Güncel Rehberler Işığında Antiretroviral Tedavi

Dr. Birgül Mete

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji A.D.

Rehberler

- ✓ **DHHS** (Departement of Human and Health Services)
- ✓ **EACS** (European AIDS Clinical Society)
- ✓ **IAS** (International AIDS Society)
- ✓ **WHO** (World Health Organization; DSÖ)
- ✓ **BHIVA** (British HIV Association)
- ✓ **Türkiye HIV/AIDS Tanı Tedavi Rehberi**

Tedaviye başlama zamanı

Ne zaman başlamalı?

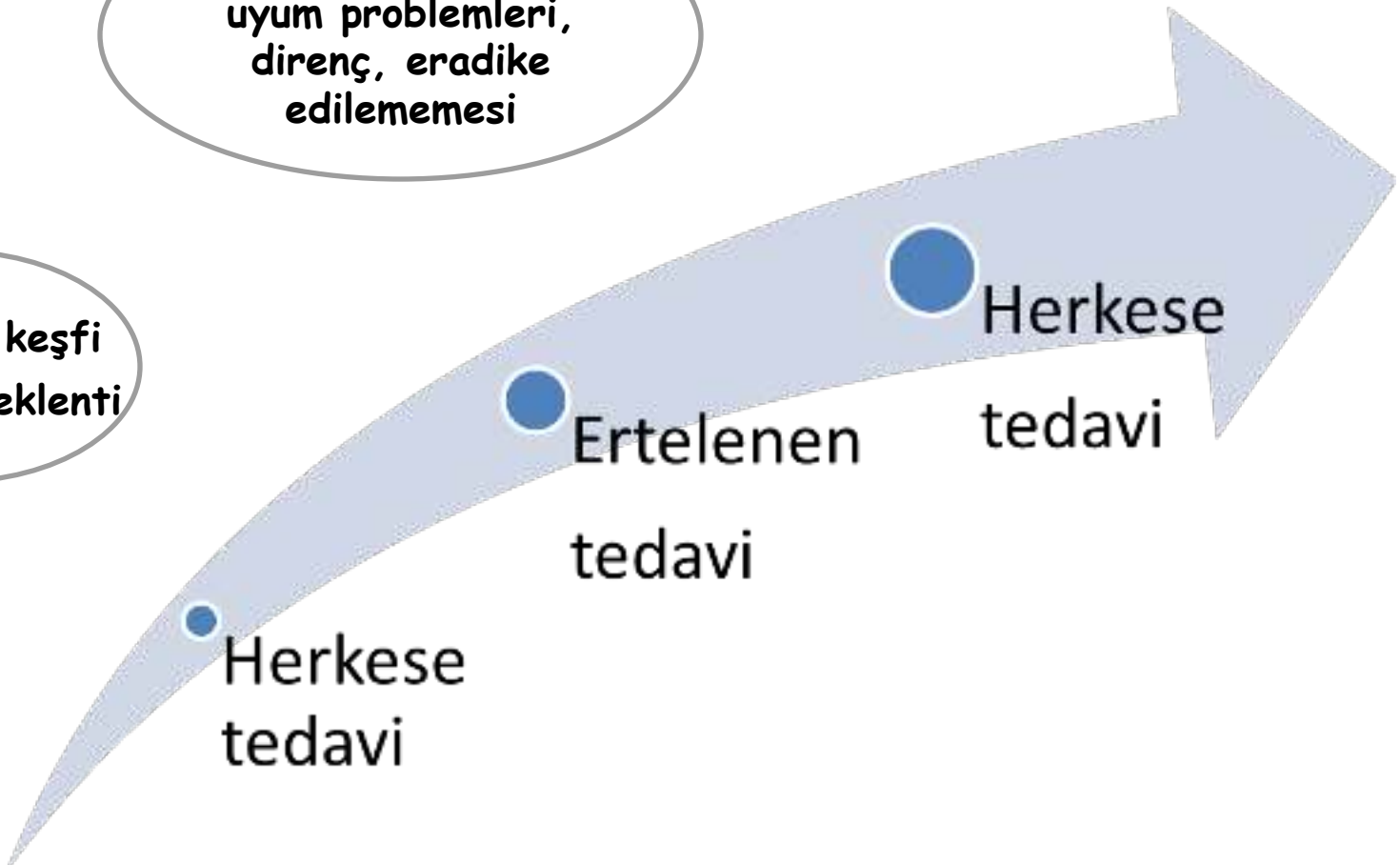
Test and Start 2015

İdeal tedavi zamanıyla ilgili yıllar içinde değişen görüşler

Yeni, basit, daha az toksik ajanlar, kontrolsüz HIV replikasyonu sonucu gelişen komorbiditeler

Yan etkiler, tedavi uyum problemleri, direnç, eradike edilememesi

ART'nin keşfi yüksek beklenti



?

Erken tedavi

Geç tedavi

Erken?

- ✓ **HIV ile ilişkili morbidite ve mortalite**
  - HIV ile ilişkili immün yetmezlik
  - virüsün doğrudan organlarda oluşturduğu hasar
  - kronik enflamasyonun organlardaki dolaylı etkisine bağlı
- ✓ Tedavi edilmeyen **HIV enfeksiyonu veya viremi sonucunda AIDS ile ilişkili olmayan** hastalıkların gelişimi ve sonucunda ölüm

1-O'Brien WA, et al. N Engl J Med. 1996;334:426-431.
2- Garcia F, et al. J Acquir Immune Defic Syndr. 2004;36:702-713.

Erken?

- ✓ Sürekli virolojik supresyon ile immün fonksiyonlarda iyileşme ve kaliteli bir yaşam

  Geç dönemde başlanan tedavi erken dönemde viral replikasyona bağlı organlarda gelişen hasarı iyileştirmeyebilir

- ✓ **Bulaşın engellenmesi**
- ✓ Daha çok tedavi seçeneği

  etkin

  kullanımı kolay

  yan etki profili düşük

  direnç bariyeri yüksek

1-Study Group on Death Rates at High CDCiANP, Lodwick RK, et al. Lancet. 2010;376:340-345.
2-Cohen MS, et al. N Engl J Med.2011;365:493-505.

Ertelenmeli?

- ✓ Uzun süreli tedavi
- ✓ Uyum ve direnç sorunu
- ✓ Kümülatif kullanıma bağlı bilinmeyen yan etkiler
- ✓ Maliyet

1- Friis-Moller N, et al. N Engl J Med.2007;356:1723-1735.
2- Horberg M, et al. J Acquir Immune Defic Syndr. 2010;53:62-69.

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection

The INSIGHT START Study Group*

ABSTRACT

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

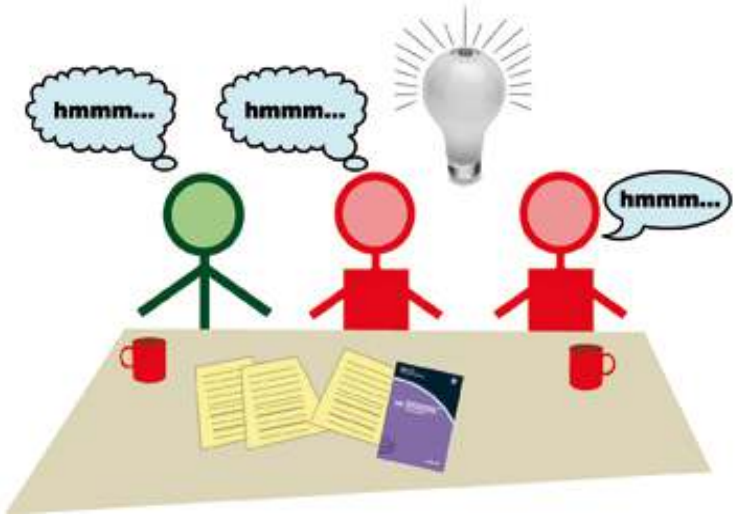
A Trial of Early Antiretrovirals and Isoniazid Preventive Therapy in Africa

The TEMPRANO ANRS 12136 Study Group*

- ✓ CD4 düzeyi 500/mm^3'ün üzerinde olan hastalarda ART'ye başlanması tedaviyi ertelemeye üstün

- ✓ Erken tedavi grubunda AIDS ile ilişkili ya da ilişkili olmayan ciddi durumlar anlamlı oranda daha düşük

Önerilerde Değişiklikler



DHHS

Klinik	Öneri
AIDS tanımlayıcı hastalık öyküsü (AI) Gebe hasta (AI) HIV ile ilişkili nefropatili hasta (AII) HBV tedavi endikasyonu olan HBV ko-enfeksiyonlu hasta (AIII) HCV ko-enfeksiyonu (BII) HIV ile ilişkili demans (AI)	ART başla

DHHS; 2015

Klinik	Öneri
Bulaşı engellemek • Perinatal (AI) • Heteroseksüel (AI) • Diğer risk grupları (AIII) Diğer • Erken HIV enfeksiyonu (BII) • > 50 yaş (BIII)	ART başla

DHHS; 2015

DHHS

Asemptomatik hasta	Öneri
CD4 <350/mm^3 (AI) CD4 350-500/mm^3(AII) CD4 >500/mm^3(BIII)	ART başla

DHHS; 2015

DHHS

Statement by the HHS Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents Regarding Results from the START and TEMPRANO Trials Date: July 28, 2015

Source: AIDSinfo

Results for two pivotal randomized controlled trials (START1 and TEMPRANO2) were recently published, both demonstrating that the clinical benefits of antiretroviral therapy (ART) are greater when ART is started early, with pre-treatment CD4 T lymphocyte (CD4) counts >500 cells/mm3, than when initiated at a lower CD4 cell count threshold. The Panel already recommends ART for all HIV-infected patients to reduce the risk of disease progression. However, until the results of these two studies became available, the Panel's recommendations for starting ART in patients with CD4 cell counts 350 to 500 cells/mm3 (AII)a and >500 cells/mm3 (BIII)a were primarily based on data from observational cohort studies and expert opinion.

With the availability of the START and TEMPRANO trial results, the Panel's overall recommendation remains the same:

ART is recommended for all HIV-infected patients regardless of pre-treatment CD4 count. However, the strength of the recommendation will be changed to AIa (strong recommendation based on data from randomized controlled trials) for all patients.

DHHS

Asemptomatik hasta	Öneri
CD4 >500/mm^3(AIa)	ART başla

DHHS; 2015

Acil tedavi gerektiren durumlar

- ✓ AIDS göstergesi hastalık öyküsü (HIV ilişkili demans dahil) (AI)
- ✓ Gebelik (AI)
- ✓ Akut fırsatçı enfeksiyonlar
- ✓ CD4 <200/mm^3 (AI)
- ✓ Yüksek viral yük (>100.000 kopya/ml) (BII)
- ✓ HIV-ilişkili nefropatili hasta (AII)
- ✓ HIV/HBV ko-enfeksiyonlu hasta (AII)
- ✓ HIV/HCV ko-enfeksiyonlu hasta (BII)
- ✓ CD4 sayısında hızlı düşüş (>100/yıl) (AIII)
- ✓ Akut/erken HIV enfeksiyonu (BII)

DHHS; 2014

British HIV Association guidelines for the treatment of HIV-1-positive adults with antiretroviral therapy 2015

BHIVA

Kronik enfeksiyon

- CD4 ≤ 350/mm^3 (1A)
- AIDS (CD4 sayısından bağımsız) (1A)
- HIV ilişkili komorbidite varlığı (CD4 sayısından bağımsız) **(HIV ilişkili nefropati, idiyopatik trombositopenik purpura, semptomatik HIV ilişkili nörokognitif bozukluklar)** (1C)
- Geb
- Kro
  (1B)
- Kro
  (1C)
- İmmunsupressif kemoterapi ya da radyoterapi gerektiren AIDS tanımlayıcı olmayan maliniteler (1C)
- Kronik hepatit B ko-enfeksiyonlu hastada CD4 > 500/mm^3 ise ve hepatit B tedavi endikasyonu var ise (2B)

CD4 sayısından bağımsız (1A)

BHIVA;2015

BHIVA; 2013

BHIVA

AIDS veya majör enfeksiyon ile başvuran hasta

- AIDS tanımlayıcı enfeksiyon veya ciddi bakteriyel enfeksiyon ile başvuran ve CD4 < 200/mm^3 olan hastada özgül antibiyoterapi başlandıktan sonra ilk 2 hafta içinde ART başlanması önerilir (1B)

Primer HIV enfeksiyonu (aşağıdaki kriterlerden herhangi biri varlığı

Mümkün olan en kısa sürede
BHIVA;2015

- Nö
- AI
- Kanıtlanmış CD4 < 350/mm^3 (1C)
- Negatif seroloji sonucundan sonra 12 hafta içinde gelişen primer HIV enfeksiyonu (1C)

Bulaş

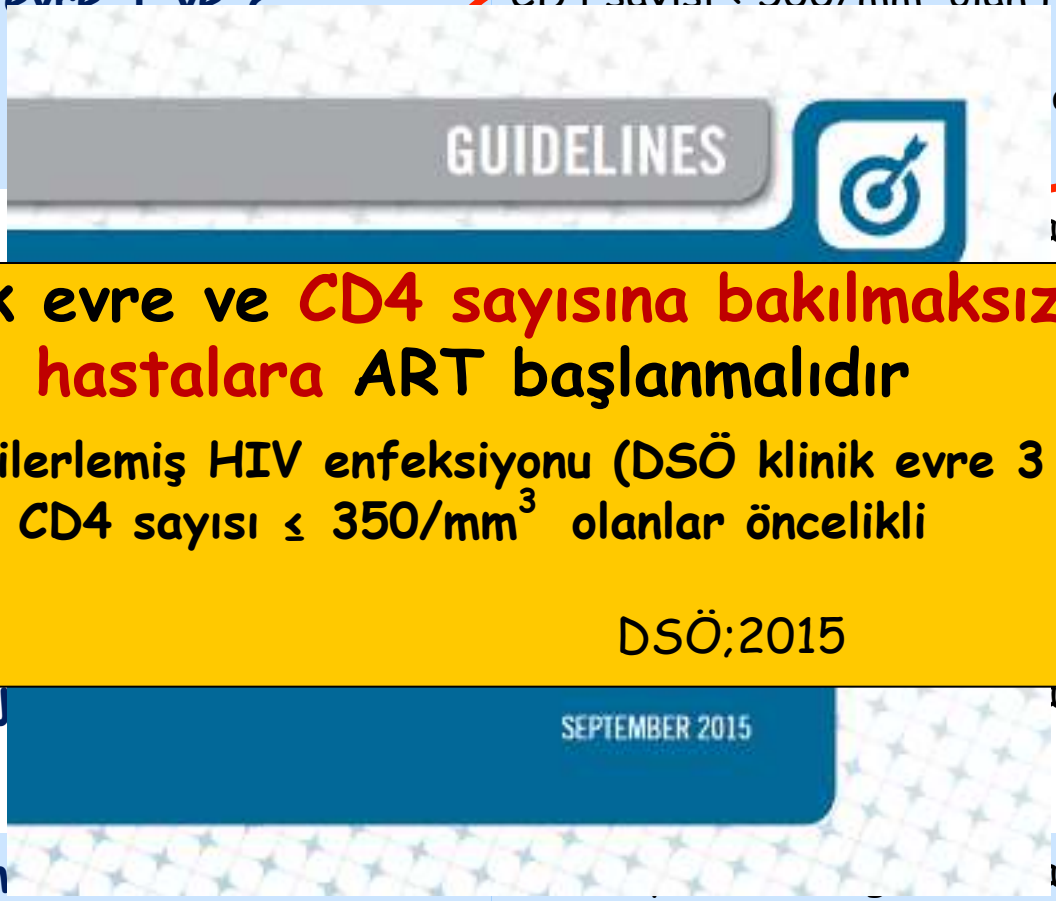
- CD
  baş

Bulaş riskini azaltmak için ART herkese önerilmeli (1A)
BHIVA;2015

A; 2013

DSÖ

Ciddi/ileri HIV enfeksiyonu (DSÖ klinik evre 3 veya 4)	CD4 sayısından bağımsız olarak ART başlanır
DSÖ klinik evre 1 ve 2	CD4 sayısı < 500/mm^3 olan hastalara anlar
Tüberküloz	rak ART
HIV seroloj	rak ART
Gebe ve em hastalar	rak ART başlanır



DSÖ klinik evre ve CD4 sayısına bakılmaksızın tüm hastalara ART başlanmalıdır

---Ağır ve ilerlemiş HIV enfeksiyonu (DSÖ klinik evre 3 ve 4) ve CD4 sayısı ≤ 350/mm^3 olanlar öncelikli

DSÖ;2015

DSÖ;2013

EACS

Semptomatik hasta	Asemptomatik hasta	
CD4 sayısından bağımsız	CD4 <350/mm^3	CD4 ≥350/mm^3
ART (güçlü öneri)	ART (güçlü öneri)	ART (öneri)

EACS; 2015

✓ Antiretroviral tedavi başlanacak hastanın tedaviye **istekli ve hazır olması**, tedavinin yarar ve riskleri ve **ilaç uyumunun** önemi hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir **(AIII)**.

✓ Hasta tedaviyi **ertelemek isteyebilir** ya da olgu bazında klinik ve/veya psikososyal faktörler nedeniyle hekimler **ART'yi erteleyebilir**.

Erteleme

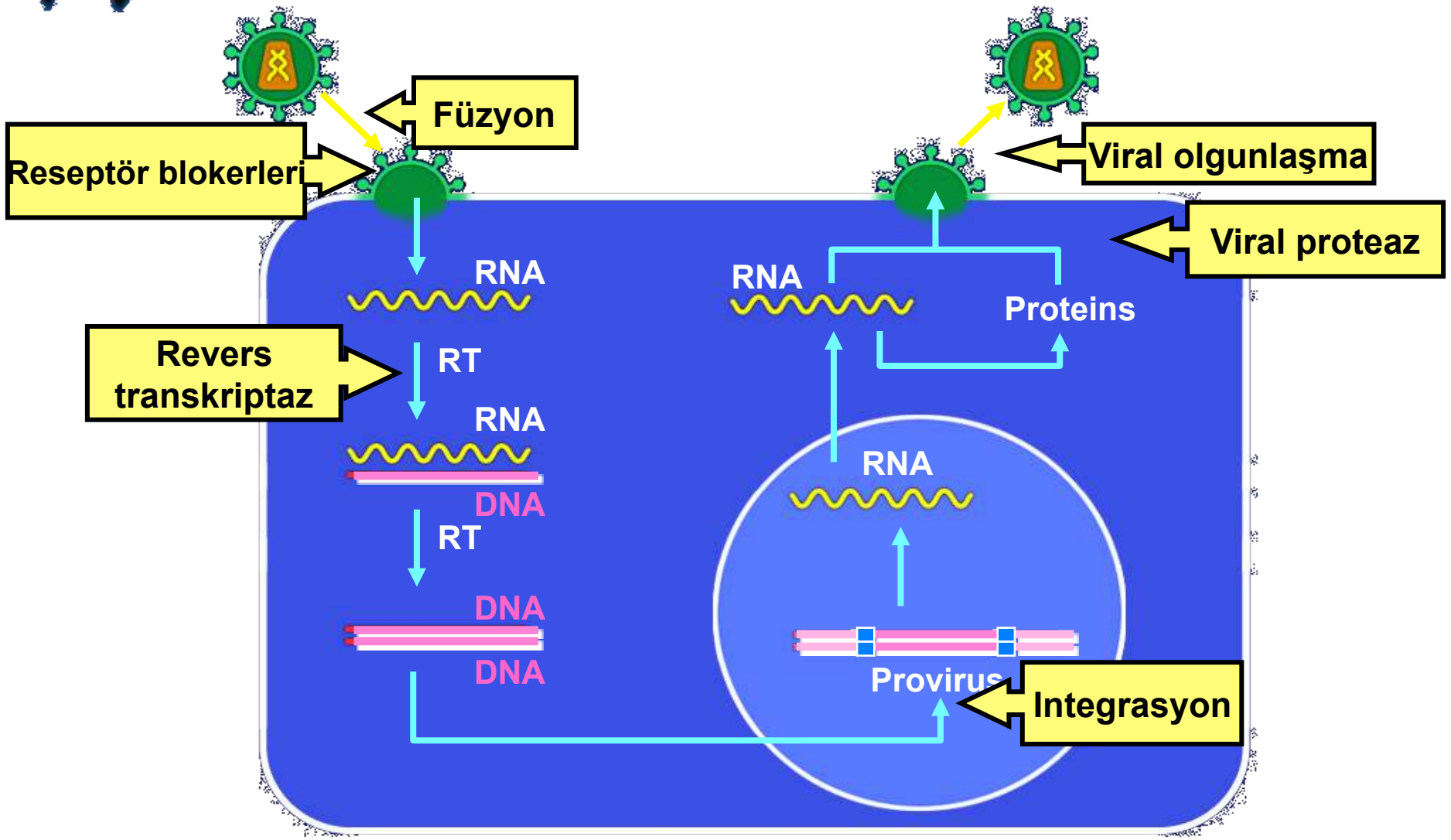
- ✓ İmmun rekonstitüsyon sendromu:TB, PCP
- ✓ İlaç etkileşimleri (kronik HCV)
- ✓ Operasyon

Antiretroviral tedavi

Tedavi hedefleri

- ✓ Viral yükü maksimum düzeyde ve uzun süreli baskılamak
- ✓ İmmünolojik fonksiyonları korumak ve iyileştirmek
- ✓ Yaşam kalitesini arttırmak
- ✓ HIV'e bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmak
- ✓ Bulaşı engellemek

Antiretroviral ilaçların hedefleri



Antiretroviral ilaç grupları

1-Nükleozid veya nükleotid revers transkriptaz inhibitörleri (NRTİ)

2-Non-nükleozid revers transkriptaz inhibitörleri (NNRTİ)

3-Proteaz inhibitörleri (Pİ)

4-Giriş inhibitörleri (ko-reseptör antagonistleri) (Gİ)

5-Füzyon inhibitörleri (Fİ)

6-İntegraz inhibitörleri (İNİ)

Antiretroviral ilaçlar

Nükleozid veya nükleotid revers transkriptaz inhibitörleri (NRTİ)

Tenofovir (TDF)
Emtrisitabin (FTC)
Abakavir (ABC)
Lamivudin (3TC)
Zidovudin (AZT)
Zalsitabin (ddC)
Didanozin (ddI)
Stavudin (d4T)

Non-nükleozid revers transkriptaz inhibitörleri (NNRTİ)

Efavirenz (EFV)
Nevirapin (NVP)
Rilpivirin (RPV)
Etravirin (ETV)
Delavirdin (DLV)

Antiretroviral ilaçlar

Proteaz inhibitörleri (Pİ)

Tipranavir (TPV)
İndinavir (IDV)
Sakinavir (SQV)
Darunavir (DRV)
Atazanavir (ATV)
Lopinavir (LPV)
Ritonavir (RTV)
Amprenavir (APV)
Fosamprenavir (FPV)
Nelfinavir (NFV)

Giriş inhibitörleri (Gİ)

Maravirok (MVC)

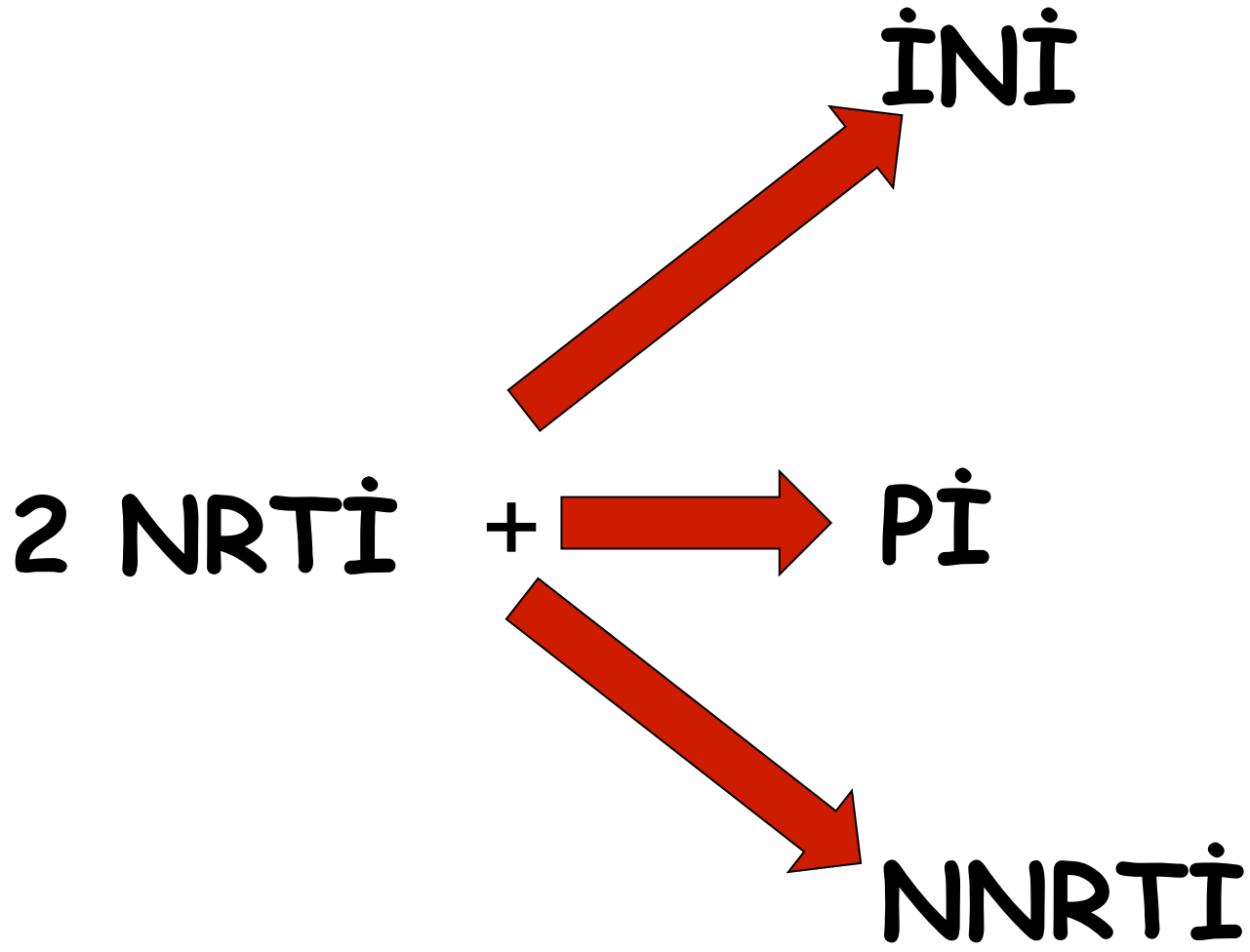
Füzyon inhibitörleri (Fİ)

Enfuvirtid (T-20)

İntegraz inhibitörleri (İNİ)

Raltegravir (RAL)
Dolutegravir (DTG)
Elvitegravir/kobisistat (EVG/cobi)

Tedavide 2 ya da daha fazla sınıftan en az 2 tercihen 3 ilaçlı kombinasyonlar kullanılmalı


İNİ
2 NRTİ
+
Pİ
NNRTİ

Neden kombinasyon?

--Viral replikasyonun baskılanması daha fazla

--Sinerjistik veya additif etki

--HIV yaşam siklusunun farklı noktalarına etki

--Virusun farklı hücre rezervuarlarına etki

Santral sinir sistemi, lenfoid doku

--Dirençli mutant seçiminin azalması

Öneriler

Önerilen Tedaviler	Alternatif Tedaviler

İNİ temelli

- **DTG + ABC/3TC (AI)**

(sadece HLA-B*5701 negatif olan hastalar)

- **DTG + TDF/FTC (AI)**
- **EVG/cobi/TDF/FTC (AI)**

(sadece KrKl ≥70 mL/dak olan hastalar)

- **RAL + TDF/FTC (AI)**

Pİ temelli

- **DRV/r + TDF/FTC (AI)**

NNRTİ temelli

- EFV/TDF/FTC (BI)
- RPV/TDF/FTC (BI)

(sadece tedavi öncesi viral yükü <100.00 kopya/ml ve CD4 sayısı > 200/mm^3 olan hastalar)

Pİ temelli

- ATV/c + TDF/FTC (BI)

(sadece KrKl ≥70 mL/dak olan hastalar)

- ATV/r + TDF/FTC (BI)
- DRV/c veya DRV/r+ABC/3TC (DRV/r BII;DRV/c BIII)

(sadece HLA-B*5701 negatif olan hastalar)

- DRV/c+TDF/FTC (BII)

(sadece KrKl ≥70 mL/dak olan hastalar)

DHHS; 2015

Diğer Tedaviler

İNİ temelli

- RAL+ABC/3TC (CII)

(sadece HLA-B*5701 negatif olan hastalar)

NNRTİ temelli

- EFV+ABC/3TC (CI)

(sadece HLA-B*5701 negatif olan ve tedavi öncesi viral yükü <100.00 kopya/ml olan hastalar)

Pİ temelli

- ATC/c veya ATV/r + ABC/3TC (ATV/r CI, ATV/c CII)

(sadece HLA-B*5701 negatif olan ve tedavi öncesi viral yükü <100.00 kopya/ml olan hastalar)

- LPV/r (günde bir kez ya da iki kez) + ABC/3TC (CI)

(sadece HLA-B*5701 negatif olan hastalar)

- LPV/r (günde bir kez ya da iki kez) + TDF/FTC (CI)

TDF veya ABC kullanılamadığında diğer seçenekler

- **DRV/r+RAL (CI)**

(sadece tedavi öncesi viral yükü <100.00 kopya/ml ve CD4 sayısı >200/mm^3 olan hastalar)

- **LPV/r+3TC (CI)**

DHHS; 2015

Tenofovir alafenamid (TAF)

YENİ

HHS Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolesce
Includes a Fixed-Dose Combination of Elvitegravir/Cobicistat/ Emtricitabine/Tenofovir Alafenamide Among the Recommended Regimens for Antiretroviral Treatment-Naive Individuals with HIV-1 Infection

Date: November 18, 2015

Source: AIDS*info*
Panel's Recommendation

Based on efficacy and safety data from phase 3 randomized clinical trials, EVG/c/FTC/TAF will be added as one of the Recommended Initial Regimens for ART-naive adults and adolescents with estimated creatinine clearance ≥ 30 mL/min (AI).

Önerilmeyen rejimler

	Rationale	Exception
Antiretroviral Regimens Not Recommended		
Monotherapy with NRTI (AII)	• Rapid development of resistance • Inferior ARV activity when compared with combination of three or more ARV agents	• No exception
Dual-NRTI regimens (AI)	• Rapid development of resistance • Inferior ARV activity when compared with combination of three or more ARV agents	• No exception
Triple-NRTI regimens (AI) except for ABC/ZDV/3TC (BI) or possibly TDF + ZDV/3TC (BII)	• High rate of early virologic nonresponse seen when triple-NRTI combinations, including ABC/TDF/3TC and TDF/ddI/3TC, were used as initial regimen in ART-naive patients. • Other triple-NRTI regimens have not been evaluated.	• ABC/ZDV/3TC **(BI)** and possibly TDF + ZDV/3TC **(BII)** in patients in whom other combinations are not desirable

DHHS; 2014

ATV + IDV (AIII)	• Potential additive hyperbilirubinemia	• No exception
ddI + d4T (AII)	• High incidence of toxicities: peripheral neuropathy, pancreatitis, and hyperlactatemia • Reports of serious, even fatal, cases of lactic acidosis with hepatic steatosis with or without pancreatitis in pregnant women	• No exception
ddI + TDF (AII)	• Increased ddI concentrations and serious ddI-associated toxicities • Potential for immunologic nonresponse and/or CD4 cell count decline • High rate of early virologic failure • Rapid selection of resistance mutations at failure	• Clinicians caring for patients who are clinically stable on regimens containing TDF + ddI should consider altering the NRTIs to avoid this combination.
2-NNRTI combination (AI)	• When EFV combined with NVP, higher incidence of clinical adverse events seen when compared with either EFV- or NVP-based regimen. • Both EFV and NVP may induce metabolism and may lead to reductions in ETR exposure; thus, they should not be used in combination with ETR.	• No exception
EFV in first trimester of pregnancy or in women with significant childbearing potential (AIII)	• Teratogenic in nonhuman primates	• When no other ARV options are available and potential benefits outweigh the risks **(BIII)**
FTC + 3TC (AIII)	• Similar resistance profiles • No potential benefit	• No exception

DHHS; 2014

	Rationale	Exception
NVP in ARV-naive women with CD4 count >250 cells/mm^3 or men with CD4 count >400 cells/mm^3 (BI)	• High incidence of symptomatic hepatotoxicity	• If no other ARV option available; if used, patient should be closely monitored
d4T + ZDV (All)	• Antagonistic effect on HIV-1	• No exception
Unboosted DRV, SQV, or TPV (All)	• Inadequate bioavailability	• No exception
ETR + unboosted PI (All)	• ETR may induce metabolism of these PIs; appropriate doses not yet established	• No exception
ETR + RTV-boosted ATV or FPV (All)	• ETR may alter the concentrations of these PIs; appropriate doses not yet established	• No exception
ETR + RTV-boosted TPV (All)	• ETR concentration may be significantly reduced by RTV-boosted TPV	• No exception

DHHS; 2014

İlk seçenekler	**İNİ** • DTG/ABC/3TC • DTG+TDF/FTC • EVG/cobi/TDF/FTC • RAL+TDF/FTC **NNRTİ** • RPV/TDF/FTC (viral yük<100.000 kopya/ml ve CD4 hücre sayısı >200/mm^3) **Pİ** • DRV/r+TDF/FTC
Alternatif seçenekler	**İNİ** • RAL+ABC/3TC **NNRTİ** • EFV+(TDF/FTC veya ABC/3TC) **Pİ** • (ATV/c veya ATV/r)+ (TDF/FTC veya ABC/3TC) • DRV/r + (TDF/FTC veya ABC/3TC) • DRV/c+ TDF/FTC • LPV/r+TDF/FTC EACS; 2015

TDF veya ABC kullanılamadığında diğer seçenekler

- DRV/r+RAL

(sadece tedavi öncesi viral yükü <100.00 kopya/ml ve CD4 sayısı > 200/mm^3 olan hastalar)

- LPV/r+3TC

EACS; 2015

	İlk tercih	Alternatif
NRTİ belkemiği	TDF/FTC	ABC/3TC (HLA-B 5701 negatif)
3. ilaç	ATV/r DRV/r DTG EVG/cobi (KrKl ≥70 mL/dak olan hastalar) RAL RPV (viral yük<100000 kopya/ml)	EFV

BHIVA;2015

	Tercih edilen tedavi	Alternatif tedavi
NNRTİ+2 NRTİ	EFV/TDF/FTC (AIa) EFV+ABC/3TC (AIa) RPV/TDF/FTC (AIa)	NVP+2 NRTİ (BIa) RPV+ABC/3TC (AIa)
PI/r+2 NRTİ	DRV/r+TDF/FTC (AIa) ATV/r+TDF/FTC (AIa) ATV/r+ABC/3TC (AIa)	ATV/cobi+2 NRTİ (BIa) DRV/cobi+2 NRTİ (BIII) DRV/r+ABC/3TC (BIb) LPV/r +2 NRTİ (BIa)
İNİ+2 NRTİ	DTG+TDF/FTC (AIa) DTG+ABC/3TC (AIa) EVG/cobi/TDF/FTC (AIa) RAL+TDF/FTC (AIa)	RAL+ ABC/3TC (BIa)
NRTİ içermeyen rejim		DRV/r+RAL (BIb) LPV/r+3TC (BIa) LPV/r+RAL (BIa)

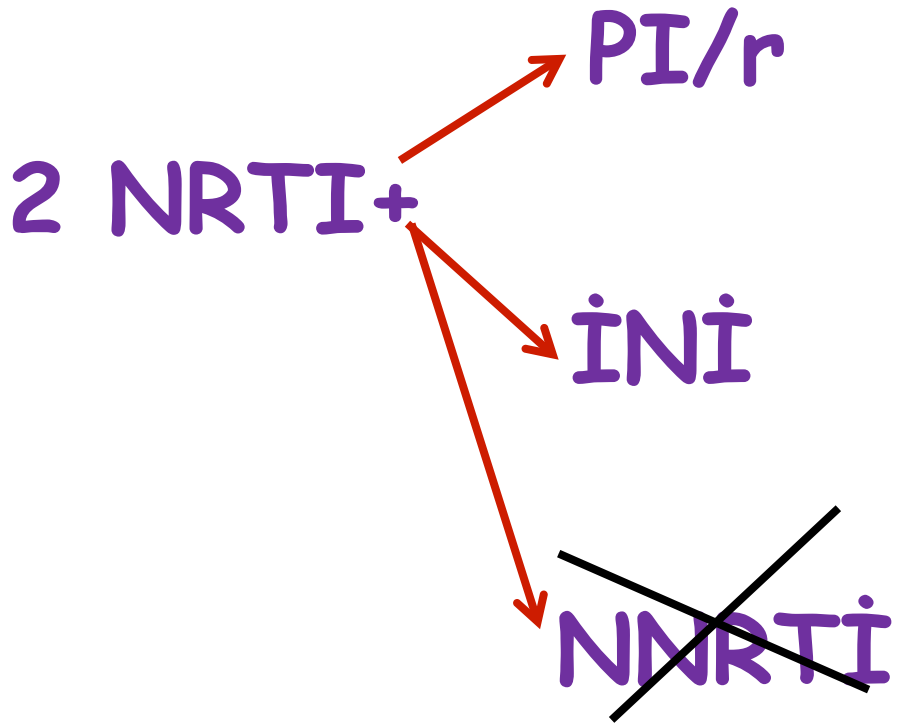
IAS; 2014

Tercih edilen tedaviler	TDF+3TC (veya FTC)+ EFV
Alternatif tedaviler	AZT+3TC+EFV (veya NVP) TDF+3TC (veya FTC)+DTG TDF+3TC (veya FTC)+EFV_{400} TDF+3TC (veya FTC)+ NVP
Özel durumlar	ABC ve güçlendirilmiş Pİ içeren rejimler

DSÖ;2015

HIV-2

- ✓ NNRTİ'lere ve enfuvirtid'e intrinsik direnç
- ✓ NRTİ'ler, Pİ'ler ve İNİ'ler etkili



nam

antiretroviral drug chart

İlaç seçiminde göz önünde bulundurulan faktörler

- Direnç
- Tedavi öncesi HIV RNA ve CD4 düzeyi
- İlaçların genetik bariyer direnci
- Yan etki
- İlaç etkileşimi
- Gebelik ya da gebelik potansiyeli
- HLA-B*5701
- Komorbidite varlığı (kardiyovasküler hastalık, kronik hepatit B, kronik hepatit C, karaciğer ya da renal hastalık, tüberküloz, psikiyatrik bozukluk, bağımlılık)
- Hastanın tercihi ve uyum potansiyeli
- Kullanım kolaylığı (ilaç yükü, doz aralığı, tek tablet…)
- Maliyet

Klinik durum	Öneriler
CD4 <200 hücre/mm³	RPV temelli rejimler DRV/r +RAL kullanılmamalı
HIVRNA>100.000 kopya/ml	RPV temelli rejimler DRV/r +RAL ABC/3TC + EFV veya ATV/r kullanılmamalı
HLA-B*5701 pozitif	ABC temelli rejimler kullanılmamalı
HIV direnç sonuçları olmadan ART başlanan durumlar	NNRTI içeren rejimlerden kaçınılmalı DHHS; 2015

Klinik durum	Öneriler
e-GFR<60 ml/dak	**TDF'den kaçınılmalı** e-GFR is > 70 mL/dak • EVG/c/TDF/FTC veya • ATV/c + TDF/FTC veya • DRV/c + TDF/FTC **KBY'li hastada tercihler:** HLA-B*5701 negatif ise **ABC/3TC** kullanılmalı • HIV RNA >100,000 kopya/ ise ABC/3TC + EFV veya ATV/r kullanılmamalı • **KrKl <50 mL/dak, ABC/3TC temelli rejimler kullanılmamalı (3TC doz ayarı)** Diğer tercihler: • **DRV/r + RAL** (HIV RNA<100,000kopya/mL ve CD4 >200/mm^3) veya • **LPV/r + 3TC** veya • **TDF dozunu değiştirmek gerekir**

DHHS; 2015

Klinik durum	Öneriler
Psikiyatrik hastalık	EFV temelli rejimlerden kaçınılmalı
HIV ilişkili demans	EFV temelli rejimlerden kaçınılmalı DRV veya DTG temelli rejimler tercih edilmeli
Osteoporoz	TDF'den kaçınılmalı HLA-B*5701 negatif ise ABC/3TC kullanılmalı

DHHS; 2015

Klinik durum	Öneriler
Narkotik replasman tedavisi	Hasta metadon kullanıyorsa EFV temelli rejimlerden kaçınılmalı EFV kullanılıyorsa metadon dozunun arttırılması gerekebilir
Yüksek kardiyak risk	**ABC veya LPV/r temelli rejimlerden kaçınılmalı**
Hiperlipidemi	**Lipid düzeyleri üzerine olumsuz etkileri olan rejimler:** • **PI/r** • **ABC** • **EFV** • **EVG/c** **(TDF ABC'ye kıyasla tercih)**
Gebelik, tüberküloz, kronik HBV/HCV	Etkileşim

DHHS; 2015

İlaç-ilaç etkileşimleri

- ✓DHHS
- ✓EACS
- ✓UpToDate
- ✓http://www.hiv-druginteractions.org
- ✓…

Sonuç

Akılcı kombine antiretroviral tedavi

HIV enfeksiyonu → yönetilebilir kronik enfeksiyon

Sonuç

	DHHS	EACS	DSÖ	BHIVA	Türkiye
CD4 <350/ mm^3	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet
CD4 350-500/ mm^3	Evet	Evet	Evet	Evet	Düşünülür
CD4 > 500/ mm^3	Evet	Evet	Evet	Evet	Düşünülür

NRTİ

- ✓ Tenofovir
- ✓ Emtrisitabin
- ✓ Abakavir
- ✓ Lamivudin
- ✓ Zidovudin

TDF
FTC
ABC
3TC
ZDV

+

İNİ

- ✓ Elvitegravir/kobisistat — EVG/cobi
- ✓ Dolutegravir — DTG
- ✓ Raltegravir — RAL

NNRTİ

- ✓ Efavirenz — EFV
- ✓ Nevirapin — NVP

Pİ

- ✓ Darunavir/ritonavir — DRV/r
- ✓ Lopinavir/ritonavir — LPV/r

STRIBILD
TRUVADA / HIVENT+TIVICAY
ZIAGEN+EPİVİR+TIVICAY
TRUVADA
HIVENT+ISENTRESS
TRUVADA / HIVENT+STOCRINE
TRUVADA / HIVENT+PREZİSTA +NORVİR
TRUVADA / HIVENT+KALETRA

Günde tek tablet tercihi	• DTG/ABC/3TC • EFV/TDF/FTC • **EVG/c/TDF/FTC** • RPV/TDF/FTC (HIV RNA <100,000 kopya/mL ve CD4 >200/mm^3)

GETTING TO ZERO

END AIDS BY 2030

WORLD AIDS DAY 2015

World Health Organization

16 MILLION PEOPLE
are now receiving antiretroviral treatment;
21 million are not yet

7.8 MILLION
HIV-related deaths have been averted in the last 15 years

FAST-TRACK NOW TO END AIDS WITHIN A GENERATION

STEP UP PREVENTION

OFFER TESTING TO EVERYONE AT RISK
46% of people living with HIV don't know it

TREAT ALL LIVING WITH HIV

WITH A DROP IN:

DEATHS 42% Since 2004

NEW INFECTIONS 35% Since 2000

Kaynaklar

1. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents, http://aidsinfo.nih.gov/guidelines.
2. European AIDS Clinical Society Guidelines, version 8.0 October 2015. http:// www.eacsociety.org/Guidelines.aspx.
3. http://www.who.int/gho/hiv/en/
4. http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/en/
5. Günthard HF, Aberg JA, Eron JJ, et al. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2014 Recommendations of the International Antiviral Society-USA panel, JAMA 2014;312(4): 410-25.
6. British HIV Association Treatment of HIV-1 positive adults with antiretroviral therapy 2015 http://www.bhiva.org/Guidelines.aspx
7. INSIGHT START Study Group. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. N Engl J Med 2015 Aug 27;373(9):795-807.
8. TEMPRANO ANRS 12136 Study Group. A Trial of Early Antiretrovirals and Isoniazid Preventive Therapy in Africa. N Engl J Med 2015 Aug 27;373(9):808-22.

TEŞEKKÜR EDERİM...