yaşamı tehdit edebilmektedir. ART başladıktan sonra klinik tabloların birbiriyle karışabilmesi nedeniyle IRIS tablosu da gözden kaçabilmektedir. Bu olguda fırsatçı enfeksiyonlar, malignite ve IRIS tablosu birlikte görülmüş olup hastanın kaybıyla sonuçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Fırsatçı Enfeksiyon, HIV, IRIS

PS-70 \ POSTER BİLDİRİ

HIV ile yaşayan progresif multifokal lökoensefalopati tanılı hastada pembrolizumab tedavisi

Zilan Konak, Berk Akçalı, Uğur Önal, Esra Kazak, Yasemin Heper, Emel Yılmaz, Halis Akalın
Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

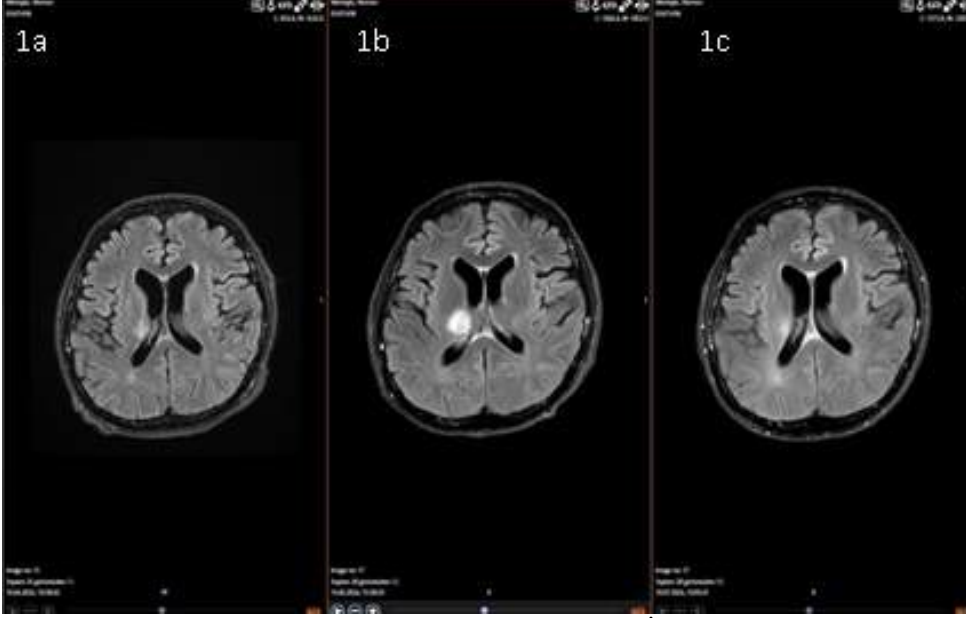
Amaç: Bu olgu sunumunda, progresif multifokal lökoensefalopati (PML) tanılı HIV ile yaşayan bir hastada standart tedavilere ek olarak pembrolizumabın etkileri değerlendirildi.

Olgu: Kırk sekiz yaşında, hipertansiyon tanılı erkek hasta, Kasım 2023'de sol kol ve sağ bacakta yeni başlayan güçsüzlük şikayetiyle Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji bölümüne başvurmuş. Aralık 2023'de yapılan tetkiklerde anti-HIV testi pozitif, HIV RNA 78.038 kopya/ml, CD4 hücre sayısı 68/mm³ olarak saptandı. Antiretroviral tedavisi (ART), biktgravir/tenofovir adefenamid/emtrisitabin olarak düzenlendi. İki haftalık tedavi sonrası hasta, klinik iyileşme göstererek destekle yürüyebilir hale geldi ve sol üst ile sağ alt ekstremitede kas güçsüzlüğü dışında patolojik bulgu saptanmadan taburcu edildi. Taburculuk sonrası, dış merkezde ART tedavisi tenofovir disoproksil fumarat/emtrisitabin ve lopinavir/ritonavir olarak değiştirilen hasta yaklaşık iki ay sonra acil servise ajitasyon, yatağa bağımlılık, dizartri ve yutma güçlüğü ile tekrar başvurdu. Yakınları, bu iki ay içinde hastanın klinik durumunda hızlı bir kötüleşme olduğunu bildirdi. Acil serviste yapılan fizik muayenesinde, dezoryante ve non-koopere olan hastanın Glasgow Koma Skoru 13 olarak saptandı. Hasta anlamsız sesler çıkarıyor, ancak göz teması kurabiliyordu. Yaygın spastisite ve rijidite tüm vücut kaslarında mevcuttu. Kraniyal sinir muayenesinde patolojik bulgu izlenmedi; hasta sadece mimik kaslarını kullanabiliyordu. Mayıs 2024'de yapılan tetkiklerinde CD4 hücre sayısı 36/ mm³, HIV RNA:<33 kopya/ml, (BOS) HIV RNA: Negatif olarak sonuçlandı. Ocak ve Mayıs 2024'te yapılan lomber ponksiyonlarında BOS JC virüs <100 kopya/ml tespit edildi (Tablo 1). Kraniyal MRG'de beyin sapında kontrast tutmayan yeni lezyonlar ve serebellar pedinküllerde asimetric tutulumlar gözlemlendi. PML düşünülen hasta nöroradyoloji konseyinde tartışıldı ve PML tanısı aldı. Hastanın klinik durumundaki kötüye gidiş dikkate alınarak, Sağlık Bakanlığı'na pembrolizumab için endikasyon dışı ilaç başvurusu yapıldı ve onay alındı. 10 Haziran, 13 Temmuz ve 22 Ağustos 2024 tarihlerinde 2 mg/kg dozunda toplam üç kez pembrolizumab tedavisi intravenöz olarak uygulandı. Pembrolizumab tedavisinin ilk dozu sonrası yapılan kontrol kraniyal MRG'de talamusta belirgin kontrastlanmayan hiperintens lezyonun boyutlarında küçülme saptandı (Resim 1). Son doz sonrası yapılan nörolojik muayenede üst ve alt ekstremitede kas gücünde artış görüldü, hasta istemli motor yanıtlar vererek bazı kaslarını kullanabiliyordu. Ajitasyon hali azalırken, dizartri konuşması da düzelmeye başladı; 2-3 kelimelik anlamlı cümleler kurabildi. Ekstremitelerdeki rijidite devam etmekle birlikte azalma gösterdi ve kraniyal sinir muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı.

Sonuç: HIV ile ilişkili PML tedavisinde pembrolizumab, klinik iyileşme potansiyeli gösteren alternatif bir tedavi seçeneği olabilir. Ancak, bu konuda daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: JC virüs, pembrolizumab, progresif multifokal lökoensefalopati

Resim 1



(1a ve 1b): Pembrolizumab tedavisi öncesi T2A ve FLAIR imajlarında talamusta belirgin kontrastlanmayan hiperintens lezyon, (1c): İlk doz pembrolizumab tedavisi sonrası lezyonun boyutlarında küçülme saptandı.

Tablo 1

Laboratuvar ve fizik muayene bulguları	Pembrolizumab tedavisi öncesi	Pembrolizumab tedavisinin 1.dozu sonrası
(BOS) Basınç	Normal	Normal
(BOS) Görünüm	Berrak	Berrak
(BOS) Protein	42 mg/dl	77 mg/dl
(BOS) Glukoz	67 (Eş zamanlı parmak ucu kan şekeri:137) mg/dl	61 (Eş zamanlı parmak ucu kan şekeri:106) mg/dl
(BOS) Hücre sayısı-cinsi	Eritrosit:13/ mm ³ , Lökosit:0 /mm ³	Eritrosit:3/ mm ³ , Lökosit:4 /mm ³
(BOS) JC-virüs PCR	<100 kopya/ml	<100 kopya/ml
(BOS) HIV RNA	Negatif	Negatif
HIV RNA	<33 IU/ml	<33 IU/ml
CD4 hücre sayısı / mm ³	36	52
	Pembrolizumab tedavisi öncesi	Pembrolizumab tedavisinin 3.dozu sonrası
Glaskow Koma Skoru (GKS)	13	14
Nörolojik muayene bulguları	Dezoryante, non-koopere, iletişim gözler aracılığı ile Afazik konuşma mevcut Ense sertliği yok Kraniyal sinir muayenesi olağan, patolojik refleks yok Mimik kasların kullanımı doğal, üst ekstremitte kas gücü bilateral 2/5, alt ekstremitte kas gücü bilateral 2/6, yaygın tüm vücut kaslarında rijidite hali	Dezoryante, kısmi koopere, çevreye yanıt artmış Anlamlı birkaç kelime kurabiliyor Ense sertliği yok Kraniyal sinir muayenesi olağan, patolojik refleks yok Mimik kaslarına ek olarak boyun, kol ve bacak kaslarını sürekli olmamakla birlikte istemli kullanımı mevcut, üst ekstremitte kas gücü bilateral 3/5, alt ekstremitte kas gücü 2/5, rijidite hali azalmakla beraber sebat etmekte

Pembrolizumab öncesi ve sonrası laboratuvar ve fizik muayene bulguları



HIV/AIDS
Korunma
ve Eğitim
Derneği



HIV/AIDS KONGRESİ
2024

5 - 8 ARALIK 2024

Xanadu Resort Otel Belek Antalya

www.hivaidskongresi2024.com

- HIV enfeksiyonunda sosyal bilimler -

PS-71 \ POSTER BİLDİRİ

Üniversite öğrencileri arasında HIV/AIDS farkındalık ve bilgi düzeyinin değerlendirilmesi

Zekihan Göçer¹, Ayşe Özlem Mete², Kübra Koçak³, Enes Erbağcı⁴, Erkam Ünal¹, Güngör Ferhat Tandoğaç¹, Elif Yaşamalı⁵, İlkay Karaoğlan²

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gaziantep

²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Gaziantep

³Ermenek Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Karaman

⁴Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Ağrı

⁵Gaziantep Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Gaziantep

Amaç: İlk AIDS vakasının raporlanmasının üzerinden 40 yıl geçmesine rağmen, human immunodeficiency virüs (HIV) hala küresel bir sorun olmaya devam ediyor. Farklı ülkelerden yapılan öğrencilerin HIV farkındalığını tespit etmek üzere uygulanan anket çalışmalarında öğrencilerin damgalanma, sosyal izolasyon korkusu ile test yaptırmadıkları; HIV bulaş yollarının için riskli davranışların ve korunma yolları konusunda eksik bilgiye sahip oldukları saptanmıştır. Çalışmamızda üniversite öğrencileri arasında HIV bilgi düzeylerini ölçmeyi ve hastalığa karşı tutum ve davranışlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal-Metod: Çalışmamız kesitsel tanımlayıcı bir anket çalışması olarak planlandı. Gaziantep Üniversitesinde öğrenim gören öğrencilerine Google forms ile oluşturulan online anket uygulandı. Veri toplamak için kullanılan anket formu sosyodemografik özellikler, HIV/AIDS hastalığı hakkında bilgi soruları, bu hastalığa karşı tutum ve davranışları irdelleyen sorular içermektedir.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 181 katılımcının 73(%40,3)'ü erkek, 108(%59,7)'i kadındı. Katılımcıların genel özellikleri tablo 1 de sunulmuştur. HIV'in bulaş yoluna katılımcıların bütün çoğunluğu doğru cevap vermiş olmasına rağmen, yanlış olarak öpüşme, öksürme, aksırma ya da aynı tuvaleti kullanarak bulaştığını düşünenlerin sayısı da belirgin olarak yüksekti. Katılımcıların %89'unun HIV pozitif olma ihtimalinden korktuğu görülmüştür. Korkunun aile içi nedenleri incelendiğinde, katılımcıların büyük çoğunluğunun ailenin öğrenmesinden (%31,5) ve bunun sonucunda aileyi hayal kırıklığına uğratmaktan (%22) endişe etmekteydi. Tutum ve davranışlarla ilgili sorularda ise test sonucunun pozitif gelmesi durumunda; insanların arkasından konuşması (%53), dışlanma (%55,2), tutum ve davranış değişikliği (%61,3), yakın çevreyi kaybetme (%58,6), fiziksel olarak uzak durulması (%61,3), olumlu özelliklerin göz ardı edilmesi (%58), insanların yanında kötü hissetmesi (%63,5), yeni insanlarla tanışmaktan korkma (%54,7), durumu paylaştıkları kişilerin bunu başkalarına söylemesi (%59,1), iş yerinde mobbing, statü kaybı ve iş kaybı (%58,6; %61,9; %53,6) ile ölüm korkusu (%65,2) gibi sorunlar açısından endişe duydukları tespit edilmiştir (Tablo 2)

Sonuç: HIV ile enfekte genç birey sayısı dünyada ve ülkemizde her geçen yıl giderek artmaya devam etmektedir. Artışın nedenleri incelendiğinde genç bireylerde; HIV enfeksiyonu ile ilgili bulaş ve korunma yolları konusunda bilgi düzeyinin yetersiz olduğu bir çok çalışmada ortaya konulmuştur. Ayrıca HIV ile enfekte bireylere karşı olan olumsuz tutum ve davranışın varlığı HIV bakımından pozitif sonuç alma korkusunu da tetiklemektedir. Sonuç olarak anketimize katılan katılımcıların verdiği cevaplar HIV farkındalığı bakımından konu ile ilgili genç bireylere eğitim verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: HIV/AIDS Bilgi Düzeyi, Farkındalık, Üniversite Öğrencileri

Tablo 1

	N (%)
Cinsiyet	
Erkek	73 (%40,3)
Kadın	108 (%59,7)
Cinsel Yönelim	
Heteroseksüel	141 (%77,9)
Homoseksüel	9 (%5)
Biseksüel	6 (%3,3)
Emin Değil	7 (%3,9)
Diğer	18 (%9,9)
Eğitim	
Lisans	153 (%84,5)
Yüksek Lisans	19 (%10,5)
Doktora	9 (%5)
Büyüdükleri Coğrafi Bölge	
Akdeniz	43 (%23,7)
Güneydoğu Anadolu	109 (%60,2)
İç Anadolu	6 (%3,3)
Doğu Anadolu	4 (%2,2)
Karadeniz	1 (%0,5)
Ege Bölgesi	4 (%2,2)
Marmara Bölgesi	8 (%4,4)
Yurt Dışı	5 (%2,7)

Katılımcıların Genel Özellikleri

Tablo 2

	Evet n (%)	Hayır n (%)
HIV testinizin pozitif gelme ihtimali sizi korkutur mu?	161 (%89)	20 (%11)
HIV testi sonucunuzun ailenize zarar getirebileceğinden korkuyor musunuz?	82 (%45,3)	99 (%54,7)
Sonucun (+) gelmesi durumunda insanların arkamdan konuşmasından korkarım	96 (%53)	85 (%47)
Sonucun (+) gelmesi durumunda insanların beni dışlamasından korkarım	100 (%55,2)	81 (%44,8)
Sonucun (+) gelmesi durumunda insanların bana karşı tutum ve davranışlarının değişmesinden korkarım	111 (%61,3)	70 (%38,7)
Sonucun (+) gelmesi durumunda yakın çevremi kaybetmekten korkarım	106 (%58,6)	75 (%41,4)
Sonucun (+) gelmesi durumunda insanların benden fiziksel olarak uzak durmasından korkarım	111 (%61,3)	70 (%38,7)
Sonucun (+) gelmesi durumunda insanların iyi noktalarını göz ardı etmesinden korkarım	105 (%58)	76 (%42)
Sonucun (+) gelmesi durumunda çevremle bu durumu paylaşmaktan korkarım	101 (%55,8)	80 (%44,2)
Sonucun (+) gelmesi durumunda insanların yanımda kötü hissetmesinden korkarım	115 (%63,5)	66 (%36,5)
Sonucun (+) gelmesi durumunda yeni insanlarla tanışmaktan korkarım	82 (%45,3)	99 (%54,7)
Sonucun (+) gelmesi durumunda durumu paylaştığım kişilerin başka insanlara söylemesinden korkarım	107 (%59,1)	74 (%40,9)
Sonucun (+) gelmesi durumunda iş yerinde mobbinge uğramaktan korkarım	106 (%58,6)	75 (%41,4)
Sonucun (+) gelmesi durumunda işimi kaybetmekten korkarım	97 (%53,6)	84 (%46,4)
Sonucun (+) gelmesi durumunda iş yerinden bu durumun duyulmasından korkarım	118 (%65,2)	63 (%34,8)
Sonucun (+) gelmesi durumunda iş yerindeki statümün düşürülmesinden korkarım	112 (%61,9)	69 (%38,1)
Sonucun (+) gelmesi durumunda iş bulamamaktan korkarım	87 (%48,1)	94 (%51,9)
Sonucun (+) gelmesi durumunda sürekli hastaneye gitmekten korkarım	91 (%50,3)	90 (%49,7)
Sonucun (+) gelmesi durumunda ölmekten korkarım	118 (%65,2)	63 (%34,8)
Sonucun (+) gelmesi durumunda cinsellik yaşayamamaktan korkarım	94 (%51,9)	87 (%48,1)
Sonucun (+) gelmesi durumunda eğitimime devam edememekten korkarım	97 (%53,6)	84 (%46,4)
Sonucun (+) gelmesi durumunda okulda haksızlığa uğramaktan korkarım	100 (%55,2)	81 (%44,8)
Sonucun (+) gelmesi durumunda yurtdışı barınma hakkımın elimden alınmasından korkarım	96 (%53)	85 (%47)
Sonucun (+) gelmesi durumunda yurt dışı çıkışına engel olmasından korkarım	105 (%58)	76 (%42)

Katılımcıların Sorulara Verdiği Cevaplar

PS-72 \ POSTER BİLDİRİ

Aile hekimlerinin HIV/AIDS hastalığı ve hastaları konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi

Kerem Yiğithan Koçak¹, Kübra Koçak², Hüseyin Balcıoğlu¹

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Eskişehir

²Ermenek Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Karaman

Amaç: HIV ile enfekte birey sayısı dünyada ve ülkemizde her geçen yıl giderek artmaya devam etmektedir. Bu bireylerin tanı almaması ya da tanıda gecikme olması halinde AIDS gelişimi bu hastalar için kaçınılmaz bir son olmaktadır. Bu bireylerin birçoğu non-spesifik semptom ve bulgularla ilk olarak birinci basamakta görev alan aile hekimlerine başvurmaktadır. Bu konuda aile hekimlerine de önemli bir görev düşmektedir. Biz de bu çalışmamızda Eskişehir’de görev yapan aile hekimlerinin HIV/AIDS hastalığı ve hastaları hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal-Metod: Araştırma kesitsel tanımlayıcı bir anket çalışması olarak planlandı. Eskişehir’de görev yapan 115 pratisyen aile hekimi, 39 aile hekimliği uzmanı ve 72 aile hekimliği araştırma görevlisi çalışmaya dahil edildi. Veri toplamak için kullanılan anket formu sosyodemografik özellikler, HIV/AIDS hastalığı hakkında bilgi soruları, bu hastalara karşı tutum ve davranışları irdeleyen sorular içermektedir. İstatistiksel analizler için SPSS 25.0 versiyonu kullanılarak güven aralığı %95, anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Anketimize katılan 226 katılımcının 121’i (%53,5) kadın, 105’i (%46,5) erkekti. Katılımcıların demografik verileri tablo 1 de sunulmuştur. Bilgi puanları değerlendirildiğinde ortalama bilgi, tutum ve davranış puanları sırasıyla $21 \pm 2,2$; $29 \pm 4,9$; $39,1 \pm 7,3$ olarak tespit edildi. Katılımcıların verdiği cevaplar analiz edildiğinde aile hekimliği uzmanlarının pratisyen ve araştırma görevlisi aile hekimlerine göre anlamlı olarak daha bilgiliydi (Tablo 2) Tutum ve davranış unvanlara göre analiz ettiğimizde ise üç grup arasında anlamlı bir fark izlenmedi.

Sonuç: Sonuç olarak hastalıkla ilgili olarak temel bilgilerin katılımcıların çoğu tarafından yeterli düzeyde bilindiğini ortaya koysa da halen bazı hekimlerin bilgilerinin yeterli olmadığı izlenmiştir. Bu durum bizlere HIV/AIDS hastalığına yönelik eğitimlerin sık aralıklarla yapılması gerektiğini düşündürmüştür.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, HIV/AIDS, Tutum

Tablo 1

Cinsiyet (n/%)	
Kadın	121 (%53,5)
Erkek	105 (%46,5)
Medeni Durum (n/%)	
Evli	152 (%67,3)
Bekar	74 (%32,7)
Yaş (Ort±SS)	38,9±11
Ünvan (n/%)	
Pratisyen Hekim	115 (%50,9)
Uzman Hekim	72 (%31,8)
Araştırma Görevlisi	39 (%17,3)

Katılımcıların demografik özellikleri

Tablo 2

	Pratisyen Hekim	Araştırma Görevlisi	Uzman Hekim	p
n/(%)	115 (%50,9)	72 (%31,8)	39 (%17,3)	
Bilgi Puanı	20,5±2,2	21,2± 2	22,3 ± 1,8	<0,001

Ünvanlara göre HIV/AIDS bilgi düzeyi puanlarının karşılaştırılması

PS-73 \ POSTER BİLDİRİ

Sağlık çalışanlarının HIV/AIDS ile ilgili bilgi düzeyi ve tutumlarının değerlendirilmesi

Melisa Uyan Torun, Melda Türken, Süheyla Serin Senger

İzmir Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

Amaç: AIDS “Acquired Immune Deficiency Syndrome”, HIV “Human Immunodeficiency Virus” in insana bulaşması ile ortaya çıkan ve insanda bağışıklık sisteminin zayıflamasıyla seyreden kronik ilerleyici bir enfeksiyon hastalığıdır. HIV ile enfekte bireyler hayatlarının hemen hemen her alanında toplumun bilgisizliğinden kaynaklanan bir önyargıyla karşı karşıya kalmaktadır. Bu ön yargı enfekte bireyin ailesel, mesleki ve sosyal hayatını etkilediği gibi eğer varsa ailesi ve yakınlarını da etkilemektedir. Hastalıkla mücadelede önemli rol oynayan sağlık çalışanlarından yüksek oranda bilgi ve farkındalık beklenmektedir. Bu projede İzmir Şehir Hastanesi sağlık çalışanlarının HIV/AIDS ile ilgili bilgi düzeyi ve tutumu anket aracılığı ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Katılımcılar için 23 soruluk anket hazırlanmıştır. Cevaplar evet/hayır/bilmiyorum olarak düzenlenmiştir.

Bulgular: Ankete 97 (%63)’ü kadın olmak üzere toplam 154 sağlık çalışanı katıldı. Ankete katılanların 123 (%79,9)’ü doktor, 18 (%11,7)’si hemşire, 2 (%1,3)’si ebe ve 11 (%7,1)’si yardımcı sağlık personeliydi. Katılımcıların 101 (%66,9)’ü dahili branş, 41 (%27,2)’i cerrahi branş, 9 (%6)’si temel bilimler ve laboratuvar çalışanıydı.

Çalışmamızda ankete katılanların tamamı HIV/AIDS’in korunmasız cinsel ilişkiyle bulaştığını belirtirken 10 (%6,5) katılımcının ‘HIV/AIDS sadece cinsel yolla bulaşır.’ sorusuna evet yanıtı verdiği görüldü. Katılımcıların HIV/AIDS konusundaki bilgi düzeyi değerlendiren anket sorularına vermiş oldukları yanıtlar Tablo 1’de görülmektedir.

Katılımcıların HIV/AIDS konusundaki tutumlarını değerlendiren anket sorularında katılımcıların 122 (%79,2) ‘i yaptığı işi HIV/AIDS bulaşma konusunda riskli bulduğunu belirtti. Sağlık çalışanının her hastaya karşı HIV pozitif gibi korunması gerektiğini değerlendiren soruda 149 (%96,8) kişi evet cevabını verdi. HIV/AIDS ile yaşayan birey ile aynı yerde çalışmam diyen katılımcı sayısı 16 (% 10,4) iken 22 (%14,3) kişinin kararsız kaldığı görüldü. HIV/AIDS ile yaşayan bireye bakım, tedavi, hizmet vermekte endişe duyanlar 76 (%59,4) kişi olarak tespit edildi. HIV/AIDS ile yaşayan birey ile kesici, delici alet yaralanmasında 36 (%23,3) katılımcının ne yapacağını bilmediği görüldü.

Sonuç: Anket sonuçlarına göre sağlık çalışanlarının bilgi eksikliğinin giderilmesi için daha fazla bilgilendirme ve eğitimler yapılması gerektiği görülmektedir. Sağlık çalışanlarına yapılacak eğitimlerde özellikle tıbbi bilgilerin yanında HIV/AIDS ile ilgili pozitif tutum kazandırabilecek eğitimler de düzenlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aids, Bilgi, HIV, Sağlık

Tablo 1



PS-74 \ POSTER BİLDİRİ

Kırmızı kurdele yetmez: Sağlık çalışanlarında HIV ile ilgili damgalama ve ayrımcılık

Merve Mert Vahabi, Buse Kenanoğlu, Oğuzhan Acet, Cansu Tol, Beyza Süllü, Sümeyra İstek, Deniz Gökengin
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

Amaç: HIV ile ilgili damgalama, HIV ile yaşayan kişiler (HYK) hakkındaki olumsuz tutum ve inançlardan kaynaklanan davranışlar sonucunda kişinin itibarsızlaştırılmasıdır. Sağlık hizmeti veren kişiler arasında da bu damgalama ve ayrımcılık yaygındır. Bu çalışmanın amacı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarında HIV ile ilişkili damgalama durumunu ortaya koymaktır.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmada 01.03.2024 ile 17.09.2024 tarihleri arasında, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Dermatoloji, Göğüs Hastalıkları, İç Hastalıkları, Genel Cerrahi, Üroloji, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ortopedi ve Travmatoloji ve Kulak Burun Boğaz kliniklerinde çalışan katılımcılara yüz yüze bir anket uygulanmıştır. Ankette demografik özellikler ve karşılaşılan HYK sayısı, HIV ile ilgili bilgi düzeyi ile damgalama ve ayrımcılığı değerlendiren toplam 27 soru bulunmaktadır. Yanıtlar cinsiyet, dâhili ve cerrahi dal, meslek grubu ve bir ay boyunca görülen HYK sayısına (<5 hasta ile >25 hasta) göre karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir. Oranların karşılaştırılmasında Ki-kare yöntemi kullanılmıştır, p<0,05 istatistiksel anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Ankete dâhil edilen 204 katılımcının 115'i (%56,3) kadındır; yaş ortalaması 32,09± 6,99 (min-maks:24-55) bulunmuştur. Katılımcıların meslekteki ortalama çalışma süresinin 7,9 ± 7,4 yıl (min-maks: 1-36 yıl) olduğu saptanmıştır. HYK takip etmekten endişe eden (endişe duyarım veya çok endişe duyarım seçeneğini işaretleyen) katılımcı sayısı 62 (%30,3) ve HYK'den kan örneği almaktan ya da bu kişiye girişimsel işlem uygulamaktan çekinen (çekinirim ya da çok çekinirim seçeneğini işaretleyen) katılımcı sayısı 75 (%36,7) bulunmuştur. Damgalama ve ayrımcılığı ve HIV bulaş yollarına ilişkin bilgiyi ölçen sorulara verilen yanıt oranlarının farklı değişkenlere göre değerlendirilmesi sırasıyla Tablo 1 ve 2'de gösterilmiştir.

Sonuç: HYK'lere bakım verirken standart korunma önlemleri dışında ek önlemlere gerek yoktur. Fakat çalışmamızda sağlık çalışanlarının HIV statüsünü bilmek ve çift eldiven kullanmak gibi kendini korumaya yönelik ek önlem ihtiyacı hissettiği görülmüştür. Ancak bu durum daha fazla sayıda HYK ile karşılaşan sağlık çalışanlarında daha azdır. Eğitim düzeyi ne kadar düşüğe ve az sayıda hasta görenlerde damgalama ve ayrımcılık oranlarının o denli yüksek olduğu dikkat çekicidir. Yapılacak periyodik eğitimlerle sağlık çalışanlarında bu konuya ilişkin farkındalığın ve bilgi düzeyinin artırılması temel hedef olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ayrımcılık, Damgalama, HIV

Tablo 2. Damgalama ve ayrımcılığı ölçen sorulara verilen yanıt oranları

	D (s:119)	H (s:74)	P (s:11)	P	DB (s:106)	CB (s:98)	P	K (s:115)	E (s:89)	P	<5 hasta/ay (s:177)	>25 hasta/ay (s:15)	P	Toplam
HYK'lerin evlenmesi yasaklanmalıdır	7/119 (%5,8)	11/74 (%14,8)	5/11 (%45,4)	0,0001	8/106 (%7,5)	15/98 (%15,3)	0,0800	13/115 (%11,3)	10/89 (%11,2)	0,9877	18/177 (%10,1)	0/15 (%0)	0,1945	23/204 (%11,2)
Hastayı muayene ederken ya da girişimsel işlem yaparken çift eldiven kullanırım	66/119 (%55,4)	52/74 (%70,2)	7/11 (%63,6)	0,0394	56/106 (%52,8)	49/98 (%50,4)	0,1000	71/115 (%61,7)	54/89 (%60,6)	0,8769	117/177 (%66,1)	1/15 (%6,6)	0,0001	125/204 (%61,2)
HYK'ler ayrı merkeзде takip edilmeli	23/119 (%19,3)	22/74 (%29,7)	8/11 (%72,2)	0,0001	18/106 (%16,9)	35/98 (%35,7)	0,0023	25/115 (%21,7)	28/89 (%31,4)	0,1163	48/177 (%27,1)	0/15 (%0)	0,0199	53/204 (%25,9)
HYK'nin olmadığı bir yerde çalışmak isterim	49/119 (%41,1)	36/74 (%48,6)	5/11 (%45,4)	0,3076	35/106 (%33)	55/98 (%56,1)	0,0008	45/115 (%39,1)	45/89 (%50,5)	0,1029	84/177 (%47,4)	1/15 (%6,6)	0,0022	90/204 (%44,1)
Hastanın HIV statüsünü bilmek isterim	104/119 (%87,3)	71/74 (%95,9)	9/11 (%81,8)	0,0302	93/106 (%87,7)	91/98 (%92,8)	0,2190	104/115 (%90,4)	71/89 (%79,7)	0,0306	165/177 (%93,2)	8/15 (%53,3)	0,0001	184/204 (%90,1)
Seks işçilerinin tedavi sürecinde rol almak istemem	44/119 (%36,9)	32/74 (%43,2)	5/11 (%45,4)	0,3401	30/106 (%28,3)	51/98 (%52)	0,0005	40/115 (%34,7)	41/89 (%46)	0,1023	76/177 (%42,9)	1/15 (%6,6)	0,0059	81/204 (%39,7)
Damar içi uyuşturucu kullanan hastaların tedavi sürecinde rol almak istemem	57/119 (%47,8)	35/74 (%47,2)	4/11 (%36,3)	0,4620	41/106 (%38,6)	57/98 (%58,1)	0,0053	48/115 (%41,7)	48/89 (%53,9)	0,0835	89/177 (%50,2)	2/15 (%13,3)	0,0059	96/204 (%47)
HIV pozitif çalışma arkadaşım olsun istemem	40/119 (%33,6)	25/74 (%33,7)	4/11 (%36,3)	0,7842	26/106 (%24,5)	43/98 (%43,8)	0,0035	31/115 (%26,9)	38/89 (%42,6)	0,0184	62/177 (%35)	1/15 (%6,6)	0,0246	69/204 (%33,8)
HYK'lerin tedavi masrafları sigorta tarafından karşılanmalıdır	16/119 (%13,4)	14/74 (%18,9)	0/11 (%0)	0,0785	14/106 (%13,2)	16/98 (%16,3)	0,5297	14/115 (%12,1)	16/89 (%17,9)	0,2457	29/177 (%16,3)	1/15 (%6,6)	0,3196	30/204 (%14,7)
HYK'lere elimde olmadan farklı davranıyorum	42/119 (%35,2)	19/74 (%25,6)	5/11 (%45,4)	0,0919	28/106 (%26,4)	38/98 (%38,7)	0,0598	32/115 (%27,8)	34/89 (%38,2)	0,1161	61/177 (%34,4)	0/15 (%0)	0,0059	66/204 (%32,3)

CB, cerrahi bilimler; DB, dahili bilimler; D, doktor; E, erkek; H, hemşire; HYK, HIV ile yaşayan kişi; K, kadın; P, sağlık personeli. P<0,05 istatistiksel açıdan anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 1. HIV bulaş yollarının farklı değişkenlere göre değerlendirilmesi

	Cinsel yol ile bulaşır	Anneden bebeğe bulaşır	Aynı tuvaleti kullanma ile bulaşır	Sarıma ile bulaşır	Öksürme ile bulaşır	Aynı havuzda yüzme ile bulaşır
Dâhili dal (s:106)	105/106 (%99)	95/106 (%89,6)	5/106 (%4,7)	1/106 (%0,9)	3/106 (%2,8)	1/106 (%0,9)
Cerrahi dal (s:98)	96/98 (%97,9)	86/98 (%87,7)	6/98 (%6,1)	0/98 (%0)	7/98 (%7,1)	5/98 (%5,1)
p	0.5153	0.6734	0.6570	0.3351	0.1540	0.0790
Doktor (s:119)	119/119 (%100)	111/119 (%93,2)	3/119 (%2,5)	0/119 (%0)	1/119 (%0,8)	2/119 (%1,6)
Hemşire (s:74)	73/74 (%99)	66/74 (%89,1)	8/74 (%10,8)	0/74 (%0)	8/74 (%10,8)	2/74 (%2,7)
Diğer sağlık personeli (s:11)	9/11 (%81,8)	4/11 (%36,3)	0/11 (%0)	1/11 (%9,09)	1/11 (%9,09)	2/11 (%18,1)
p	0,0001	0,0001	0,0091	0,0001	0,0061	0,0081
Kadın (s:115)	115/115 (%100)	100/115 (%86,9)	6/115 (%5,2)	0/115 (%0)	7/115 (%6,08)	3/115 (%2,6)
Erkek (s:89)	86/89 (%96,6)	81/89 (%91)	5/89 (%5,6)	1/89 (%0,001)	3/89 (%3,3)	3/89 (%3,3)
p	0,1980	0,3638	0,9000	0,8502	0,3728	0,7493
<5 hasta/ay (s:177)	175/177 (%98,8)	159/177 (%89,8)	11/177 (%6,2)	0/177 (%0)	10/177 (%5,6)	6/177 (%3,3)
>25 hasta/ay (s:15)	15/15 (%100)	15/15 (%100)	0/15 (%0)	0/15 (%0)	0/15 (%0)	0/15 (%0)
p	0,1128	0,1947	0,3202	0,1000	0,3444	0,4687
Toplam	201/204 (%98,5)	181/204 (%88,7)	11/204 (%5,3)	1/204 (%0,49)	10/204 (%4,9)	6/204 (%2,9)

"HIV enfeksiyonunun bulaş yolları hangileridir?" sorusuna verilen yanıtlar değerlendirilmiştir. Bir kişi birden çok seçeneği işaretleme hakkına sahiptir. $P < 0,05$ istatistiksel açıdan anlamlı kabul edilmiştir.

PS-75 \ POSTER BİLDİRİ

Türkiye'deki sosyal hizmet uzmanlarının HIV ile yaşayan kişilere yönelik vaka yönetimi bağlamında bilgi düzeyinin ölçülmesi

Rojda Çelik

Pozitif Yaşam Derneği, İstanbul

Amaç: Bu araştırmayla birlikte toplum tarafından dışlanan, ötekileştirilen ve baskılanan kişilerle mikro, mezzo ve makro boyutta mesleki çalışmalar yürüten sosyal hizmet uzmanlarının HIV ile yaşayan bir müracaatçısının vaka yönetimi süreçlerine dair becerilerini ve HIV enfeksiyonu hakkında bilgilerini ölçmek planlanmıştır. Ayrıca bu araştırmayla birlikte sosyal hizmet uzmanlarının HIV ile yaşayan kişilerle yürütülen müdahale süreçleri bağlamında mevzuat ve uygulamaya ne kadar hakim olduklarının tespit edilmesi de amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: İstanbul, Ankara, İzmir gibi büyükşehirler başta olmak üzere Türkiye'nin 26 farklı şehrinden 75 sosyal hizmet uzmanının katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Nicel araştırma yöntemlerinin kullanıldığı çalışmada veri toplama yöntemi olarak açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşan soru formları online olarak hedef gruba iletilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %81.3'ünün çevresinde HIV ile yaşayan tanıdığı bulunmamaktadır. Katılımcı grubunda HIV ile yaşayan tanıdığı bulunan uzmanların sayıca az olmasına rağmen grubun HIV enfeksiyonuna dair ve AIDS'e ilişkin bilgi seviyelerinin ve farkındalıklarının yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bulaş yollarına dair bilginin ölçülmesi istendiği sorularda HIV'in sosyal eylemlerle bulaşmayacağına dair bilgi seviyesinin yüksek olduğu görülmüştür.

Belirlenemeyen=Bulaştırmayan (B=B) bilgisinin ölçülmesi istendiği soruya verilen yanıtlar incelendiğinde HIV ve AIDS, bulaş yolları gibi konularda bilgi seviyesinin daha yüksek olduğu gözlemlenmekle birlikte B=B kavramına ilişkin yeterli bilgi düzeyinin ve farkındalığın oluşmadığı görülmüştür.

Sosyal hizmet uzmanları tarafından stigmaya ve ayrımcılığa yol açabilecek uygulamalara istinaden bilgi düzeyinin ölçüldüğü soruda HIV ile yaşayan kişilerin insan hakları odağında; herkesle eşit haklara sahip olması ve sosyal yaşamda hiçbir ayrımcılığa uğramaması (evlenme, çalışma ve sağlık hakkına erişmesi yönünde) gerektiğine dair bilgi ve bilinç seviyelerinin yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

Sonuç: Sosyal hizmet uzmanları HIV ile yaşayan kişilere karşı hak merkezli, kişinin yüksek yararını gözeterek yaklaştıkları ve HIV enfeksiyonunu gündelik yaşantıya engel olmayan bir sağlık durumu olarak değerlendirdikleri söylenebilir. Mevzuat kapsamında HIV ile yaşayan kişilerin karşılaştığı kısıtlamaların hak ihlaline yol açtığı ve kişilerin yalnızca HIV statüleri sebebiyle farklı uygulamalara maruz bırakılmaması gerektiği yaygın bir görüştür. Katılımcıların çoğunlukla hak odaklı bir perspektifle vaka yönetimi yapma eğilimine sahip olduğu gözlemlenmiştir. Fakat HIV ile yaşayan kişilerden temas ettikleri kişilere HIV geçişi gerçekleşmesi kaygısının; çalışma yaşamı, sağlık hakkına erişim veya statü paylaşımı gibi konularda HIV ile yaşayan kişilerin haklarının önüne geçebildiği tespit edilmiştir.

Ek olarak, sosyal hizmet uzmanları da diğer tüm bireyler gibi toplumun parçasıdır ve yaygın önyargılardan ayrılmış olmalarını beklemek rasyonel değildir.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi sosyal hizmet, Damgalama ve ayrımcılık, HIV ve sosyal hizmet

*Bu araştırma Mikro Fon 2023 Kırmızı Kurdele İstanbul tarafından fonlanmıştır.



HIV/AIDS
Korunma
ve Eğitim
Derneği



HIV/AIDS KONGRESİ
2024

5 - 8 ARALIK 2024

Xanadu Resort Otel Belek Antalya

www.hivaidskongresi2024.com

- Diğer -

PS-77 \ POSTER BİLDİRİ

Tıp fakültesi öğrencilerinin sifiliz hastalığı ile ilgili farkındalıklarının ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi

Muammer Çelik¹, Mügenur Uysal², Ahmet Çopur², Yekcan Baran Çimen², Ali Burak Çelik², Emre Yiğit², Oya Özlem Eren Kutsoylu¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi, Dönem 3 Öğrencisi, İzmir

Amaç: Cinsel yolla bulaşan hastalıkların (CYBH) başında gelen sifilizin görülme sıklığı son yıllarda artmakta olup tıp fakültesi öğrencileri gibi genç nesil risk altındadır. Ülkemizden CYBH açısından öğrencilerin farkındalıkları ile ilgili geçmiş yıllarda çeşitli küçük sayıda çalışmalar yapılmış olup, sifilize yönelik bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin, tedavi edilmediğinde uzun vadede ciddi morbiditelere yol açabilen sifiliz hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeylerini ölçmek amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Tıp fakültesinin 1, 2, 3, 4, 5 ve 6. dönem öğrencilerine, literatür taraması yapılarak oluşturulmuş anket formu, çevrimiçi yazılı onam alındıktan sonra çevrimiçi anket tekniği ile uygulandı. Katılımcılara demografik bilgilerin yanı sıra cinsel davranışları, CYBH öyküsü ve korunma yöntemleri hakkında sorular yöneltildi.

Öğrencilerden, sifiliz hastalığının bulaş yolları, klinik bulguları, tanı yöntemleri, tedavisi ve korunma yolları hakkındaki bilgi düzeylerini 1'den 5'e kadar puanlandırmaları ve bilgi düzeylerini ölçen çoktan seçmeli 7 soruyu yanıtlamaları istendi.

Bulgular: Çalışmaya 265 öğrenci katılmış olup, ortalama yaş 22 (21-23) yılı ve katılımcıların %52,5'i (n=134) erkekti. Öğrencilerin %3,8'i 1. dönem, %11,3'ü 2. dönem, %25,7'si 3. dönem, %30,6'sı 4. dönem, %22,6'sı 5. dönem ve %6'sı 6. dönem öğrencisiydi. Katılımcıların %48,3'ü cinsel olarak aktifken, %20,4'ü daha önce CYBH açısından test yaptırdığını ve %1,5'i CYBH geçirdiğini belirtti. CYBH'tan korunmak için %28,3'ü herhangi bir korunma yöntemi kullanmazken, %51,7'si prezervatif kullandığını belirtti.

Öğrenciler, sifilizin bulaş yolları konusundaki bilgi düzeylerini ortalama 3 (2,5-4), klinik bulgular 3 (2-4), tanı testleri 2 (1-3), tedavi 2 (1-3) ve korunma yöntemleri konusunda ise 3 (2-4) olarak puanlandırdı. Toplam ortalama puan 14 (10-17) olarak hesaplandı. Bilgi sorularına verilen cevaplarda öğrencilerin %80,4'ü sifilizin etkenini doğru yanıtladı; bulaş yolları sorusunu %57,7, klinik bulgular sorusunu %15,5, tanı testleri sorusunu %14,3, tedavi sorusunu %54,7, korunma sorusunu %55,1 ve insan immünyetmezlik virüsü (HIV) açısından tarama sorusunu %57 oranında doğru cevapladı. Tüm sorulara verilen ortalama doğru cevap sayısı 4 (2-5) olup toplam doğru cevap oranı %47,8 idi.

Sonuç: Tıp fakültesi öğrencilerinin yaklaşık %50'si cinsel olarak aktifken, yalnızca yarısı korunma yöntemi olarak prezervatif kullanmaktadır. Öğrenciler sifiliz hakkındaki bilgi düzeylerini yetersiz olarak değerlendirmiş olup, bilgi sorularına doğru yanıt oranları %50'den azdı. Çalışmamızda, öğrencilerin hastalığın bulaşma yolları, klinik bulguları, tanısı, tedavisi ve korunma yöntemleri gibi konularda bilgi düzeylerinin artırılması, hem kişisel korunma hem de mesleki yeterlilik açısından, erken dönemde ve etkili eğitim faaliyetlerinin gerekliliği vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Tıp fakültesi öğrencileri, sifiliz, cinsel yolla bulaşan hastalıklar

Tablo 1: Tıp fakültesi öğrencilerinin sifiliz hastalığının bulaş yolları, klinik bulguları, tanı testleri, tedavisi ve korunma yöntemleri hakkında bilgi düzeylerini puanlandırması

	1: Hiç bilmiyorum, n (%)	2: Bilgimin yetersiz olduğunu düşünüyorum, n (%)	3: Kararsızım, n (%)	4: Bilgimin yeterli olduğunu düşünüyorum, n (%)	5: Çok iyi bildiğimi düşünüyorum, n (%)	Ortanca puan (Çeyrekler arası aralık)
Sifiliz hastalığının bulaş yollarıyla ilgili bilgi düzeyinizi 5 üzerinden değerlendiriniz	23 (8,7)	43 (16,2)	92 (34,7)	87 (32,8)	20 (7,5)	3 (2,5-4)
Sifiliz hastalığının klinik bulgularıyla ilgili bilgi düzeyinizi 5 üzerinden değerlendiriniz	42 (15,8)	54 (20,4)	94 (35,5)	52 (19,6)	23 (8,7)	3 (2-4)
Sifiliz hastalığının tanı testleriyle ilgili bilgi düzeyinizi 5 üzerinden değerlendiriniz	69 (26)	69 (26)	77 (29,1)	32 (12,1)	18 (6,8)	2 (1-3)
Sifiliz hastalığının tedavisiyle ilgili bilgi düzeyinizi 5 üzerinden değerlendiriniz	72 (27,2)	65 (24,5)	71 (26,8)	28 (10,6)	29 (10,9)	2 (1-3)
Sifiliz hastalığından korunma ile ilgili bilgi düzeyinizi 5 üzerinden değerlendiriniz	36 (13,6)	64 (24,2)	79 (29,8)	52 (19,6)	34 (12,8)	3 (2-4)

Tablo 2: Tıp fakültesi öğrencilerinin sifiliz hastalığının bulaş yolları, klinik bulguları, tanı testleri, tedavisi ve korunma yöntemleri hakkındaki bilgi sorularına verdiği doğru cevap oranları

	Alt dönem (Dönem 1, 2 ve 3) öğrencilerinin doğru sayısı, n (%)	Üst dönem (Dönem 4, 5 ve 6) öğrencilerinin doğru sayısı, n (%)	p
Sifilizin bulaş yolları aşağıdakilerden hangileridir?	48 (44,4)	105 (66,9)	<0,001
Aşağıdakilerden hangisi Sifilizin klinik bulgularından değildir?	12 (11,1)	29 (18,5)	0,104
Aşağıdakilerden hangisi Sifiliz hastalığının etkenidir?	85 (78,7)	128 (81,5)	0,569
Aşağıdaki tanı yöntemlerinden hangileri Sifiliz hastalığında kullanılır?	22 (20,4)	16 (10,3)	0,020
Primer Sifilizde ilk tercih tedavi aşağıdakilerden hangisidir?	39 (36,1)	106 (67,5)	<0,001
Sifiliz hastalığından korunma ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?	52 (48,1)	94 (59,9)	0,059
Sifiliz tanısı alan hastalar aşağıdaki cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan hangisine yönelik mutlaka test yaptırmalıdır?	56 (51,9)	95 (59,2)	0,162
Toplam puan, ortanca (çeyrekler arası aralık)	3 (2-4)	4 (3-5)	<0,001

PS-78 \ POSTER BİLDİRİ

HIV ile yaşayan kişilerde mortalite ve nedenleri: tek merkezli, retrospektif inceleme

Tuğçe Şimşek Bozok, Mustafa Serhat Şahinoğlu, Gülden Ersöz

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Mersin

Amaç: HIV ile yaşayan kişilerde tanı alma zamanı ve ART kullanımına göre, ölüm nedenleri ve oranı değişiklik göstermektedir. Bu çalışmada, merkezimizde HIV ile enfekte olması nedeniyle takip edilen hastalarda mortalite oranı ve ölüm nedenleri araştırılmıştır.

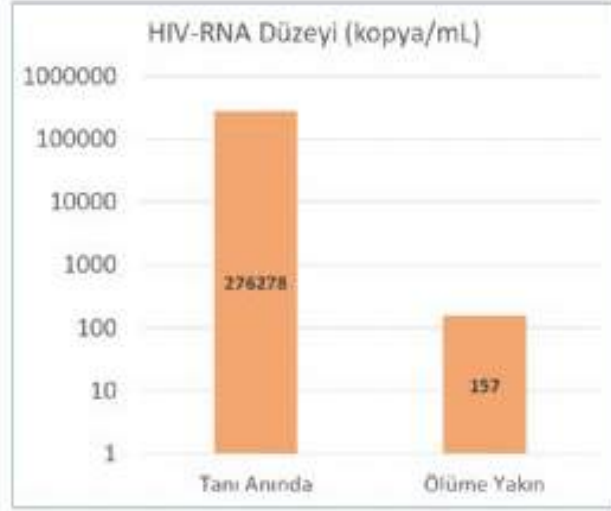
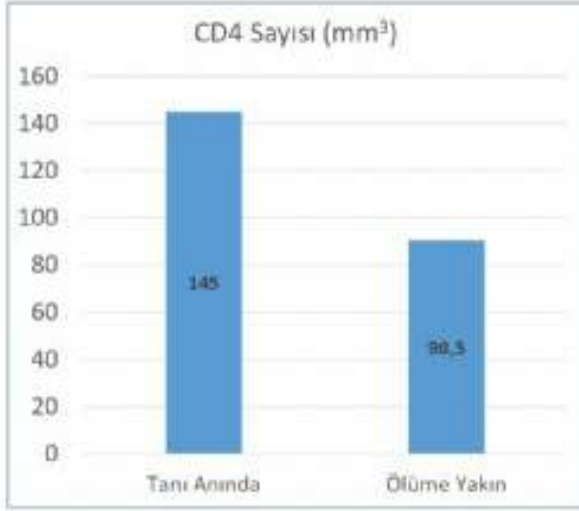
Gereç-Yöntem: Merkezimizde Ocak 2014-Temmuz 2024 tarihleri arasında HIV ile enfekte olması nedeniyle takip edilen ve kaybedilen hastaların servis veya yoğun bakım ünitesine (YBÜ) yatış gerektiren klinik tablosu, ölüm nedenleri, hastaların demografik özellikleri, ek hastalıkları, CD4 ve HIV-RNA düzeyi, aldığı ART ve süreleri hastane bilgi işlem sistemi ve hasta dosyaları aracılığıyla retrospektif olarak toplanmıştır.

Bulgular: Merkezimizde Ocak 2014- Temmuz 2024 tarihleri arasında 869 HIV ile yaşayan kişi takip edilmişti. Hastaların yaş ortalaması 41.3±14.0 yılı. Erkek %86.5, kadın oranı %13.5 idi. Tanı alan hastaların 63'ü (%7.2) yatarak tedavi görmüştü. Yatan hastaların 53'ü (%84.1) erkek, 10'u (%15.9) kadındı. Yaş ortalaması %48.9±16.3 yılı. HIV nedeniyle takip edilen tüm hastalar arasında mortalite oranı %2.3 (20/869)'tü. Ölen hastaların 18'i erkek, ikisi kadındı ve ölüm zamanı yaş ortalaması 48.8±17.2 yılı. Bir hasta COVID servis, 19 hasta YBÜ'de izlenmişti. On bir hastada malignite, dördünde hipertansiyon, ikisinde diyabetes mellitus, ikisinde akciğer hastalığı, ikisinde kardiyovasküler hastalık saptandı. Primer ölüm nedenleri; beş (%25) lenfoma, dört (%20) COVID, dört (%20) solid tümör, üç (%15) Pneumocystis jirovecii pnömonisi (PCP), bir (%5) miliyer tüberküloz, bir (%5) pulmoner tüberküloz+IRIS, bir (%5) PML (progresif multifokal lökoensefalopati), bir (%5) pulmoner emboli olarak bulundu. Hastaların dördü yeni tanı almış, beşinde ise tanı zamanı bilinmiyordu. Tanı zamanı bilinen hastaların tanıdan ölüme kadar geçen süre (median HIV yılı) 3 yılı (IQR: 1-3.75). ART alan on iki hasta vardı, altı hasta ART almıyordu, iki hastanın ART geçmişine ulaşılamadı. ART alan on iki hastanın üçü tenofovir alafenamid (TAF)+emtrisitabin (FTC)+biktegravir, ikisi TAF+elvitegravir+kobisistat+FTC, üçü tenofovir disoproksil fumarat (TDF)+dolutegravir (DTG), ikisi TDF+lopinavir+ritonavir, biri TDF+elvitegravir+kobisistat+FTC, biri abakavir+lamivudin+DTG alıyordu. ART kullanma süresi median 2 yılı (IQR: 1-4). Tanı zamanı CD4 ve HIV-RNA düzeyi bilinen 13 hastanın median CD4 sayısı 145/mm³ (IQR: 34-253), 14 hastanın median HIV-RNA düzeyi 276278 copy/mL (IQR: 236316- 642844) olarak bulundu. Ölüme yakın median CD4 sayısı 90.5/mm³ (IQR: 12.5-144.25), HIV-RNA düzeyi 157 kopya/mL (IQR: 29-450) olarak bulundu (Şekil 1). On beş (%75) hastada AIDS tanımlayıcı hastalık vardı.

Sonuç: Çalışmamızda, HIV ile yaşayan kişilerde en sık ölüm nedeninin malignite, enfeksiyon hastalıkları arasında ise en sık PCP'nin olduğu görüldü. HIV ile yaşayan kişilerde ölüme yol açan nedenlerin bilinmesi risk faktörleri olan hastalarda erken tanı ve tedavinin yapılmasını buna bağlı olarak da mortalitenin azalmasını sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Antiretroviral tedavi, HIV, mortalite

Tanı anında ve ölüme yakın CD4 ve HIV-RNA düzeyleri



PS-79 \ POSTER BİLDİRİ

Tedavi naif HIV/AIDS hastalarında HIV-1 genetik subtiplerinin dağılımının araştırılması

Şeyma Topal¹, Özgür Günel¹, Mustafa Usanmaz¹, Duygu Yener¹, Ayşe Şenbaba Kara², Sırrı Kılıç⁴, Tülin Demir³

¹Samsun Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD

²Tokat Zile Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

³Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ulusal HIV/AIDS Doğrulama Merkezi ve Viral Hepatitler Referans Laboratuvarı

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Amaç: ART kullanımının küresel ölçekte yaygınlaşması, HIV-1 kaynaklı mortalitenin ve morbiditenin azalmasını sağlamış olsa da HIV ilaç direnci ART'nin uzun süreli başarısı için potansiyel bir tehdittir. Virüsün replikasyon yeteneği ve direnç özellikleri farklı subtipler arasında farklılık gösterebildiğinden etkin viral supresyon için HIV-1 grup ve subtiplerinin bilinmesi önemlidir. Bu çalışmanın amacı kliniğimizde takipli tedavi naif HIV/AIDS hastalarından izole edilen HIV-1 suşlarının subtiplerinin ve dağılımının saptanmasıdır.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmada 2014-2024 yılları arasında Samsun Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları kliniğinde takipli 225 tedavi naif HIV ile enfekte hastanın poliklinik kayıtları incelenerek hasta kayıtlarına ulaşılmıştır. Bu hastaların ART öncesi Ulusal HIV/AIDS Doğrulama Merkezinde çalışılmış olan genotipik HIV ilaç direnci analiz raporları incelenmiştir. Bu veriler REGA HIV subtyping tool ve Mega programı kullanılarak belirlenen subtip analizlerinden ve filogenetik analizden oluşmaktadır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 225 hastanın 195'i (%86,6) erkek olup 41'i (%13,3) ise kadındı, yaş ortalamaları sırasıyla (42,9 ve 41,1) olarak bulundu. Filogenetik analiz sonuçlarına göre izole edilen kökenlerin subtip dağılımında en sık saptanan subtip B olup 79 hastada (%35,1), ikinci sıklıkta izlenen subtip A 57 hastada (%22,7) ve üçüncü sıklıkta ise subtip F 43 hastada (%19,1) gözlemlendi. B+CRF02, 28 hastada (%10,07), CRF02_AG 5 hastada görülmüş olup subtip G 2 hastada, subtip C ve CRF56_CPX ise 1'er hastada gözlemlendi. Subtip B+F ve Subtip A+G toplamda 3'er hastada ve Subtip B+C birlikteliği ise 1 hastada gözlemlendi.(Tablo 1) Filogenetik analiz ile elde edilen alttıplendirme sonuçlarının Rega HIV subtyping tool ile benzer sonuçlandığı görüldü.

Sonuç: HIV tedavisinde etkin viral supresyonun sağlanmasında ART'nin bireyselleştirilmesinin önemi büyüktür. İlaç direnç profilinin enfekte olduran HIV-1 subtipine göre popülasyonlar ve bölgeler arası farklılık gösterebileceği bilinmelidir. ART seçiminde yüksek genetik bariyere sahip rejimlerin tercih edilmesi önerilmektedir. Avrupa bölgesinde epidemiden sorumlu tutulan subtip B, bu çalışmamızda en sık izlenen HIV-1 subtipi olmuştur, ardından subtip A ve subtip F'de sık gözlenen diğer subtipler arasında olduğu görülmüştür. Bilinen tüm HIV-1 subtipleri, grupları ve rekombinant formlarıyla en geniş HIV-1 çeşitliliği gözlenen Sahra Altı Afrika'da yaygın olan A ve C alt tipleri de bizim çalışmamızda yüksek oranda görülmüştür. Diğer subtiplerin nadir de olsa görülmüş olmasında ülkemizin son zamanlarda artan savaşlar nedeniyle özellikle Ortadoğu ve komşu ülkelerden göç alması, turistik veya eğitim amacıyla Afrikalı ziyaretçilerin ülkemizde daha fazla bulunması gibi sebeplerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu sebeple ilaç direnç ve subtip analizlerinin yapılma sıklığının artırılması ve bu konuda sürveyans ağının genişletilmesi hedeflenmelidir.

Anahtar Kelimeler: direnç, HIV, subtip

Tablo 1

Subtip	n	%
B	79	28.4
A	57	20.5
F	43	15.5
B+CRF02	28	10.07
CRF02-AG	5	1.8
B + F	3	1.08
A + G	3	1.08
G	2	0.72
G+CRF02	2	0.72
B + C	1	0.36
C	1	0.36
CRF56-CPX	1	0.36

Filogenetik analiz sonuçlarına göre izole edilen kökenlerin alttip dağılımı

PS-80 \ POSTER BİLDİRİ

Korku değil bilgi: Diş hekimlerinin HBV, HCV ve HIV konusundaki bilgi ve bilinç düzeyi üzerine bir inceleme

Şükrü Dirik, Gamze Şanlıdağ İşbilen, Meltem Ceylan, Ayşe Merve Parmaksızoğlu Aydın, Kübra Bağır, Gökhan Vatansever, Deniz Gökengin
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Bu çalışmanın amacı, günlük tedavi işlemleri sırasında kan ve tükürük ile bulaşan enfeksiyonlar açısından risk altında olan diş hekimlerinin ve diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin HIV, HBV ve HCV bulaş ve korunma yolları hakkındaki bilgi düzeylerini ölçmek, enfekte hastalara karşı tutum ve davranışlarını değerlendirmek ve bu kişilerde konuyla ilgili farkındalık oluşturmaktır.

Gereç-Yöntem: Çalışmamız kesitsel araştırma olarak planlanmış bir anket çalışması olup, EÜTF Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Karar No: 24-1T/2, Tarih: 11.01.2024) Çalışmaya diş hekimleri ve diş hekimliği fakültesi öğrencileri dâhil edilmiş, çevrimiçi çoktan seçmeli bir anket uygulanmıştır. Katılımcıların yaş, cinsiyet, doğum tarihi, mesleki durumu, mesleğe başlangıç yılı gibi özelliklerine ek olarak, konuyla ilgili 27 soru sorulmuştur. Kullanılan korunma yöntemleri, AIDS tanımlayıcı hastalıklara ve HBV, HCV, HIV enfeksiyonuna dair bilgi düzeyleri, HIV ile enfekte kişilere karşı tutum ve davranışları sorgulanmıştır. Veriler sayı (s), yüzde oran (%) ve ortalama \pm standart sapma (SD) olarak verilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 66'sı diş hekimliği fakültesi öğrencisi, 56'sı diş hekimi olmak üzere 122 katılımcı dahil edilmiştir; katılımcıların 87'si (%71,3) kadın, 35'i (%28,7) erkek, yaş ortalaması $24,70 \pm 3,73$ (min: 19, maks: 39) bulunmuştur. HBV, HCV ve HIV enfeksiyonlarından hangisinin ülkemizde en sık görüldüğü sorgulandığında diş hekimlerinin 47'si (%83,92), öğrencilerinin 40'ı (%60,60) HBV şeklinde doğru cevap vermiştir. Diş hekimlerinin 3'ü (%5,36), öğrencilerin 19'u (%28,79) HIV'e karşı aşı olduğunu belirtmiştir. Diş hekimlerinin ve öğrencilerin 48'i (sırasıyla %85,71 ve %72,72) HIV gösterge hastalıklar/AIDS tanımlayıcı hastalıklar hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir. Oral kandidozun AIDS tanımlayıcı hastalık olduğu önermesini diş hekimlerinin 45'i (%80,36), öğrencilerin 58'i (%87,88) doğru olarak kabul etmiştir. Diş hekimlerinin 27'si (%48,21), öğrencilerin 41'i (%62,12) HIV açısından risk taşıyan temastan sonra profilaksi uygulaması konusunda bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir. Diğer sorulardan edinilen bulgular Tablo 1'de sunulmuştur.

Sonuç: Çalışmamız, diş hekimlerinin ve diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin HIV, HBV ve HCV ile enfekte hastalara tedavi uygularken çift kat maske veya çift kat eldiven takmak gibi ek tedbir alma gerekliliği duyduklarını göstermiştir. Diş hekimlerinin ve diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin hem kendilerini korumaları hem de bu virüsler ile enfekte olan kişilerin herhangi bir mağduriyet yaşamadan sağlık hizmeti alabilmeleri için bilgi ve bilinç düzeylerinin yeterli olması açısından, buna yönelik bilgilendirme çalışmalarının artırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: diş hekimliği, bilgi, bilinç, hiv

Katılımcıların anket sorularına verdikleri yanıtların oransal dağılımı

	Diş hekimi s, (%)	Diş hekimliği fakültesi öğrencisi s, (%)
Kullanılan korunma yöntemi	56/56 (%100)	
Maske	55/56 (%98,21)	66/66 (%100)
Eldiven	45/56 (%80,35)	66/66 (%100)
Siperlik	45/56 (%80,35)	63/66 (%95,45)
Önlük	45/56 (%80,35)	42/66 (%63,63)
Koruyucu gözlük	0/56 (%0)	1/66 (%1,51)
Bone	2/56 (%3,57)	1/66 (%1,51)
HBV aşı durumu	0/56 (%0)	11/66 (%16,66)
Takvim devam ediyor	51/56 (%91,07)	43/66 (%65,15)
Aşılıyım	5/56 (%8,93)	9/66 (%13,63)
Aşısızım	0/56 (%0)	3/66 (%4,54)
Bilmiyorum		
Diş hekimleri hastaların HBV seroloji durumunu bilme hakkına sahiptir	51/56 (%91,07)	61/66 (%92,42)
Evet	5/56 (%8,93)	5/66 (%7,57)
Hayır		
Hastanızın HBV ile enfekte olduğunu öğrenirseniz yaklaşımınız ne olur?	45/56 (%80,35)	58/66 (%87,88)
Korunma önlemlerini artırırım	10/56 (%17,85)	7/66 (%10,60)
Rutin yöntemleri kullanırım	1/56 (%1,78)	1/66 (%1,51)
Tedavisini yapmam		
Tedavisine devam ederseniz korunma yöntemi olarak ne kullanırsınız?	39/56 (%69,64)	48/66 (%72,73)
Çift kat maske	45/56 (%80,35)	60/66 (%90,90)
Çift kat eldiven	47/56 (%83,93)	55/66 (%83,33)
Siperlik	10/56 (%17,86)	5/66 (%7,58)
Ek bir önleme gerek duymam		
Diş hekimleri hastaların HCV seroloji durumunu bilme hakkına sahiptir	53/56 (%94,64)	61/66 (%90,91)
Evet	3/56 (%3,36)	5/66 (%9,09)
Hayır		
Hastanızın HCV ile enfekte olduğunu öğrenirseniz yaklaşımınız ne olur?	43/56 (%76,78)	56/66 (%84,85)
Korunma önlemlerini artırırım	8/56 (%14,28)	8/66 (%12,12)
Rutin yöntemleri kullanırım	5/56 (%8,93)	2/66 (%3,03)
Tedavisini yapmam		

Tedavisine devam ederseniz korunma yöntemi olarak ne kullanırsınız? Çift kat maske Çift kat eldiven Siperlik Ek bir önleme gerek duymam	42/56 (%75) 46/56 (%82,14) 45/56 (%80,35) 9/56 (%16,07)	51/66 (%77,27) 58/66 (%87,88) 53/66 (%80,30) 6/66 (%9,09)
HIV ile enfekte kişiye işlem uygularken HIV viral yükü negatif olsa bile bulaş konusunda endişe duyarım Evet Hayır	40/56 (%71,43) 16/56 (%28,57)	45/66 (%68,18) 21/66 (%31,82)
Hastanızın HIV ile enfekte olduğunu öğrenirseniz yaklaşımınız ne olur? Korunma önlemlerini artırırım Rutin yöntemleri kullanırım Tedavisini yapmam	44/56 (%78,57) 5/56 (%8,93) 7/56 (%12,5)	56/66 (%84,85) 7/66 (%10,60) 3/66 (%4,54)
Tedavisine devam ederseniz korunma yöntemi olarak ne kullanırsınız? Çift kat maske Çift kat eldiven Siperlik Ek bir önleme gerek duymam	43/56 (%76,78) 47/56 (%83,93) 45/56 (%80,36) 7/56 (%12,5)	48/66 (%72,72) 10/66 (%15,15) 1/66 (%1,51) 6/66 (%9,09)
HIV ile enfekte kişileri tedavi etmek için ahlaki sorumluluğum vardır Evet Hayır	50/56 (%89,28) 6/56 (%10,71)	59/66 (%89,39) 7/66 (%10,60)
Diş hekimleri hastaların HIV seroloji durumunu bilme hakkına sahiptir. Evet Hayır	52/56 (%92,86) 4/56 (%7,14)	62/66 (%93,93) 4/66 (%6,06)

PS-81 \ POSTER BİLDİRİ

Sağlık çalışanlarının HIV/AIDS tanılı hastalara yönelik tutum ve davranışlarının belirlenmesi

Beyhan Budak¹, Hacer Tekin², Hilal Nur Karakaya², Leman Yörür², Bilgöl Mete², Emin Köse³, Ömer Fehmi Tabak²

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç: Bu araştırma, sağlık çalışanlarının HIV/AIDS tanılı hastalara yönelik tutumlarını ve davranışlarını inceleyerek ayrımcılık ve stigma gibi olumsuz faktörleri tespit etmeyi amaçlamıştır.

Gereç-Yöntem: Tanımlayıcı araştırma olarak planlandı. Araştırma kapsamına alınan katılımcılara, araştırmanın amacı detaylı bir şekilde açıklandı ve "Sağlık Çalışanları İçin HIV/AIDS Damgalama Ölçeği" kullanılarak veriler toplandı.

Araştırmanın evrenini, İstanbul ilinde bir üniversite hastanesinde aktif olarak çalışan 3488 sağlık çalışanı oluşturmuş, örnekleme alınacak birey sayısı için en uygun yöntem olan tabakalı örnekleme yapılmıştır. Örneklem 152 hekim, 99 hemşire, 4 ebe, 13 sağlık teknikeri, 5 laborant, 52 hasta bakıcı, 25 temizlik personeli olmak üzere toplam 350 kişi ile çalışma tamamlanmıştır.

Araştırma verilerinin analizleri Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v27 istatistiksel analiz programı, veri setinin güvenilirlik kontrolü Cronbach Alfa katsayısı aracılığıyla yapılmıştır. İki bağımsız gruba ilişkin ortalama puanlar karşılaştırılırken Bağımsız Gruplar t Testi (Independent Samples t Test), ikiden fazla bağımsız gruba ilişkin ortalama puanlar karşılaştırılırken ise Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) yöntemleri kullanılmıştır.

Bulgular: Sağlık teknikerlerinin hekim ve hemşirelere kıyasla HIV/AIDS konusunda damgalama tutum ve inanç eğilimlerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Mesleki tecrübesi 0-5 yıl arası olan katılımcıların, 25 yıl ve üzeri olan katılımcılara kıyasla HIV/AIDS konusunda damgalama tutum ve inanç eğilimlerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yoğun bakım ünitesinde görev yapan katılımcıların dahili kliniklerde görev yapan katılımcılara kıyasla HIV/AIDS konusunda damgalama tutum ve inanç eğilimlerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hekim ve hemşirelerin HIV/AIDS konusunda damgalama tutum ve inanç eğilimleri birbirine denk çıkmıştır, aralarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. HIV/AIDS ile ilgili okul eğitimi dışında eğitim almamış katılımcıların eğitim almış katılımcılara kıyasla HIV/AIDS konusunda klişeleştirme ve ayrımcılık yapma eğilimlerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. HIV/AIDS ile ilgili kendi bilgi düzeyini orta düzey ve yetersiz olarak nitelendiren katılımcıların yeterli olarak nitelendiren katılımcılara kıyasla, HIV/AIDS konusunda klişeleştirme ve ayrımcılık yapma eğilimlerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Sağlık çalışanlarının HIV/AIDS tutum ve davranışları; eğitim seviyesi, çalışılan klinikler, meslek grupları ve mesleki deneyim süresinden etkilenmektedir. Çalışmamıza göre, mesleki deneyim ve eğitim seviyesi arttıkça HIV/AIDS damgalama tutum ve inanç eğilimleri olumlu etkilenmiştir. Bu veriler doğrultusunda; sağlık çalışanlarında HIV/AIDS damgalama, önyargı ve klişeleştirme davranış ve tutumlarının eğitimler, kurs ve seminerler ile önlenmesi veya azaltılması mümkündür.

Anahtar Kelimeler: HIV/AIDS, tutum, davranış, sağlık çalışanı

PS-82 \ POSTER BİLDİRİ

Son iki yılda değişen demografik özellikler

Sedef Özbalıkçı Karaman

Ankara Sincan Ceza İnfaz Kurumları Kampüs Devlet Hastanesi

Hastanemiz riskli davranışların sıklıkla gözlendiği ve bulaşıcı hastalıkların sıklıkla takip edildiği özel alan hastanesidir. Yaklaşık 20.000 nüfusa hizmet vermektedir.

Covid-19 pandemisiyle birlikte artan suç oranları, evsizlik oranı, çeşitli madde kullanımları ve riskli cinsel davranışlar, mevcut HIV pozitif hastaların takipsiz kalması ve bu hastaların başlanmış tedavi ajanlarına ulaşamamaları sebebiyle hem diğer bulaşıcı hastalıklar gibi yeni HIV pozitif bireylerde artış hem de mevcut hastalıklarda kötü seyirde artış saptandığı aşikardır.

Retrospektif olarak 01/01/2024- 01/09/2024 tarihleri arasında poliklinik kayıtları üzerinden yapılan analizde 68 HIV pozitif birey takip edildi, 19 hastanın yeni tanı aldığı saptanmıştır. Yeni tanı alan hastaların hepsi erkekti ve 20-51 yaş aralığında idi, ortalama yaş 32.4 idi. Yeni HIV pozitif saptanan 2 hastanın yapılan muayene ve alınan anamnezlerinden 1 yıl önce dış merkezde tanı aldıkları ancak tedavi başlanmadığı ve kurumumuza geldiklerinde bu durumu paylaşmadıkları anlaşılmıştır, bir hasta ise doğrulama testi sonucunu takip etmediği saptanmıştır.

Pandemi döneminde polikliniğe başvuran hastaların daha önceden başlanan tedavilerin devamının sağlanması için muayene edildiği ve genellikle yabancı uyruklu oldukları gözlenmiştir, son iki yılda ise poliklinikte yeni tanı alan hastaların sadece 3 tanesinin yabancı uyruklu olduğu gözlendi, hepsinin madde kullandığı, %85inin intravenöz madde kullandığı, %40ının cinsel yönelim farklılıklarının olduğu saptanmıştır.

Son 6 ayda 7 hasta HIV pozitif tanısı almıştır ve 4 hastanın tanı anında AIDS ilişkili semptom ve bulguları mevcuttu, ayrıca bu hastaların kurumumuzda 1 -3 yıl arasında bulunduğu, riskli davranışların en az 18 ay önce yaşandığı saptanmıştır.

Madde kullanımının 12-15 yaş aralığında başladığı ve cinsel aktif olma yaşının da benzer şekilde 13-15 yaş aralığında olduğu kurumumuz hasta kayıtlarından anlaşılmıştır. Bu sebeple gençlerimizin madde kullanımı ve korunmalı cinsel temas hakkında eğitim ve farkındalıklarının artırılması ve şüpheli durumlarda teste ulaşımının kolaylaştırılması, ve erken tanı tedavi sağlanması konusunda desteklenmesi elzemdir. Bu alanda Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanlarının da farkındalık ve eğitimlerinin artırılması, diğer hekimlere yönelik hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi hastalara ulaşımı artıracaklarını düşünmekteyim.

Anahtar Kelimeler: Demografik özellikler, farkındalık, HIV pozitif bireyler

PS-83 \ POSTER BİLDİRİ

Cerrahi branş hekimlerinin HIV bilgi düzeyinin ve tutumunun değerlendirilmesi

Tuğba Yüksel¹, Şerife Barçın Öztürk¹, Filiz Abacıgil²

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

Amaç: HIV pozitif popülasyonun artması ile birlikte cerrahi branş hekimleri dahil olmak üzere sağlık çalışanlarının HIV pozitif hasta ile karşılaşma ihtimalleri artmaktadır. Hastalığın erken tanı ve tedavisine yardımcı olmak, mesleki maruziyet sonrası uygun önlemlerin alınması, HIV pozitif hastaya müdahale esnasında endişelerin azalması için diğer branş hekimlerinin de HIV enfeksiyonu konusunda bilgi sahibi olması gerekmektedir. Çalışmamızda Aydın ilinde görev yapan cerrahi branş hekimlerinin HIV enfeksiyonu ile ilgili bilgi düzeyi ve tutumunun belirlenmesi amaçlanmıştır. Böylece HIV enfeksiyonu ile ilgili farkındalıklarının artırılması ve bu konudaki eğitim ihtiyacının ortaya konulması açısından çalışmamızın yol gösterici olması ikincil amacımızdır.

Gereç-Yöntem: Verilerin toplanması için araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Aydın ilinde çalışan 478 cerrahi branş hekiminin tamamına ulaşılmaya çalışılmış, çalışmaya katılmayı kabul eden 364 katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir. Anket formunun ilk bölümünde sosyodemografik sorular, ikinci bölümde HIV enfeksiyonu ile ilgili bilgi düzeyini ölçmeye yönelik sorular, üçüncü bölümde HIV pozitif hastalarla ilgili tutum ve davranışları değerlendiren sorular, son bölümde cerrahi branşa özel sorular sorulmuştur.

Bulgular: Çalışmaya katılan hekimlerin %25,3'ü kadın, yaş ortalaması 39,18±10,7 idi. Katılımcıların %51,9'u uzman hekim, %39,8'i araştırma görevlisi, %8,2'si öğretim görevlisiydi. Katılımcıların sadece %11,5'inin çalıştığı kurumda HIV enfeksiyonu ile ilgili eğitim aldığı, bilgi için en çok alanın uzmanı meslektaşların tercih edildiği görülmüştür. Çalışmaya katılan hekimlerin ortalama HIV bilgi skoru 14 puan üzerinden 8,97±2,32 olup, genel bilgi düzeyinin düşük olduğu, HIV bilgi skorunun meslekteki yıl arttıkça azaldığı saptanmıştır. Her iki hekimden biri standart koruyucu önlemlere uymakta ve yaralanma sonrası enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvuruyordu. HIV pozitif bireyi her durumda ameliyat ederim diyenlerin oranı % 58 idi ve HIV bilgi skorları, acilse ameliyat ederim ve ameliyat etmem cevabını verenlere göre anlamlı yüksekti. Katılımcıların HIV ile yaşayan bireylere karşı damgalayıcı bir tutum içerisinde oldukları, kadınların daha olumlu tutuma sahip olduğu, araştırma görevlilerinin uzman hekimlere göre daha olumsuz tutuma sahip olduğu görülmüştür. HIV bilgi skoru yüksek olan hekimlerin daha olumlu tutuma sahip oldukları izlenmiştir.

Sonuç: Çalışmamızın katılan hekimlerin HIV enfeksiyonu ile ilgili farkındalıklarını arttırdığı ve bu konudaki eğitim ihtiyacının ortaya konulması açısından yol gösterici olduğu düşünülmüştür. Mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası belirli aralıklarla HIV konusunda eğitim verilmelidir. Ayrıca çalışmamızın cerrahi branş hekimlerinin HIV ile ilgili hangi konularda daha çok bilgi eksikliğinin olduğu, HIV bilgi düzeyleri ve tutumlarıyla ilişkili faktörlerin ortaya konulması açısından literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: HIV/AIDS, HIV bilgi düzeyi, cerrahi branş, tutum, damgalanma

Tablo 1

Tablo 1. HIV Tutum Skorunun Cinsiyet, Eğitim, Ünvan ve Branş ile İlişkisi

		Tutum skoru	t* / F**	p
		Ortalama ±ss		
Cinsiyet	Kadın	29,90 ± 6,60	2,93 / -	0,004
	Erkek	27,58 ± 6,54		
Eğitim	Eğitim alanlar	27,28 ± 6,23	0,92 / -	0,35
	Eğitim almayanlar	28,28 ± 6,67		
Ünvan	Araştırma görevlisi	26,54 ± 6,55	3,88 / -	<0,001
	Uzman ve öğretim görevlisi	29,24 ± 6,46		
Branş	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	30,80 ± 6,73	7,341	<0,001
	Kadın Hastalıkları ve Doğum	27,97 ± 6,13		
	Ortopedi ve Travmatoloji	26,69 ± 5,41		
	Göz Hastalıkları	28,40 ± 6,70		
	Genel Cerrahi	29,24 ± 5,34		
	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	28,70 ± 5,41		
	Üroloji	27,07 ± 6,57		
	Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	25,29 ± 7,89		
	Kalp Damar Cerrahisi	25,57 ± 5,07		
	Beyin ve Sinir Cerrahisi	26,80 ± 8,75		
	Göğüs Cerrahisi	24,63 ± 6,28		
	Çocuk Cerrahisi	34,44 ± 5,24		

*Student t testi **ANOVA testi

HIV Tutum Skorunun Cinsiyet, Eğitim, Ünvan ve Branş ile İlişkisi

Tablo 2

Tablo 2. Katılımcıların HIV ile ilgili Tutum ve Davranışlarını Değerlendiren İfadelere Verdikleri Cevapların Dağılımı

	0	1	2	3	4
	(hiçbir zaman)				(her zaman)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
İşim esnasında HIV bulaşması konusunda endişelenirim.	24(6,6)	77(21,2)	83(22,8)	69(19)	111(39,5)
Hasta muayenesinde standart koruyucu önlemlere uyarım.	6(1,6)	14(3,8)	53(14,6)	106(29,1)	185(59,8)
Kullandığım bir enjektör ile yaralandığımda enfeksiyon hastalıkları polikliniğine giderim.	16(4,4)	37(10,2)	45(12,4)	77(21,2)	189(51,9)
Operasyon öncesi hastalardan HIV testi isterim.	15(4,1)	16(4,4)	23(6,3)	28(7,7)	282(77,5)
HIV ile enfekte hastaları opere etmekten çekinirim.	58(15,9)	71(19,5)	76(20,9)	66(18,1)	93(25,5)
Sağlık çalışanımın hastanın HIV pozitiflik durumunu bilmeye hakkı olduğunu düşünürüm.	1(0,3)	4(1,1)	16(4,4)	34(9,3)	309(84,9)
HIV pozitif hastaların diğer hastalardan ayrı odada kalması gerekir.	99(27,2)	75(20,6)	59(16,2)	46(12,6)	85(23,4)
HIV pozitif bir hastayı ihtiyacı olduğunda yoğun bakımına alırım.	11(3)	10(2,7)	13(3,6)	45(12,4)	285(78,3)
HIV pozitif bir kişi ile birlikte çalışırken rahatsız olurum.	113(31)	84(23,1)	72(19,8)	49(13,5)	46(12,6)
HIV pozitif birinin doktora gitmesi yanlıştır.	225(61,8)	53(14,6)	34(9,3)	24(6,6)	28(7,7)
HIV pozitif bireyi işe almaktan çekinirim.	147(40,4)	91(25)	55(15,1)	33(9,1)	38(10,6)
Kendime HIV testi yaptırmaktan çekinirim.	298(81,9)	32(8,8)	12(3,3)	13(3,6)	9(2,5)

*HIV ile ilgili tutum ve davranışları belirten ifadelerden; 2,3 ve 8. maddeler beklenen doğru yaklaşımı ifade ederken diğer maddeler olumsuz yaklaşımı ifade etmektedir.

Katılımcıların HIV ile ilgili Tutum ve Davranışlarını Değerlendiren İfadelere Verdikleri Cevapların Dağılımı



HIV/AIDS
Korunma
ve Eğitim
Derneği



HIV/AIDS KONGRESİ
2024

5 - 8 ARALIK 2024

Xanadu Resort Otel Belek Antalya

www.hivaidskongresi2024.com

DESTEKLEYEN KURULUŞLAR

GSK

 **GILEAD**

 **İLKO**
İLAÇ SANAYİ ve TİCARET A.Ő.

Humanis

 **MSD**



www.hivaidskongresi2024.com

HIV/AIDS KONGRESİ 2024

5 - 8 ARALIK 2024
Xanadu Resort Otel Belek Antalya

ORGANİZASYON SEKRETERYASI
ConPlus Kongre & Organizasyon

E-mail: hiv aids@conplus.org

Tel: +90 216 541 00 54

Adres: Çubuklu Mah. Mera Çıkması Sok. 29,
Beykoz, İstanbul, Türkiye